

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE MINAS GERAIS**  
**Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais**

**Márcia Farsura de Oliveira**

**INTERSECCIONALIDADE DE GÊNERO, RAÇA E CLASSE NA  
FORMAÇÃO MÉDICA: desafios de inclusão e cuidados a grupos  
vulneráveis**

**Belo Horizonte**

**2024**

**Márcia Farsura de Oliveira**

**INTERSECCIONALIDADE DE GÊNERO, RAÇA E CLASSE NA FORMAÇÃO  
MÉDICA: desafios de inclusão e cuidados a grupos vulneráveis**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do título de Doutora em Ciências Sociais.

Linha de pesquisa: Políticas Públicas, Participação e Poder Local

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Alessandra Sampaio Chacham

**Belo Horizonte**

**2024**

FICHA CATALOGRÁFICA

Elaborada pela Biblioteca da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais

O48i Oliveira, Márcia Farsura de  
Interseccionalidade de gênero, raça e classe na formação médica: desafios de inclusão e cuidados a grupos vulneráveis / Márcia Farsura de Oliveira. Belo Horizonte, 2024.  
268 f. : il.

Orientadora: Alessandra Sampaio Chacham

Tese (Doutorado) – Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais.  
Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais

1. Estudantes de medicina - Aspectos socioeconômicos. 2. Estudantes de medicina - Aspectos culturais. 3. Educação médica. 4. Medicina - Orientação profissional. 5. Socialização profissional. 6. Identidade social. 7. Habitus (Sociologia). 8. Minorias - Cuidados médicos. I. Chacham, Alessandra Sampaio. II. Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais. Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais. III. Título.

SIB PUC MINAS

CDU: 343.139

Ficha catalográfica elaborada por Fabiana Marques de Souza e Silva - CRB 6/2086

Márcia Farsura de Oliveira

**INTERSECCIONALIDADE DE GÊNERO, RAÇA E CLASSE NA FORMAÇÃO  
MÉDICA: desafios de inclusão e cuidados a grupos vulneráveis**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do título de Doutora em Ciências Sociais.

---

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Alessandra Sampaio Chacham – PUC Minas (Orientadora)

---

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Andréia Patrícia Gomes – UFV (Banca Examinadora)

---

Prof. Dr. Rodrigo Siqueira Batista – FADIP/UFV (Banca Examinadora)

---

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Regina de Paula Medeiros – PUC Minas (Banca Examinadora)

---

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Juliana Gonzaga Jayme – PUC Minas (Banca Examinadora)

---

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Sandra Valongueiro Alves – UFPE (Suplente)

Belo Horizonte, 22 de outubro de 2024.

*Para Elisa e Rafael, meus filhos queridos e minha força  
motriz.*

## AGRADECIMENTOS

A Deus, antes de tudo, pois esta jornada não seria cumprida sem a Sua permissão e sem o Seu amor.

À minha mãe (*in memoriam*), que foi a minha primeira professora de vida, criando oportunidades para que eu chegasse até aqui.

Ao meu pai, que sempre me apoiou, me rodeando de carinhos e cuidado, e principalmente pelas orações.

Ao meu marido, por dividir a sua vida comigo.

Aos meus filhos, que são a minha maior alegria!

À Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (PUC-MG) e ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais, por contribuírem, a partir desse curso de doutoramento, para o meu crescimento como pessoa. Agradeço aos colegas de turma, funcionários e professores da PUC-MG. Gratidão às professoras Candice Vidal e Souza e Léa Guimarães Souki, que colaboraram com este trabalho, através da leitura e de comentários, na disciplina Seminários de Tese. Agradeço também ao professor André Junqueira Caetano, que auxiliou na elaboração do projeto de pesquisa empírica desta tese.

À minha orientadora Alessandra Sampaio Chacham, sou profundamente grata por todo o ensinamento, incentivo, apoio e estímulo que recebi nos momentos necessários desta caminhada.

Às professoras que participaram da banca de qualificação, Andréia Patrícia Gomes e Regina de Paula Medeiros, pela contribuição no direcionamento da minha pesquisa.

Aos professores que aceitaram gentilmente participar da banca de defesa, Andréia Patrícia Gomes, Rodrigo Siqueira Batista, Regina de Paula Medeiros, Juliana Gonzaga Jayme e Sandra Valongueiro Alves, enriquecendo e valorizando a minha tese.

A todos os graduandos de Medicina da Faculdade Dinâmica do Vale do Piranga (Fadip) e da Universidade Federal de Viçosa (UFV) que aceitaram participar da minha pesquisa e dedicaram parte do seu tempo para responder ao questionário, na primeira fase, e para exporem suas vivências e experiências na entrevista gravada, na segunda etapa.

Ao Luiz Morando, pelo trabalho de revisão de português.

Aos colegas de trabalho e professores da Fadip pela parceria, paciência e ajuda: Carla Carraro Pires, Bruna de Souza Nicácio, Lindisley Ferreira Gomides, Lúcia Meirelles Lobão Protti, Ruth Maria Alves Garcia, Lorena Souza e Silva, Pollyanna Álvaro Ferreira Spósito, Rodrigo

Siqueira Batista e Fernando José Ubaldo Coutinho.

À professora Marli do Carmo Cupertino, por sempre topar desafios acadêmico-científicos comigo e conseguir transformar os esboços em situações concretizáveis.

À professora de Medicina de Família e Comunidade, Débora Carvalho Ferreira, pelas oportunidades de aprendizagem e de trabalho na UFV.

Aos colegas do Programa Mais Médicos para o Brasil (PMMB)/Coordenação Geral de Expansão e Gestão da Educação em Saúde (CGEGES)/Ministério da Educação (MEC), Daniela Ketlyn Porto de Souza, Leonardo Souza Araújo, Daniele Fraga Dalmaso e Francisco de Assis Rocha Neves, pela partilha e pela motivação comum em valorizar e aprimorar as ações do PMMB. Agradeço, especialmente, aos tutores das Instituições Supervisoras vinculadas ao PMMB, Universidade Federal de São João Del Rei (UFSJ), Universidade Federal de Uberlândia (UFU) e Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Rodrigo Chávez Penha, Márcia Araújo e Geraldo Cunha Cury, por todas as oportunidades de aprendizagem proporcionadas e pela parceria de sempre.

Às amigas Marcela Mansur Gomides Lima, Daniela Ketlyn Porto de Souza, Rita de Cássia Lopes Gomes, Daniela de Almeida Pereira e Aline Gomes da Silva, pela amizade, apoio e compreensão, que foram essenciais nos momentos em que mais precisei. Obrigada por estarem sempre oferecendo palavras de conforto e incentivo.

À Simone, por se dedicar às atividades diárias com meus filhos, sempre atenciosa e responsável. Aos familiares que tiveram que se acostumar com minha ausência nesse período e compreenderam.

A todos que, direta ou indiretamente, contribuíram durante a caminhada.

## RESUMO

O presente estudo tem por objetivo analisar como fatores socioeconômicos e culturais influenciam a formação da identidade profissional de estudantes de Medicina durante a graduação, bem como sua compreensão em relação ao papel profissional e na qualidade do atendimento a pacientes de grupos minoritários ou vulneráveis. Buscou-se descrever o processo de construção de identidade profissional do estudante de Medicina ao longo da graduação. Para tanto, a pesquisa realizada classifica-se como exploratória e transversal, em que foram coletados dados primários, com metodologia quanti-qualitativa. Na primeira fase, foi aplicado questionário *survey* para 41 graduandos da Faculdade Dinâmica do Vale do Piranga (Fadip) e para 63 acadêmicos da Universidade Federal de Viçosa (UFV). Na segunda etapa, realizou-se entrevista em profundidade com quinze discentes da Fadip e treze graduandos da UFV, recorrendo-se à amostragem *snowball*. O *survey* indicou que a ocupação da mãe influencia a escolha de especialidades médicas, enquanto a ocupação do pai e a raça dos estudantes não. Filhos de mães "donas de casa" preferiram especialidades de alto *status*. Homens brancos com capital econômico médio tiveram leve vantagem em relação à correspondência entre suas expectativas de mercado e a realidade, embora sem significância estatística. A pesquisa identificou que estudantes de Medicina com maior capital cultural, especialmente influenciados por suas mães, tendem a valorizar a escolha pela carreira médica. Filhos de mães na área da saúde preferem competências sócio-humanistas, enquanto o inverso ocorre com filhos de mães fora desse campo. A pesquisa verificou ainda que estudantes pertencentes a grupos minoritários enfrentam desafios específicos, como barreiras acadêmicas e emocionais. Desse modo, podemos observar como a intersecção de raça, gênero e classe influencia na formação e na escolha de especialidades médicas. Estudantes com maior capital econômico buscam especialidades de alto *status*, enquanto os outros preferem áreas de menor *status*. Identificou-se, dessa forma, a importância de uma formação médica que adote uma abordagem interseccional e humanizada, promovendo um cuidado inclusivo na saúde e na educação.

Palavras-chave: educação médica, identidade médica, classes sociais, medicina, interseccionalidade de gênero, classe e raça, *habitus*.

## ABSTRACT

The present study aims to analyze how socioeconomic and cultural factors influence the formation of the professional identity of medical students during their undergraduate education, as well as their understanding of the professional role and the quality of care for patients from minority or vulnerable groups. The study sought to describe the process of building the professional identity of medical students throughout their academic journey. The research is classified as exploratory and cross-sectional, with primary data collected using a mixed-methods (quantitative and qualitative) approach. In the first phase, a survey questionnaire was administered to 41 students from the Dinâmica do Vale do Piranga Faculty (FADIP) and 63 students from the Federal University of Viçosa (UFV). In the second phase, in-depth interviews were conducted with 15 students from FADIP and 13 from UFV, using snowball sampling. The survey indicated that the mother's occupation influences the choice of medical specialties, while the father's occupation and the students' race do not. Students whose mothers were "homemakers" preferred high-status specialties. White men with medium economic capital had a slight advantage in terms of matching their market expectations with reality, although without statistical significance. The research identified that medical students with higher cultural capital, particularly influenced by their mothers, tend to value the choice of a medical career. Those whose mothers worked in healthcare preferred socio-humanistic competencies, while the opposite occurred with those whose mothers were in other fields. The study also found that students from minority groups face specific challenges, such as academic and emotional barriers. Thus, it can be observed how the intersection of race, gender, and class influences the formation and choice of medical specialties. Students with greater economic capital pursue high-status specialties, while others prefer lower-status areas. In this way, the importance of medical education adopting an intersectional and humanized approach was identified, promoting inclusive care in both health and education.

Keywords: medical education, medical identity, social classes, medicine, intersectionality of gender, class, and race, habitus.

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1</b> - Dimensionamento do número de respondentes .....	84
<b>Tabela 2</b> - Perfil geral dos respondentes, por IES.....	88
<b>Tabela 3</b> - Perfil geral dos estudantes considerando as variáveis de capital econômico .....	92
<b>Tabela 4</b> - Escolaridade paterna e materna por IES .....	93
<b>Tabela 5</b> - Frequência e percentuais da profissão/ocupação materna por ano de curso por IES .....	94
<b>Tabela 6</b> - Frequência e percentuais da profissão/ocupação paterna por ano de curso por IES .....	94
<b>Tabela 7</b> - Perfil geral dos estudantes considerando as variáveis de saberes e conhecimento do entrevistado .....	97
<b>Tabela 8</b> - Conhecimento sobre as oportunidades de trabalho na área de especialização pretendida por estudantes, nas duas IES .....	123
<b>Tabela 9</b> - Tabela de contingência – ocupação materna .....	133
<b>Tabela 10</b> - Tabela de contingência – gênero .....	134
<b>Tabela 11</b> - Tabela de contingência – ocupação materna .....	135
<b>Tabela 12</b> - Perfil geral dos participantes da entrevista, por IES.....	158

## LISTA DE GRÁFICOS

<b>Gráfico 1</b> - Familiar dos estudantes das duas IES que exerce a profissão médica .....	95
<b>Gráfico 2</b> - Tipo de literatura não especializada eleita pelos estudantes, nas duas IES .....	98
<b>Gráfico 3</b> - Regularidade de leitura de livros não relacionados à Medicina, nas duas IES ..	100
<b>Gráfico 4</b> - Quantidades de vezes que os discentes das duas IES visitaram o exterior .....	101
<b>Gráfico 5</b> - Países onde os estudantes das duas IES já estiveram .....	102
<b>Gráfico 6</b> - Idioma estrangeiro de maior fluência entre os estudantes das duas IES .....	103
<b>Gráfico 7</b> - Principal atividade de lazer apontada pelos estudantes nas duas IES .....	105
<b>Gráfico 8</b> - Principal razão apontada pelos discentes para a escolha de Medicina .....	107
<b>Gráfico 9</b> - Disciplinas mais importantes para a formação de um médico indicadas pelos graduandos nas duas IES .....	109
<b>Gráfico 10</b> - Categorias de disciplinas ministradas pelos docentes que mais inspiram os discentes, nas duas IES .....	111
<b>Gráfico 11</b> - Opinião dos estudantes, nas duas IES, sobre a afirmação: O acesso aos serviços médicos de cuidados da saúde deve ser um dever do Estado e um direito de todos(as) cidadãos e cidadãs .....	113
<b>Gráfico 12</b> - Resposta dos discentes, nas duas IES, sobre a afirmação: A medicina da família é uma área da saúde que tem um papel fundamental na construção de uma sociedade saudável e com elevada qualidade de vida .....	115
<b>Gráfico 13</b> - Parecer dos graduandos, nas duas IES, à afirmativa “O Programa Mais Médicos (PMM) é parte de um amplo esforço do Governo Federal, com apoio de estados e municípios, para a melhoria do atendimento aos usuários do Sistema Único de Saúde” .....	116
<b>Gráfico 14</b> - Respostas dos acadêmicos, nas duas IES, à afirmação “O aumento do tamanho do mercado de planos de saúde não vai gerar a ‘desoneração’ do SUS” .....	117
<b>Gráfico 15</b> - Resposta dos acadêmicos quanto à afirmativa “Paciente não é cliente” .....	119
<b>Gráfico 16</b> - Especialização pretendida pelos estudantes da Fadip .....	120
<b>Gráfico 17</b> - Especialização pretendida pelos estudantes da UFV .....	122
<b>Gráfico 18</b> - Oportunidade de trabalho considerada ideal pelos estudantes nas duas IES ...	124
<b>Gráfico 19</b> - Inserção mais provável dos estudantes nas duas IES .....	126

## LISTA DE QUADROS

<b>Quadro 1</b> - Lista de variáveis do <i>survey</i> .....	82
<b>Quadro 2</b> - Teste Qui-quadrado para as variáveis categóricas ocupação da mãe, gênero e raça .....	132
<b>Quadro 3</b> - Teste Qui-quadrado para as variáveis categóricas ocupação da mãe, gênero e raça .....	134
<b>Quadro 4</b> - Teste Qui-quadrado para as variáveis categóricas ocupação da mãe, gênero e raça .....	141
<b>Quadro 5</b> - Teste Qui-quadrado para as variáveis categóricas ocupação da mãe, gênero e raça .....	143
<b>Quadro 6</b> - Matriz de análise qualitativa das entrevistas gravadas .....	156
<b>Quadro 7</b> - Organização do <i>corpus</i> de entrevistas por temas, expressões-chave e valorização de competências na formação médica .....	163
<b>Quadro 8</b> - Marcos históricos que influenciaram a educação médica no Brasil .....	198

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1</b> - Rede <i>snowball</i> dos participantes do primeiro ano da Fadip .....	152
<b>Figura 2</b> - Rede <i>snowball</i> dos participantes do terceiro ano da Fadip .....	152
<b>Figura 3</b> - Rede <i>snowball</i> dos participantes do quinto ano da Fadip .....	152
<b>Figura 4</b> - Rede <i>snowball</i> dos participantes do primeiro ano da UFV .....	152
<b>Figura 5</b> - Rede <i>snowball</i> dos participantes do terceiro ano da UFV .....	153
<b>Figura 6</b> - Rede <i>snowball</i> dos participantes do quinto ano da UFV .....	153

## LISTA DE SIGLAS

ADC - Análise de Discurso Crítica  
APS - Atenção Primária à Saúde  
ATM - Análise Temática  
CAAEE - Certificados de Apresentação de Apreciação Ética  
CEM - Campo de Educação Médica  
CEP - Comitês de Ética em Pesquisa com Seres Humanos  
CFM - Conselho Federal de Medicina  
CINAEM - Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação das Escolas Médicas  
DCN - Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina de 2014  
DMMB - Demografia Médica no Brasil  
DSS - Determinantes Sociais de Saúde  
EMBC - Educação Médica Baseada em Competências  
FADIP - Faculdade Dinâmica do Vale do Piranga  
FIES - Fundo de Financiamento Estudantil  
HDM - *Habitus* Discente Médico  
IES - Instituição de Ensino Superior  
LDB - Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional  
LGBTQIA+ - Lésbicas, gays, bissexuais, transgêneros, queer, intersexo, assexuais e mais  
MEC - Ministério da Educação  
MFC - Medicina de Família e Comunidade  
ODS - Objetivos do Desenvolvimento Sustentável  
ODAS - Ocupação Distinta da Área da Saúde  
PMM - Programa Mais Médicos  
PPC - Projeto Pedagógico de Curso  
PROMED - Programa Nacional de Incentivo a Mudanças Curriculares nos cursos de Medicina  
PUC-MG - Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais  
PROUNI - Programa Universidade para Todos  
PROVAB - Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica  
RAS - Rede de Atenção à Saúde  
REUNI - Programa de Apoio aos Planos de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais  
SGTES - Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde  
SUS - Sistema Único de Saúde  
TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido  
TPS - Teoria da Prática Social  
UFV - Universidade Federal de Viçosa

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	17
<b>1.1 Conceitos centrais para a análise</b> .....	21
<b>1.2 Considerações metodológicas</b> .....	37
<b>2 CAPÍTULO 1: CONTEXTUALIZAÇÃO SOCIOLÓGICA DA IDENTIDADE PROFISSIONAL DOS ESTUDANTES DE MEDICINA: formação médica e história do ensino de Medicina no Brasil</b> .....	41
<b>2.1 Introdução</b> .....	41
<b>2.2 História da Medicina como um campo do conhecimento e a Medicina no Brasil</b> .....	41
<b>2.3 As recomendações e reformas propostas para a educação médica vivenciadas em território nacional ao longo do tempo</b> .....	45
<b>2.4 À guisa de conclusão</b> .....	57
<b>3 CAPÍTULO 2: CONSTRUINDO IDENTIDADES MÉDICAS: a introjeção do <i>habitus</i>, a interseccionalidade de gênero, raça e classe social e as dinâmicas de estratificação em classes nas especialidades médicas</b> .....	59
<b>3.1 Introdução</b> .....	59
<b>3.2 Conceito sociológico de identidade: perspectivas sobre gênero, raça, classe social e profissionalização</b> .....	60
<b>3.3 Aspectos que compõem a identidade médica: incorporação de formas de pensar, agir e se comportar pelo discente de Medicina à luz do conceito de <i>habitus</i> e socialização da identidade médica</b> .....	68
<b>3.4 Sociologia das profissões e a “marginalização” das especialidades médicas: reflexões sobre classe social, gênero e etnia</b> .....	75
<b>3.5 À guisa de conclusão</b> .....	81
<b>4 CAPÍTULO 3: ANÁLISE DOS TRAÇOS PREDOMINANTES DOS DISCENTES DE MEDICINA DE DUAS INSTITUIÇÕES DE ENSINO SUPERIOR BRASILEIRAS: padrões e relações entre os fatores sociais e a formação da identidade profissional</b> .....	81
<b>4.1 Introdução</b> .....	81
<b>4.2 Notas metodológicas sobre o <i>survey</i> com estudantes de Medicina de duas IES</b> ..	81
<b>4.3 Perfil geral dos respondentes do <i>Survey</i></b> .....	84
<b>4.4 Capital econômico e cultural</b> .....	89
<b>4.5 Valores e aspirações dos estudantes das duas IES</b> .....	106
<b>4.6 Determinantes sociais na escolha de especialidades médicas: o papel da raça, gênero, ocupações materna e paterna</b> .....	127
<b>4.7 Influência do capital cultural, profissão materna e ano do curso de Medicina na valorização do modelo biomédico de atendimento: uma análise de semelhança semântica e regressão multinomial</b> .....	135
<b>4.8 Influência do sexo, raça e capital econômico na inserção profissional ideal de estudantes de Medicina: análise das expectativas e realidades de mercado</b> .....	143
<b>4.9 À guisa de conclusão</b> .....	147
<b>5 CAPÍTULO 4: A FORMAÇÃO DA IDENTIDADE MÉDICA: análise qualitativa das entrevistas com estudantes de Medicina</b> .....	150
<b>5.1 Introdução</b> .....	150
<b>5.2 Notas metodológicas sobre a análise das entrevistas realizadas com estudantes de Medicina da UFV e Fadip</b> .....	150

5.3 Características demográficas dos participantes da entrevista.....	158
5.4 Análise qualitativa e interpretação das entrevistas com discentes de Medicina	162
5.5 Influência do capital cultural e social na construção da identidade profissional médica .....	165
5.6 Desafios para estudantes de grupos minoritários na construção da identidade profissional .....	174
5.7 Impacto das dinâmicas de poder e desigualdades sociais na estratificação das especialidades médicas .....	181
5.8 À guisa de conclusão .....	191
<b>6 CAPÍTULO 5: FORMAÇÃO MÉDICA E INTERSECCIONALIDADE: estratégias para a promoção de uma prática humanizada e decolonial nas Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina de 2014.....</b>	<b>194</b>
6.1 Introdução .....	194
6.2 Notas metodológicas sobre a análise das DCN e a proposta de estratégias .....	195
6.3 Análise documental das DCN .....	196
6.4 Trajetória das DCN .....	197
6.5 A formação médica no Brasil: desafios, limitações das DCN e a desumanização na educação e assistência à saúde .....	204
6.6 Interseccionalidade, racismo e capacitismo: lacunas na formação médica .....	208
6.7 Decolonização do conhecimento e espiritualidade na prática médica .....	210
6.8 À guisa de conclusão .....	213
<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>215</b>
<b>Referências .....</b>	<b>221</b>
<b>Anexos .....</b>	<b>247</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O objeto dessa pesquisa, interseccionalidade de gênero, raça e classe social, na formação médica, deriva da prática profissional da pesquisadora como docente do curso de Medicina da Faculdade Dinâmica do Vale do Piranga (Fadip), em Ponte Nova, MG, desde 2016. Com graduação em Medicina pela Universidade Federal de Juiz Fora (2013) e experiência em assistência no Sistema Único de Saúde, a pesquisadora observa diferentes percepções dos estudantes sobre a Medicina, que evoluem ao longo do curso. Discentes do primeiro ano expressam idealismo, com foco em salvar vidas e ajudar os pacientes. No terceiro ano, há uma preocupação com prestígio, realização pessoal e controle de mercado. No quinto ano, durante o internato, a visão dos estudantes se torna mais pragmática, focando nas condições de trabalho, remuneração e especialização para melhoria salarial. A pesquisa sugere que a instituição de ensino não só forma tecnicamente, mas também condiciona a introjeção de valores e percepções sociológicas sobre a profissão e a especialização.

Para Silva e Rocha (2008, p. 72), a maioria dos médicos opta por uma especialização que lhes ofereça melhor remuneração, atribuindo à profissão uma posição de onipotência e essencialidade na manutenção da vida, o que configura uma visão mítica do “ser médico” como “senhor da vida e da morte”. Esse entendimento, desenvolvido ao longo da formação acadêmica, revela uma identidade médica permeada por valores que vão além da técnica e estão intrinsecamente ligados ao conhecimento subjetivo transmitido pela instituição de ensino, que funciona como *locus* de formação e também de construção dessa percepção. No contexto mais amplo da formação médica, o desenvolvimento da identidade profissional e a qualidade do atendimento ao paciente são aspectos fundamentais que moldam a prática clínica e o impacto dos médicos na saúde pública. Desde os primeiros anos da graduação, os estudantes são imersos em conhecimentos teóricos e experiências clínicas que os desafiam a aplicar esses saberes em situações reais, promovendo uma compreensão das responsabilidades éticas, sociais e emocionais envolvidas. Assim, a vivência prática e a interação com pacientes, mentores e colegas contribuem para uma formação que abarca tanto habilidades técnicas quanto uma consciência ética e social essencial à prática médica (Sassi et al., 2020).

A identidade profissional do médico envolve, além da competência técnica, um compromisso ético e humanitário com o cuidado ao paciente, o que é central no juramento hipocrático. Esse juramento, feito pelos médicos ao concluir sua formação, compromete-os a exercer a Medicina com responsabilidade, respeito e dedicação à vida humana. Assim, a identidade profissional vai além da habilidade clínica: ela reflete um ideal de conduta moral,

envolvendo respeito ao paciente, honestidade, confidencialidade e o compromisso de não causar danos. A prática médica, então, transcende uma aplicação de conhecimentos técnicos, já que consiste em um exercício de responsabilidade ética, social e emocional, na qual o médico age com empatia e dedicação, respeitando os valores de cada paciente e promovendo o bem-estar da comunidade. Na Medicina, o juramento hipocrático transparece os costumes convencionais e fatores que ressaltam a identidade médica:

Eu juro, por Apolo médico, por Esculápio, Hígia e Panacea, e tomo por testemunhas todos os deuses e todas as deusas, cumprir, segundo meu poder e minha razão, a promessa que se segue: Estimar [...] aquele que me ensinou esta arte; fazer vida comum e, se necessário for, com ele partilhar meus bens; ter seus filhos por meus próprios irmãos; ensinar-lhes esta arte, se eles tiverem necessidade de aprendê-la, sem remuneração e nem compromisso escrito; fazer participar dos preceitos, das lições e de todo o resto do ensino, meus filhos, os de meu mestre e os discípulos inscritos segundo os regulamentos da profissão, porém, só a estes. Aplicarei os regimes para o bem do doente segundo o meu poder e entendimento, nunca para causar dano ou mal a alguém. A ninguém darei por prazer, nem remédio mortal nem um conselho que induza a perda. Do mesmo modo não darei a nenhuma mulher uma substância abortiva. Conservarei imaculada minha vida e minha arte. Não praticarei atalha, mesmo sobre um calcuroso confirmado; deixarei essa operação aos práticos que disso cuidam. Em toda casa, aí entrarei para o bem dos doentes, mantendo-me longe de todo o dano voluntário e de toda a sedução, sobretudo dos prazeres do amor, com as mulheres ou com os homens livres ou escravizados. Àquilo que no exercício ou fora do exercício da profissão e no convívio da sociedade, eu tiver visto ou ouvido, que não seja preciso divulgar, eu conservarei inteiramente secreto. Se eu cumprir este juramento com fidelidade, que me seja dado gozar felizmente da vida e da minha profissão, honrado para sempre entre os homens; se eu dele me afastar ou infringir, o contrário aconteça." (HIPOCRATES in BERNIK, 2012).

Ressalte-se que a qualidade do atendimento aos pacientes é uma extensão direta da identidade profissional do médico. Médicos com uma formação profissional sólida tendem a demonstrar maior empatia, comprometimento e responsabilidade em suas interações com pacientes. Eles são mais capazes de entender as necessidades e preocupações dos pacientes, oferecendo um atendimento que vai além do diagnóstico e tratamento das doenças, englobando a experiência integral do paciente. A identidade profissional formada durante a graduação é direcionadora da prática médica, pois influencia diretamente a forma como os médicos se relacionam com seus pacientes, como enfrentam dilemas éticos e como se adaptam às demandas e aos desafios da profissão. Médicos com uma formação profissional bem consolidada tendem a oferecer um atendimento mais empático e eficaz, refletindo um compromisso profundo com o bem-estar dos pacientes e com a missão de promover a saúde (Vieira et al., 2023).

A formação profissional sólida está diretamente ligada à capacidade de os médicos se adaptarem a mudanças e desafios constantes no campo da Medicina. Médicos que entendem sobre qual é sua função e possuem uma visão clara de seus valores e responsabilidades tendem

a buscar o aprimoramento contínuo e a ajustar suas práticas para atender às exigências da prática médica e às expectativas dos pacientes. Além disso, a formação médica deve incentivar o desenvolvimento de competências socioemocionais, como a comunicação eficaz e a empatia, essenciais para garantir um atendimento de qualidade. A habilidade de estabelecer relações de confiança com os pacientes e compreender suas experiências e perspectivas é a base para uma prática médica centrada no paciente. No entanto, para que os futuros médicos desenvolvam plenamente essas competências, é fundamental compreender como as desigualdades socioeconômicas e culturais no ambiente acadêmico influenciam a formação de sua identidade profissional (Matthews; Bialocerkowski; Molineux, 2019). O problema de pesquisa, no presente trabalho, busca analisar essas influências e identificar os desafios específicos enfrentados por estudantes de grupos minoritários durante a graduação em Medicina, revelando as implicações dessas desigualdades na preparação dos futuros médicos e em sua capacidade de oferecer um atendimento equitativo a pacientes de diferentes origens.

No ambiente acadêmico, as desigualdades socioeconômicas e culturais podem afetar a formação dos estudantes. As diferenças sociais podem se manifestar em várias formas, como disparidades no acesso a recursos educacionais, apoio financeiro, oportunidades de estágio e experiência prática. Estudantes provenientes de contextos socioeconômicos mais desfavorecidos podem enfrentar barreiras adicionais que impactam sua capacidade de desenvolver plenamente sua formação profissional e adquirir as competências necessárias para uma prática médica eficaz. Além disso, as diferenças culturais podem influenciar a maneira como os estudantes percebem e abordam a prática médica, afetando seu entendimento sobre os valores e as responsabilidades da profissão. Graduandos de grupos minoritários podem enfrentar desafios específicos na graduação em Medicina que impactam sua formação profissional, tais como discriminação, falta de representação e apoio inadequado. Esses fatores podem prejudicar seu desenvolvimento profissional e sua experiência acadêmica. A presença de barreiras estruturais e sociais pode limitar suas oportunidades de participação plena em atividades acadêmicas e clínicas, afetando a construção de sua identidade profissional e sua preparação para lidar com a diversidade de pacientes (Deng et al., 2018).

A compreensão dessas desigualdades e desafios possibilita melhorias da formação médica, a fim de que todos os estudantes desenvolvam uma formação profissional sólida e uma capacidade de oferecer atendimento equitativo. Médicos que compreendem profundamente sua função e têm uma visão clara de seus valores e responsabilidades são mais capazes de se adaptar às mudanças na prática médica e atender às necessidades dos pacientes. Portanto, o ato de identificar e abordar as influências das desigualdades no ambiente acadêmico pode contribuir

para um aprimoramento contínuo da formação médica, promovendo uma prática mais inclusiva e eficaz (Houseknecht et al., 2019). Dessa forma, esta tese de doutoramento recorre ao estudo da formação da identidade profissional dos estudantes de Medicina através das lentes teóricas da violência simbólica de Pierre Bourdieu (2007) e da interseccionalidade de Kimberlé Crenshaw (1989), já que a literatura mencionada oferece uma abordagem profunda e robusta que possibilita entender os processos formativos na educação médica.

A teoria da violência simbólica de Bourdieu (2007) permite analisar como as desigualdades sociais e culturais são perpetuadas dentro das instituições acadêmicas, influenciando a construção da identidade profissional dos futuros médicos. A violência simbólica explica como as normas e práticas institucionais podem reforçar desigualdades ao promover certas formas de conhecimento e comportamentos como superiores, enquanto marginalizam outras (Bourdieu, 2007). Esse mecanismo de exclusão é complementado pela ideia de interseccionalidade de Crenshaw (1989), que permite uma compreensão mais ampla das múltiplas dimensões de identidade, como gênero, classe social e raça, e como essas dimensões interagem para criar experiências distintas de discriminação e privilégio. Essa abordagem teórica combinada proporciona uma visão holística dos desafios enfrentados por estudantes de diferentes origens e contribui para uma análise mais crítica e refinada da formação profissional na Medicina.

Considerando os apontamentos iniciais, percebe-se uma área de interesse para investigação social: como as dinâmicas estruturais da educação médica, aliadas às desigualdades interseccionais de gênero, raça e classe social, influenciam a trajetória acadêmica e a formação da identidade profissional de Medicina? Quais são as implicações dessas desigualdades na relação médico-paciente envolvendo pessoas de diferentes origens socioculturais? Assim, necessita-se da investigação das seguintes questões: (i) Como as desigualdades socioeconômicas e culturais no ambiente acadêmico influenciam a formação da identidade profissional dos estudantes de Medicina, considerando a teoria da violência simbólica de Pierre Bourdieu?; (ii) Quais são os desafios específicos enfrentados por estudantes de grupos minoritários (gênero, classe social e raça) durante sua graduação em Medicina e como esses desafios afetam sua formação e prática profissional?; (iii) De que maneira a interseccionalidade de gênero, classe social e raça impacta a compreensão dos estudantes de Medicina sobre seu papel profissional e a qualidade do atendimento prestado a pacientes de grupos minoritários e vulneráveis?

O objetivo do presente trabalho é analisar como fatores socioeconômicos e culturais influenciam a formação da identidade profissional de estudantes de Medicina durante a

graduação, bem como sua compreensão em relação ao papel profissional e na qualidade do atendimento a pacientes de grupos minoritários ou vulneráveis. Dessa forma, abre-se um caminho para traçar o perfil socioeconômico dos estudantes de Medicina; identificar as principais características dos grupos estudados em relação a gênero, classe e raça e outros fatores socioeconômicos e culturais; investigar como os fatores relacionados ao capital cultural e social dos estudantes de Medicina influenciam a construção de sua identidade profissional na graduação; identificar os principais desafios enfrentados por estudantes de Medicina que pertencem a grupos minoritários em relação à identidade profissional.

Para recortar o problema, selecionei duas instituições de ensino superior (IES), sendo uma pública e outra privada, as quais possuem curso de graduação em Medicina. As duas instituições escolhidas para a análise pretendida nesta tese de doutoramento representam exemplos do processo de descentralização e interiorização da educação médica. Localizadas em cidades do interior de Minas Gerais, Ponte Nova e Viçosa, as IES Faculdade Dinâmica do Vale do Piranga (Fadip) e Universidade Federal de Viçosa (UFV) inauguraram seus respectivos cursos de graduação em Medicina nas duas últimas décadas, oferecendo, juntas, 120 vagas anuais (60 vagas na Instituição privada e 60, na pública) (Brasil, 2002). Ademais, as duas IES são classes homólogas, no campo da Medicina, conforme a definição de Bourdieu (2012). Para Bourdieu, no estudo das classes e das subclasses, em um campo específico, como o da Medicina, homologia opõe-se à analogia, já que aquela corresponde à igualdade na composição do capital. No Brasil, entre as IES, também há classes homólogas, subordinadas e dominantes, sobre aquilo que é distinto e distintivo, que é dado pelos extratos superiores do campo. Já as classes e subclasses inferiores não têm poder de distinção, o que no campo promove a violência e a luta simbólica, que leva à subordinação, à dominação ou à homologia, em sua grande maioria invisibilizados e naturalizados (Bastos, 2006). Os agrupamentos de classes se dão de forma relacional, isto é, uma localização dentro do campo, em relação a outra. As alterações de posições dentro do campo são temporalmente dinâmicas. A cada classe ou fração de classe, surgem espelhos, que correspondem aos espaços de estilos de vida, nos quais há transmutação dos capitais econômicos e culturais em capital simbólico, levando à distinção (Vandenberghe, 2006).

### **1.1 Conceitos centrais para a análise**

Este trabalho se sustenta, ainda, em torno da premissa conceitual de *habitus* e de interseccionalidade de gênero, classe social e raça. De acordo com Bourdieu (2012), o *habitus*

é resultado de uma história de uma biografia individual, mas também de uma experiência coletiva. Havendo um *habitus*, o ator se situará no espaço social, em classes, de acordo com o acúmulo de capital cultural e social e de capital econômico que possuir. Tal condição ocorre, também, nos campos profissionais (Robbins, 2002; Maton, 2003). No campo da Medicina no Brasil, observa-se que há classes homólogas, subordinadas e dominantes. As classes dominantes, segundo Bourdieu (2007), são aquelas que detêm maior quantidade de capital em suas várias formas: econômico, cultural, social e simbólico. Esses tipos de capital permitem que esses grupos exerçam controle e influência significativos sobre as outras classes e sobre a estrutura social como um todo. O capital cultural, por exemplo, inclui educação, competências e conhecimentos que são valorizados pela sociedade. As classes dominantes têm acesso privilegiado a instituições de ensino de prestígio e a redes sociais que reforçam sua posição de poder. As classes subordinadas, por outro lado, possuem menos capital em todas as suas formas. Elas são muitas vezes sujeitas às normas e regras impostas pelas classes dominantes. Bourdieu (2007) argumenta que essa subordinação é mantida não apenas por meio de mecanismos econômicos, mas também através de práticas culturais e simbólicas que naturalizam as desigualdades. Já as classes homólogas são aquelas que, embora situadas em diferentes campos sociais, ocupam posições similares em termos de estrutura de capital. Por exemplo, os intelectuais e os artistas podem ser considerados classes homólogas, apesar de estarem em campos distintos (cultural e artístico, respectivamente). Ambos os grupos compartilham uma posição de relativa autonomia em relação às classes dominantes econômicas, mas ainda estão submetidos às lógicas e dinâmicas impostas pela estrutura de poder dominante.

As classes homólogas são importantes para entender como diferentes campos sociais podem refletir e reproduzir as mesmas hierarquias e relações de poder encontradas na sociedade em geral. Bourdieu (2007) enfatiza que essas classes não são fixas ou estáticas; ao contrário, estão em constante interação e transformação. As lutas pelo poder e pelo reconhecimento ocorrem continuamente, tanto dentro quanto entre essas classes. As estratégias que as classes subordinadas utilizam para melhorar sua posição podem incluir a aquisição de capital cultural (como educação), enquanto as classes dominantes buscam perpetuar sua vantagem por meio de mecanismos de exclusão e reprodução social. Além disso, as classes homólogas podem servir como aliadas ou adversárias em diferentes contextos, dependendo das dinâmicas específicas de cada campo social. Por exemplo, intelectuais podem desafiar a dominação econômica promovendo discursos críticos, mas também podem ser cooptados pela elite dominante, dependendo de suas trajetórias individuais e coletivas (Bourdieu, 2007).

A violência simbólica, um conceito-chave em Bourdieu (2012), refere-se à imposição

de significados culturais que legitimam e perpetuam a dominação das classes superiores, fazendo com que as próprias classes subordinadas aceitem sua posição como natural e inevitável. Embora existam orientações e determinações provenientes do Ministério da Educação e do Conselho Federal de Medicina, por exemplo, os valores da classe dominante prevalecem e integram o *habitus* dos discentes médicos em sua socialização secundária (Vandenberghe, 2006). Essa influência é evidenciada na forma como os estudantes internalizam os protocolos educacionais e profissionais, bem como os valores e comportamentos socialmente valorizados, refletindo suas identidades dentro dos grupos sociais e culturais aos quais pertencem. Ressalta-se que a identidade é um conceito que envolve a relação do indivíduo com seu grupo social e cultural. Segundo Ciampa (2002), a identidade é essencial para que o indivíduo se sinta existir e ser reconhecido por outros, sendo uma relação entre unicidade e publicidade. Esse processo se manifesta no compartilhamento de valores e crenças com o grupo ao qual o indivíduo pertence, criando uma intersecção entre diferença e igualdade. A identidade pode ser dividida em dois níveis: identidade pessoal e identidade social. A identidade pessoal refere-se aos atributos específicos do indivíduo e sua história pessoal. A identidade social, por sua vez, envolve características que indicam a pertença a grupos ou categorias, como identidades étnicas, religiosas ou profissionais. Além disso, é construída socialmente e não é imutável. Ela envolve a relação entre o indivíduo e o grupo, refletindo a estrutura social e cultural da qual faz parte. Isso significa que as práticas e crenças compartilhadas dentro de um grupo influenciam diretamente a formação das identidades individuais e coletivas (Fernandes; Aleluia, 2020).

Esse processo de formação de identidade é particularmente relevante no campo da saúde. As crenças derivadas de diversas instituições, como as religiosas, políticas e outras, formam uma ideologia institucionalizada que, por sua vez, contribui para a manutenção e a formação de identidades profissionais (Dâmaso et al., 2019). Portanto, a identidade profissional é moldada pelo contexto social e cultural em que se insere, resultando em padrões de comportamento e condutas que são constantemente atualizados e normatizados através de rituais sociais (Ciampa, 2002). De forma semelhante, ocorre com as identidades de gênero, em que os padrões também envolvem a reprodução e contestação de normas culturais que definem o que é considerado apropriado para homens e mulheres, influenciando tanto a construção da identidade individual quanto a profissional (Abreu, 2018). Enquanto a identidade profissional assegura a continuidade e a estabilidade dentro de uma profissão, como a Medicina (Ciampa, 2002), as questões de gênero frequentemente desafiam e reconfiguram essas normas, trazendo à tona a necessidade de repensar práticas e condutas estabelecidas em função das dinâmicas de

poder e expectativas culturais que permeiam tanto o campo profissional quanto as relações de gênero (Abreu, 2018).

O conceito de gênero surgiu na história da humanidade para desnaturalizar o pensamento e focar na cultura, no pensamento antropológico, da construção social, a qual explora a perspectiva teórica que vê o gênero não como uma característica natural ou biológica, mas como um fenômeno construído socialmente. Desnaturalizar o pensamento implica questionar e desconstruir a ideia de que as diferenças de gênero são inerentes ou determinadas biologicamente, sugerindo que comportamentos, papéis e identidades de gênero não são dados pela natureza, mas moldados pela cultura. Focar na cultura significa entender o gênero como uma construção cultural, em que as normas e expectativas variam entre diferentes sociedades e mudam ao longo do tempo. Nas primeiras décadas, do século XIX ao XX, o sexo e a sexualidade começaram a ser tomados pelas Ciências Sociais como objeto desta área de estudos, porque os sentidos são condicionados ao eixo temático de humanidades. Até esse momento, o sexo e a sexualidade eram tratados como sendo do campo da Medicina (Hall, 1994).

As Ciências Sociais passam a existir como ciência na virada do século XIX para o XX, quando foi necessário definir quais seriam seus objetos próprios, como a análise das determinações causais de processos que ocorrem pela vida social, não pela física ou pela biologia (Santos, 1988). Nesse contexto, o médico Sigmund Freud (1905) também contribuiu para esses estudos ao abordar a sexualidade e o sexo de forma que retira da determinação biológica uma exclusividade na definição da identidade e do desejo. Freud sugeriu que a sexualidade humana é influenciada por fatores inconscientes, culturais e psicológicos, e que as experiências individuais ao longo da vida desempenham papel relevante na formação da identidade sexual e de gênero. Foi com a publicação de "Três ensaios sobre a Teoria da Sexualidade", em 1905, que Freud explorou suas ideias sobre o desenvolvimento sexual humano, incluindo conceitos como a sexualidade infantil, a fase fálica e o complexo de Édipo. Este trabalho é considerado um dos textos fundamentais com que Freud sistematiza suas concepções sobre o sexo e a sexualidade, retirando a sexualidade humana de uma visão estritamente biológica e introduzindo uma perspectiva psicológica e cultural (Freud, 2016).

Claude Lévi-Strauss, um dos principais fundadores da antropologia estruturalista, trouxe uma contribuição significativa ao estudo do parentesco com sua obra *As estruturas elementares do parentesco* (1949). Neste trabalho, Lévi-Strauss desafiou abordagens anteriores ao parentesco, que viam as relações familiares principalmente como laços biológicos e normas sociais rígidas. Em vez disso, ele propôs que o parentesco deve ser entendido como um sistema simbólico, regido por regras de aliança e troca que estruturam as relações sociais (Lévi-Strauss,

1949). Argumentou, ainda, que as estruturas de parentesco são universais e podem ser analisadas de forma análoga à linguagem. Assim como a linguagem é composta por elementos que adquirem significado dentro de um sistema de diferenças e relações, o parentesco também é estruturado por regras implícitas que organizam as relações sociais. A ideia central de Lévi-Strauss é que o incesto, ou a proibição de relações sexuais entre parentes próximos, não é apenas uma regra biológica, mas uma norma cultural fundamental que cria a necessidade de troca de mulheres entre grupos, estabelecendo laços de aliança entre diferentes famílias ou clãs. Essa "troca" é o que Lévi-Strauss chama de "estruturas elementares", ou seja, os sistemas mais simples e básicos de organização social que formam a base para a complexidade das sociedades humanas. Ele demonstrou que as regras de casamento e parentesco não são arbitrárias, mas seguem padrões que podem ser estudados e comparados entre diferentes culturas. A proibição do incesto, por exemplo, gera uma dinâmica de troca entre grupos sociais, criando alianças e fortalecendo a coesão social. Assim, o parentesco não é apenas uma questão de laços sanguíneos, mas um sistema simbólico que regula a vida social (Descola, 2009).

Lévi-Strauss também destacou a importância da reciprocidade e da troca na construção das relações sociais, conceitos centrais em sua análise estruturalista. Ele sugeriu que, em todas as culturas, as regras de parentesco e aliança operam como mecanismos para manter a ordem social e para assegurar a continuidade das relações entre grupos. Essas regras criam redes de obrigações mútuas que, por sua vez, sustentam a estrutura social (Lévi-Strauss, 1949). A obra de Lévi-Strauss (1949) foi revolucionária porque deslocou o foco da biologia e da genealogia para a análise das estruturas simbólicas e culturais que organizam a vida social. Ele mostrou que as estruturas de parentesco, longe de serem naturais ou dadas, são construções culturais que podem ser analisadas através de suas regras e padrões. Sua abordagem estruturalista abriu novos caminhos para o estudo da antropologia, influenciando profundamente a forma como os antropólogos compreendem as relações sociais e culturais em diversas sociedades ao redor do mundo (Descola, 2009).

As metades exogâmicas descritas nos estudos de Lévi-Strauss (1949) referem-se à divisão de uma sociedade em duas metades ou grupos (também chamados de *moitiés*), em que os indivíduos são obrigados a casar-se com alguém do grupo oposto, e não dentro de seu próprio grupo. Além disso, em sua pesquisa, Lévi-Strauss (1949) aborda sobre as metades exogâmicas que servem a várias funções sociais. Em primeiro lugar, elas promovem alianças entre grupos diferentes, fortalecendo a coesão social e criando redes de obrigações e reciprocidade. Em segundo lugar, a exogamia, ao evitar o casamento dentro do próprio grupo, reduz os riscos associados à endogamia, como a manutenção de um fundo genético limitado, que pode levar a

problemas de saúde em gerações subsequentes. A existência de metades exogâmicas é observada em várias culturas ao redor do mundo, especialmente em sociedades indígenas da Austrália, América do Norte e América do Sul. Nesses contextos, as regras exogâmicas são rigidamente aplicadas, e as metades podem estar associadas a identidades específicas, totemismo, ou rituais que reforçam a importância das trocas entre os grupos. Em suma, as metades exogâmicas são fundamentais para entender como muitas sociedades organizam suas relações sociais e alianças através do casamento, utilizando essas divisões como um mecanismo para manter a coesão e a ordem social. Lévi-Strauss (1949) destacou que essas estruturas, embora pareçam simples, são elementos importantes para a complexidade das relações sociais humanas (Descola, 2009).

Pierre Clastres, um antropólogo francês, é conhecido por suas análises das sociedades indígenas da América do Sul, especialmente por suas reflexões sobre o poder, a violência e a organização social dessas sociedades. Em seus estudos, Clastres explora a relação entre a troca de homens, a linguagem e as mulheres, elementos que estão profundamente enraizados nas estruturas sociais e culturais dessas comunidades. Uma das ideias centrais em Clastres é a de que as sociedades indígenas que ele estudou resistem à centralização do poder e à formação de um Estado, o que ele chama de "sociedades contra o Estado" (Clastres, 1995). Nesse contexto, a troca de mulheres, como discutida por Lévi-Strauss (1949) em seu trabalho sobre as estruturas de parentesco, é um mecanismo fundamental para a manutenção das alianças sociais e para evitar a concentração de poder. A troca de mulheres entre grupos cria laços de reciprocidade e mantém a coesão social, mas também reforça as divisões e hierarquias de gênero, em que as mulheres são frequentemente vistas como objetos de troca entre os homens. Clastres observa que, dentro dessas sociedades, o papel do homem viúvo pode ser carregado de significados culturais específicos. Um homem viúvo, que perdeu sua esposa, pode ser considerado "azarado" porque, em algumas culturas, isso simboliza uma ruptura na continuidade das alianças sociais e das trocas que sustentam a coesão do grupo. Essa percepção de azar está intimamente ligada à ideia de que a estabilidade social depende dessas trocas contínuas (Clastres, 1995).

Clastres (1995) aborda, ainda, a situação de homens que, em certos contextos, assumem funções tradicionalmente femininas. Em algumas sociedades, se um homem viúvo, por exemplo, não encontra uma nova parceira ou é incapaz de participar do sistema de troca de mulheres, ele pode ser designado para desempenhar papéis que são vistos como femininos. Esse fenômeno reforça ainda mais a oposição entre os papéis de gênero, ao mesmo tempo em que subverte as normas tradicionais, mostrando a flexibilidade e complexidade dessas estruturas sociais. A adoção de um papel feminino por um homem pode ser vista como uma inversão

simbólica que desafia as normas culturais, mas também reafirma a rigidez das categorias de gênero e a importância das trocas e alianças na manutenção da ordem social. Essas dinâmicas, ao serem analisadas por Clastres (1995), reforçam a ideia de oposição dentro dessas sociedades: entre homem e mulher, entre sorte e azar, e entre os papéis de gênero. Para Clastres (1995), a oposição é uma força motriz na organização dessas sociedades, onde as estruturas simbólicas de troca e reciprocidade são fundamentais para manter o equilíbrio e evitar a centralização do poder. Nesse contexto, a concepção de gênero de Margaret Mead (1969) complementa essa análise ao sugerir que os papéis de gênero são culturalmente construídos e variáveis, desafiando a ideia de uma natureza humana fixa. Mead (1969) argumenta que as diferenças de gênero são moldadas pelas expectativas sociais e culturais, o que implica que a reciprocidade e as trocas simbólicas nessas sociedades não apenas mantêm o equilíbrio de poder, mas também constroem e reforçam as identidades de gênero de maneiras que são específicas a cada cultura (Farsura de Oliveira, 2023).

A partir do pensamento antropológico, exemplificado inicialmente nas obras de Margareth Mead, fica claro que o sexo não é determinado pela biologia, mas pela cultura e pela sociedade. Mead (1969), em seus estudos sobre sociedades indígenas, demonstrou que os papéis de gênero são influenciados pelas práticas culturais, já que os temperamentos constituem os comportamentos. Mais adiante, Marcel Mauss acrescenta a essa perspectiva ao argumentar que o corpo humano, incluindo suas funções sexuais, é moldado por técnicas e práticas culturais, ressaltando que a biologia, isoladamente, não define a experiência de gênero. Assim, a construção social do gênero compreende um processo contínuo pelo qual a sociedade atribui significados aos sexos e estabelece como as pessoas devem agir e se expressar com base em seu gênero, refletindo as complexas interações entre cultura, sociedade e identidade (Mead, 1969; Lévi-Strauss, 1974; Mauss, 1974).

Outra antropóloga e teórica feminista que discursa sobre gênero e sexualidade, Gayle Rubin (1975), apresentou um de seus conceitos mais notáveis que trata da ideia de que "a mulher" deve ser entendida como uma categoria socialmente construída, e não como uma essência natural ou biológica. Rubin argumenta que "mulher" não deve ser usada no plural ("mulheres") de forma indiscriminada porque isso pode obscurecer as diferenças e diversidades dentro da experiência feminina, assim como reforçar uma noção essencialista de identidade. Em seu ensaio seminal "The Traffic in Women: Notes on the 'Political Economy' of Sex" (1975), Rubin analisa como as mulheres, em muitas culturas, são tratadas como objetos de troca entre homens, um processo que ajuda a construir e manter as hierarquias de gênero. Ela argumenta que o gênero está para além da diferença biológica, pois configura um conjunto de

relações sociais e culturais que organizam o poder, a sexualidade e a reprodução. Ao tratar "a mulher" como uma categoria, Rubin enfatiza que a identidade feminina é uma construção social que emerge das relações de poder e das normas culturais, como se observa em “[...] uma série de arranjos pelos quais uma sociedade transforma a sexualidade biológica em produtos da atividade humana, e nos quais essas necessidades sexuais transformadas são satisfeitas.” (Rubin, 2017, p. 3).

Já Joan Scott, em 1986, em seu ensaio "Gênero: uma categoria útil de análise histórica", critica o uso do termo "gênero" como sinônimo de "mulheres", uma prática que, segundo ela, dilui o poder analítico do conceito e obscurece as relações de poder e as dinâmicas sociais que ele visa desvelar. Para Scott (1995), o gênero é uma categoria que vai além de identificar ou estudar as mulheres: ele é uma forma de organizar as relações sociais com base nas diferenças percebidas entre os sexos e envolve o poder, as normas culturais e a construção social das identidades masculinas e femininas. Ao reduzir "gênero" a "mulheres", corre-se o risco de limitar o entendimento das identidades de gênero como mutuamente constitutivas e interligadas com outros eixos de diferenciação social, como classe, raça e sexualidade. Scott, portanto, defende que o conceito de gênero deve ser uma ferramenta analítica para compreender como as identidades sexuais e as relações de poder são construídas, mantidas e contestadas ao longo do tempo, e não simplesmente uma designação para mulheres. Ela argumenta que tal simplificação pode levar a uma visão essencialista das mulheres como um grupo homogêneo, o que negligencia as diferenças internas e a diversidade de experiências e formas de opressão e privilégio que se manifestam de maneiras distintas. Para Scott, o conceito de gênero permite explorar as relações entre o masculino e o feminino, bem como as complexas interações entre o biológico e o social, possibilitando uma análise minuciosa das estruturas de poder que moldam as identidades sexuais (Scott, 1995).

Verena Stolcke, uma antropóloga conhecida por seu trabalho em questões de gênero, raça e etnicidade, propõe uma analogia importante para entender como as categorias de sexo e raça se relacionam com as categorias de gênero e etnicidade. Sua formulação "sexo está para gênero assim como raça está para etnicidade" (1992) sugere que, assim como o sexo e a raça são frequentemente tratados como características biológicas e naturais, o gênero e a etnicidade são vistos como construções sociais que dão significado e organizam as experiências associadas a essas características. Na visão de Stolcke (1992), o sexo é frequentemente entendido como uma característica biológica – masculino e feminino – que se baseia em diferenças corporais e anatômicas. No entanto, o gênero é a construção social que organiza essas diferenças sexuais em papéis, normas e identidades. Ou seja, enquanto o sexo remete a uma base biológica, o

gênero diz respeito à interpretação cultural e social dessas diferenças, estabelecendo expectativas sobre o que significa ser homem ou mulher em diferentes sociedades. De forma semelhante, a raça é tradicionalmente vista como uma característica biológica ou física, frequentemente associada à cor de pele, traços faciais e outras características físicas. No entanto, a etnicidade é a construção social e cultural que dá significado a essas diferenças raciais, organizando-as em identidades coletivas, tradições culturais e vínculos sociais. A etnicidade envolve aspectos como língua, religião, costumes e história compartilhada, que transcendem as meras diferenças físicas e constroem comunidades e identidades sociais (Stolcke, 1992).

A analogia de Stolcke (1992) destaca como tanto o gênero quanto a etnicidade são constructos de fatores sociais, culturais e históricos, enquanto o sexo e a raça são frequentemente (e de forma crítica) vistos como dados naturais ou biológicos. Esta formulação critica as noções essencialistas que tratam o sexo e a raça como realidades imutáveis e universais, chamando a atenção para o fato de que o significado dessas categorias é constantemente construído, negociado e modificado nas práticas sociais. Stolcke (1992), ao traçar esse paralelo, aponta para as formas como as sociedades naturalizam e hierarquizam as diferenças entre grupos, sejam elas baseadas no sexo ou na raça, e como essas naturalizações servem para justificar sistemas de poder e desigualdade. Ao mostrar que tanto o gênero quanto a etnicidade são construções sociais, ela sublinha a importância de entender essas categorias como contextuais, historicamente contingentes e sujeitas a mudanças (Stolcke, 1992).

Stolcke (1992) também tem abordado o conceito de racismo científico em seus estudos, destacando como a ciência tem sido historicamente utilizada para legitimar e perpetuar ideias racistas. O racismo científico refere-se ao uso de teorias, dados e métodos científicos para justificar a superioridade de certos grupos raciais sobre outros, geralmente com o objetivo de manter e reforçar estruturas de poder e desigualdade. A antropóloga argumenta que o racismo científico surgiu como uma resposta às necessidades ideológicas e políticas das sociedades coloniais e pós-coloniais. Durante o século XIX e início do século XX, cientistas europeus e norte-americanos desenvolveram teorias raciais que pretendiam provar a inferioridade inata de certas raças, especialmente as não europeias. Essas teorias eram baseadas em uma interpretação errônea e tendenciosa de dados biológicos, antropológicos e médicos, e foram utilizadas para justificar a colonização, a escravidão e a segregação racial. No racismo científico, as diferenças entre os grupos humanos foram "biologizadas" – isto é, explicadas em termos de genética, anatomia ou outras características físicas, como a cor da pele, a forma do crânio ou a capacidade intelectual. Essa abordagem ignorava as complexidades culturais, históricas e sociais das

populações e reduzia a diversidade humana a categorias rígidas e hierárquicas. Stolcke destaca como essas teorias, além de refletirem preconceitos sociais e políticos, serviam ainda para reforçar esses preconceitos, fornecendo uma "base científica" para práticas discriminatórias e opressivas (Stolcke, 1992).

Verena Stolcke (2006) também examina como o racismo científico está frequentemente ligado ao nacionalismo e à construção de identidades nacionais exclusivas. Ela argumenta que, em muitos casos, o racismo científico foi utilizado para definir quem pertencia a uma nação e quem era considerado estrangeiro ou "outro". Esse tipo de exclusão racial e étnica, muitas vezes legitimado por argumentos científicos, serviu para justificar políticas de imigração restritivas, segregação racial e até genocídio. Stolcke critica fortemente o racismo científico, mostrando como ele se baseia em uma interpretação distorcida da ciência e da biologia. Ela argumenta que, em vez de refletir uma realidade objetiva, o racismo científico é uma construção ideológica que utiliza a ciência como um instrumento de poder. Para combater o racismo científico, Stolcke (2006) defende uma abordagem crítica que desconstrua essas teorias, expondo suas falácias e mostrando como a ciência pode ser usada para promover igualdade e justiça social, em vez de perpetuar desigualdades.

No contexto contemporâneo, a obra de Verena Stolcke (2006) é particularmente relevante, pois ela oferece ferramentas para compreender como antigas noções de racismo científico continuam a influenciar o pensamento e as políticas atuais. O racismo científico pode não ser mais abertamente defendido como no passado, mas suas ideias subjacentes ainda persistem em discursos sobre genética, imigração e identidade nacional. A matriz heterossexual, como estrutura normativa que organiza as relações de gênero e sexualidade em torno da heterossexualidade compulsória, se entrelaça com as dinâmicas do racismo científico, mesmo quando este é desacreditado pela ciência moderna. Stolcke (2006) nos alerta para a necessidade de vigilância constante contra formas de pensamento racista que, apesar de rejeitadas no campo científico, continuam a influenciar as sociedades. A persistência dessas ideias nos sistemas sociais e culturais, mesmo sob a égide de uma ciência que as contesta, revela a tenacidade das estruturas coloniais e a necessidade de uma análise interseccional para dismantelar as formas de opressão que sustentam tanto o racismo quanto a heteronormatividade (Stolcke, 2006). A matriz heterossexual transpõe um dimorfismo de gênero e do desejo, o que faz com que as disputas classificatórias e as histórias relacionadas a eles se deem de tal modo que favoreça o constrangimento das possibilidades pelo poder. Ademais, a performatividade da identidade constrói o gênero. Caso haja ruptura desta, o gênero deixa de ser binário, levando a várias possibilidades de noções de desejo (Butler, 2010). Ao dialogar com Foucault (1984), Butler

(2010) afirma que “sexualidade e poder são coextensivos, refuta implicitamente a postulação de uma sexualidade subversiva ou emancipatória que possa ser livre da lei” (Butler, 2010, p. 53).

Judith Butler (1999), uma das teóricas mais influentes no campo dos estudos de gênero e teoria Queer, oferece uma perspectiva inovadora sobre a identidade, especialmente no contexto das lutas políticas. Em sua obra, quanto ao contexto das disputas políticas, Butler (1999) vê a identidade como um "momento" em que as normas sociais são tanto reproduzidas quanto contestadas. A identidade, em sua visão, não é um ponto de partida estável para a ação política, mas um campo de batalha onde diferentes forças sociais competem para definir o que é considerado legítimo ou inteligível em termos de quem uma pessoa é ou pode ser. Por isso, as identidades podem ser arenas de contestação e resistência, nas quais indivíduos e grupos lutam para desafiar e redefinir as normas que regulam as identidades de gênero, sexualidade, raça, classe, entre outras. Butler (1999) refuta as ideias de identidade no sentido fixo (Butler, 1999).

Outra questão central na teoria de Butler (2010) é a temporariedade da identidade. Ao afirmar que a identidade é um "momento da disputa política", ela enfatiza que a identidade é sempre situada em um contexto específico e é sempre provisória. As identidades não são universais nem atemporais; elas são moldadas pelas condições históricas e sociais em que emergem, e estão sujeitas a mudança conforme essas condições mudam. Assim, a identidade pode ser um ponto de articulação política, mas nunca um ponto fixo. A fluidez da identidade pode ser uma fonte de vulnerabilidade, mas também de potencial transformação e resistência. A perspectiva de Butler (2010) tem profundas implicações para a ação política. Se a identidade é contingente e performativa, então as lutas políticas não devem apenas buscar o reconhecimento de identidades preexistentes, mas também questionar as estruturas e normas que produzem e sustentam essas identidades. Isso significa que a política de identidade, em vez de se fixar em categorias estáveis, deve estar aberta à inovação, à coalizão entre diferentes movimentos e à possibilidade de transformação radical das normas sociais (Butler, 2010).

Quando pensamos em tecnologia dentro desse contexto, ela pode ser vista como uma ferramenta que tanto reforça quanto desafia as normas de gênero. Tecnologias como a mídia digital, redes sociais e tecnologias de comunicação, desempenham um papel na produção e circulação das performances de gênero. Elas podem amplificar normas tradicionais de gênero, por exemplo, através de representações estereotipadas em filmes, publicidade e plataformas de mídia social (Butler, 2010). Butler (2015) também estaria atenta ao fato de que a tecnologia não é neutra; ela está imbuída de normas sociais que podem reforçar as desigualdades de gênero. A

vigilância tecnológica, algoritmos que reproduzem preconceitos de gênero e a comercialização de identidades através de plataformas digitais são exemplos de como a tecnologia pode perpetuar as normas de gênero e até intensificar formas de controle social. Por exemplo, os algoritmos de mídia social que promovem certos tipos de conteúdo podem reforçar estereótipos de gênero, enquanto as tecnologias de vigilância podem monitorar e punir comportamentos que desviam das normas de gênero estabelecidas. Por outro lado, Butler (2015) também reconheceria o potencial da tecnologia como uma ferramenta de resistência e transformação das normas de gênero (Butler, 2015).

Butler (2010), ao explorar as interseções entre gênero, tecnologia e poder, aborda a ideia de que os aparatos tecnológicos e a tecnologia em geral não são neutros em termos de gênero. Embora Butler (2010) não trate extensivamente da "divisão sexual dos aparatos tecnológicos" em termos explícitos, sua teoria da performatividade de gênero e suas reflexões sobre o poder e a normatividade oferecem uma base para entender como a tecnologia pode incorporar e reforçar a masculinidade e os valores associados ao masculino. A tecnologia, em muitas sociedades, tem historicamente sido associada à masculinidade. Essa associação está enraizada em uma série de discursos e práticas que vinculam a competência tecnológica, a inovação e o controle de aparatos técnicos aos atributos masculinos. A masculinidade, dentro deste contexto, é muitas vezes associada a qualidades como racionalidade, objetividade, força e domínio sobre a natureza – todas características que foram culturalmente valorizadas na construção da identidade masculina e que são frequentemente projetadas sobre a tecnologia. Butler (2010) argumenta que a tecnologia, ao ser desenvolvida e utilizada dentro de um contexto social que privilegia a masculinidade, acaba incorporando e reproduzindo esses valores masculinos. Isso se manifesta em vários níveis: (i) *design* e função: aparatos tecnológicos são projetados com uma visão do mundo que reflete normas e valores masculinos. Por exemplo, a engenharia de carros de alta performance, ferramentas pesadas, ou mesmo certos *softwares*, muitas vezes enfatizam controle, potência e eficiência – qualidades tradicionalmente associadas ao masculino; (ii) cultura tecnológica: especialmente campos como a engenharia, a informática (como a cirurgia robótica) e a indústria militar, tendem a ser dominados por homens e a valorizar características e comportamentos tradicionalmente masculinos. Essa cultura pode criar barreiras para a participação feminina, ao mesmo tempo que reforça a ideia de que a tecnologia é um domínio "natural" dos homens; e (iii) representação e *marketing* – produtos tecnológicos são frequentemente anunciados de maneira que exalta a força, o poder e o controle – aspectos que são culturalmente ligados à masculinidade (Butler, 2010).

A divisão sexual na relação com a tecnologia pode ser vista em como certos dispositivos

e tecnologias são "generificados" como masculinos ou femininos. Aparelhos associados a força, precisão e controle tendem a ser vinculados ao masculino, enquanto dispositivos associados a cuidado, domesticidade ou estética são frequentemente vistos como femininos. Essa divisão reflete e reforça as normas de gênero dominantes, ao mesmo tempo que limita a forma como as diferentes identidades de gênero interagem com a tecnologia. Butler (1999) incentivaria uma análise crítica dessa divisão, questionando como a tecnologia pode ser reimaginada e redesenhada para não apenas incorporar uma perspectiva mais inclusiva, mas também para desafiar as normas de gênero que a sustentam. Isso envolve repensar o *design* e o desenvolvimento tecnológico de maneiras que não assumam ou reproduzam valores masculinos como universais ou desejáveis. Para Butler (2010), a tecnologia também pode ser um campo de disputa onde essas normas de gênero são contestadas. Movimentos para a inclusão de mulheres e outras identidades de gênero na tecnologia, iniciativas de *design* inclusivo e a criação de novas tecnologias que desafiam os estereótipos de gênero são exemplos de como a tecnologia pode ser reorientada para resistir à incorporação de valores masculinos e abrir espaço para uma maior diversidade de expressões de gênero. Ressalte-se que as tecnologias não são necessariamente emancipatórias, nem opressivas, uma vez que as materialidades e os constrangimentos socioculturais favoreceram o avanço da biotecnologia e da indústria farmacêutica no controle do corpo. Dessa forma, observam-se as desigualdades produzidas pelos marcadores sociais de diferença – gênero, raça e classe social (Butler, 2010).

A noção de raça, tal como entendida hoje, só pode ser plenamente compreendida a partir do contexto histórico da colonização. Para Stolcke (2006), a colonização envolveu a exploração econômica e territorial, e a imposição de categorias de diferença que foram inscritas nos corpos das populações colonizadas. A raça, nesse sentido, é uma construção social que foi utilizada para justificar e naturalizar a opressão, a exploração e a hierarquização de grupos humanos com base em características físicas. A colonização europeia dos continentes africano, americano e asiático nos séculos XVI a XIX foi um processo que exigiu a criação de justificativas ideológicas para a dominação de povos inteiros. A raça emergiu como uma dessas justificativas, fornecendo uma base pseudocientífica para a ideia de que certas populações eram naturalmente inferiores e, portanto, mereciam ser subjugadas. Stolcke (2006) ressalta que essa construção da raça não é um reflexo de diferenças biológicas inatas, mas sim uma invenção que serviu aos interesses coloniais, transformando a diversidade humana em hierarquias rígidas. Essa noção de raça foi inscrita nos corpos dos colonizados através de práticas violentas, como a escravidão, a segregação e a imposição de normas que desumanizavam aqueles considerados "outros". A cor da pele, a forma dos traços faciais e outras características físicas tornaram-se marcadores

visíveis de inferioridade, justificando a exclusão e a exploração. Stolcke (2006) aponta que esse processo de racialização não foi apenas um projeto ideológico, mas também material, que se manifestou no controle dos corpos, na exploração do trabalho e na violência sistemática contra os povos colonizados. Para Stolcke, o corpo tornou-se o terreno onde as diferenças sociais e as opressões coloniais foram materializadas. A raça, ao ser vinculada diretamente às características corporais, transformou o corpo em um símbolo de desigualdade e hierarquia. Essa materialização da opressão no corpo cria uma marca indelével pela qual as relações de poder são literalmente inscritas na carne e no sangue dos indivíduos. O corpo racializado é, portanto, tanto um produto quanto um objeto da dominação colonial. Esse processo é central para entender como a raça continua a operar nas sociedades contemporâneas (Stolcke, 2006).

As construções coloniais de raça não desapareceram com o fim das administrações coloniais; ao contrário, elas persistem e continuam a influenciar as relações sociais, políticas e econômicas. Os corpos racializados ainda carregam o peso dessas construções históricas, e as desigualdades raciais são reproduzidas e reforçadas por sistemas sociais que continuam a ver a raça como uma categoria natural e legítima. Stolcke (2006) também reconhece que, embora a raça tenha sido inicialmente uma ferramenta de opressão, ela se tornou uma base para a resistência e a mobilização política. Movimentos antirracistas e decoloniais têm desafiado a naturalização da raça e lutado para expor suas raízes coloniais e sua função como instrumento de controle e exclusão. Esses movimentos, ao mesmo tempo que reconhecem a construção social da raça, utilizam essa categoria para articular demandas políticas e resistir às continuidades da opressão racial. Esses movimentos políticos também colocam o corpo no centro de suas lutas. O corpo racializado, que foi historicamente marcado como inferior, torna-se um símbolo de resistência e orgulho. A afirmação das identidades racializadas, a reivindicação da beleza, da cultura e da dignidade dos corpos pretos, pardos, indígenas e de outras minorias é uma forma de subverter as hierarquias raciais e desafiar as estruturas de poder que continuam a marginalizar esses corpos (Stolcke, 2006).

Kimberlé Williams Crenshaw (1989) formalizou e deu nome ao conceito de interseccionalidade, uma abordagem que analisa as interações entre gênero, raça, classe e outras formas de desigualdade, evidenciando como diferentes dimensões de opressão se sobrepõem e se interligam. Importante destacar, contudo, que a essência do conceito já estava presente em discussões anteriores, que apontavam para a necessidade de uma análise complexa e integrada das desigualdades sociais. A interseccionalidade, conforme formulada por Crenshaw, enfatiza que experiências de discriminação e opressão não podem ser compreendidas isoladamente por gênero, raça ou classe, mas sim como interseções dessas identidades, que geram experiências

únicas de marginalização. Crenshaw cunhou o termo "interseccionalidade" em 1989 em seu artigo "Demarginalizing the Intersection of Race and Sex: A Black Feminist Critique of Antidiscrimination Doctrine, Feminist Theory and Antiracist Politics". Nesse trabalho, ela mostrou como as mulheres negras eram marginalizadas tanto por teorias feministas, que frequentemente priorizavam as vivências de mulheres brancas, quanto por teorias antirracistas, que geralmente se concentravam nas experiências de homens pretos. Crenshaw argumentou que essa marginalização acontecia porque ambas as teorias falhavam em reconhecer como as identidades de gênero e raça se entrelaçam para produzir formas específicas de opressão (Crenshaw, 1989).

A interseccionalidade, como proposta por Crenshaw (1989), reconhece que as opressões de gênero, raça e classe não são simplesmente somatórias, mas interagem como atravessamentos de eixos para criar experiências distintas. Por exemplo, as mulheres negras podem enfrentar uma forma de discriminação que não é apenas a soma da discriminação racial enfrentada pelos homens pretos e da discriminação de gênero enfrentada pelas mulheres brancas, mas uma forma única de opressão que resulta da intersecção de ambas as identidades. No caso da interseccionalidade de gênero, raça e classe, Crenshaw (1989) argumenta que é essencial entender como essas categorias estruturam a vida social e as oportunidades econômicas de maneira profundamente interconectada. As mulheres negras de classes trabalhadoras, por exemplo, podem enfrentar barreiras adicionais no acesso ao emprego e à educação, que não são explicáveis apenas por gênero, raça ou classe separadamente. Elas são muitas vezes mais vulneráveis à exploração econômica e à violência devido à combinação dessas identidades. Crenshaw (1989) também aplicou o conceito de interseccionalidade no campo do direito, particularmente na crítica às políticas de antidiscriminação.

Crenshaw (1989) apontou que as leis de direitos civis e de igualdade de gênero muitas vezes não conseguem capturar as complexas realidades das mulheres negras, pois são estruturadas para lidar com casos de discriminação "única", como racismo ou sexismo, mas não com a combinação de ambos. Essa limitação jurídica resulta na invisibilidade legal de indivíduos que se encontram na intersecção de múltiplas formas de opressão. Além disso, Crenshaw (1989) enfatiza que a interseccionalidade não é apenas uma ferramenta analítica, mas também uma abordagem política que deve guiar a elaboração de políticas públicas. Políticas que não consideram a interseccionalidade correm o risco de reforçar as desigualdades que pretendem combater, ao não abordar as necessidades específicas de grupos marginalizados em múltiplas dimensões. Ao juntar a interseccionalidade de Kimberlé Crenshaw (1989) com a perspectiva decolonial, somos convidados a expandir nosso olhar para uma compreensão mais

ampla e inclusiva das relações sociais e do conhecimento. Essa combinação nos permite ver como as formas de opressão estão interligadas e enraizadas em processos históricos de colonização e como as lutas por justiça social e equidade devem incluir um compromisso com a valorização de outras formas de saber. Ao integrar essas perspectivas, construímos uma visão ampliada que desafia as estruturas de poder existentes e reconhece e promove a diversidade epistemológica como um caminho para um mundo mais justo e inclusivo (Crenshaw, 1989).

María Lugones, uma filósofa e teórica decolonial, fez contribuições significativas ao estudo do colonialismo, argumentando que este não apenas produziu e solidificou a noção de raça, mas também moldou e impôs as categorias de gênero de maneira profundamente interligada. Lugones (2008) desenvolveu o conceito de "colonialidade de gênero" para explicar como o colonialismo europeu não apenas explorou e dominou as populações colonizadas em termos de raça, mas também reconfigurou as relações de gênero e sexualidade de maneira a servir aos interesses coloniais. Lugones (2008) argumenta que o processo colonial impôs um sistema de gênero binário e hierárquico, baseado em uma dicotomia rígida entre masculino e feminino, que era estranho a muitas sociedades indígenas e africanas pré-coloniais. Essas sociedades tinham, frequentemente, entendimentos muito mais fluidos e complexos de gênero e sexualidade, os quais não se conformavam às categorias binárias introduzidas pelos colonizadores. Para Lugones (2008), o colonialismo europeu, ao mesmo tempo em que racializou as populações colonizadas, impôs uma lógica de gênero que desumanizava ainda mais as mulheres negras e indígenas, posicionando-as não apenas como inferiores aos homens brancos, mas também como subalternas em relação às mulheres brancas. Essa intersecção entre raça e gênero criou novas formas de opressão que não podem ser totalmente compreendidas se analisadas separadamente (Lugones, 2008).

Lugones (2008) explica que a colonização envolveu a imposição de um modelo europeu de patriarcado que subordinou as mulheres colonizadas aos homens europeus e reestruturou as relações de gênero dentro das sociedades colonizadas. As mulheres negras e indígenas foram frequentemente relegadas a papéis que as desumanizavam, sendo vistas como meros objetos de trabalho e reprodução, desprovidas da plena humanidade que os colonizadores atribuíam às mulheres brancas. Além disso, a sexualidade das mulheres colonizadas foi sistematicamente controlada e explorada como parte do projeto colonial. Lugones (2008) aponta que a violência sexual era uma ferramenta de dominação que servia para reprimir e subordinar as mulheres racializadas, reforçando as hierarquias raciais e de gênero. Esse processo não apenas subjugou as mulheres, mas também teve um impacto profundo na maneira como as identidades de gênero foram (re)construídas nas sociedades colonizadas (Lugones, 2008).

Lugones (2008) sugere que o entendimento do gênero como algo universal e homogêneo é uma construção colonial que precisa ser desafiada. Ela propõe que, para compreender verdadeiramente as dinâmicas de opressão vividas por mulheres racializadas, é necessário reconhecer como o gênero foi configurado através da lente da raça e da colonialidade. Em resposta, Lugones encoraja a recuperação e valorização das tradições e entendimentos de gênero que existiam antes da colonização, bem como a criação de novas formas de pensar e viver o gênero que resistam à lógica binária e opressiva imposta pelo colonialismo. Ela propõe uma "descolonização do gênero" que busca desafiar e dismantelar as estruturas de poder colonial que continuam a moldar as identidades e as relações de gênero nas sociedades contemporâneas.

Como consequência das premissas apresentadas nos parágrafos anteriores, é possível presumir como ocorre a construção da identidade profissional do estudante de Medicina ao longo da graduação, considerando as modificações quanto ao ingresso de acadêmicos de Medicina, como a maior inserção de estudantes do sexo feminino, pretos e pardos e de classe social baixa, que entram na universidade por meio de programas sociais e que, como os demais graduandos de Medicina, têm sua formação orientada pelas Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina de 2014 (DCN) (Brasil, 2014). Assim, infere-se que a construção dessa identidade é influenciada pelas interseções entre raça, classe e gênero, e pelo contexto histórico de desigualdade e exclusão. As DCN, ao enfatizarem uma formação voltada para a equidade em saúde, oferecem um caminho para que esses estudantes desenvolvam uma identidade profissional que os reconheça como médicos competentes e agentes de transformação social, comprometidos com a luta por justiça social e pela descolonização da saúde (Brasil, 2014).

## **1.2 Considerações metodológicas**

Do ponto de vista metodológico, foi realizada uma pesquisa empírica conforme as Resoluções CNS n. 466/2012 e n. 510/2016, após a emissão dos Certificados de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE) números 70541623.5.0000.5137, 70541623.5.3002.8063 e 70541623.5.3001.5153, respectivamente dos Comitês de Ética em Pesquisas com Seres Humanos da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (PUC-MG), da Faculdade Dinâmica do Vale do Piranga (Fadip) e da Universidade Federal de Viçosa (UFV). Tal pesquisa classifica-se como exploratória e transversal, baseada em coleta de dados primários, com metodologia quanti-qualitativa. Foi aplicado questionário *survey*, embasado pelas informações

contidas no livro de Pierre Bourdieu *A distinção: crítica social do julgamento* (2007), e realizada entrevista em profundidade, ambos voltados para os acadêmicos do curso de graduação em Medicina das duas IES – Fadip e UFV. As duas instituições escolhidas para a análise pretendida neste projeto representam exemplos do processo de descentralização e interiorização da educação médica. Para a coleta de dados, foi solicitado o Termo de Anuência (TA) do Diretor-Geral da Fadip, Sr. José Cláudio Maciel de Oliveira, bem como o do chefe do Departamento de Medicina e Enfermagem da UFV, Prof. Dr. Pedro Paulo do Prado Junior. Os acadêmicos de Medicina foram convidados a participar da pesquisa, tendo sido esclarecidos os objetivos, a metodologia e os benefícios do trabalho através da pesquisadora e do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

A primeira fase da pesquisa se destinou a analisar os traços predominantes dos(as) entrevistados(as), agregadamente, segundo capital econômico, cultural e estilo de vida, e a associação da predominância com aspectos das vivências no curso de Medicina e as percepções, expectativas, planos e valores com relação à vida como profissional. O conteúdo do questionário foi validado por juízes (Oliveira; Chacham, 2024a). A amostra da primeira fase foi de conveniência, compreendendo os acadêmicos do 1º (primeiro), 3º (terceiro) e 5º (quinto) anos da Fadip e da UFV. Conforme descrito no estudo de Oliveira e Chacham (2024a), os dados coletados versavam sobre os tópicos seguintes: características sociodemográficas; capital econômico familiar/pessoal; capital cultural familiar/pessoal; financiamento do curso de Medicina e dos custos de manutenção; aspectos do estilo de vida atual; influências, escolha e decisão pela Medicina; vivências no curso de medicina e percepções; área de especialização pretendida e motivações; conhecimento sobre o mercado de trabalho na área médica, ideal de trabalho na área médica e expectativa do que é mais provável, dadas a estrutura do mercado e a conjuntura; valores relacionados à prática médica, à saúde pública e à saúde privada. Após a obtenção e a tabulação das informações, foi realizada uma análise estatística multidimensional, com discussão que propõe intercalar a temática aos dados secundários da literatura.

Os dados coletados possibilitaram identificar e delinear perfis a partir dos dois blocos de variáveis: (i) capitais e estilo de vida e (ii) vivência, percepções, expectativas e valores. Esse perfilamento permitiu selecionar um/a graduando/a do 1º ano, um/a do 3º ano e um/a do 5º ano em cada uma das IES. A partir dessas indicações iniciais e utilizando o método *snowball*, foi possível chegar ao total de vinte e oito sujeitos de pesquisa. Esse conjunto de pessoas selecionadas participou de entrevista qualitativa em profundidade, que foi gravada. Na segunda etapa deste estudo, a fim de verificar as influências externas relacionadas à escolha da Medicina, assim como o conjunto de valores, percepções, desejos e temores atribuídos à profissão, os

quais influenciam na opção por uma especialidade, na relação com os colegas de profissão e com os pacientes, no comportamento ético e perante a ciência.

Neste estudo, a seleção dos informantes-chave foi feita pelo método *snowball* – aqueles definidos no perfilamento da primeira fase deste estudo –, os quais indicaram outros respondentes e assim por diante. Simultaneamente à utilização do método *snowball*, foi feita a análise da entrevista em profundidade com os graduandos de 1º, 3º e 5º anos, voltando-se às experiências coletivas, no mesmo período do curso, e não ao entendimento individual desconexo dos demais.

Para o tratamento de dados e a apresentação dos resultados deste estudo, foi utilizado o quadro teórico-metodológico de Pierre Bourdieu, que trata da violência simbólica, à luz das informações obtidas no livro *A distinção: crítica social do julgamento* (2007). A avaliação qualitativa dos dados obtidos na entrevista em profundidade verificou a influência da IES na conformação do *habitus* e da identidade profissional do estudante de Medicina. Dessa forma, pretende-se contribuir para a compreensão da relação entre a educação médica, a formação do *habitus* discente, a interseccionalidade de gênero, raça e classe social, e as práticas profissionais no contexto brasileiro contemporâneo. A meta do presente estudo consiste em propor estratégias para promover uma formação médica mais inclusiva e equitativa, a fim de contribuir, cada vez mais, para o exercício de uma Medicina colaborativa com o cuidado de todos os grupos sociais.

O trabalho está organizado em cinco capítulos. No primeiro destes, apresento a contextualização histórica da Medicina e da formação médica no Brasil. No segundo capítulo, faço uma revisão narrativa sobre o conceito de identidade dos graduandos médicos, assim como a respeito do processo pelo qual esses estudantes desenvolvem uma consciência de si mesmos como membros ativos da sociedade. No terceiro capítulo, apresento o resultado do *survey*, buscando identificar padrões e relações entre os fatores sociais e a formação da identidade profissional. No quarto capítulo, interpreto os resultados das entrevistas individuais à luz de teorias das Ciências Sociais – Pierre Bourdieu e Kimberlé Williams Crenshaw – e discuto suas implicações para a formação médica, destacando a importância dos fatores sociais na construção da identidade profissional. Ademais, neste quarto capítulo analiso as dimensões sociais que produzem a estratificação de especializações dentro do campo da Medicina. Como a meta desta tese de doutoramento é propor estratégias para promover uma formação médica mais inclusiva e equitativa, no quinto capítulo, realizo uma análise com abordagem interseccional – conforme mencionada por Carla Akotirene (2019) – das DCN. Ainda nesta tese, a escrita recorrendo à variação de tempos e formas pessoais verbais atende às necessidades

argumentativas: a primeira pessoa do singular descreve a metodologia; a primeira do plural envolve o leitor na análise e discussão; e a terceira pessoa assegura objetividade. O presente apresenta argumentações e teorias atuais, enquanto o pretérito descreve métodos, contextos e teorias anteriores, garantindo clareza ao texto.

## **2 CAPÍTULO 1: CONTEXTUALIZAÇÃO SOCIOLÓGICA DA IDENTIDADE PROFISSIONAL DOS ESTUDANTES DE MEDICINA: formação médica e história do ensino de Medicina no Brasil**

### **2.1 Introdução**

A identidade médica é um conceito complexo que envolve, além do conhecimento técnico-científico, valores, normas e práticas que são construídos ao longo da formação e da prática profissional. Neste capítulo, explorarei a formação em Medicina e a história do ensino de Medicina no Brasil para contextualizar sociologicamente a identidade médica, destacando a influência de diferentes aspectos socioculturais e históricos na construção dessa identidade, como as reformas e transformações que impactaram a estrutura e conteúdo dos cursos, assim como a formação dos profissionais de saúde. Para além disso, a interseccionalidade de gênero, raça e classe da identidade dos estudantes de Medicina é discutida como influência na formação e construção da identidade profissional. A revisão narrativa, apresentando o relato temporal da formação médica e do desenvolvimento de políticas públicas de saúde e de educação médica, foi desenvolvida em duas seções: (2.2) História da Medicina como um campo do conhecimento e a Medicina no Brasil; (2.3) As recomendações e reformas propostas para a educação médica vivenciadas em território nacional ao longo do tempo. Além disso, recorreu-se à lente da interseccionalidade, considerando como a identidade médica é influenciada pelo conhecimento técnico-científico, e também por questões de gênero, raça e classe social.

### **2.2 História da Medicina como um campo do conhecimento e a Medicina no Brasil**

A história da Medicina remonta aos primórdios da humanidade, evoluindo conforme as sociedades se desenvolviam e adquirindo contornos cada vez mais complexos. Na pré-história, a saúde era tratada principalmente por xamãs, que utilizavam plantas medicinais e técnicas como a trepanação – a perfuração do crânio para aliviar dores ou liberar aquilo que, na concepção da época, denominavam "espíritos malignos". Esse conhecimento era rudimentar, mas já demonstrava uma busca por compreender e tratar doenças (Castro; Landeira-Fernandez, 2010). Com o avanço das civilizações, como na Mesopotâmia e no Egito Antigo, as práticas médicas tornaram-se mais elaboradas, misturando conhecimentos empíricos com crenças religiosas (Botelho, 2004). Imhotep, no Egito, é uma figura emblemática desse período, sendo reverenciado tanto como médico quanto arquiteto. Ele representa o surgimento de uma figura profissional ligada à Medicina, que buscava tratar doenças de forma sistemática e eficiente

(Afrika, 2014). Na Grécia Antiga, Hipócrates revolucionou a prática médica ao propor que as doenças tinham causas naturais, e não divinas. Ele estabeleceu princípios racionais que orientaram o diagnóstico e tratamento, além de introduzir o famoso Juramento de Hipócrates, que até hoje guia a ética médica (Accorsi et al., 2022). Esse marco foi essencial para o desenvolvimento de uma Medicina baseada em observação e evidências. Durante a Idade Média, o conhecimento médico grego foi preservado e expandido pelo mundo árabe, que introduziu novos medicamentos e técnicas cirúrgicas. Na Europa, a Renascença trouxe uma renovação do estudo anatômico, impulsionada por estudiosos como Vesalius, que realizaram disseções detalhadas do corpo humano, elevando o entendimento sobre a anatomia e as funções dos órgãos. Na Idade Moderna, com as grandes navegações, novos desafios de saúde surgiram, especialmente a bordo das embarcações. Doenças como o escorbuto devastaram os tripulantes, evidenciando as dificuldades das práticas médicas da época, que ainda eram limitadas. No entanto, as experiências dessas viagens impulsionaram o desenvolvimento da Medicina Naval e da higiene em condições adversas (Kickhöfel, 2003).

Durante o período colonial no Brasil, os serviços de saúde eram precários, com poucos médicos e instalações inadequadas, sendo a Medicina popular predominante. Os escravizados, que prescreviam ervas para tratamentos, possuíam perfis de saúde diversos, influenciados por fatores como origem e condições de vida. As doenças eram atribuídas ao clima, trabalho ou a características inatas, como o "banzo" – condição psicológica e emocional observada entre africanos escravizados, caracterizada por profunda tristeza, saudade, depressão e desejo de retorno à terra natal –, uma condição comum entre os africanos. Redes de solidariedade entre escravizados e forros, como sangradores, ajudavam na assistência e, às vezes, na compra de liberdade. A chegada da Família Real em 1808 marcou o início da formação médica formal, com a criação de escolas de cirurgia e hospitais que seguiram o modelo europeu. No entanto, o foco da saúde era voltado para a elite, negligenciando a população escravizada. A Medicina brasileira, influenciada por padrões ocidentais, refletia a interseccionalidade de classe, gênero e raça, perpetuando desigualdades e desumanizações. As práticas tradicionais africanas, como os "calundus", representavam tanto formas de cura quanto resistência cultural, desafiando as normas coloniais e destacando o papel central das mulheres negras como curandeiras (Oda, 2008). A formação médica no Brasil colonial foi marcada por tensões entre a Medicina ocidental e práticas locais, estabelecendo as bases para a modernização e profissionalização da Medicina no país (Oliveira; Chacham, 2024b). Esse cenário de tensões e transformações ressoa com o contexto global da era pré-flexneriana, um período importante de diferentes práticas na história da Medicina, tanto mundial como no Brasil, caracterizado por uma série de

transformações sociais, econômicas e políticas que influenciaram profundamente a prática médica e a saúde pública.

Na esteira da Revolução Industrial, verifica-se, como exemplo, que houve um rápido crescimento das cidades e uma concentração maciça de trabalhadores em condições precárias. Nesse contexto, na Inglaterra, a Medicina pré-científica predominava, legitimando o modelo econômico emergente do capitalismo. Além disso, a Lei dos Pobres, que expulsou agricultores da zona rural, contribuiu para uma inquietude político-sanitária, levando à necessidade de quarentenas urbanas – comuns na Idade Média – para controlar doenças infecciosas. Ainda em território europeu, na Alemanha, a saúde foi vista como vital para a garantia dos interesses nacionais, levando à criação da Polícia Médica (*Medizinischepolizei*), que supervisionava questões sanitárias (Mantovani, 2018).

Nos Estados Unidos, de forma diferente do que ocorria na Europa, a ausência de uma política nacional de saúde coordenada pelo Estado durante a era pré-flexneriana refletiu a ênfase na liberdade individual e na autonomia dos estados em questões de saúde pública. Essa abordagem descentralizada resultou em políticas de saúde minimamente elaboradas, com foco na proteção da produção econômica e na minimização de danos à atividade industrial e comercial. Nesse cenário, as políticas de saúde eram frequentemente orientadas por interesses econômicos e comerciais, em detrimento da saúde pública. As empresas tinham influência significativa sobre as práticas de saúde e segurança no trabalho, muitas vezes priorizando a lucratividade em detrimento da segurança e bem-estar dos trabalhadores. Porém, a falta de coordenação nacional levou a disparidades regionais na prestação de serviços de saúde e na resposta a epidemias e crises sanitárias. Sem uma estrutura nacional unificada, a capacidade de resposta a emergências de saúde pública era limitada, resultando em consequências negativas para a saúde da população (White, 1983).

A publicação do livro *Medical Education in the United States and Canada* (1910), um paradigma da Medicina Científica ou flexneriana, transformando o sistema de saúde e a formação médica no país, emergiu como uma resposta aos desafios mencionados, decorrentes da abordagem fragmentada da saúde pública nos Estados Unidos. Defendendo a importância da formação médica baseada em ciência e pesquisa, o relatório Flexner influenciou significativamente a prática médica e os sistemas de saúde ocidentais, como os brasileiros, ao estabelecer padrões mais rigorosos para a formação e a regulamentação da prática médica. Com a proclamação da República e a urbanização acelerada, especialmente nas capitais do Brasil, surgiram novos desafios de saúde pública, como doenças infecciosas e falta de infraestrutura sanitária. A saúde pública ainda era incipiente, com pouca coordenação entre os diferentes

níveis de governo; nesse contexto, a introdução da Medicina científica no Brasil foi influenciada por iniciativas internacionais, como a missão médica francesa, que trouxe métodos modernos de ensino e prática médica. No entanto, a formação médica no país ainda carecia de padrões e regulamentação, o que levou a disparidades na qualidade dos profissionais formados (White, 1983; Bertolozzi; Greco, 1996).

Na era pré-flexneriana no Brasil, observou-se um período de transição, marcado por uma crescente demanda por mudanças no sistema de saúde e na formação médica, culminando na reforma do ensino médico promovida por Cândido Fontoura em 1911, que introduziu reformas significativas na formação médica brasileira, preparando o terreno para a influência posterior do relatório Flexner no país. O paradigma flexneriano teve um impacto significativo na reforma do ensino médico no Brasil e em outros países da América Latina (Pagliosa; Da Ros, 2008). Em território nacional, o relatório Flexner promoveu a criação de novas escolas de Medicina e a modernização do currículo. A Escola Paulista de Medicina, fundada em 1933, foi uma das primeiras a adotar as recomendações do relatório, com um currículo baseado em ciências básicas e clínicas, além de forte ênfase na prática médica. Essas mudanças contribuíram para elevar o padrão da formação médica no Brasil e para aproximar a prática médica brasileira dos modelos internacionais (Almeida Filho, 2010).

O modelo flexneriano, caracterizado por uma perspectiva biologicista da doença e uma formação centrada em laboratórios e hospitais, foi criticado por sua abordagem reducionista do conhecimento e por sua ênfase na superespecialização, que poderia levar a uma formação profissional passiva e individualista. Além disso, o modelo foi associado à elitização da educação superior, à subordinação do ensino à pesquisa, à mercantilização da Medicina e à privatização da saúde. Esses aspectos foram vistos como incompatíveis com os ideais democráticos e as necessidades de saúde da população brasileira. Porém, ao longo do século XX, a formação médica no Brasil continuou a evoluir, com a criação de novas escolas de Medicina e a implementação de políticas para melhorar a qualidade do ensino. As justificativas para as reformas curriculares do ensino médico tiveram início com a reforma universitária de 1968 no Brasil, a qual teve um impacto significativo na educação médica, contribuindo para transformações profundas no ensino superior como um todo. A reforma, que foi influenciada por movimentos estudantis e intelectuais da época, buscava democratizar o acesso à educação, promover uma maior integração entre teoria e prática e incentivar uma visão crítica da sociedade. Entre as principais mudanças propostas, destacam-se: (i) autonomia universitária, em relação ao Estado, garantindo maior liberdade na gestão acadêmica e administrativa; (ii) criação dos institutos centrais nas universidades, responsáveis pela coordenação das atividades

de ensino, pesquisa e extensão; (iii) revisão dos currículos, os quais foram reformulados, com ênfase na interdisciplinaridade, na formação crítica e na valorização das ciências humanas; (iv) ampliação do acesso à universidade, com a criação de novas vagas e a implantação de políticas de inclusão social; (v) participação estudantil na vida universitária, com a criação de órgãos de representação estudantil e espaços para a expressão das demandas estudantis (Reis Filho, 1999).

A identidade profissional dos médicos brasileiros, construída ao longo do tempo, reflete a importância desses marcos históricos e das recomendações e reformas propostas para a educação médica – como a era pré-flexneriana e o paradigma flexneriano –, que influenciam a prática médica no Brasil até os dias atuais (Chalhoub et al., 2003; Machado; Wuo; Heinzle, 2018).

### **2.3 As recomendações e reformas propostas para a educação médica vivenciadas em território nacional ao longo do tempo**

A reforma universitária de 1968 trouxe mudanças importantes, como a criação de novos currículos e métodos de ensino, a valorização da pesquisa científica e da interdisciplinaridade, bem como uma maior ênfase na formação humanista e ética dos estudantes, aspectos que também se expandiram para o contexto da educação médica (Martins, 2009). Essas mudanças refletiram a necessidade de adaptar a formação médica às demandas de uma sociedade em constante evolução, com novos desafios e oportunidades para a prática médica (Donnangelo; Pereira, 1976; Westphal, 1992). Porém, a reforma universitária de 1968, promovida pelo regime militar, ao adotar o modelo flexneriano, acabou perpetuando muitos dos problemas associados a ele. Isso resultou em uma crise de recursos humanos na saúde, com impactos negativos na cobertura, qualidade e gestão dos serviços de saúde no Brasil. Portanto, ao invés de ser visto como um herói intelectual, Abraham Flexner foi criticado como um intelectual orgânico da dominação econômica, política e ideológica do capitalismo imperialista, principalmente no campo da educação e da saúde. Sua influência, através de seu modelo, na reforma universitária brasileira de 1968 é considerada como uma das causas das falhas estruturais do sistema de formação em saúde no país (Souza, 2023).

Em 1968, o mundo viu emergir uma série de movimentos sociais e culturais que questionavam as estruturas de poder e as formas de exclusão presentes na sociedade. No cenário internacional, o movimento estudantil ganhava força, com manifestações contra a guerra do Vietnã, o autoritarismo e a repressão em diversos países. No Brasil, o governo militar que assumira o poder em 1964 enfrentava crescente oposição, especialmente de estudantes e

intelectuais (Velasco, 1999). Esse foi também um período marcante para a educação superior, especialmente no Brasil, onde a ditadura militar enfrentava crescente oposição. Nesse contexto, a interseccionalidade de gênero, classe social e raça ganha relevância, em termos de análise política, evidenciando as múltiplas formas de opressão e marginalização presentes na sociedade. Ressalte-se, aqui, que a interseccionalidade destaca que as identidades e as experiências das pessoas são moldadas pela interação de gênero, classe social e raça, e não por um único fator. Na reforma universitária de 1968, essa interseccionalidade se manifestava de diversas maneiras: mulheres, pretos e indivíduos de classes sociais menos favorecidas enfrentavam barreiras adicionais para acessar a educação superior e eram frequentemente marginalizados dentro do ambiente acadêmico. Por isso, os movimentos estudantis da época, como o de 1968 no Brasil, buscavam não apenas a democratização do ensino, mas também a inclusão e a representatividade de grupos historicamente excluídos. As demandas por uma universidade mais plural e democrática refletiam a compreensão de que a luta contra as desigualdades sociais e a opressão precisava considerar as interseções entre gênero, classe social e raça (Rios; Schraiber, 2012).

O paradigma flexneriano contribuiu para as falhas estruturais do sistema de formação em saúde no país, especialmente em relação à interseccionalidade de gênero, raça e classe social. O modelo foi denunciado por promover sexismo, racismo e elitismo, ao hierarquizar a educação médica e criar barreiras para o acesso de estudantes que não fossem homens, brancos e de classe média alta, devido aos altos custos dos estudos em medicina após o relatório Flexner. Além disso, tal modelo foi criticado pelo mercantilismo na assistência médica, que resultou no surgimento de uma indústria da saúde voltada para o lucro. Esses aspectos contribuíram para a exclusão e marginalização de grupos sociais específicos na formação em saúde no Brasil, perpetuando desigualdades e impactando negativamente o sistema de saúde como um todo (Pagliosa; Da Ros, 2008). A reforma universitária de 1968, portanto, foi um momento de intensa reflexão sobre as estruturas de poder e privilégio presentes na sociedade e na educação superior. As demandas por uma universidade mais inclusiva e igualitária ecoam até os dias atuais, destacando a importância de se considerar a interseccionalidade como um princípio fundamental para a construção de uma sociedade mais justa e igualitária.

Em conjunto com a reforma universitária, a reforma sanitária de 1970 foi fundamental para a construção de um novo paradigma de saúde no Brasil, baseado na integralidade, na equidade e na participação social (Reis Filho, 1999; Ibañez; Mello; Marques, 2012), com impactos significativos na carreira médica e na organização do sistema de saúde. Isso porque a década de 1970 foi marcada por intensas transformações políticas, sociais e econômicas no

Brasil. O país vivia sob um regime militar autoritário, que buscava promover o desenvolvimento econômico e a modernização do país. Nesse contexto, a saúde pública era um dos principais desafios enfrentados pelo governo, com altos índices de mortalidade infantil, doenças endêmicas e falta de acesso aos serviços de saúde (Paiva; Teixeira, 2014). Dessa forma, o objetivo principal da reforma sanitária foi reorganizar o sistema de saúde brasileiro, buscando garantir o acesso universal à saúde e promover a saúde da população. Entre as principais mudanças propostas, destacam-se: (i) instalação do Sistema Nacional de Saúde (SNS), pois a reforma previa a criação de um sistema único de saúde, com a integração de todos os serviços de saúde do país; (ii) ênfase na Atenção Primária à Saúde, como forma de prevenir doenças e promover a saúde da população; (iii) participação comunitária na gestão e controle dos serviços de saúde; (iv) integração dos serviços de saúde, em diferentes níveis de atenção à saúde, visando a uma maior eficiência e eficácia na prestação dos serviços; (v) valorização da saúde coletiva, já que a reforma sanitária buscava uma abordagem mais ampla da saúde, considerando não apenas o tratamento das doenças, mas também os fatores sociais, econômicos e culturais que influenciam a saúde da população (Ibañez; Mello; Marques, 2012).

Um dos aspectos mais importantes de análise da Reforma Sanitária é sob o ponto de vista da interseccionalidade de gênero, raça e classe social na formulação de políticas de saúde. A partir dessa abordagem, é possível apreender que os determinantes sociais da saúde não são homogêneos, e sim influenciados por uma série de fatores, como gênero, raça e classe social, que se interseccionam e impactam de forma diferenciada a saúde das pessoas. No contexto da saúde, a interseccionalidade de gênero, raça e classe social implica em considerar as desigualdades e inequidades existentes entre diferentes grupos sociais, e como essas desigualdades se manifestam no acesso aos serviços de saúde, nas condições de vida e trabalho, e na vulnerabilidade a determinadas doenças. Assim, a Reforma Sanitária de 1970 buscou melhorar o sistema de saúde como um todo, além de promover a equidade e a justiça social, reconhecendo a diversidade e a complexidade das experiências de saúde e doença das pessoas - especialmente daquelas pertencentes a grupos historicamente marginalizados - os determinantes sociais em saúde e as desigualdades de acesso às ações em saúde (Porto; Garrafa, 2011).

A criação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1988, estabelecida pela Constituição Federal, foi um dos principais resultados da Reforma Sanitária. O SUS foi concebido como um sistema de saúde universal, integral e equânime, baseado nos princípios da descentralização, regionalização e hierarquização dos serviços de saúde. O SUS trouxe novos desafios e oportunidades para a educação médica, com uma maior ênfase na atenção primária à saúde e

na formação de médicos para atuar nas comunidades mais carentes (Gonçalves Júnior; Gava; Silva, 2017; Meireles; Fernandes; Silva, 2019). Apesar de ser um marco na história da saúde pública do país, o SUS enfrenta desafios relacionados à interseccionalidade de gênero, raça e classe social. Mulheres, especialmente as negras e as de classes sociais mais baixas, enfrentam múltiplas formas de discriminação e desigualdade no acesso aos serviços de saúde. Elas enfrentam obstáculos específicos, como a falta de acesso a cuidados de saúde sexual e reprodutiva, a violência obstétrica e a disparidade na qualidade do atendimento médico. Além disso, a interseccionalidade se manifesta nas condições de trabalho das mulheres na área da saúde, em que as mulheres negras e de baixa renda ocupam principalmente posições mais precárias e mal-remuneradas, como auxiliares de enfermagem e agentes comunitárias de saúde (Maldonado-Torres, 2018; Lugones, 2020).

Para abordar as desigualdades mencionadas, é essencial que o SUS adote uma abordagem interseccional em suas políticas e práticas. Isso inclui a implementação de políticas específicas para garantir o acesso equitativo aos serviços de saúde para todas as mulheres, independentemente de sua raça, classe social ou outras características. Também é crucial promover a equidade de gênero no local de trabalho e garantir que as mulheres tenham voz e representação nas decisões relacionadas à saúde. Ao reconhecer e abordar as interseccionalidades de gênero, raça e classe social, a política pública de saúde brasileira pode se tornar mais inclusiva e eficaz na promoção da saúde de todas as brasileiras. Além disso, devido ao fato de que a formação médica brasileira é influenciada pelas necessidades do SUS, é preciso repensar o modelo tradicional de graduação em Medicina, o qual muitas vezes reproduz desigualdades de gênero, raça e classe social, privilegiando determinados grupos em detrimento de outros. Mulheres, pessoas negras e de baixa renda são subrepresentadas nas escolas de Medicina e enfrentam obstáculos adicionais ao longo de suas carreiras (Lugones, 2020).

Medidas de intervenção que levem em consideração a interseccionalidade de gênero, raça e classe social são importantes nos currículos médicos. Isso inclui a implementação de políticas de inclusão e diversidade nas escolas de Medicina, o desenvolvimento de currículos sensíveis às questões de gênero, raça e classe social e a promoção de ambientes de trabalho mais inclusivos e equitativos para os profissionais de saúde. Ao reconhecer e abordar a interseccionalidade de gênero, raça e classe social, tanto no SUS, quanto no modelo de formação médica, espera-se contribuir para a construção de um sistema de saúde mais justo, inclusivo e eficaz, que atenda às necessidades de toda a população brasileira. Avanços positivos ocorreram na graduação médica, como as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de

Graduação em Medicina, promulgadas em 2001, que balizaram a formação médica generalista e humanizada para atuar no SUS (Oliveira et al., 2020).

Ademais, o aumento do número de estudantes do gênero feminino, negras e de classe social D e E na educação superior, especialmente em cursos como Medicina, foi impulsionado por políticas de inclusão, como o Fundo de Financiamento Estudantil (Fies), criado em 2001, o Programa Universidade para Todos (Prouni), de 2004, e o Programa de Apoio aos Planos de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais (Reuni), de 2008. Essas iniciativas foram desenvolvidas significativamente para ampliar o acesso de grupos historicamente excluídos da educação superior, promovendo maior diversidade e representatividade no ambiente acadêmico (Meireles; Fernandes; Silva, 2019).

Cabe ressaltar que os exemplos de protagonismo por reformas no ensino dialogam com os movimentos de mudança na saúde e com o desenvolvimento do SUS, refletindo-se em currículos e cursos de graduação em saúde bem integrados. Além disso, destacam-se as articulações entre ensino, serviço e comunidade, bem como os movimentos que propuseram processos de avaliação e formulação de mudanças na educação médica (Almeida et al., 2018). Entre os exemplos dos movimentos de mudanças na saúde, citam-se: Projeto de Integração Docente Assistencial (IDA), de 1981, e o projeto Uma Nova Iniciativa na Educação dos Profissionais de Saúde: União com a Comunidade (UNI), de 1993, com envolvimento e participação de diversos países da América Latina, a Rede Unida, a Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico (Cinaem), da Associação Brasileira de Educação Médica (Abem), em conjunto com a Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina (Denem), Conselho Federal de Medicina (CFM), Associação Nacional dos Docentes da Educação Superior (Andes) (González; Almeida, 2010).

As transformações no ensino médico culminaram nas Diretrizes Curriculares Nacionais para o Curso de Medicina publicadas em 07 de novembro de 2001 (Brasil, 2001). Posteriormente, essas diretrizes foram estendidas para as diversas profissões da saúde. Paralelamente à promulgação das diretrizes mencionadas, houve a implantação gradual das cotas sociais e raciais no Brasil, com marcos importantes ao longo da história do país. Em 2001, durante o governo de Fernando Henrique Cardoso, foi aprovada a Lei n. 10.558, que instituiu as cotas sociais nas universidades federais, reservando 20% das vagas para estudantes que cursassem integralmente o ensino médio em escolas públicas. Posteriormente, em 2012, durante o governo de Dilma Rousseff, foi sancionada a Lei n. 12.711, que distribuiu a reserva de 50% das vagas das universidades federais e das instituições federais de ensino técnico de nível médio para estudantes que cursaram integralmente o ensino médio em escolas públicas, levando em

conta critérios sociais e raciais. Além disso, a lei determinava que a metade das vagas reservadas fosse destinada a estudantes de famílias com renda igual ou inferior a 1,5 salário-mínimo percapita e outra metade para autodeclarados pretos, pardos e indígenas, em proporção igual à sua presença na população da unidade federativa onde está localizada a instituição de ensino (Lemes; Severi, 2015).

A interseccionalidade de gênero, raça e classe social ganha significância especial com o desenvolvimento de políticas que visam reduzir a desigualdade social e racial, em paralelo à promulgação das Diretrizes Curriculares Nacionais de 2001 para a formação médica no Brasil. Essas diretrizes, ao valorizarem uma prática médica mais humana e ética, destacam a importância de considerar as diversas dimensões da identidade dos pacientes, incluindo gênero, raça e classe social, no cuidado e na abordagem médica. As diretrizes curriculares, ao valorizarem a integralidade da atenção à saúde e a interdisciplinaridade na formação médica, têm contribuído para a formação de profissionais mais capacitados e comprometidos com as necessidades da população, especialmente nas áreas mais carentes e remotas, enfatizando a importância da Atenção Primária à Saúde (APS). Por causa dessa ênfase necessária atribuída à atenção básica, em 2013, iniciam-se as atividades do Programa Mais Médicos (PMM), em resposta às demandas específicas no sistema de saúde brasileiro. A partir das diretrizes e do PMM, houve uma ampliação significativa do acesso dos cidadãos ao SUS no Brasil. Além disso, o PMM, ao promover a interiorização da Medicina e o fortalecimento da atenção básica, tem levado médicos a regiões antes desassistidas, proporcionando um atendimento mais próximo e acessível à população (Oliveira, 2019).

O PMM, lançado em 2013, tinha como principais objetivos a interiorização da medicina, o fortalecimento da atenção básica, a melhoria da infraestrutura das unidades de saúde e a formação de médicos com perfil mais adequado às necessidades do SUS. Uma das principais estratégias do Programa foi a contratação de médicos intercambistas – graduados em Medicina no exterior – para atuar em regiões carentes e desprovidas desses profissionais, além de incentivos para a formação de médicos brasileiros em áreas prioritárias. O Mais Médicos apresenta como principais pontos positivos (Girardi et al., 2016, p. 2676):

- Ampliação do acesso à saúde: o Programa levou médicos a regiões antes desassistidas, proporcionando atendimento médico a uma parcela da população que antes tinha dificuldade de acesso aos serviços de saúde;
- Fortalecimento da atenção básica: o Mais Médicos contribuiu para o fortalecimento da atenção básica, que é a porta de entrada para o sistema de saúde, promovendo a prevenção de doenças e o cuidado integral aos pacientes;

- Interiorização da medicina: o programa incentivou a interiorização da medicina, levando médicos a áreas mais remotas e contribuindo para a redução das desigualdades regionais em saúde;
- Integração com a formação médica: o Mais Médicos promoveu a integração entre ensino, serviço e comunidade, proporcionando aos estudantes de medicina uma vivência prática da realidade da saúde pública brasileira;
- Ações complementares: além da contratação de médicos, o programa também previu ações para melhoria da infraestrutura das unidades de saúde e para a formação de médicos brasileiros em áreas prioritárias.

No entanto, o PMM também enfrentou desafios e críticas, tais como (Telles; Silva; Bastos, 2019, p. 103):

- Questões de qualidade: houve críticas quanto à qualidade dos serviços prestados pelos médicos estrangeiros, especialmente no que diz respeito ao domínio da língua portuguesa e à adaptação à realidade brasileira;
- Formação médica: algumas críticas apontam para a necessidade de uma formação médica mais voltada para as necessidades do SUS, de modo a preparar os profissionais para atuar de forma eficaz no sistema público de saúde;
- Sustentabilidade do Programa: a contratação de médicos estrangeiros gerou debates sobre a sustentabilidade do Programa a longo prazo, levando em consideração questões como a necessidade de investimento na formação de médicos brasileiros e a dependência de profissionais estrangeiros;
- Relação com entidades médicas: o Programa enfrentou resistência por parte de algumas entidades médicas, que questionaram a forma como ele foi implementado e seus impactos na formação e na atuação dos médicos no Brasil.

Esses desafios e críticas precisam ser considerados para o aprimoramento das políticas de saúde no país, como avaliação e regulação (Oliveira, 2019), as quais são fundamentais para garantir a efetividade e a qualidade dos serviços oferecidos à população. No contexto da formação médica e do sistema de saúde brasileiro, esses processos têm o objetivo de monitorar e avaliar a implementação das diretrizes e do PMM, além de regulamentar a atuação dos médicos e das instituições de saúde. Entre os principais mecanismos de avaliação e regulação estão a avaliação de desempenho dos alunos e dos profissionais de saúde; o monitoramento da infraestrutura e dos recursos disponíveis nas unidades de saúde; a auditoria dos serviços

prestados; a regulação do exercício da Medicina (Gonçalves Júnior; Gava; Silva, 2017). Ressalta-se, ainda, que existem várias formas de avaliação e regulação das políticas de saúde, incluindo avaliações de desempenho; monitoramento de indicadores de saúde; auditorias e regulação do exercício profissional (Bastos, et al., 2020; Machado, 2021).

Influenciadas pela experiência e pelos resultados obtidos com a implementação das Diretrizes Curriculares Nacionais para o Curso de Graduação em Medicina de 2001 e do PMM, as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina de 2014 (DCN) representaram uma evolução das recomendações anteriores, incorporando novos elementos e atualizando as demandas da sociedade e do sistema de saúde. A ética médica e a responsabilidade social enfatizaram a necessidade de uma formação específica para a realidade epidemiológica e sociocultural do país na medida em que fortaleceram a importância da integralidade do cuidado; da atenção à saúde mental; da formação em habilidades gerenciais e de gestão, com a Atenção Primária à Saúde (APS), na coordenação dos fluxos e contrafluxos de ações em saúde ofertadas ao paciente, ao mesmo tempo em que organizaram a Rede de Atenção à Saúde (RAS), com a valorização de aspectos como a humanização do atendimento (Brasil, 2001, 2014; Oliveira et al., 2019; Pereira, 2023). A proposta inicial das DCN foi desenvolvida em colaboração com diversos interlocutores, entidades e instituições. O objetivo era identificar temas fundamentais que poderiam ser abordados nas novas diretrizes, com foco na determinação social do processo saúde-doença. Dentre as estratégias de enfrentamento propostas, destacavam-se questões relacionadas ao sexismo, racismo e pobreza. Além disso, buscava-se valorizar o ensino, a pesquisa e a extensão sobre práticas culturais de cura e cuidado de saúde de matriz afro-indígena brasileira. Essa iniciativa surgiu da percepção da ausência dessas temáticas nos projetos pedagógicos dos cursos de graduação, evidenciando a necessidade de uma abordagem mais inclusiva e culturalmente sensível na formação dos profissionais de saúde, como se observa no artigo 5º - Na Atenção à Saúde:

[...] o graduando será formado para considerar sempre as dimensões da diversidade biológica, subjetiva, étnico-racial, de gênero, orientação sexual, socioeconômica, política, ambiental, cultural, ética e demais aspectos que compõem o espectro da diversidade humana que singularizam cada pessoa ou cada grupo social [...] (DCN 2014, p. 1).

Os critérios de monitoramento do PMM incluem a distribuição dos médicos pelas regiões do país, o número de atendimentos realizados, a qualidade dos serviços prestados e a satisfação dos usuários. O Programa tem mostrado resultados positivos na ampliação do acesso à saúde, especialmente em áreas carentes e remotas, com aumento no número de consultas e

procedimentos realizados. Com base nos resultados do monitoramento, têm sido implementadas melhorias na distribuição dos médicos, na capacitação dos profissionais e na infraestrutura das unidades de saúde, visando melhorar a qualidade e a efetividade dos serviços prestados (Separavich, Couto, 2021). É importante esclarecer, também, que a regulação do exercício profissional médico, seja ele participante do PMM, ou não, inclui a fiscalização do Conselho Federal de Medicina (CFM), dos Conselhos Regionais de Medicina (CRM) e das sociedades brasileiras de especialidades, que avaliam a qualidade e a ética do exercício da profissão. A regulação tem contribuído para garantir a qualidade e a segurança dos serviços prestados pelos médicos, protegendo a população de práticas inadequadas e antiéticas. Com base nas fiscalizações, têm sido implementadas medidas para melhorar a qualidade da formação médica, a ética profissional e a relação médico-paciente, com o intuito de garantir um atendimento de saúde mais seguro e eficaz população (Tenório; Oliveira; Morais, 2022).

Tanto o PMM, quanto as DCN representaram uma mudança paradigmática na maneira como a Medicina é ensinada e praticada no país, promovendo uma formação mais integral, humanista e ética dos médicos (Bastos, et al., 2020; Machado; Oliveira; Malvezzi, 2021). Ademais, há correlação entre as DCN, o Programa Mais Médicos de 2013 (PMM) e a abertura de vagas e cursos de Medicina em instituições do interior de Minas Gerais, como a Universidade Federal de Viçosa (UFV) e a Faculdade Dinâmica do Vale do Piranga (Fadip) (Oliveira; Santos; Shimizu, 2019). Ao formar médicos nessas regiões (Viçosa e Ponte Nova), essas instituições contribuem para a interiorização da Medicina e para a melhoria do acesso à saúde em áreas antes desassistidas, refletindo o esforço conjunto para fortalecer a saúde pública e promover a equidade no acesso aos serviços de saúde no Brasil (Ferreira et al., 2019; Machado; Oliveira; Malvezzi, 2021).

A UFV, universidade pública fundada em 1926 no município de Viçosa, possui, ainda, uma sólida tradição acadêmica e é reconhecida nacionalmente pela qualidade de seus cursos e pela relevância de suas pesquisas. A tradição da UFV se destaca principalmente na área das ciências agrárias, sendo referência em agronomia, zootecnia, engenharia agrícola, entre outros cursos relacionados ao campo (Capdeville, 1991). Além disso, a UFV também possui tradição em outras áreas do conhecimento, como engenharia, ciências exatas, ciências biológicas e humanas. Sua infraestrutura e corpo docente qualificado contribuem para a formação de profissionais capacitados e para o desenvolvimento de pesquisas de alto nível (Krieger; Galembeck, 1996; Magalhães et al., 2010). No contexto da abertura do curso de Medicina, a tradição da UFV pode representar uma oportunidade única para os estudantes, pois poderão contar com a experiência e o conhecimento acumulado ao longo dos anos pela instituição. A

integração desse novo curso à tradição da UFV pode contribuir para a formação de médicos com uma base sólida de conhecimento e uma visão ampla e integrada da saúde e da sociedade, de acordo com o Projeto Pedagógico de Curso (PPC) desenvolvido<sup>1</sup>.

O PPC, tanto na UFV, quanto na Fadip, tem o objetivo de socializar as experiências adquiridas na graduação, norteado pelas DCN do curso de graduação em Medicina, almejando que os egressos profissionais sejam dotados de perfil multifocal, capazes de comunicar-se com os demais integrantes da equipe de trabalho de maneira eficiente e articular suas habilidades para além do processo saúde-doença. Para isso, devem valer-se da compreensão dos determinantes sociais, culturais, comportamentais, psicológicos, ecológicos, éticos e legais, nos níveis individual e coletivo, assuntos que integram os componentes curriculares do primeiro e segundo semestres, conforme a DCN<sup>2</sup>. Ambos os PPC incluem disciplinas cujas ementas valorizam o estudo das relações étnico-raciais e das desigualdades socioeconômicas, destacando sua relevância na dinâmica de territorialização e no papel do grupo acadêmico na comunidade. Essas disciplinas constituem o grupo de saúde coletiva: (i) na Fadip - Trabalho Interdisciplinar Extraclasse I, II, III, IV, V, VI, VII e VIII; Saúde, Sociedade e Ambiente I e II; Atenção Integral, Educação e Gestão em Saúde I, II, III, IV, V, VI, VII, VIII; Linguagens e Tecnologias de Comunicação I, II, III e IV; Construção e Socialização do Conhecimento em Saúde I, II, III e IV; Fundamentos Históricos, Ético-Políticos e Sociais da Medicina I e II; Fundamentos de Saúde Mental I e II; Medicina de Família e Comunidade I e II; Clínica Psiquiátrica e Cuidado em Saúde Mental I e II; Estágio Curricular Obrigatório em Medicina de Família e Comunidade; Estágio Curricular Obrigatório em Saúde Coletiva; Estágio Curricular Obrigatório em Saúde Mental; e (ii) na UFV - Prática Profissional e Trabalho em Saúde I, II, III, IV, V, VI, VII e VIII; Ética, Bioética e Saúde Pública; Medicina Comportamental I e II; Epidemiologia, Cuidado Integral à Saúde do Adulto e do Idoso I e II; Estágio Curricular Obrigatório em Saúde da Família. Tais disciplinas recorrem a discussões, seminários e atividades extraclasse, como extensão universitária, nas quais os discentes são avaliados e instigados a conectar tais eixos à situação de saúde pública brasileira.

A extensão universitária tem se constituído como um espaço de compartilhamento e produção de saberes entre a comunidade acadêmica e setores da sociedade. Constitui-se como

---

<sup>1</sup> UNIVERSIDADE FEDERAL DE VIÇOSA. Catálogo de graduação 2018. Disponível em: [https://www.catalogo.ufv.br/matriz.php?campus=vicosa&complemento=\\*&curso=MED&ano=2018#:~:text=O%20Projeto%20Pedag%C3%B3gico%20do%20Curso,assumindo%20a%20necessidade%20da%20educa%C3%A7%C3%A3o](https://www.catalogo.ufv.br/matriz.php?campus=vicosa&complemento=*&curso=MED&ano=2018#:~:text=O%20Projeto%20Pedag%C3%B3gico%20do%20Curso,assumindo%20a%20necessidade%20da%20educa%C3%A7%C3%A3o)

<sup>2</sup> FACULDADE DINÂMICA DO VALE DO PIRANGA. Vestibular Medicina 2025.1. Disponível em: <http://www.faculdadedinamica.com.br/medicina/>

fonte para o desenvolvimento de pesquisas e abordagens de ensino socialmente relevantes ao passo que cria oportunidades aos acadêmicos para a construção coletiva do conhecimento voltado para a realidade social, principalmente ao reunir experiências, registradas comumente em um diário de campo, sobre a luta de causas (*advocacy*), os temas dos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS), além de informações acerca dos Determinantes Sociais de Saúde (DSS) da população atendida e seus impactos no processo saúde-doença-cuidado. O levantamento das iniquidades em saúde, sob a luz dos DSS, bem como a discussão sobre ações apontadas na construção de um plano de *advocacy* podem promover sensibilização, autonomia, aprofundamento teórico e comprometimento. Assim, a partir da posição de futuros médicos, os graduandos podem se mobilizar em defesa das demandas em saúde indicadas no contato com as populações de seu território de atuação. Assim, é possível contribuir para uma atuação do médico como defensor do direito à saúde e autor-chave na construção, mobilização da luta por direitos e agente de transformação social, de forma transdisciplinar. A transdisciplinaridade na Medicina surge como uma resposta à necessidade de abordagens educativas que transcendam as barreiras entre as disciplinas tradicionais, promovendo uma visão integrada e holística dos desafios da saúde, a fim de criar profissionais que sejam transdisciplinares no ambiente de trabalho (Almeida Filho, 1997; Silva; Vieira; Feitosa, 2022).

A integração de conhecimento, habilidades e atitudes necessárias para uma prática médica eficaz culmina na Educação Médica Baseada em Competências (EMBC), que consiste em uma abordagem fundamental na formação de profissionais de saúde. No Brasil, essa metodologia ganha destaque diante dos desafios contemporâneos enfrentados pela prática médica, buscando alinhar a formação acadêmica com as demandas da sociedade e do sistema de saúde (Costa et al., 2018). A EMBC enfatiza a definição de competências em situações reais de trabalho, a integração de diferentes dimensões do processo de trabalho médico, uma avaliação abrangente, o ensino-serviço, a introdução dos acadêmicos desde o início do curso nos cenários de práticas do SUS e a pesquisa integrada ao ensino (Santos-Lobato et al., 2023). A experiência prática precoce dos alunos enfatiza a importância da relação médico-paciente e da contextualização social da saúde, visando a uma formação médica mais humanizada e alinhada às necessidades da população (Costa et al., 2018).

Ressalta-se, assim, a importância dos cenários práticos na educação médica, proporcionando uma variedade de casos clínicos e um ambiente seguro para praticar e desenvolver o raciocínio clínico e analógico. Nesse sentido, as experiências práticas dos estudantes de Medicina são fundamentais para sua formação, alinhando-se com as diretrizes do SUS que enfatizam a qualidade da relação médico-paciente (Santos-Lobato et al., 2023). As

habilidades desenvolvidas nas ações prestadas, como técnica e empatia, são essenciais e os alunos também aprendem a identificar e refletir sobre más condutas profissionais. Na maioria das vezes, os estudantes de Medicina brasileiros acompanham as atividades desempenhadas por residentes médicos (Costa et al., 2018).

A disposição dos residentes em ensinar e a interação com os pacientes são destacadas como fundamentais para o desenvolvimento de habilidades clínicas e de comunicação. Além disso, tanto em hospitais como nos demais serviços de saúde, essa interação graduando-residente proporciona uma variedade de casos clínicos e um ambiente seguro para praticar e desenvolver o raciocínio clínico e analógico, identificar e refletir sobre más condutas profissionais. Ademais, a vivência dos discentes nesses ambientes práticos é marcada por altas expectativas e pressões, que muitas vezes influenciam a tomada de decisão dos estudantes em relação à escolha de uma especialidade ou área de atuação. Essas expectativas podem gerar dúvidas e ansiedade, afetando o processo de decisão e o bem-estar dos futuros médicos. Compreender os fatores que influenciam essa tomada de decisão é importante para orientar os estudantes e fornecer o suporte necessário para que possam fazer escolhas profissionais que estejam alinhadas com seus interesses e valores, promovendo, assim, uma carreira médica satisfatória e gratificante (Auto; Vasconcelos; Peixoto, 2021).

Em relação aos sentimentos vivenciados por acadêmicos médicos, durante a formação, costuma-se esperar que a construção da carreira seja recompensadora. A sensação de ansiedade em relação ao futuro também é frequente entre os alunos, pois esperam contribuir positivamente na vida dos seus pacientes. A maioria tende a continuar suas aprendizagens em prol da formação da carreira e para melhor atender as expectativas dos pacientes, a fim de oferecer um cuidado de qualidade, culminado na escolha por determinada especialização na pós-graduação. Na Medicina, essa pós-graduação consiste, em muitos casos, na residência médica, a qual corresponde ao padrão-ouro da Medicina, com um curso de formação contendo a maioria das atividades práticas, em detrimento das teóricas. Um problema que se identifica na história da formação médica no Brasil está relacionado à oferta de vagas em cursos de residência médica, em detrimento da disponibilidade de ingresso no curso de Medicina (Silva; Melo; Teixeira, 2019).

De acordo com o estudo *Demografia Médica no Brasil* (DMMB) (Scheffer, 2023), desenvolvido pelo Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP), a partir do ano 2000, o número de egressos de cursos de Medicina no país subiu de 219.896 para 562.206 em 2023. No entanto, o número de médicos que cursam o primeiro ano de residência – indicador da disponibilidade de ofertas de vagas de

residência médica – teve aumento pouco significativo nos últimos anos. Assim, ao se comparar a demografia médica entre 2000 e 2023, evidenciando-se o contexto atual dos programas de residência médica, obtém-se que, considerando os residentes segundo especialidade cursada a partir de 2010, apenas em dez especializações notou-se aumento do número de vagas até 2023. Houve uma redução significativa no número de vagas em especializações médicas, com uma defasagem de 11.770 vagas entre 2020 e 2021, comparado com 3.866 entre 2017 e 2018. A ocupação das vagas em programas de residência médica de primeiro ano também diminuiu de 84,3% em 2018 para 68,2% em 2021. Essa situação levanta questões sobre os motivos para o aumento da ociosidade das vagas, especialmente diante da criação de novos cursos de Medicina. Os dados do DMMB indicam um aumento na reserva de médicos generalistas no mercado, mas sem melhoria significativa na distribuição pelo território brasileiro, que continua concentrada no sul do país. Esse cenário levanta questões sobre a formação médica no Brasil e sugere que o aumento isolado do número de médicos não resolverá os problemas de distribuição. Em paralelo, a questão de gênero surge como um elemento estruturante nas relações laborais, especialmente na escolha de especialidades médicas (Scheffer, 2023).

A predominância masculina em áreas cirúrgicas, por exemplo, remonta a uma história de associação entre força física e determinação sexual, reforçando a ideia de competências específicas para cada gênero. A entrada das mulheres na medicina, especialmente após a Segunda Guerra Mundial, não significou o fim da desigualdade de gênero, mas sim um passo importante no enfrentamento do sexismo na área. A cirurgia, por sua vez, ganhou destaque com os avanços tecnológicos, tornando-se uma área de prestígio, mas mantendo-se predominantemente ocupada por homens. As mulheres, apesar de representarem a maioria dos estudantes de Medicina, ainda são minoria nas especialidades cirúrgicas, em parte devido à percepção de necessidade de força física e aos desafios impostos pela maternidade. É evidente, portanto, a necessidade de políticas que minimizem os impactos da maternidade na carreira médica das mulheres, permitindo que a escolha da especialidade seja feita com base nas preferências individuais, e não em coerções sociais externas (Palharini; Figueirôa, 2018).

## **2.4 À guisa de conclusão**

A identidade médica está relacionada à história e à cultura da Medicina no Brasil, que refletem as transformações sociais e políticas do país. As DCN, o PMM e os processos de avaliação e regulação das políticas de saúde estão intimamente relacionados e se complementam na busca por uma formação médica mais qualificada e uma atenção à saúde

mais eficiente e humanizada. As diretrizes curriculares orientam a formação dos médicos, preparando-os para atuar de forma competente e comprometida com as necessidades da população. O Mais Médicos, por sua vez, amplia o acesso da população aos serviços de saúde, especialmente em áreas carentes, fortalecendo a atenção básica e a integração entre ensino, serviço e comunidade. Já os processos de avaliação e regulação garantem a qualidade e a efetividade das políticas de saúde, monitorando sua implementação e promovendo ajustes necessários para melhorar a assistência à saúde.

No entanto, é importante ressaltar que essas políticas ainda enfrentam desafios e limitações, e sua implementação e aprimoramento requerem o envolvimento e o comprometimento de todos os atores envolvidos no sistema de saúde brasileiro. Um aspecto importante a se considerar é a diversidade cultural e social do Brasil, que influencia diretamente a formação médica e a identidade dos profissionais. A Medicina no Brasil deve lidar com questões relacionadas à saúde indígena, saúde da população negra e outras minorias, exigindo dos médicos uma compreensão ampla e sensível das diferentes realidades socioculturais do país.

No campo das Ciências Sociais, a construção de categorias é extremamente relevante para aproximar-se dos fenômenos que ocorrem na realidade social, buscando apreender a totalidade social e os processos que a constituem. Os sentidos e as narrativas são disputados no campo das instituições, dos movimentos sociais e das práticas profissionais. Assim, na presente tese de doutoramento, a análise proposta se dará a partir do eixo de gênero, classe e raça, por meio de uma perspectiva interseccional. Os estudos interseccionais contribuem para a compreensão das relações de poder que influenciam nos modos de vida e na existência objetiva e subjetiva dos sujeitos sociais.

### **3 CAPÍTULO 2: CONSTRUINDO IDENTIDADES MÉDICAS: a introjeção do *habitus*, a interseccionalidade de gênero, raça e classe social e as dinâmicas de estratificação em classes nas especialidades médicas**

#### **3.1 Introdução**

A identidade médica durante a formação é um tema que transcende a mera aquisição de conhecimento técnico-científico. Ela é forjada pela interação de fatores, incluindo o *habitus* individual, conceito formulado por Bourdieu (2007) que representa o conjunto de disposições incorporadas ao longo da vida do médico; a interseccionalidade de gênero, raça e classe social, que molda as experiências e perspectivas do profissional de saúde; e as dinâmicas de estratificação em classes, que influenciam as oportunidades e os desafios enfrentados pelos médicos em formação e atuação. A construção dessa identidade não se dá de forma isolada, mas é moldada pela interação entre as experiências individuais dos graduandos, as relações sociais e as dinâmicas presentes no campo da saúde (Vieira; Delgado, 2021). Aspectos como a interseccionalidade de gênero, raça e classe social desempenham um papel significativo nesse processo, influenciando as percepções, os valores e as escolhas dos futuros médicos (Cabral et al., 2022). Compreender essa complexidade é essencial para promover uma formação médica mais inclusiva e consciente das diversas realidades e necessidades da sociedade. Isso posto, compreender como a identidade profissional dos estudantes de Medicina se forma, considerando suas experiências de vida, exige uma discussão aprofundada do conceito de identidade, bem como do processo pelo qual esses estudantes desenvolvem uma consciência de si mesmos como parte integrante da sociedade (Borret et al., 2020).

Neste capítulo, faremos uma reflexão sobre como esses elementos se entrelaçam para moldar a identidade médica, explorando suas complexidades e nuances. O capítulo, que consiste em uma revisão narrativa de literatura, está dividido em três partes: 1 - Conceito sociológico de identidade: perspectivas sobre gênero, raça, classe social e profissionalização; 2 - Aspectos que compõem a identidade médica: incorporação de formas de pensar, agir e se comportar pelo discente de Medicina à luz do conceito de *habitus* e socialização da identidade médica; 3 - Sociologia das profissões e a “marginalização” das especialidades médicas: reflexões sobre classe social, gênero e etnia.

### **3.2 Conceito sociológico de identidade: perspectivas sobre gênero, raça, classe social e profissionalização**

O conceito de "identidade" é notavelmente polissêmico nas Ciências Sociais, refletindo uma vasta gama de significados e interpretações que são moldadas pelo contexto teórico e histórico. A identidade pode ser entendida como a soma das características individuais, culturais e sociais que definem quem são as pessoas, tanto em termos pessoais quanto coletivos (Pereira, 2021). A complexidade semântica é reforçada pelas diversas abordagens que tentam decifrar como os indivíduos se reconhecem e são reconhecidos dentro de suas comunidades. Popularmente, é usada de várias maneiras, necessitando explicação. A identidade permite ao indivíduo sentir-se aceito e reconhecido por outros e por seu grupo ou cultura, envolvendo tanto a singularidade quanto a partilha de valores e crenças (Naujorks, 2021). Ressalte-se que a identidade pode ser dividida em identidade pessoal, relacionada aos atributos específicos e história pessoal do indivíduo, e identidade social, relacionada à pertença a grupos ou categorias (Sigel, 2001). Soma-se a isso, como parte integrante à identidade de uma pessoa, a identidade de gênero (Pereira, 2021).

A identidade de gênero refere-se à experiência interna e individual do gênero de cada pessoa, se masculino ou feminino, e que pode não corresponder ao sexo atribuído no nascimento. Discutir essa perspectiva no contexto da formação médica é fundamental para compreender o perfil predominante de graduandos de Medicina. Ressalte-se que a construção social do gênero e da identidade de gênero, sobre ser homem ou mulher, varia entre sociedades e ao longo do tempo, criando e sustentando estruturas de poder e desigualdade. A atribuição de gênero com base na genitália ao nascer pode perpetuar desigualdades. Isso se deve ao fato de a identidade de gênero ser descrita como autodeterminada e não coincidir com o gênero atribuído ao nascimento, com termos como "cisgênero" e "transgênero" usados para descrever essas identidades (Sousa, 2022).

Ao discutir gênero e identidade de gênero, é fundamental considerar também as dimensões de classe social e de identidade étnica e racial para uma compreensão mais completa e inclusiva da identidade. Nesse campo, é recomendável recorrer à lente da interseccionalidade, que, de acordo com Crenshaw (1989), é o estudo da sobreposição de desigualdades estruturais, significando que as experiências e as realidades das pessoas são moldadas não apenas pelo gênero, mas também por outros aspectos de suas identidades, como raça, etnia e classe social. Essas diferentes formas de opressão e privilégio se interconectam e se sobrepõem, resultando em experiências únicas e complexas para cada indivíduo (Santana; Belmino, 2017).

A identidade social refere-se ao sentido de pertencimento a um grupo, como raça, classe, religião ou gênero, e influencia como os indivíduos se veem e são vistos pelos outros (Freitas; Ésther; Santos, 2023.) A identidade de gênero, como uma parte da identidade social, é moldada pelas mesmas dinâmicas sociais; não é imutável; reflete a estrutura social e cultural do grupo e envolve crenças derivadas de instituições religiosas, políticas e outras, formando uma ideologia institucionalizada que mantém a identidade de grupo. Esses sistemas de crenças influenciam ações e comportamentos sociais, moldando a identidade profissional, como no caso dos médicos, que seguem normas e valores culturais estabelecidos e podem ter dificuldades em se adaptar a novas realidades devido à estrutura social do grupo (Fernandes; Zanelli, 2006). Na área da saúde, por exemplo, a identidade profissional dos trabalhadores foi formada ao longo do tempo (Ciampa, 1994).

As identidades sociais são mantidas através da articulação de valores e atitudes no plano subjetivo e da formação de ideologias, utopias, sistemas morais e teorias científicas na esfera social (Fernandes; Zanelli, 2006). Para Kruger (1995), a identidade coletiva é enraizada em condições sócio-históricas e sustentada pela normatização, institucionalização e compartilhamento de crenças. Essas crenças e identidades são formadas pelo reconhecimento mútuo dentro de grupos sociais com história, tradições, normas e interesses próprios, e sobrevivem apesar das críticas, pois atendem a interesses econômicos, culturais e políticos dos grupos profissionais que as adotam (Kruger, 1995). A formação de identidades profissionais começa já na graduação, quando estudantes internalizam crenças e atitudes a partir dos sistemas referenciais fornecidos pela faculdade e professores. Além do currículo e das práticas preconizadas, os estudantes já possuem uma representação da profissão médica, alinhada com as ideias hegemônicas do curso. As relações informais dentro das faculdades também desempenham um papel importante na formação da identidade dos médicos (Mattos, 2001).

Na graduação médica, a formação de identidades profissionais entre estudantes de graduação é influenciada pelos sistemas de referência e instituições através do compartilhamento de crenças, destacando a importância da avaliação das reformas curriculares não apenas como estéticas, mas como mudanças culturais (Matias; Verdi; Finkler, 2023). As universidades devem analisar sua formação considerando também os problemas de saúde pública, visando à universalização da saúde. Assim, o molde da identidade profissional, definido pelas condições sociais e históricas, e a adaptação às novas realidades na saúde requerem a reavaliação de práticas e crenças. Além disso, o mercado e o *status* têm influenciado a prática médica, que se tornou cada vez mais comercial, relegando práticas comunitárias e de saúde coletiva a segundo plano. A medicalização da sociedade – que consiste no processo pelo

qual aspectos da vida cotidiana, como comportamentos e problemas sociais, são transformados em questões médicas e tratados por profissionais de saúde, frequentemente com o uso de medicamentos – amplia o controle médico sobre diversas áreas da vida (Leonardo; Suzuki, 2016). Tal condição leva à dependência de tratamentos e à perda de autonomia individual, o que, somado aos interesses corporativistas, mantém o *status quo*, dificultando mudanças de paradigma necessárias para uma prática médica mais horizontal e integrada socialmente (Guareschi, 1998).

Apesar das críticas à formação e identidade dos profissionais de Medicina, há uma crise de paradigmas nas ciências, incluindo as ciências que se utilizam da observação sistemática, experimentos e às vezes da matemática pura como obtenção de conhecimento – ciências duras. Questiona-se, assim, a superespecialização e fragmentação das práticas científicas, características do modelo biomédico (Mello, 2017). Entre as especialidades médicas, há correntes que valorizam um trabalho menos fragmentado e mais dialético. No entanto, essa valorização é insuficiente sem políticas de ensino e metodologias que promovam mudanças conceituais. A formação dos profissionais médicos ocorre em guetos teóricos, protegidos por receios corporativistas (Façanha et al., 2024). As disciplinas de Saúde Coletiva ilustram problemas entre identidade profissional e novas propostas assistenciais, pois a formação profissional ainda segue antigas práticas. É necessário um direcionamento para a responsabilidade social, conciliando conhecimentos técnicos com uma postura que considere fatores psicossociais. A formação deve ser voltada para práticas interdisciplinares e coletivas, iniciando uma reforma crítica e profunda (Azevedo; Pezzato; Mendes, 2017). Novas abordagens devem superar dicotomias e exclusões, buscando um médico ideal que considere o contexto familiar e social, escolha tecnologias eticamente, promova estilos de vida saudáveis, trabalhe de forma interdisciplinar e multissetorial, e harmonize necessidades individuais e comunitárias (Azevedo; Pezzato; Mendes, 2017).

A identidade profissional é construída a partir das relações de poder e das disputas simbólicas dentro de um campo específico, como o campo da saúde. Os estudantes de Medicina são socializados nesse campo, aprendendo a internalizar os valores e normas da profissão médica e a desempenhar o papel de médico, adotando comportamentos e valores específicos da profissão (Goffman, 1975; Bourdieu, 1996). Porém, não é apenas por meio do currículo formal que os discentes são socializados, já que sofrem influências de práticas informais e experiências compartilhadas com profissionais mais experientes (Hughes, 1958). Além disso, os acadêmicos de Medicina são frequentemente rotulados e internalizam essas identidades ao longo do curso, uma vez que a formação médica é marcada por rituais e símbolos que reforçam a identidade

profissional dos futuros médicos. Esse quadro da identidade médica é complementado, ainda, pelo fato de a Medicina frequentemente ser considerada uma profissão imperial, com grande influência social e poder simbólico, o que pode impactar suas escolhas e práticas futuras (Freyre, 2004; Moreira, 2019).

Nesse contexto, é fundamental compreender como a sociologia das profissões pode contribuir para uma análise mais ampla e crítica das dinâmicas e relações no campo da saúde e da Medicina. A partir de uma análise holística da formação médica e das dinâmicas sociais que a influenciam, Coelho (1999) argumenta que é necessário considerar também que a sociologia das profissões, ao investigar as relações de poder, identidade e inclusão dentro do campo da saúde, proporciona uma base teórica para interpretar os dados demográficos e suas implicações práticas. Essa abordagem integrada permite não apenas reconhecer as mudanças na composição racial, de gênero e de classe social dos estudantes de Medicina, mas também entender como essas mudanças podem impactar as práticas profissionais, a qualidade do atendimento e a equidade no acesso à saúde (Coelho, 1999).

O estudo *Demografia médica no Brasil 2023* revela mudanças significativas na composição racial dos estudantes de Medicina no Brasil entre 2010 e 2019 (Scheffer, 2023). O número de alunos pretos e pardos aumentou, passando de 1.483 para 9.326. Contudo, essa elevação foi mais acentuada entre os estudantes pardos, cuja proporção aumentou de 20,5% para 24,7%, enquanto o percentual de ingressantes pretos diminuiu de 8,2% para 3,5%. Os ingressantes indígenas e amarelos também viram uma redução em seus números, de 2,8% para 2,1%, no mesmo período. O estudo aponta que as discrepâncias raciais também variaram conforme a natureza das instituições de ensino. Nas escolas públicas, a presença de estudantes pretos e pardos aumentou de 38,6% para 41,6%, enquanto nas escolas privadas esse número passou de 19,4% para 23,0%. Segundo os dados, 70,1% dos médicos residentes se autodeclararam brancos, enquanto 27,5% se identificam como pardos e pretos. Dentro desse grupo, 3% se declararam pretos e 24,5% se declararam pardos. Isso demonstra que as políticas de inclusão racial têm maior impacto em instituições públicas.

Ressalte-se, ainda, nessa análise, o complexo identitário-racial dos pardos no Brasil, destacando a necessidade de dar voz às populações marginalizadas. A miscigenação, resultante de estupros institucionais de mulheres negras e indígenas e de políticas imigratórias eugenistas, posicionou os pardos entre a elite branca e a população escravizada. Essa condição histórica criou um limbo racial-identitário que ainda persiste. A primeira característica desse limbo é a ausência de uma identidade racial clara. Isso ocorre devido à forma como a pessoa parda é racializada, frequentemente por meio de eufemismos de preto ou indígena, criando uma

percepção de que ela é demasiadamente negra para ser considerada branca e excessivamente branca para ser considerada negra (Gomes, 2019). No entanto, a identidade parda não pode ser definida apenas por essa dualidade, uma vez que a negritude não é um fator puramente relacionado à cor da pele, como observa Ribeiro (2018). Para além da raça, o estudo ainda indica que a classe social também desempenha um papel relevante: o ingresso em cursos de Medicina por meio de programas sociais triplicou entre 2010 e 2019, passando de 6,8% para 21%. Em contraste, o ingresso por programas étnicos diminuiu de 32,6% para 27,7%. Isso sugere uma crescente atenção às condições socioeconômicas como um critério de inclusão (Scheffer, 2023).

A acessibilidade ao curso de graduação em Medicina por gênero também se manifesta de forma marcante. O número de mulheres na Medicina quase dobrou entre 2009 e 2022, enquanto o aumento entre os homens foi mais modesto. Projeções indicam que o crescimento das médicas será significativamente maior até 2035. No entanto, as desigualdades de gênero persistem, especialmente nas especialidades cirúrgicas dominadas por homens, como Urologia, Ortopedia e Neurocirurgia. Em contraste, especialidades como Dermatologia, Pediatria e Ginecologia são majoritariamente femininas (Scheffer, 2023).

A formação médica também é influenciada pelas condições econômicas dos estudantes. Em 2022, a bolsa mensal de Residência Médica de R\$ 4.106,09 era considerada insuficiente, levando muitos residentes a buscar renda adicional. Apenas 25,3% dos residentes vivem exclusivamente da bolsa, enquanto a maioria complementa sua renda com atividades externas. Diante dos dados apresentados, observa-se que a análise interseccional revela como múltiplas dimensões de desigualdade podem se sobrepor e influenciar de maneira profunda a formação e a identidade médica no Brasil (Scheffer, 2023).

A discussão sobre a interseccionalidade de gênero, raça e classe social na formação do profissional médico observada no período analisado pode ser complementada pela perspectiva de Howard Becker (2008), que define identidade como um processo dinâmico e interativo, construído através da rotulação social (Silva de Araujo Lima et al., 2023). Na formação médica, estudantes de grupos marginalizados (como mulheres, pretos e pessoas de baixa renda) podem ser vistos como *outsiders* dentro do contexto tradicionalmente elitista e homogêneo das escolas médicas. Nesse sentido, a identidade desviante, para Becker, surge quando a sociedade atribui um rótulo a um indivíduo, influenciando como ele é percebido e como se percebe. A identidade, portanto, é produto da interação social e do reconhecimento das normas sociais. Outro sociólogo que pactua dessa mesma análise da identidade é Erving Goffman, autor de *Estigma* (1980) e *A representação do Eu na vida cotidiana* (1975). Ele propõe que a identidade é

performativa e moldada através das interações sociais. As pessoas gerenciam suas apresentações de si mesmas para corresponder às expectativas dos outros, sendo que a identidade é um resultado da aceitação ou rejeição dessas apresentações (Goffman, 1975).

O estigma ocorre quando há uma discrepância entre a identidade esperada e a real. A disparidade mencionada é influenciada pelo conceito de *habitus* introduzido por Pierre Bourdieu, o qual compreende as disposições internalizadas que orientam a identidade e o comportamento dos indivíduos. Nas palavras do sociólogo francês, o *habitus* seria “[...] um sistema de disposições socialmente constituídas que, enquanto estruturas estruturadas e estruturantes, constituem o princípio gerador e unificador do conjunto das práticas e das ideologias características de um grupo de agentes” (Bourdieu, 2007, p. 191). O *habitus* é moldado pela posição no campo social e pelo capital cultural, social e econômico acumulado. A identidade, assim, é uma construção social influenciada pela estrutura e pelas práticas do campo em que o indivíduo está inserido. No âmbito das identidades coletivas, o *habitus* é fundamental para entender como grupos sociais desenvolvem uma visão compartilhada do mundo e comportamentos comuns, reforçando a coesão interna e a distinção em relação a outros grupos (Setton, 2002).

As identidades coletivas, como as de classe, gênero, etnia ou profissão, são construídas e mantidas através de práticas e crenças comuns, que são perpetuadas pelo *habitus*. Assim, o *habitus* contribui para a formação e manutenção dessas identidades coletivas, ao mesmo tempo em que elas moldam o *habitus* dos indivíduos, criando um ciclo contínuo de influência mútua (Assumpção; Golin, 2016). O conceito de *habitus* é o que mais fortemente se propôs a romper com o paradigma estruturalista, porque Bourdieu insistiu várias vezes que o conceito de estrutura de Lévi-Strauss fazia do agente um mero suporte mecânico da estrutura. Porém, por outro lado, Bourdieu não queria cair na filosofia da consciência de Sartre (Thiry-Cherques, 2006). Dessa forma, ele pretendeu achar uma noção de *habitus*, ou seja, um caminho que afastasse esses dois problemas: um ator que simplesmente replicaria a estrutura que organizasse o seu modo de pensar ou um indivíduo tão livre que só agisse em função de uma consciência livre (Bourdieu, 2012).

Bourdieu não quis regredir às abordagens que ele considerava subjetivistas – o interacionismo simbólico e as teorias da escolha racional –, que faziam da conduta um resultado da subjetividade do autor. Então, para o sociólogo, o agente é munido de um senso prático, o *habitus*, que conduz suas escolhas (Bourdieu, 1999, 2012). A noção de *habitus* procede da velha noção de Aristóteles, a *hexis*, que significa disposição para a ação. *Hexis* está relacionada com a interiorização de condições sociais, levando à expressão corporal, sem cálculo. Avaliar a *hexis*

consiste em entender a estruturação das organizações e de como seria o trato com a instabilidade. Tal vocábulo foi traduzido, no século XIII, para o latim como *habitus*, o qual foi escolhido por Bourdieu (Thiry-Cherques, 2006). Para Bourdieu, o *habitus* contém *hexis*, *ethos* e *eidos* (Zioli; Garcia; Pépece, 2020). A *hexis* contempla as disposições do corpo, as gesticulações, a maneira de se portar, que relaciona o agente com a sua intenção de estar em uma posição social distintiva. Já o *ethos* corresponde ao método de formar um todo organizado orientador da moral e de valores práticos inconscientes (Bourdieu, 2012). Para Thiry-Cherques (2006, p. 6): “Esse conceito se refere aos esquemas práticos, axiológicos que são ao mesmo tempo estruturas – disposições interiorizadas duráveis, e estruturantes – geradores de práticas e representações”. *Eidos*, por sua vez, compreende o senso comum mental de um campo social, voltando-se para a valorização da criação daquilo que é objetivo, de forma tradicional, representado no modo de agir. Assim, compreende um conjunto de diagramas lógicos que atribuiriam sentido ao agente quanto à interpretação do meio (Zioli; Garcia; Pépece, 2020). Tal termo não foi inteiramente criado por Bourdieu, pois, na verdade, já aparecia, com certa discrição, em outros autores, como em Durkheim, quando falou em educação moral; em Weber, na sua reflexão sobre o ascetismo religioso; em Alfred Schutz, na etnometodologia; e em Norbert Elias, quando se referiu ao *habitus* psíquico das pessoas civilizadas. O que Bourdieu resolveu fazer dessa terminologia foi estabelecer uma concepção mais central à sua teoria (Balmer; Richards; Varpio, 2015).

Bourdieu (2012) retomou o *habitus* como uma segunda natureza dos agentes, permitindo aos atores realizarem a ação sem cálculo, embora com estimativa, e a atuar sem conhecimento consciente, embora escolhendo. Então, estabeleceu-se uma estrutura ambígua, sendo um princípio de ação, com conhecimento sem consciência e de uma intencionalidade sem intenção. Esse conceito foi formulado porque o autor queria saber como a sociedade se internaliza nas pessoas. A resposta encontrada pelo sociólogo foi a de que a sociedade se sedimenta no corpo das pessoas, na forma de disposições duráveis, as quais são uma propensão para agir. A explicação teve origem na linguística, mas, nesse caso, voltou-se para o modelo da gramática generativa do Noam Chomsky, porque não se embasava na estrutura da língua, mas nos falantes – os atores. Além disso, permite aos proficientes em uma certa língua falar de maneira impensada. Assim, produz impensadamente atos de discursos corretos, de acordo com certas regras que foram aprendidas sem saber e que seriam partilhadas por todos que dominassem aquela língua. Isso ocorreria também se cada uma das pessoas inventasse maneiras de falar e todas essas fossem previsíveis, pois, caso contrário, os falantes não se entenderiam (Furtado da Cunha; Cezario, 2023).

O *habitus* funciona como um esquema gerador de estratégias, as quais são referidas a algo muito importante: as predileções do ator. Tal concepção – a noção de interesses – é proveniente do marxismo (Perissinotto, 2010). Com isso, seria possível inferir que todo falante não fala de qualquer maneira, mas determinado pelas regras do seu interesse, isto é, todo ator é sempre um sujeito interessado, embora esse interesse seja inconsciente (Bourdieu, 2012). A propensão para a ação está depositada no corpo, presente no gesto que o ator executa, nas posturas, na mente, no modo como ele classifica – julga e percebe – o mundo, e tais disposições automatiza as escolhas (impensadas). Assim, o *habitus* permite que o esforço seja econômico, no cálculo e nas reflexões, porque as escolhas são inconscientes. Ademais, ele se forma pela trajetória do indivíduo, sendo a experiência individual muito importante para Bourdieu; por isso, a análise das trajetórias corresponde a um elemento fundamental de toda observação etnográfica (Bourdieu, 2012; Zioli; Garcia; Pépece, 2020).

Um ator não é um representante em geral, isto é, indefinível pelas características da liderança. Dessa forma, o presidente do Conselho Federal de Medicina não equivale à Medicina, já que cada ator é um exemplo posicionado, pois ele apresenta uma biografia e uma trajetória cujos elementos estão expressos na fala (Bourdieu, 2012). Desse modo, o *habitus* é o resultado da história de uma biografia individual e também de uma experiência coletiva. Bourdieu defendeu que o *habitus* é relativamente autônomo ao contexto, o que consiste em uma ambiguidade do mesmo (Balmer; Richards; Varpio, 2015). O conceito de *habitus* fornece, ao mesmo tempo, os princípios de como os agentes se associam e os princípios de como as trajetórias tornam um ator específico e particular (individuação). Portanto, essas definições, por um lado, assumem que as categorias de juízo são partilhadas porque são formuladas nas mesmas condições sociais em que vive o ator, mas, por outro lado, são específicas.

A estrutura simbólica de Bourdieu refere-se aos sistemas de significados, valores e crenças que, embora não sejam diretamente visíveis, exercem uma grande influência sobre as práticas e percepções das pessoas em uma sociedade. Esses sistemas ajudam a legitimar e reproduzir as relações de poder e desigualdade. Os conceitos-chave de Bourdieu que explicam essa estrutura simbólica são: (i) capital simbólico, que corresponde a um tipo de capital que não é material, mas que possui valor social, incluindo prestígio, honra, reconhecimento e legitimação. É frequentemente acumulado através de outros tipos de capital, como o capital econômico (riqueza) e o capital cultural (educação, habilidades, conhecimento); (ii) *habitus*; (iii) campos, que são esferas sociais ou áreas de atividades específicas (como arte, ciência, educação), em que diferentes formas de capital são valorizadas e onde ocorrem lutas simbólicas. Cada campo possui suas próprias regras, normas e hierarquias. Os agentes dentro de um campo

competem pelo poder e pelo capital simbólico específico a esse campo; (iv) violência simbólica, a qual consiste na imposição de sistemas de significados e valores de maneira que esses sejam percebidos como legítimos e naturais, mesmo pelos próprios dominados. Ela é exercida de maneira sutil e insidiosa, através de práticas culturais, educação, linguagem e outras formas de socialização, mantendo e reproduzindo a estrutura social desigual.

Na prática, a estrutura simbólica pode ser vista, por exemplo, na educação, na forma como certos conhecimentos, habilidades e comportamentos são valorizados e recompensados, enquanto outros são desvalorizados. Isso perpetua desigualdades sociais, já que aqueles que possuem o capital cultural adequado (como o domínio da linguagem acadêmica, por exemplo) são mais bem-sucedidos (Nogueira; Resende, 2022). O capital cultural seria incomum ou distinto, já que “nem todos os agentes têm meios econômicos e culturais para prolongar os estudos dos filhos além do mínimo necessário à reprodução da força de trabalho menos valorizada em um dado momento histórico” (Bourdieu, 1996, p. 75). No mercado de trabalho, o capital simbólico pode ser visível em como certos títulos acadêmicos ou instituições de ensino são valorizados sobre outros, influenciando as oportunidades de emprego e mobilidade social.

Na pesquisa sobre identidade médica, a estrutura simbólica de Bourdieu ajuda a entender como as disposições e práticas dos estudantes de Medicina são moldadas pelas normas e valores dominantes na sociedade e na própria profissão médica. Estudantes de diferentes origens de gênero, raça e classe social podem ter *habitus* diferentes, o que influencia suas experiências e trajetórias na Medicina. A análise do capital simbólico dentro do campo da Medicina pode revelar como certas práticas e comportamentos são valorizados e como isso impacta a formação da identidade médica. Nesse sentido, a estrutura simbólica de Bourdieu fornece uma lente poderosa, assim como a interseccionalidade de gênero, raça e classe social, para analisar como as desigualdades sociais são reproduzidas e legitimadas em diversos campos sociais, incluindo a educação médica e a prática da Medicina.

### **3.3 Aspectos que compõem a identidade médica: incorporação de formas de pensar, agir e se comportar pelo discente de Medicina à luz do conceito de *habitus* e socialização da identidade médica**

O contexto histórico-cultural da Medicina no Brasil proporciona um cenário importante para a compreensão da construção da identidade médica (Leite; Mahfoud, 2021). Ao longo da história, a Medicina no país foi influenciada por diferentes correntes de pensamento e práticas, que moldaram não apenas a forma como a profissão é exercida, mas também as percepções e

os valores associados a ela. Nesse contexto, a sociologia da construção da identidade médica se destaca como um campo de estudo fundamental para compreender como questões de classe social, etnia e gênero influenciam a formação e atuação dos profissionais da saúde. Através de diversas perspectivas teóricas, é possível analisar como esses fatores sociais são internalizados pelos médicos e refletem em suas práticas, relações com os pacientes e posicionamento na sociedade (Sassi et al., 2020). A intersecção entre o contexto histórico-cultural da Medicina no Brasil e a sociologia da construção da identidade médica revela aspectos que permeiam a prática médica e sua relação com a sociedade (Leite; Mahfoud, 2021).

A identidade médica está intrinsecamente ligada à identidade do estudante de Medicina, pois a formação profissional não apenas fornece habilidades técnicas, mas também molda a visão de mundo, os valores e as aspirações dos futuros médicos. Durante o curso, os estudantes são expostos a diferentes modelos e concepções sobre o que significa ser médico, influenciando diretamente na composição de sua própria identidade profissional (Fernandes; Taquette; Souza, 2023). Essa identidade é uma construção contínua, que se desenvolve ao longo da carreira e é influenciada por experiências pessoais, interações sociais e valores éticos e morais. Assim, a identidade médica não se restringe apenas ao exercício da profissão, mas também reflete a essência e a trajetória de cada estudante de Medicina (Guimarães et al., 2022). A jornada do estudante de Medicina começa muito antes do primeiro dia de aula na faculdade. A aprovação no curso é geralmente resultado de anos de estudo árduo, dedicação e sacrifício. Aqueles que conseguem ingressar em Medicina frequentemente têm um conhecimento prévio extenso, muitas vezes adquirido por meio de cursinhos preparatórios. Isso ocorre porque o vestibular para Medicina é reconhecidamente um dos mais concorridos e exigentes, o que torna a conquista da vaga não apenas uma vitória pessoal, mas também um triunfo da família e dos amigos que apoiaram e incentivaram o candidato ao longo da jornada (Montagner, 2007; Reis; Aguiar, 2021).

O acesso ao curso de Medicina não se restringe apenas ao conhecimento acadêmico, mas também está intimamente ligado aos capitais econômico e cultural e ao estilo de vida. Aqueles que conseguem se manter no curso, muitas vezes, têm acesso a recursos financeiros que permitem uma dedicação integral às atividades acadêmicas, além de um repertório cultural que pode facilitar a compreensão e assimilação dos conteúdos da graduação (Lima; Robertt, 2016; Veras et al., 2020). Há influência do ambiente familiar e do capital cultural na formação da identidade e nas escolhas educacionais e profissionais dos médicos. O capital cultural, segundo Bourdieu (2007), é a herança familiar que mais impacta o destino escolar, relacionando sucesso ou fracasso acadêmico com a posição social. Isso desafia a ideia de aptidão natural,

destacando que o desempenho escolar é resultado de investimentos e condições objetivas. Além disso, a opinião dos pais pode influenciar as decisões dos filhos. Embora os pais não imponham escolhas, suas sugestões são baseadas nas preferências e habilidades percebidas dos filhos, demonstrando a importância da influência familiar na formação dos interesses e aspirações dos jovens. Assim, voltando-se para a socialização e a formação da identidade, é possível enfatizar que a opinião familiar pode moldar as expectativas educacionais e profissionais dos filhos. A análise de Berger e Luckmann (2006) sobre socialização secundária destaca como o indivíduo, já socializado em certa medida, é introduzido em novos aspectos da sociedade, como a vida escolar e profissional, complementando sua socialização primária.

Na socialização secundária dos estudantes de Medicina no Brasil, observa-se tradicionalmente linearidade e centralidade na transmissão disciplinar do conteúdo, sem considerar o contexto sociocultural (Machado, 2019). Universidades que tentam mudar essa abordagem, introduzindo ciclos interdisciplinares, enfrentam resistência dos estudantes (Costa; Botazzo; Fonseca, 2023). O primeiro ciclo, focado na formação interdisciplinar em saúde, visa substituir o curso técnico e anatomoclínico tradicional, mas gera sentimentos negativos e evasão entre os estudantes devido à falta de identificação e ao não atendimento das expectativas. A experiência interdisciplinar pode ser valiosa, mas a ênfase na humanização e a extensão do curso em um ano, que se fazem necessárias para atender à demanda de itinerário formativo com inclusão de transdisciplinaridade, por exemplo, dificultam a correspondência com as idealizações dos ingressantes, incentivando a evasão e desmotivando os que permanecem. Assim, é necessária uma busca pelo equilíbrio com a formação acadêmica humanista, que aprimore o egresso da universidade e ao mesmo tempo não deixe de atender as expectativas dos discentes que adentram a instituição (Fernandes; Taquette; Souza, 2023).

Quanto às motivações para cursar Medicina, ao ingressar na carreira médica, os olhares dos acadêmicos estão voltados de forma mais específica para o paciente. A motivação inicial costuma ser o desejo de ajudar o próximo, de aliviar o sofrimento e de promover a saúde. No entanto, ao longo da formação, essa perspectiva se amplia e ganha complexidade; o foco se altera gradualmente para o próprio médico, ocorrendo a construção social do médico e o desenvolvimento do ideal profissional. Além disso, para compreender a identidade, é preciso analisar a relação do sujeito com o espaço social (Moreira; Vasconcelos; Health, 2015; Cunha et al., 2023). Nesse sentido, embora a contribuição de Pierre Bourdieu para a sociologia da saúde e prática médica ainda não tenha sido muito explorada no Brasil, apesar de sua relevância teórica, e mesmo que o sociólogo não tenha escrito especificamente sobre Medicina, há exemplos médicos em seus trabalhos, como em sua obra *Les héritiers* (1964), sobre os

estudantes franceses, ou em *Homo academicus* (1984), na qual examina as relações de poder no ambiente acadêmico. Bourdieu (2007) destaca a importância do *habitus* – que são os princípios geradores das práticas – e do campo – que é o espaço social onde ocorrem as práticas – para entender como a identidade é construída e como os médicos se posicionam dentro da hierarquia social e profissional.

Na formação médica, o *habitus* é fundamental, pois influencia a maneira como os estudantes assimilam os valores, normas e práticas da profissão (Vieira; Delgado, 2021). Dessa forma, seria possível falar em diferentes tipos de *habitus*, como, por exemplo, *habitus* discente médico (HDM). Porém, cada ator, no conjunto desse *habitus*, é particular, porque ele tem uma localização única no espaço social (Thiry-Cherques, 2006). Ao voltar a atenção para o HDM, é importante focar no lugar social do agente. Isso se deve ao fato de o HDM não ser homogêneo, já que cada sujeito tem um lugar nesse espaço, o qual é hierárquico e apresenta lutas de poder, com distinções e fracionamentos (Balmer; Richards; Varpio, 2015). Além disso, na trama das posições dos sujeitos nesse espaço social, o *habitus* localiza o agente pela trajetória, a qual grava, armazena e prolonga as experiências do ator, que vão se depositando, de maneira não coerente, por espécie de camadas, que vão se misturando. Nesse lugar, um revestimento interfere no outro, como uma espécie de repertório com essas camadas, as quais são acionadas quando é preciso fazer escolhas (Reed-Danahay, 2020). Quando se fizer a análise de um agente, em um determinado campo social, deve-se considerar que ele corresponde ao cruzamento de todas as experiências passadas nos outros campos sociais em que esteve e a posição na qual agora ele está na estrutura daquele campo social. Infere-se, assim, que o agente tem uma cumplicidade ontológica com o mundo, estando necessariamente ligado a outros atores, através de uma convivência implícita, de regras não ditas, a qual é sustentada por categorias partilhadas de percepção e de apreciação (Spinnewijn et al., 2020; Cigales; Fonseca, 2022). Poderia ser afirmado, então, que o *habitus* não é coerente, nem unificado, consistindo em um repertório disponível, podendo estar, inclusive, completamente desajustado ao contexto social no qual ele tem que operar.

Bourdieu testemunhou esse desajustamento – desenraizamento – nas populações rurais da Argélia, quando elas migraram para a cidade e os atores foram chamados de “os desenraizados” (Dias, 2023). Embora tenha conseguido pensar o *habitus* como dispositivo corporal relativamente autônomo, ele não seria autossuficiente. Por ser um dispositivo, o *habitus* precisa de um gatilho, o qual corresponde aos estímulos presentes no campo social. Por isso, a noção de campo é muito importante (Zioli; Garcia; Pépece, 2020). Bourdieu não se empenhou em fazer uma arqueologia da noção de campo, nem fez exposição sistemática desse

conceito, mas foi possível compreendê-lo no diálogo de sua obra com Weber, nos escritos desse último sobre religião. A concepção de campo surgiu, em Bourdieu, pela primeira vez, em 1965, quando o sociólogo começou a falar em campo intelectual, mas só foi sistematizada muito tempo depois, em 1971, em dois ensaios: um, em que ele fez uma interpretação da sociologia da religião de Weber, e outro, no qual foi feita uma análise da teoria da gênese do campo religioso. Nesses ensaios, Bourdieu procurou superar uma tipologia realista na teoria da religião de Weber, enveredando pela análise de campo mais relacional e não tipológica (Saint Martin, 2022).

Do ponto de vista tipológico, o campo pode ser uma ferramenta para pensar rede de relações, ligando posições. A posição está, sim, determinada por regras, o que impõe ao agente certas determinações, mantendo relações com outras posições. Portanto, o sentido da posição se dá pelo lugar relativo dessa posição, na sua relação com outras posições, na estrutura do campo (Balmer; Richards; Varpio, 2015). Quanto à estrutura do campo, para Bourdieu, está relacionada à distribuição diferencial das distintas formas de poder existentes nesse campo. Poder, na concepção do sociólogo referido, são espécies de diferenciações de posições, hierarquia. Portanto, um campo é sempre um lugar de luta pela aquisição de uma certa espécie de poder (Saint Martin, 2022). Nesse ponto, observa-se que Bourdieu estava antecipando uma crítica ao conceito de sociedade, pois já falava de campo social e não de sociedade, como um domínio concreto específico, sobre o qual a sociologia pensaria. Para a Teoria Social de Bourdieu, a sociedade “não existe”, já que é construída no espaço das relações. Então, os campos, evidentemente, não existem, já que são construídos, analiticamente, pela descoberta das relações que organizam os sujeitos em disputa. Ao invés de noção de sociedade, Bourdieu (2012) preferiu a noção de espaço social, o qual não pode ser investigado diretamente.

A pesquisa no espaço social deve ocorrer a partir da análise da rede de relações e de diferenciações que constituem uma ruptura com a visão sociológica comum do mundo social, como associado a coisas manifestamente visíveis, tais como indivíduos, grupos, organizações e instituições sociais (Cigales, Fonseca, 2022; Saint Martin, 2022). Campos são sistemas de relações independentes das populações, que definem essas associações, constituindo um microcosmos de interações. Basicamente, um campo é uma correlação de forças, como um campo eletromagnético, em que posições atraem um conjunto de outras localizações (Balmer; Richards; Varpio, 2015). Assim, o campo designa uma parte do espaço social, emergindo da observação, quando conquista um grau suficiente de autonomia para conseguir se diferenciar, se auto-organizar, se reproduzir, enquanto campo. Então, observar as relações, por meio do conceito de campo, significa colocar os indivíduos em seu jogo de relações, uns com os outros

(Thiry-Cherques, 2006).

Para Bourdieu (2007), o conceito de campo exige do pesquisador a análise das leis gerais que o organizam, sem as quais o campo não poderia existir como campo. Ele possui regras e desafios específicos que constituem o sistema de posições. Ele também consiste em um espaço de luta, entre os agentes que ocupam diferentes posições, disputando o monopólio de um capital específico. Cada campo é desigualmente distribuído (Guttormsen; Lauring, 2023). No campo social onde ocorrem as disputas, usando o conceito de capital simbólico e o de violência simbólica como facilitadores da condução do *ethos* e de comportamentos na sociedade, bem como gerando *habitus* específicos de atores e de campos sociais, Bourdieu discutiu a reprodução de poder, através desses *habitus*, na escola (Thiry-Cherques, 2006). Isso, porque, na instituição de ensino, os atores que detêm capital simbólico dominam os demais agentes do campo, de maneira que as ideias daqueles são tidas, de forma consensual, como naturais. Desse modo, os sujeitos dotados de autoridade contribuem para a perpetuação do *status quo*, favorecendo a permanência do poder simbólico no campo e na sociedade (Gomes; Rego, 2013). Esta é formada por meio da internalização de valores como empatia, ética, comprometimento e responsabilidade. Durante sua formação, os graduandos são expostos a situações que reforçam esses valores, como o contato com pacientes, a vivência em hospitais e o aprendizado de técnicas médicas (Matos et al., 2019). Além disso, o *habitus* médico também está relacionado à adoção de uma linguagem específica, à utilização de símbolos e vestimentas que marcam a identidade profissional e à internalização de uma visão de mundo centrada na saúde, na doença e na morte (Sassi et al., 2020).

Na educação médica não é diferente. No campo social da Medicina, os agentes – médicos e estudantes de Medicina –, além do poder e prestígio dentro do campo, o qual é diretamente relacionado ao capital agregado, são orientados por regulamentos e diretrizes (Spinnewijn et al., 2020) que moldam não apenas suas práticas clínicas, mas também seus comportamentos, valores e identidades profissionais, refletindo o HDM. Para uma delimitação do campo de educação médica (CEM), é necessário entender que há um acúmulo de capitais: econômico, cultural e simbólico. Na socialização primária, o capital familiar econômico e cultural seria herdado, sendo os elementos constitutivos do HDM introjetados também nessa fase (Barata, 2022). Após o ingresso na escola regular, inicia-se um longo período de socialização secundária, onde essencialmente a formação estudantil e os círculos sociais integram o capital cultural e social, o capital econômico e o capital simbólico (Balmer; Richards; Varpio, 2015).

Para Bourdieu (2012), devido ao fato de os indivíduos perceberem uns aos outros,

principalmente a partir do *status* que atribuem às suas práticas, por meio de um véu simbólico de honra, eles não apreendem a base sustentadora dessas práticas, que seria a fundamentação dos diferentes *habitus*, de acordo com as distintas formas de capital acessadas. As diferenças de contato com os distintos capitais, muitas vezes, são equivocadamente consideradas como diferenças de honra. Tal condição corresponderia ao capital simbólico. Então, havendo um HDM, o agente se situa no espaço social, em classes, de acordo com o acúmulo de capital cultural e social, de capital econômico e de capital simbólico que possui. Assim, os agrupamentos de classes se dão de forma relacional, isto é, uma localização dentro do campo, em relação a outra. As alterações de posições dentro do CEM seriam temporalmente dinâmicas. A cada classe ou fração de classe, surgiriam espelhos que corresponderem aos espaços de estilos de vida, nos quais haveria transmutação dos capitais econômicos e culturais em capital simbólico, levando à distinção (Spinnewijn et al., 2020).

A definição daquilo que é distinto e distintivo seria dada pelas classes superiores do campo (Bourdieu, 2007). Já as classes e subclasses inferiores não teriam poder de distinção, o que no CEM promoveria a violência e a luta simbólica, que levam à subordinação, à dominação ou à homologia, em sua grande maioria invisibilizadas e naturalizadas. No estudo das classes e das subclasses, a homologia se opõe à analogia, já que aquela corresponde à igualdade na composição do capital (Saint Martin, 2022). Embora Bourdieu não tenha escrito especificamente sobre Medicina, seus conceitos, como o de "*habitus*", são extremamente úteis para analisar a formação da identidade profissional dos médicos. A ideia de *habitus* permite entender como disposições culturais e sociais internalizadas influenciam o comportamento, as percepções e as escolhas dos estudantes de Medicina, influenciando suas atitudes e valores em relação à profissão. Assim, é possível inferir que o CEM, como qualquer outro, pode ser comparado a um jogo (*jeu*) no qual as regularidades não são explícitas (Thiry-Cherques, 2006; Saint Martin, 2022). Apesar de Bourdieu (2007) não ter escrito especificamente sobre Medicina, é possível aplicar seus conceitos para entender o processo pelo qual os estudantes de Medicina, ao ingressarem no campo, são conduzidos a adotar uma crença dominante (*doxa*). Esse alinhamento com a *doxa* assegura seu reconhecimento e pertencimento ao campo, ainda que esse processo ocorra de maneira parcialmente inconsciente ou não totalmente racional. O investimento no jogo (*illusio*) se dá pelo simples fato de jogar, e o conluio é a estrutura da competição. Ademais, os trunfos são estabelecidos pelos capitais (social e cultural, econômico e simbólico) (Barata, 2022).

A construção do HDM ocorre durante a trajetória acadêmica, paralelamente à ascensão dos níveis hierárquicos, inicialmente, por meio de atos relacionados ao *ethos* e que,

posteriormente, se desenvolvem e expressam o *eidós* e a *hexis* necessários para estar em uma posição social distintiva. Além disso, ao longo da formação, diante das dificuldades observadas, o aspecto ideológico da realização dos sonhos combate os anseios relacionados às dificuldades e às lutas (Bourdieu, 2012). O HDM – à luz do conceito de Bourdieu (2012), enquanto um conjunto de normas, regras, disposições e códigos de conduta que estruturam o envolvimento do agente com o mundo social, fornecendo uma forma de compreender o pertencimento e o comportamento da classe profissional – seria direcionado pelas classes detentoras de maior capital, distintas. A violência simbólica ocorre através da dominação das classes detentoras de menos capital. Essa condição pode explicar, por exemplo, os problemas na relação médico-paciente (Campos et al., 2020).

Diante do exposto, compreender a Teoria da Prática Social (TPS) e os conceitos abordados no presente trabalho leva ao entendimento de que as pessoas estão envolvidas em diferentes práticas de identidade, em distintos domínios, gerando uma distinção. Toda distinção gera uma desqualificação (Bourdieu, 2012). Uma vez consciente dessa violência simbólica, o discente médico pode refletir sobre as suas próprias práticas, com conseqüente aprimoramento da qualidade do atendimento e de cuidados em saúde. A identidade profissional envolve uma série de elementos, como valores, crenças, comportamentos e interações sociais, que se desenvolvem ao longo da formação e da prática médica (Gomes; Rego, 2013; Barata, 2022). Além disso, a sociologia das profissões e os estudos de gênero, raça e classe social destacam a importância da estrutura social, das relações de poder e das experiências individuais na construção das identidades profissionais e da inclinação para a realização do curso médico (Matos et al., 2019).

### **3.4 Sociologia das profissões e a “marginalização” das especialidades médicas: reflexões sobre classe social, gênero e etnia**

O desejo de estudar Medicina é influenciado por diferentes fatores, como prestígio social, conhecimento, responsabilidade, remuneração e a vontade de ajudar os outros. Ignarra (2002) destaca motivadores como vocação, missão de ajudar o próximo, salvar vidas e interesse pelas ciências biológicas. A imagem e o *status* de ser médico, solidificados a partir do século XIX, são influências significativas. A visão idealizada da faculdade muitas vezes se confronta com a realidade do curso, levando ao desencanto e moldando a escolha da especialidade. Fatores como um estilo de vida mais autônomo, com tempo livre e menor carga horária, influenciam as preferências dos alunos, mais do que remuneração e prestígio. Bourdieu (2012)

alerta para as lutas internas de *status* e poder dentro do próprio campo, como pode ser exemplificado com a situação da classe médica, destacando como a identidade médica pode ser moldada pela busca de reconhecimento e prestígio entre os pares, influenciando não apenas as relações dentro da comunidade médica, mas também a forma como os médicos são percebidos pela sociedade em geral. Historicamente, a Medicina foi dominada por homens, o que moldou as normas e expectativas em torno do que é ser um médico. Por esse motivo, mulheres na Medicina frequentemente enfrentam desafios únicos, como a necessidade de equilibrar a vida profissional e pessoal de maneira diferente de seus colegas do sexo masculino (Costa-Júnior; Couto; Maia, 2016). Além disso, questões de gênero podem influenciar a forma como os médicos são percebidos por seus pacientes e colegas, afetando sua autoridade e prestígio profissional. A diversidade de gênero na Medicina é essencial para garantir uma prática mais inclusiva e sensível às necessidades de todos os pacientes (Couto et al., 2021). Além disso, há diferenças significativas nas experiências e expectativas de homens e mulheres na profissão. Observa-se como as normas de gênero podem influenciar a comunicação e a interação médico-paciente, destacando a importância de uma abordagem sensível ao gênero na prática médica (Martinez, 2017).

As relações familiares e sociais dos estudantes também desempenham um papel importante na formação de sua identidade profissional (Wieczorkiewicz; Baade, 2020). A influência de familiares e amigos pode moldar suas percepções sobre a profissão médica e suas expectativas em relação a ela, assim como as regras. Famílias com membros que são profissionais de saúde podem valorizar mais essa área e transmitir uma visão positiva sobre a profissão, influenciando o estudante a seguir esse caminho. Além disso, expectativas familiares de prestígio, estabilidade financeira ou tradição familiar na área da saúde podem também impactar na escolha da carreira médica (Vautero; Taveira; Silva, 2020). Por outro lado, experiências familiares negativas com a saúde ou com a profissão médica podem levar a uma percepção menos favorável da Medicina. Essas influências familiares podem ser poderosas, mas não determinantes, e os estudantes podem eventualmente desenvolver uma visão mais ampla e independente conforme avançam em sua formação e experiências pessoais, principalmente devido à cultura institucional de ensino e às políticas sensíveis às questões sociais (Fleck; Silva; Machado, 2020).

As políticas públicas e as estruturas de poder na sociedade também podem influenciar a formação da identidade profissional médica. Por exemplo, políticas de saúde que valorizam determinadas especialidades ou práticas médicas podem impactar as escolhas dos estudantes e sua identidade profissional (Cunha et al., 2023). A escolha da especialização pelos estudantes

e a marginalização de algumas especialidades dentro da formação médica são temas relevantes nesse contexto, pois refletem não apenas as preferências individuais, mas também as influências externas que moldam as percepções e aspirações dos futuros profissionais da saúde (Cabral e Ribeiro, 2004). A “marginalização” de certas especialidades médicas na formação e prática médica está intrinsecamente ligada a questões de gênero, classe social e etnia, refletindo desigualdades estruturais presentes na sociedade. Essa “marginalização” ocorre em diferentes níveis, desde a distribuição desigual de recursos e oportunidades educacionais até a valorização social e econômica de determinadas especialidades em detrimento de outras (Diniz, 2003).

Numa perspectiva de gênero, observa-se uma tendência de maior representação masculina em especialidades cirúrgicas e de maior prestígio social, enquanto as especialidades consideradas mais "tradicionais" para mulheres, como pediatria e ginecologia, são historicamente menos valorizadas em termos de *status* e remuneração. Essa disparidade reflete não apenas estereótipos de gênero arraigados, mas também barreiras estruturais que dificultam o acesso e a ascensão profissional das mulheres em certas áreas da medicina (Couto et al., 2021). No que diz respeito à classe social, a “marginalização” de especialidades menos lucrativas financeiramente está relacionada à percepção de que essas áreas não oferecem o mesmo retorno econômico que especialidades mais valorizadas pelo mercado. Isso cria uma hierarquia dentro da profissão médica, onde as especialidades mais rentáveis são frequentemente associadas a um maior *status* social, enquanto outras são marginalizadas e subfinanciadas, afetando tanto a formação quanto a prática médica (Scheffer; Cassenote; Biancarelli, 2015).

Em relação à etnia, existem evidências de que certas especialidades médicas têm menor representatividade de profissionais não brancos, como a cirurgia plástica, cirurgia ortopédica e dermatologia, o que pode ser atribuído a barreiras estruturais, como acesso desigual à educação, discriminação no mercado de trabalho e estereótipos culturais sobre determinadas especialidades. Essa “marginalização” é preocupante, pois impacta não apenas a diversidade dentro da profissão médica, como também a qualidade e adequação dos serviços de saúde oferecidos a diferentes grupos étnicos (Sousa; Silva; Caldas, 2014). Para combater a “marginalização” de especialidades na Medicina e na formação médica, é essencial abordar as desigualdades estruturais que perpetuam essas disparidades. Isso inclui a implementação de políticas públicas que valorizem todas as áreas da Medicina de forma equitativa, o combate a estereótipos de gênero e etnia na escolha da especialidade, e o investimento em programas de inclusão e acesso à educação médica para grupos historicamente marginalizados. A promoção de uma cultura inclusiva e diversificada na Medicina é fundamental para garantir uma formação médica mais justa e representativa, capaz de atender às necessidades de saúde de toda a

população (Barrêto et al., 2019). Além disso, para uma análise social, de forma justa, equitativa e plural, é preciso recorrer à decolonialidade, que consiste em uma abordagem crítica que busca dismantelar as estruturas de poder, conhecimento e práticas herdadas do colonialismo, ainda persistentes nas sociedades contemporâneas. Originada em grande parte na América Latina, a decolonialidade questiona a hegemonia do pensamento e das instituições ocidentais, propondo uma valorização dos setores e práticas dos povos colonizados e marginalizados (Quijano, 2000).

A história da decolonialidade na América Latina e no Brasil está profundamente ligada à luta contra as formas de opressão e dominação que marcaram a história do continente (Silveira; Nascimento; Zalembessa, 2021). A decolonialidade, proposta pela filósofa e feminista argentina María Lugones – uma das principais teóricas a integrar as discussões de decolonialidade com a análise de gênero e raça –, examina como o colonialismo impôs um sistema patriarcal e racializado que subjugou e desumanizou mulheres não europeias. Além disso, a decolonialidade surge como uma resposta crítica às estruturas coloniais que moldaram a sociedade latino-americana e brasileira, buscando desconstruir os legados do colonialismo e do imperialismo que persistem até os dias de hoje. Na América Latina, a decolonialidade tem suas raízes nas lutas pela independência no século XIX, que visavam libertar os países da região do jugo colonial europeu. No entanto, a independência política não significou o fim da dominação, pois as estruturas econômicas e sociais coloniais foram mantidas, perpetuando desigualdades e injustiças (Oliveira; Lucini, 2021). No século XX, surgiram movimentos sociais e intelectuais que buscavam repensar a história e a identidade latino-americanas a partir de uma perspectiva não eurocêntrica. Intelectuais como Franz Fanon (1985), Aimé Césaire (2000) e Aníbal Quijano (2010), foram fundamentais para o desenvolvimento da teoria decolonial, que critica as formas de conhecimento e poder que foram impostas às sociedades colonizadas (Toledo, 2021).

No Brasil, a história da decolonialidade está intrinsecamente ligada à história da escravidão e da luta contra o racismo. A abolição da escravatura em 1888 não significou o fim da discriminação racial, e a população negra continuou a ser marginalizada e excluída da sociedade brasileira. Lélia Gonzales (1984) foi pioneira desses estudos e hoje temos destacado a importância de uma perspectiva decolonial e feminista negra no combate ao racismo e ao sexismo. Nos últimos anos, a discussão sobre a decolonialidade tem ganhado cada vez mais espaço nos debates acadêmicos e políticos no Brasil e na América Latina (Gonzales, 2020). Movimentos indígenas, quilombolas e negros têm lutado por seus direitos e por uma reconfiguração das relações de poder na sociedade (Silveira; Nascimento; Zalembessa, 2021). O feminismo decolonial e o feminismo negro criticam as opressões herdadas do colonialismo,

mostrando como raça, gênero e classe se interligam para perpetuar desigualdades, especialmente para mulheres racializadas. Teóricas como María Lugones (2008) e Lélia Gonzalez (2020) apontam para a desumanização de corpos negros e indígenas pela medicina ocidental, que adota o corpo branco, cisgênero e masculino como padrão. No Brasil, Sueli Carneiro (2003) destaca as desigualdades raciais no acesso à saúde, afetando principalmente mulheres negras. A decolonialidade na Medicina busca transformar práticas médicas, valorizando saberes tradicionais e considerando as necessidades de grupos marginalizados, promovendo uma saúde mais inclusiva (Bezerra; Cavalcanti; Moura, 2023).

A decolonialidade na Medicina no Brasil é um movimento que busca desconstruir as hierarquias e práticas coloniais que ainda permeiam a prática médica no país. Historicamente, a Medicina no Brasil foi influenciada por concepções eurocêntricas e colonialistas, que hierarquizavam saberes e práticas médicas com base em critérios muitas vezes discriminatórios e excludentes. Dessa forma, ao se recorrer à lente da decolonialidade, propõe-se uma reflexão crítica sobre essas práticas, buscando valorizar e integrar saberes e práticas médicas tradicionais de comunidades indígenas, quilombolas e de outros grupos étnicos e sociais marginalizados. Além disso, busca-se também promover uma maior diversidade e inclusão na formação médica, tanto no que diz respeito aos conteúdos abordados quanto à composição dos profissionais de saúde. No Brasil, esse movimento tem ganhado força especialmente nas discussões sobre saúde indígena, que historicamente foi marcada por políticas de saúde baseadas em modelos eurocêntricos e assimilacionistas (Souza, 2019). A partir da desvalorização do imperialismo, objetiva-se reconhecer a autonomia dos povos indígenas e promover uma saúde mais justa e equitativa para todos (Carvalho, 2023). A decolonialidade na saúde e na Medicina também se relaciona com a busca por uma prática médica mais humanizada e centrada no paciente, que leve em consideração não apenas os aspectos biológicos, mas também os sociais, culturais e emocionais envolvidos na saúde e na doença. Isso diz respeito a uma maior sensibilidade para as questões de gênero, raça e classe social, buscando combater as desigualdades e discriminações que ainda persistem no sistema de saúde brasileiro (Bezerra; Cavalcanti; Moura, 2023).

Na especialização médica, a interseccionalidade de gênero, raça e classe social e a colonialidade também têm impactos significativos. As desigualdades existentes na formação médica e nas práticas de especialização podem se refletir em disparidades no acesso às oportunidades de especialização, na qualidade do treinamento recebido e nas perspectivas de carreira para médicos e médicas de diferentes identidades (Façanha et al., 2024). Mulheres, especialmente mulheres negras e de classes sociais menos privilegiadas, podem enfrentar

obstáculos adicionais na busca por especializações médicas devido a preconceitos e discriminação de gênero, raça e classe social. Além disso, a falta de representatividade de médicos pertencentes a esses grupos em posições de liderança e ensino pode limitar o acesso a mentoria e oportunidades de desenvolvimento profissional (Martins; Taquette, 2024). A colonialidade na especialização médica se manifesta na prevalência de modelos de especialização baseados em padrões eurocêntricos de conhecimento e prática médica, que muitas vezes não levam em consideração as necessidades e realidades de populações historicamente marginalizadas. Isso pode resultar em práticas de especialização que não são culturalmente sensíveis nem adequadas para comunidades diversas (Carvalho, 2023).

O estudo de Pino, Velu e Levi (2024), realizado nos Estados Unidos, por exemplo, analisou os dados autorreferidos de raça e etnia dos candidatos a programas de residência em otorrinolaringologia nos Estados Unidos, coletados entre 2016 e 2022 pela Association of American Medical Colleges (AAMC), e dos residentes no período de 2011 a 2022 pelo Accreditation Council for Graduate Medical Education (ACGME). As variações nas proporções de candidatos e residentes foram examinadas separadamente por raça e etnia. Além disso, foi comparada a proporção de candidatos em relação à de residentes para avaliar a representatividade e possíveis disparidades ao longo do tempo. Não houve diferença estatisticamente significativa nas proporções de candidatos por raça ou etnia de 2016-2017 a 2021-2022. Observou-se uma redução na proporção de residentes brancos, de 58,1% para 54,5%, entre 2011-2012 e 2018-2019. Em ambos os ciclos analisados, a proporção de residentes brancos foi maior que a de candidatos brancos, enquanto a proporção de residentes pardos e pretos foi menor que a de candidatos pardos e pretos (Scheffer, 2023). No ciclo mais recente, a proporção de residentes hispânicos ou latinos superou a de candidatos hispânicos ou latinos. Embora possa haver melhorias para aumentar a representação de candidatos e residentes de otorrinolaringologia, a pesquisa mencionada identificou que há desigualdades e falta de diversidade (Scheffer, 2023). Para abordar essas questões de colonialidade, María Lugones (2008) propõe a descolonização do saber e do ser, a promoção de interseccionalidade e coalizões emancipatórias, práticas de resistência e reexistência, o desmantelamento das estruturas de poder colonial e a descolonização das relações de gênero e sexualidade. Suas ideias oferecem um caminho promissor para a construção de sociedades mais justas e inclusivas, onde as múltiplas formas de opressão são confrontadas e desmanteladas (Lugones, 2008).

### 3.5 À guisa de conclusão

O *habitus* médico, isto é, as orientações, inclinações e disposições, é incorporado irreflexivamente e praticado pelos agentes, no campo discente médico, respeitando a hierarquia de capitais. O HDM consiste em um conjunto de características presentes nas ações práticas dos discentes médicos com o mundo social e que favorecem a legitimidade das relações de poder existentes e distribuição desigual do capital, o que é assegurado por essas interações de forma impensada. Por esse motivo, o processo de reflexão do discente de Medicina sobre as suas atitudes práticas profissionais poderia funcionar favoravelmente a uma assistência mais humanizada, despretensiosa e sem discriminação.

Ao analisar os fatores sociais que moldam a identidade profissional dos estudantes de medicina, a Sociologia das profissões e os estudos de *habitus*, gênero, raça e classe social oferecem um arcabouço robusto para compreender como essas reflexões podem impactar positivamente a prática médica e para analisar os fatores sociais que moldam a identidade profissional dos estudantes de Medicina. Através desse entendimento, os futuros médicos podem desenvolver uma abordagem mais consciente e inclusiva, contribuindo para uma assistência de saúde mais empática e eficaz. Ao considerar esses aspectos, é factível compreender melhor como as experiências e trajetórias individuais se entrelaçam com as estruturas sociais mais amplas para influenciar a formação da identidade médica durante a graduação.

A partir das contribuições teóricas de Bourdieu, Goffman, Becker e Lugones, aliadas à consideração dos fatores sociais da pesquisa empírica, é possível compreender a complexidade da formação da identidade profissional médica e como os diferentes anos do ensino médico e as instituições de ensino superior influenciam esse processo. Aqueles autores, através de seus estudos, contribuíram para uma compreensão mais ampla das profissões e da formação médica, destacando a importância das dimensões sociais, culturais e institucionais na prática e na identidade dos profissionais de saúde. A pesquisa empírica buscará investigar essas questões, contribuindo para uma melhor compreensão da identidade profissional dos estudantes de Medicina em diferentes estágios do ensino superior.

## **4 CAPÍTULO 3: ANÁLISE DOS TRAÇOS PREDOMINANTES DOS DISCENTES DE MEDICINA DE DUAS INSTITUIÇÕES DE ENSINO SUPERIOR BRASILEIRAS: padrões e relações entre os fatores sociais e a formação da identidade profissional**

### **4.1 Introdução**

Neste capítulo, abordarei o segundo, o terceiro e o quarto objetivos do presente trabalho, mais especificamente o de análise dos traços predominantes dos discentes de Medicina de duas instituições de ensino superior brasileiras, quanto ao capital econômico, capital cultural, estilo de vida, valores e aspirações na vida como profissional. Adota-se uma perspectiva crítica ao analisar como os fatores socioeconômicos, culturais, de gênero, classe e raça, juntamente com o capital cultural e social dos estudantes de Medicina, influenciam a construção de sua identidade profissional ao longo da graduação. Através dessa lente, busca-se identificar como essas variáveis estruturam as oportunidades, os desafios e as experiências dos estudantes, moldando suas trajetórias acadêmicas e profissionais de maneiras que refletem as desigualdades sociais presentes na sociedade. Assim, pretende-se, além de traçar o perfil socioeconômico dos estudantes de Medicina, revelar como essas dinâmicas sociais influenciam o processo de se tornar médico.

### **4.2 Notas metodológicas sobre o *survey* com estudantes de Medicina de duas IES**

Para alcançar o objetivo proposto, fez-se necessária a coleta de dados primários junto aos graduandos de Medicina de duas IES: a UFV e a Fadip. A pesquisa capturou informações diretamente dos estudantes, garantindo precisão nas variáveis investigadas, essencial para explorar nuances das interações entre fatores socioeconômicos, culturais e identitários, que dados secundários externos podem não fornecer (Babbie, 2003).

A coleta de dados por *survey* permitiu perguntas específicas para uma análise interseccional de gênero, raça e classe, proporcionando uma visão atualizada das realidades dos estudantes e atendendo aos objetivos da pesquisa. Inicialmente, foi feita uma revisão da literatura, apresentada nos capítulos 1 e 2 desta tese. Após isso, foram levantadas as seguintes hipóteses:

- Hipótese 1: a escolha das especialidades médicas pelos estudantes de Medicina é influenciada por fatores sociodemográficos, como raça e gênero dos graduandos, além da ocupação da mãe;
- Hipótese 2: o capital cultural, a profissão materna distinta da área da saúde e o ano de curso de Medicina influenciam a valorização do modelo biomédico de atendimento;

- Hipótese 3: se o curso de Medicina fosse concluído neste semestre, o grupo de acadêmicos mais propenso a ser inserido no mercado de trabalho na ocupação que considera ideal é composto predominantemente por homens brancos.

A investigação se constituiu em um estudo exploratório e transversal, em que foram coletadas informações, com metodologia quanti-qualitativa. O estudo foi realizado após a aprovação da pesquisa pelos Comitês de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP) da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (PUC-MG), da Fadip e da UFV, através dos respectivos pareceres n. 6.298.713, 6.434.313 e 6.503.444. Foi feita a aplicação e validação do questionário, a partir de pré-teste, com estudantes do segundo, do terceiro e do quinto anos de ambas as IES (Oliveira; Chacham, 2024a) e a coleta de informações com estudantes do primeiro, do terceiro e do quinto anos, por meio da aplicação do *survey* (ANEXO 5) Este foi preenchido manualmente, sendo realizado presencialmente, com uso de caneta esferográfica, contendo 45 (quarenta e cinco) quesitos fechados, semiabertos e abertos, nos meses de novembro e dezembro de 2023. As variáveis relativas às perguntas estão listadas no Quadro 1.

**Quadro 1** – Lista de variáveis do *survey*

Variável	Dimensão	Indicadores	Objetivo relacionado
Perfil sociodemográfico e de identificação	Dados sociodemográficos e de identificação	Identificação e sexo; idade e data de nascimento; origem étnica/cor da pele; possui quantos filhos; estado civil; região de nascimento	Traçar o perfil socioeconômico dos estudantes de Medicina de duas faculdades, sendo uma pública e outra privada
Avaliação de capital econômico e cultural	Econômico	Renda, poder aquisitivo	Identificar as principais características dos grupos estudados em relação a gênero, classe e raça e outros fatores socioeconômicos e culturais. Investigar como os fatores relacionados ao capital cultural e social dos estudantes de Medicina influenciam a construção de sua identidade profissional na graduação
	Cultural	Saberes e conhecimento do entrevistado Saberes e conhecimento da família do entrevistado	
Socialização secundária	Aspectos das vivências no curso de Medicina e as percepções	Motivações e interesses na carreira médica	

Fonte: elaboração própria (2024)

A amostra foi de conveniência, uma vez que seria difícil obter uma amostra aleatória representativa devido a duas condições principais no caso deste estudo: (i) conveniência e praticidade, já que a amostragem aleatória seria menos prática, especialmente devido ao tempo limitado, pois a aprovação da realização da pesquisa pelo CEP ocorreu em novembro de 2023 e os estudantes das duas instituições entrariam de férias em dezembro, retornando apenas em fevereiro (na Fadip) e em março (na UFV) de 2024, ultrapassando o prazo previsto pelo cronograma; (ii) viés de não-resposta, porque mesmo que uma amostra aleatória fosse selecionada, o viés poderia ocorrer se uma parte significativa dos indivíduos selecionados não respondesse à pesquisa, distorcendo os resultados se as características dos não-respondentes diferissem daqueles que responderam. Os participantes do estudo foram estudantes maiores de 18 anos, de ambos os sexos, regularmente matriculados no primeiro, quinto, sexto ou décimo períodos do curso de Medicina na Fadip e UFV. Foram excluídos do estudo os estudantes que (i) se desligaram das instituições mencionadas por transferência ou trancamento de matrícula; (ii) não quiseram participar da pesquisa e não assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE); e/ou (iii) que, embora atendendo aos critérios de inclusão, estavam indisponíveis durante o período de coleta de dados, devido a férias ou licença.

Para a coleta de dados, a pesquisadora fez contato prévio com os professores, por meio de telefone e e-mail obtidos nas secretarias dos departamentos de Medicina das IES, solicitando quinze minutos ao final da aula para explicar aos estudantes os objetivos da pesquisa e os detalhes contidos no TCLE, convidando-os a participar do estudo em uma sala reservada da própria instituição. Não foi estabelecido um tempo limite para o preenchimento das respostas (Oliveira; Chacham, 2024a).

Os dados coletados, entre os dias 27 de novembro e 1º de dezembro de 2023, incluíram: características sociodemográficas; capital econômico e cultural familiar/pessoal; financiamento do curso de Medicina; aspectos do estilo de vida atual; influências, escolha e decisão pela Medicina; experiências no curso de Medicina e percepções; área de especialização pretendida e motivações; conhecimento sobre o mercado de trabalho na área médica, ideal de trabalho na Medicina e expectativa em relação à estrutura e conjuntura do mercado; valores relacionados à prática médica, saúde pública e saúde privada.

O *survey* foi preenchido por 41 graduandos da Fadip e 63 acadêmicos da UFV (Tabela 1). O padrão geral foi de resposta completa às perguntas apresentadas, havendo poucas situações de não resposta. Após a obtenção e tabulação dos dados, foi realizada uma análise descritiva, discutindo-se os resultados em comparação com dados secundários da literatura. As

variáveis foram apresentadas em frequências absolutas e relativas. O *software* utilizado foi o Epi Info versão 3.5.1.

**Tabela 1** – Dimensionamento do número de respondentes

	Fadip		IES UFV	
	N	%	N	%
<b>Ano de curso</b>				
Primeiro	11	26,82%	25	39,68%
Terceiro	18	43,9%	17	26,98%
Quinto	12	29,26%	21	33,33%
Total	41	100%	63	100%

Fonte: Elaboração própria (2024).

### 4.3 Perfil geral dos respondentes do *Survey*

A análise das características dos participantes desta investigação permitiu identificar que a maioria dos respondentes era do sexo feminino (75,96%, sendo 63% na Fadip; 63,09% na UFV) (Tabela 2). Durante o período de aplicação do *survey*, conforme dados das secretarias das duas IES, havia 54 estudantes matriculados no primeiro, terceiro e quinto anos do curso de Medicina na Fadip, dos quais 32 (59,25%) eram do sexo feminino. Na UFV, entre os 182 alunos matriculados nos mesmos anos do curso, 113 (62,08%) eram do sexo feminino. A predominância de mulheres entre os participantes desta investigação reflete uma mudança na composição demográfica da carreira médica no Brasil, que está inserida em um contexto histórico e cultural mais amplo. Historicamente, a Medicina foi uma profissão dominada por homens, e o acesso das mulheres à formação médica foi marcado por diversas barreiras sociais, culturais e institucionais. No Brasil, durante o século XIX e início do século XX, as mulheres enfrentavam resistência em diversas áreas profissionais, incluindo a Medicina. O ingresso de mulheres nas escolas médicas era raro, e a profissão era vista como inadequada para elas, principalmente por razões ligadas à percepção de fragilidade feminina e à crença de que as mulheres deveriam se concentrar nas funções domésticas. Porém, a partir do século XX, especialmente após as duas guerras mundiais e o movimento sufragista, houve um aumento gradual na presença feminina em várias profissões, incluindo a Medicina. No Brasil, a abertura das escolas de curso médico para mulheres começou a ocorrer mais sistematicamente no início

do século XX, mas ainda assim em número reduzido (Santana; Jansen; Nascimento, 2024). No século XXI, as transformações culturais e as lutas feministas contribuíram para a mudança na representação de gênero na área da saúde. O aumento de mulheres nas faculdades de Medicina no Brasil é um fenômeno recente, vinculado a avanços nos direitos das mulheres e à maior valorização da educação como meio de ascensão social (Pessoa; Vaz; Botassio, 2021). A mudança no perfil demográfico dos estudantes de Medicina pode ter impactos na prática médica no Brasil, influenciando desde o atendimento clínico até as políticas de saúde pública, com a possibilidade de que a crescente presença feminina nesse campo profissional contribua para uma maior humanização e diversificação da prática médica. Por outro lado, embora esteja ocorrendo alteração nos perfis de graduandos ingressantes no curso médico, a faixa etária da maioria dos graduandos entrevistados mantém-se a de adultos jovens (Rosendo et al., 2022).

As pessoas participantes do estudo informaram, em sua maioria, ter idade entre 18 e 29 anos (87,5% na Fadip; 94,23%, na UFV), com estado civil de solteiro (85% na Fadip; 98%, na UFV) e sem filhos (97,28% na Fadip; 100%, na UFV) (Tabela 2), sugerindo que muitas delas ingressaram diretamente no curso após concluir o ensino médio, sem muitas responsabilidades familiares. Essa transição rápida da escola para a universidade coloca esses jovens em uma posição em que ainda estão formando suas identidades acadêmicas e profissionais, o que os torna mais suscetíveis a influências externas, incluindo a violência simbólica. Pierre Bourdieu (2007) definiu a violência simbólica como uma forma de dominação social que ocorre quando as normas, os valores e as expectativas de um grupo dominante são internalizados e aceitos como naturais ou legítimos pelos membros de grupos subordinados, muitas vezes sem consciência crítica desse processo. No contexto da graduação médica, essa violência pode manifestar-se através das normas culturais e acadêmicas estabelecidas na formação médica, que valorizam certos comportamentos, conhecimentos e atitudes em detrimento de outros (Bourdieu, 2012).

Os jovens que ingressam na faculdade diretamente após o ensino médio estão em um estágio de desenvolvimento em que suas visões de mundo, crenças e identidades profissionais ainda estão sendo moldadas. Eles chegam à universidade com expectativas e conhecimentos adquiridos no ensino médio que podem não estar plenamente desenvolvidos ou ser criticamente examinados. Ao entrarem na faculdade de Medicina, esses estudantes são expostos a uma nova realidade acadêmica e social, onde as expectativas e pressões são significativamente diferentes e mais intensas. No ambiente da faculdade de Medicina, esses jovens podem ser mais suscetíveis à violência simbólica por várias razões: (i) hierarquia e prestígio, em que valores como excelência técnica, rigor acadêmico e competitividade são frequentemente exaltados; (ii)

desigualdade de poder, já que especialmente aqueles que são os primeiros de suas famílias a ingressar no ensino superior ou que vêm de contextos socioeconômicos menos favorecidos, podem sentir-se menos confiantes para questionar ou resistir às normas estabelecidas pelos professores, colegas e a própria estrutura do curso; (iii) pressão por conformidade, pois o ambiente da faculdade de Medicina pode reforçar a necessidade de conformidade com certos padrões, seja através de práticas pedagógicas, avaliações ou interações sociais, que não necessariamente refletem suas crenças pessoais, mas que são percebidos como necessários para o sucesso acadêmico e profissional; e (iv) falta de experiência crítica que lhes permitiriam questionar ou resistir à violência simbólica, o que os torna mais vulneráveis a aceitar passivamente as normas e valores impostos pelo ambiente acadêmico (Valdés-Cotera et al., 2014). Essa suscetibilidade à violência simbólica pode ser ainda mais acentuada quando consideramos as disparidades raciais presentes no acesso à educação superior (Mattos; Fernandes, 2022).

Em relação à cor ou raça, a maioria dos respondentes informou a opção “branca” (66,85% na Fadip; 55,76%, na UFV) (Tabela 2), o que reflete as disparidades raciais existentes no acesso à educação de qualidade desde o ensino básico. No Brasil, a população negra e parda historicamente enfrentou barreiras socioeconômicas e educacionais que limitam suas oportunidades de alcançar o ensino superior, especialmente em cursos que demandam alta performance acadêmica e recursos financeiros, como a Medicina. Como conceito, a interseccionalidade nos permite examinar como as diferentes formas de opressão e privilégio se combinam e se manifestam nas experiências das pessoas. Ademais, a raça, frequentemente entrelaçada com a classe social, indica que muitos desses estudantes brancos provavelmente vêm de contextos socioeconômicos mais favorecidos, o que lhes proporcionou melhores oportunidades educacionais e maior acesso a recursos como cursinhos preparatórios, que são essenciais para ingressar em cursos de Medicina (Kyrillos, 2020).

A lente da interseccionalidade proposta por Kimberlé Crenshaw (1989) também possibilita considerar como o gênero interage com raça e classe social. Estudantes brancos, especialmente do sexo masculino, podem ter ainda mais vantagens acumuladas devido à intersecção desses fatores, enquanto mulheres brancas, embora tenham o privilégio da raça e, em muitos casos, da classe social, podem enfrentar desafios relacionados ao sexismo dentro do curso de Medicina, que ainda é um campo marcado por desigualdades de gênero. Apesar de políticas de ação afirmativa, como as cotas raciais, terem sido implementadas para aumentar a inclusão de estudantes pretos, pardos e indígenas no ensino superior, os dados sugerem que há ainda uma predominância significativa de estudantes brancos, indicando que as desigualdades

raciais persistem. Isso pode estar relacionado a fatores como a insuficiência das políticas de inclusão para corrigir completamente as disparidades históricas, ou a manutenção de barreiras socioeconômicas que afetam desproporcionalmente as populações racializadas. Essas barreiras limitam o acesso dessas populações à educação superior, além de perpetuarem desigualdades regionais, uma vez que muitas das áreas menos favorecidas no Brasil são habitadas por comunidades racializadas (Martins; Taquette, 2024).

Os dados sobre a região de nascimento dos estudantes, quando analisados em conjunto com informações sobre raça e classe social, revelam como as desigualdades regionais no Brasil continuam a influenciar o acesso ao ensino superior, especialmente em cursos como Medicina. Na Fadip, 82,92% dos estudantes de Medicina são provenientes da região Sudeste, enquanto na UFV esse percentual é de 84,12% (Tabela 2). As demais regiões — Sul, Centro-Oeste e Nordeste — contribuem com uma minoria significativa de alunos, praticamente não havendo estudantes do Norte, além de uma pequena porcentagem de nascidos fora do país. Esses números refletem as desigualdades regionais no Brasil e permitem inferir como esses fatores se entrelaçam com questões de raça, classe social e oportunidades educacionais. A análise interseccional de raça, classe social e região de origem evidencia barreiras persistentes para grupos marginalizados, ressaltando a necessidade de políticas de inclusão que abordem essas desigualdades de forma abrangente. Promover a diversidade nas universidades é essencial para garantir que a formação médica seja sensível às realidades e necessidades de toda a população brasileira (Soares, 2024). Contudo, para afirmar uma tendência nacional, seria necessária a comparação com instituições de ensino de outras regiões do país.

A homogeneidade nas experiências pessoais dos estudantes (como estado civil e responsabilidade familiar) também pode impactar a capacidade das universidades de promover uma formação médica que realmente reflita e responda à diversidade da população que esses futuros profissionais atenderão (Kyrillos, 2020). Quanto ao estado civil, 85% dos entrevistados, na Fadip, são solteiros, enquanto 100% dos entrevistados na UFV são solteiros. Ademais, a maioria não possui filhos (97,28% na Fadip; 100%, na UFV). Essa uniformidade nas experiências de vida pode estar relacionada a um perfil de estudantes que possuem um capital econômico e cultural similar, influenciando a formação de uma identidade médica menos sensível às diversas realidades socioeconômicas e culturais do país. Consequentemente, essa falta de diversidade pode limitar a compreensão e a empatia dos futuros médicos para com as diferentes necessidades de saúde da população, ressaltando a importância de estratégias educacionais que integrem perspectivas mais amplas e inclusivas na formação médica. Considerando que os capitais não variem tanto, há diversidade de contexto socioeconômico

entre os próprios graduandos de Medicina (Freitas Júnior et al., 2021).

**Tabela 2** – Perfil geral dos respondentes, por IES

Características	Itens	Fadip		UFV		Total	
		f	%	f	%	f	%
<b>Idade</b>	18 a 29	35	87,5%	63	100%	98	94,23%
	30 a 40	4	10%	0	0	4	3,84%
	41 a 49	1	2,5%	0	0	1	0,96%
<b>Sexo</b>	Feminino	26	63%	53	63,09%	79	75,96%
	Masculino	15	36%	20	35,71%	35	33,65%
<b>Estado civil</b>	Solteiro	35	85%	63	100%	98	94,23%
	Casado	5	12%	0	0	5	4,80%
	Em união estável	1	2%	0	0	1	0,96%
<b>Cor ou raça</b>	Branca	27	65,85%	31	50%	58	55,76%
	Parda	13	31,71%	30	50%	43	41,34%
	Preta	1	2,44%	2	0	3	2,88%
<b>Filhos</b>	Não	37	97,28%	63	100%	100	60,93%
	Sim	4	23,13%	0		4	3,84%
<b>Região territorial de nascimento</b>	Norte	0	0	0	0	0	0
	Nordeste	1	2,43%	4	6,34%	5	4,8%
	Sudeste	34	82,92%	53	84,12%	87	83,65%
	Sul	2	4,87%	4	6,34%	6	5,76%
	Centro-Oeste	4	9,75%	1	1,58%	5	4,8%
	Fora do país	0	0	1	1,58%	1	0,96%

Fonte: Elaboração própria (2024).

Obs.: Os percentuais foram calculados a partir do total de casos válidos em cada variável. Os números de participantes que não responderam foram omitidos da tabela.

#### 4.4 Capital econômico e cultural

Os dados sobre o capital econômico dos estudantes de Medicina da Fadip e UFV (Tabela 3) revelam diferenças no suporte financeiro e na situação de moradia dos alunos, que podem influenciar tanto a experiência acadêmica quanto a formação da identidade médica desses futuros profissionais. Na Fadip, o principal responsável financeiro pelos custos relacionados ao curso é o pai (43,9%), enquanto na UFV, a principal responsável é a mãe (39,68%). Essa diferença sugere uma possível variação nas dinâmicas familiares e nos papéis de provedores econômicos entre as duas instituições. A maior dependência financeira dos pais na Fadip pode indicar uma distribuição mais tradicional dos papéis de gênero dentro das famílias, enquanto o maior percentual de mães como responsáveis financeiras na UFV pode refletir diferenças socioeconômicas ou culturais específicas daquela comunidade. Além disso, um número considerável de estudantes de ambas as instituições não reside com a família (56,09% na Fadip; 84,12% na UFV), mas permanece a maior parte do ano em Ponte Nova/Viçosa (95,12% na Fadip; 100% na UFV). Este dado pode indicar a necessidade de uma adaptação por parte dos alunos ao ambiente universitário, sugerindo que uma pequena parte deles se desloca de suas cidades de origem para estudar. Esse deslocamento também pode estar relacionado ao capital econômico, pois a capacidade de se sustentar longe da família requer recursos financeiros adicionais para cobrir despesas de moradia e alimentação.

A lógica econômica se reflete também na posse de automóveis. A pesquisa identificou que a maioria dos estudantes da UFV (65,07%) e da Fadip (51,21%) (Tabela 3) não possui carro, mas ainda há uma proporção significativa que possui. A posse de um automóvel pode ser considerada um indicativo de maior independência econômica, sugerindo que os estudantes com carros tendem a ter um capital econômico mais robusto, que lhes permite arcar com despesas adicionais, como manutenção do veículo, combustível e seguros. No caso da Fadip, a maior proporção de estudantes que possui automóvel (48,78%), em detrimento à proporção de acadêmicos da UFV detentora de veículo de transporte (34,92%), pode refletir um acesso mais facilitado ao transporte privado e uma maior mobilidade dentro e fora do *campus*, o que pode beneficiar a participação em atividades extracurriculares, estágios e viagens para visitar a família. Em contraste, na UFV, a menor taxa de posse de automóveis pode apontar para restrições econômicas mais significativas ou uma priorização diferente de gastos, em que os recursos são direcionados para necessidades mais imediatas e essenciais, como moradia, alimentação e material didático. Assim, a posse de um automóvel, ou a falta dele, revela as diferenças no capital econômico entre os estudantes e as escolhas que eles precisam fazer em

função das suas condições financeiras, afetando suas experiências e oportunidades durante a formação acadêmica e o contato com os familiares, embora residam em locais distintos.

O fator econômico também é influenciado pelo local de residência dos familiares, já que a maioria dos familiares dos estudantes de ambas as instituições reside na Região Sudeste (82,92% na Fadip; 92,06% na UFV) (Tabela 3), indicando uma concentração geográfica em áreas com maior acesso a recursos e oportunidades educacionais no Brasil. Essa concentração pode sugerir que, apesar das diferenças individuais de capital econômico entre os estudantes, há uma homogeneidade relativa quanto à origem socioeconômica dos alunos, influenciada pelo contexto regional de suas famílias, podendo proporcionar um suporte financeiro mais consistente e impactar diretamente suas escolhas e vivências acadêmicas. Essa homogeneidade pode afetar a diversidade de experiências e perspectivas trazidas para a sala de aula, o que, por sua vez, influencia a construção da identidade médica e a capacidade dos futuros médicos de entenderem e responderem às diversas realidades de saúde presentes na sociedade brasileira. Além disso, o capital econômico dos estudantes, junto ao capital cultural, ajuda a moldar o perfil de oportunidades e as trajetórias acadêmicas e profissionais dos estudantes dessas instituições. Isso influencia diretamente sua formação médica e sua futura prática profissional, já que estudantes com contextos socioculturais similares podem ter experiências limitadas na compreensão de realidades sociais mais amplas, afetando sua capacidade de oferecer um atendimento médico mais inclusivo e sensível às diversas necessidades da população. Ademais, essa uniformidade de capital pode, inconscientemente, reforçar estruturas e práticas coloniais na formação médica, em que as experiências e os saberes das populações racializadas e menos favorecidas economicamente são frequentemente desconsiderados ou subvalorizados. Assim, a falta de diversidade e a predominância de um capital econômico e cultural homogêneo, além de limitarem a formação dos futuros médicos, também perpetuam desigualdades estruturais e reforçam dinâmicas coloniais dentro do campo da saúde (Magalhães et al., 2023).

Quanto ao capital cultural, para Pierre Bourdieu (2007, p, 74):

O capital cultural pode existir sob três formas: no estado incorporado, ou seja, sob a forma de disposições duráveis do organismo; estado objetivado sob a forma de bens culturais - quadros, livros, dicionários, instrumentos, máquinas, que constituem indícios ou a realização de teorias ou de críticas dessas teorias, de problemáticas, etc.; e, enfim, no estado institucionalizado, forma de objetivação que é preciso colocar à parte porque, como se observa em relação ao certificado escolar (grifo do autor), ela confere ao capital cultural - de que é, supostamente, a garantia - propriedades inteiramente originais.

O capital cultural, segundo Bourdieu (2007), pode ser dividido em três formas:

incorporado, objetivado e institucionalizado. Os alunos, como atores sociais, trazem para o ambiente escolar diferentes compreensões sobre o ensino, moldadas pelo capital cultural adquirido em suas famílias. Analisando a escolaridade materna (Tabela 4), observa-se que tanto na Fadip quanto na UFV, a maioria das mães dos estudantes não possui nível superior de escolaridade (63,39% na Fadip; 50,78% na UFV). A análise da escolaridade paterna revela que a maioria dos pais dos estudantes de Medicina não possui nível superior: 82,4% na Fadip e 61,88% na UFV. Para entender o capital cultural dos estudantes de Medicina, de acordo com a teoria de Pierre Bourdieu (2007), é necessário considerar a composição cultural e educacional da família. Isso inclui: (i) o capital cultural incorporado, que abrange o conhecimento, as habilidades e as disposições culturais que o estudante traz consigo para a área da saúde, influenciado pela educação e práticas culturais familiares; (ii) o impacto da escolaridade dos pais, em que o nível superior, mesmo fora da área da saúde, contribui significativamente para o capital cultural do graduando, evidenciando a importância da educação formal; e (iii) a relevância da relação com a área da saúde, pois, mesmo que os pais tenham apenas o ensino secundário, se tiverem formação na área da saúde, isso pode oferecer uma base cultural específica relevante para o acadêmico. Ademais, as informações sobre a profissão e ocupação dos pais, apresentadas nas Tabelas 5 e 6, complementam a análise do capital cultural ao fornecer um panorama mais representativo dos fatores sociais e econômicos que influenciam as trajetórias dos discentes de Medicina. Essas ocupações dos pais podem refletir diferentes níveis de exposição a práticas e conhecimentos específicos, contribuindo para a construção de um capital cultural diversificado ou homogêneo entre os estudantes, especialmente quando essas profissões estão relacionadas à área da saúde.

**Tabela 3** – Perfil geral dos estudantes considerando as variáveis de capital econômico

Características	Item	Fadip		UFV		Total	
		f	%	f	%	f	%
<b>Reside ou passa a maior parte do ano (mais de seis meses) em Ponte Nova/Viçosa</b>	Sim	39	95,12%	63	100%	102	99,57%
	Não	2	4,87%	0	0	2	1,92%
<b>Família reside em Ponte Nova/Viçosa</b>	Sim	18	43,90%	10	15,87%	28	26,92%
	Não	23	56,09%	53	84,12%	76	73,07%
<b>Região territorial de residência da família nuclear</b>	Norte	2	4,87%	0	0	2	1,92%
	Nordeste	1	2,43%	2	3,17%	3	2,88%
	Sudeste	34	82,92%	58	92,06%	92	88,46%
	Sul	0	0	2	3,17%	2	1,92%
	Centro-Oeste	3	7,31%	1	1,58%	4	3,84%
	Fora do país	1	2,43%	0	0	1	0,96%
<b>Principal responsável financeiro pelo curso</b>	O(a) próprio(a) respondente	3	7,31%	2	3,17%	5	4,8%
	Possui bolsa ou financiamento	3	7,31%	1	1,58%	4	3,84%
	Pai	18	43,90%	15	23,80%	33	31,73%
	Mãe	5	12,19%	25	39,68%	30	28,84%
	Pais	8	19,51%	19	30,15%	27	25,96%
	Outro parente	3	7,31%	1	1,58%	4	3,84%
<b>Possui automóvel</b>	Sim	20	48,78%	22	34,92%	42	40,38%
	Não	21	51,21%	41	65,07%	62	59,61%

Fonte: Elaboração própria (2024).

Obs.: Os percentuais foram calculados a partir do total de casos válidos em cada variável. Os números de participantes que não responderam foram omitidos da tabela.

**Tabela 4** – Escolaridade paterna e materna por IES

Características	Itens	Fadip		UFV		Total	
		f	%	f	%	f	%
<b>Escolaridade paterna</b>	Nível superior	6	14,63%	24	38,09%	30	28,84%
	Nível secundário	18	43,90%	12	19,04%	30	28,84%
	Nível primário	15	36,58%	23	36,50%	38	36,53%
	Não estudou ou não terminou o nível primário	2	1,92%	4	6,34%	6	5,76%
<b>Escolaridade materna</b>	Nível superior	15	36,58%	31	49,20%	46	44,23%
	Nível secundário	12	29,26%	21	33,33%	33	31,73%
	Nível primário	11	26,82%	5	7,93%	16	15,38%
	Não estudou ou não terminou o nível primário	3	7,31%	6	9,52%	9	9,65%

Fonte: Elaboração própria (2024).

Obs.: Os percentuais foram calculados a partir do total de casos válidos em cada variável. Os números de participantes que não responderam foram omitidos da tabela.

**Tabela 5** - Frequência e percentuais da profissão/ocupação materna por ano de curso por IES

Profissão/Ocupação	Fadip					UFV				
	1° ano	3° ano	5° ano	Total		1° ano	3° ano	5° ano	Total	
	N	N	N	N	%	N	N	N	N	%
Profissão/ocupação da área da saúde	6	8	6	20	7,31%	2	6	2	10	15,87%
Profissão/ocupação distinta da área da saúde	5	10	6	21	92,68%	23	11	19	53	84,1%

Fonte: Elaboração própria (2024).

**Tabela 6** - Frequência e percentuais da profissão/ocupação paterna por ano de curso por IES

Profissão/Ocupação	Fadip					UFV				
	1° ano	3° ano	5° ano	Total		1° ano	3° ano	5° ano	Total	
	N	N	N	N	%	N	N	N	N	%
Profissão da área da saúde	6	3	2	11	26,82%	18	6	10	34	53,96%
Profissão fora da área da saúde	5	15	10	30	73,17%	7	11	11	29	46,03%

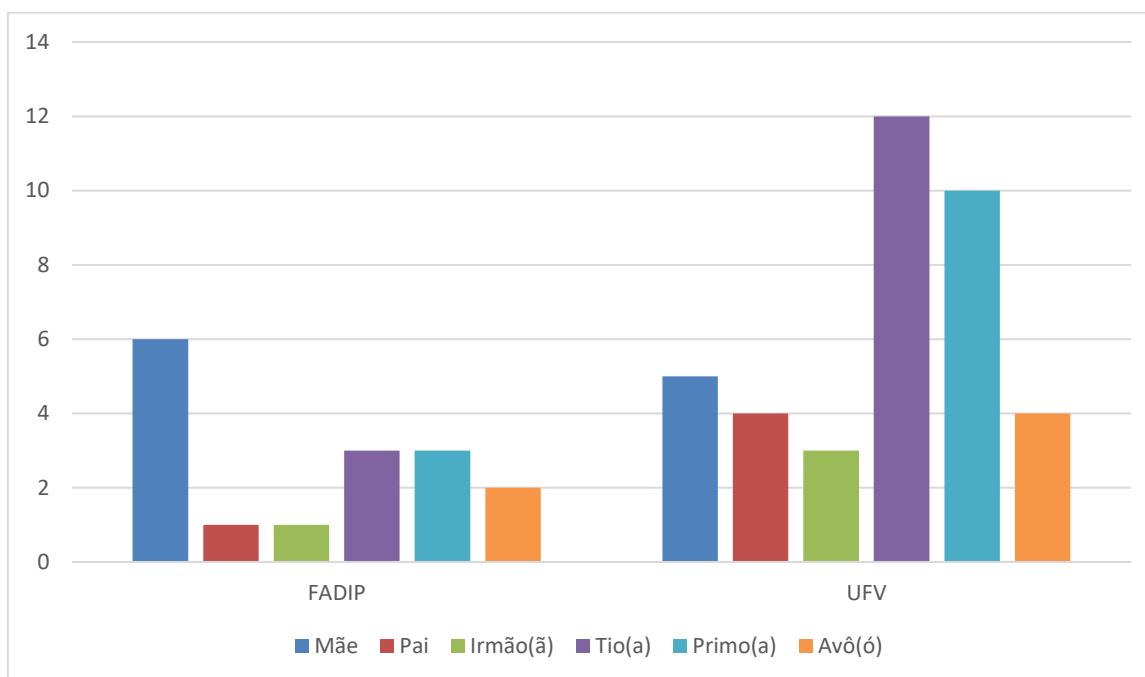
Fonte: Elaboração própria (2024).

Quando a profissão ou ocupação materna e paterna está diretamente ligada à saúde – como médicos, enfermeiros, técnicos de laboratório, entre outros –, há uma transmissão significativa de conhecimentos, valores e práticas culturais específicos dessa área. Essa influência pode se manifestar na familiaridade dos estudantes com termos técnicos, na compreensão dos desafios e das responsabilidades do trabalho em saúde, e na valorização de determinadas práticas e comportamentos profissionais. Profissões na área da saúde exercidas pelos pais também podem proporcionar aos estudantes uma rede de contatos e um ambiente mais propício ao desenvolvimento de habilidades práticas e à incorporação de um *habitus* profissional desde cedo. Na pesquisa, verificou-se que, na Fadip, 7,31% das mães possuem profissão/ocupação da área da saúde, enquanto na UFV, 15,87% das mães se encontram no campo profissional da área da saúde. Quanto aos pais dos graduandos das duas IES, observou-se que 26,82%, na Fadip, e 53,96%, na UFV, exercem profissão/ocupação na área da saúde.

Por outro lado, mesmo quando os pais têm ocupações fora do setor de saúde, mas possuem uma formação ou experiência de trabalho relacionada a essa área, eles ainda contribuem para o capital cultural dos estudantes, influenciando suas expectativas e orientações em relação à carreira médica e impactando suas trajetórias acadêmicas e profissionais

(Nogueira; Nogueira, 2002). Além disso, a ausência de parentes ou conhecidos médicos, como evidenciado pelo fato de que apenas 36,58% dos estudantes da Fadip relataram ter algum contato próximo com profissionais médicos em comparação com 60,31% na UFV, pode também restringir o acesso a redes de apoio e mentoria na área médica. O Gráfico 1 apresenta o parentesco das pessoas que são da área da saúde na família dos estudantes das duas IES.

**Gráfico 1** – Familiar dos estudantes das duas IES que exerce a profissão médica



Fonte: Elaboração própria (2024).

Obs.: A frequência absoluta foi obtida a partir do total de casos válidos em cada variável. Os números de participantes que não responderam foram omitidos no gráfico. Foi possibilitado aos respondentes escolher mais de uma opção.

O capital cultural se manifesta também em hábitos intelectuais, como o costume de ler livros fora das áreas temáticas da Medicina. De acordo com a Tabela 7, 26,82% dos graduandos entrevistados na Fadip referiram praticar a leitura; na UFV, 79,36% dos respondentes informaram a mesma tendência. Ressalte-se que a prática de leitura de obras fora da área médica constitui um componente significativo do capital cultural dos estudantes de Medicina, pois amplia suas perspectivas além do conhecimento técnico e especializado de sua área de formação. Ao se engajarem com textos de diferentes disciplinas, como literatura, filosofia, história, sociologia e artes, os discentes desenvolvem habilidades críticas e reflexivas que podem ser fundamentais para a prática médica. Esse tipo de leitura promove uma compreensão mais profunda das diversas dimensões humanas e sociais que impactam a saúde e o bem-estar dos pacientes, permitindo aos futuros médicos uma abordagem mais empática e holística em

seu atendimento. Além disso, a leitura de obras variadas estimula o pensamento crítico, a criatividade e a capacidade de argumentação, habilidades essenciais para enfrentar desafios diversos na prática clínica e para o desenvolvimento contínuo do conhecimento médico. Ler fora da área de Medicina também expande o vocabulário e melhora as habilidades de comunicação dos estudantes, o que é indispensável para a interação eficaz com pacientes, familiares e equipes multidisciplinares (Mega et al., 2021).

**Tabela 7** – Perfil geral dos estudantes considerando as variáveis de saberes e conhecimento do entrevistado

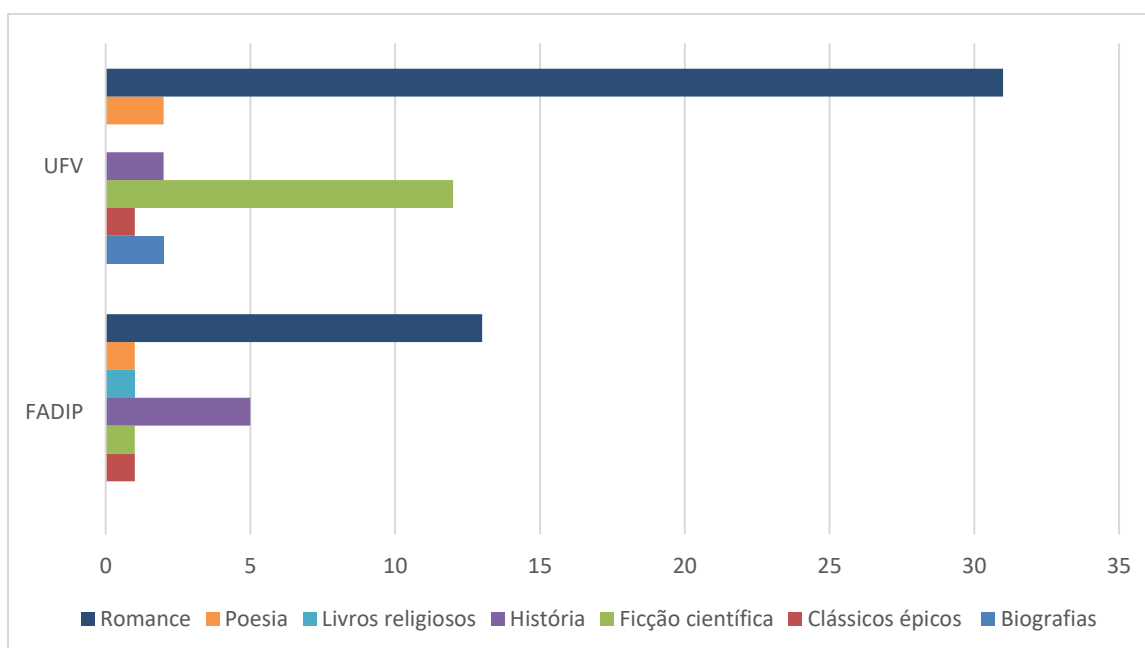
Características	Itens	Fadip		UFV		Total	
		f	%	f	%	f	%
<b>Visitou e/ou morou no exterior</b>	Sim	5	12,19%	12	19,04%	17	16,34%
	Não	36	97,80%	51	80,95%	87	83,65%
<b>Fluência em alguma língua estrangeira</b>	Sim	19	46,34%	40	63,49%	59	56,73%
	Não	22	53,65%	23	36,50%	45	43,26%
<b>Hábito de ler livros não relacionados à Medicina</b>	Sim	15	36,58%	50	79,36%	65	62,5%
	Não	26	63,41%	13	20,63%	39	37,5%
<b>Possui parente ou conhecido de sua convivência que é médico(a) e exerce ou exerceu a profissão</b>	Sim	15	36,58%	38	60,31%	53	50,96%
	Não	26	63,41%	25	39,68%	51	49,03%

Fonte: Elaboração própria (2024).

Obs.: Os percentuais foram calculados a partir do total de casos válidos em cada variável. Os números de participantes que não responderam foram omitidos da tabela.

Quanto ao tipo de literatura não especializada mais apreciada pelos acadêmicos entrevistados, verificou-se que a maioria das 22 respostas na Fadip e das 50 na UFV foi romance, tanto na Fadip (59,09%), quanto na UFV (62%) (Gráfico 2). A preferência por romances pode ser vista como um indicativo do interesse dos estudantes em explorar narrativas diversificadas, histórias ou relatos que possuem múltiplas camadas de significado, papéis bem desenvolvidos, tramas entrelaçadas e uma profundidade temática que explora diferentes aspectos da experiência humana, o que pode enriquecer sua empatia e compreensão das diferentes experiências humanas. Ressalte-se que narrativas complexas frequentemente apresentam dilemas morais, conflitos emocionais e questões sociais, políticas ou filosóficas que desafiam o leitor a refletir sobre realidades atravessadas por múltiplos fatores. Essas narrativas não se limitam a uma estrutura linear ou simples; em vez disso, elas incorporam múltiplos pontos de vista, *flashbacks*, subtramas, ou reviravoltas inesperadas que enriquecem a história, tornando-a mais rica e desafiadora (Grossman et al., 2021).

**Gráfico 2** – Tipo de literatura não especializada eleita pelos estudantes nas duas IES



Fonte: Elaboração própria (2024).

Obs.: A frequência absoluta foi obtida a partir do total de casos válidos em cada variável. Os números de participantes que não responderam foram omitidos no gráfico. Foi possibilitado aos respondentes escolher mais de uma opção.

No contexto da formação médica, uma "narrativa complexa" pode oferecer aos estudantes reflexões profundas sobre as singularidades da condição humana, ajudando-os a desenvolver compaixão e uma melhor compreensão das experiências de vida diversas dos

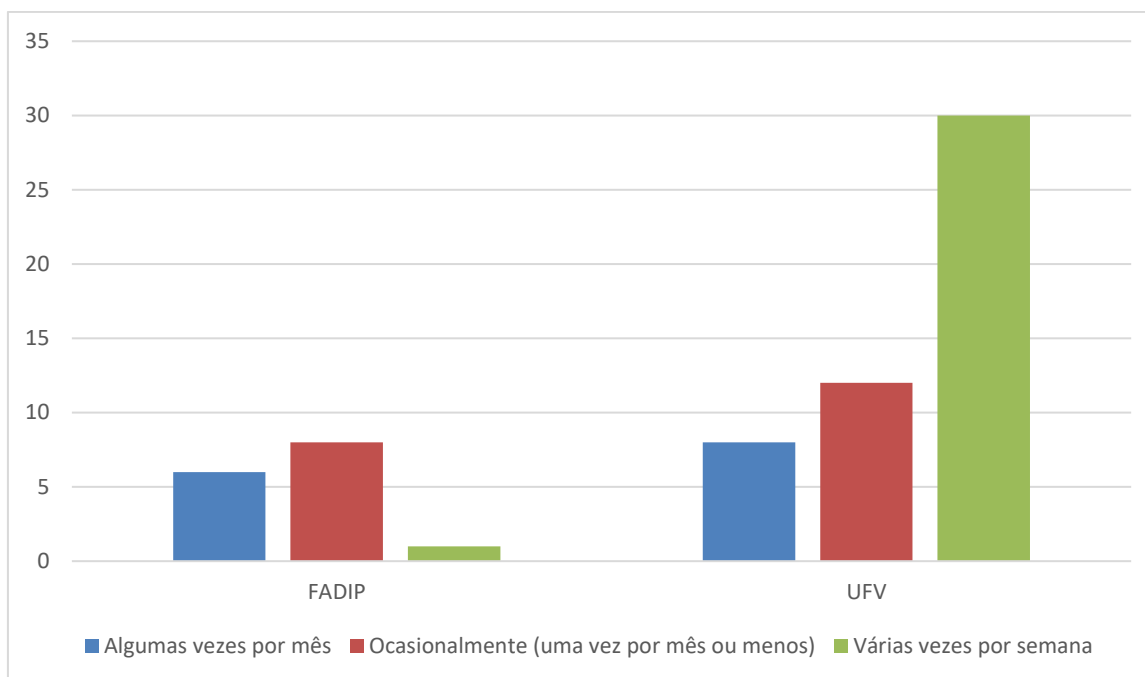
pacientes que encontrarão em sua prática profissional. Esse tipo de literatura oferece uma lente através da qual os estudantes podem examinar questões sociais, emocionais e éticas fundamentais para a prática médica, como as desigualdades sociais e as especificidades das experiências dos pacientes. A escolha por romances também pode indicar a busca dos estudantes por narrativas que desafiem ou expandam suas perspectivas sobre as realidades sociais que encontrarão em sua prática profissional. Nesse sentido, o engajamento com obras literárias variadas pode ajudar a desconstruir preconceitos e estereótipos relacionados a gênero, classe e raça, promovendo uma prática médica mais inclusiva e consciente das diferentes intersecções que afetam a saúde e o bem-estar dos pacientes. Assim, as preferências literárias dos estudantes não são apenas uma questão de gosto pessoal, mas também uma manifestação de como suas identidades estão sendo moldadas e de como podem influenciar sua futura prática médica (Palácio; Gonçalves; Struchiner, 2019).

A segunda opção de escolha de literatura não especializada, na Fadip, foi História (22,73%) e, na UFV, ficção científica (24%). A preferência dos estudantes da Fadip por obras de História sugere um interesse em compreender contextos históricos e culturais, o que pode enriquecer sua percepção das dinâmicas sociais que influenciam a saúde e a prática médica. A leitura de livros de História permite aos estudantes explorar as raízes de sistemas de saúde, políticas públicas e desigualdades sociais, bem como os fatores históricos que determinaram as condições de saúde atuais. Esse tipo de leitura pode ajudar a desenvolver um pensamento crítico mais aguçado e uma consciência histórica que são fundamentais para entender o impacto das estruturas sociais e culturais sobre a saúde e o bem-estar dos pacientes. Por outro lado, a preferência dos estudantes da UFV por ficção científica como a segunda opção mais popular de literatura não especializada indica um interesse em explorar cenários futuros, inovações tecnológicas e questões éticas relacionadas ao avanço da ciência e da Medicina. A ficção científica muitas vezes aborda temas como bioética, inteligência artificial, genética e o impacto da tecnologia na sociedade, oferecendo aos estudantes uma plataforma para refletir sobre os possíveis desenvolvimentos futuros na área da saúde e seus desafios éticos. Esse tipo de leitura pode estimular a criatividade e o pensamento crítico dos estudantes, preparando-os para enfrentar questões emergentes na Medicina moderna e considerar as implicações éticas e sociais de novas tecnologias e descobertas científicas (Nunes; Guimarães, Dadalto, 2022). Além disso, as experiências internacionais e a fluência em línguas estrangeiras dos estudantes, como as viagens ao exterior e o domínio do inglês, desempenham um papel complementar ao expor os alunos a diferentes culturas e sistemas de saúde (Iglesias; Batista, 2010).

Os dados sobre a regularidade da leitura de livros não relacionados à Medicina revelam

diferenças entre os estudantes da Fadip e da UFV, sugerindo distintas formas de engajamento com o capital cultural fora do currículo médico tradicional, como é possível observar no Gráfico 3.

**Gráfico 3** – Regularidade de leitura de livros não relacionados à Medicina nas duas IES



Fonte: Elaboração própria (2024).

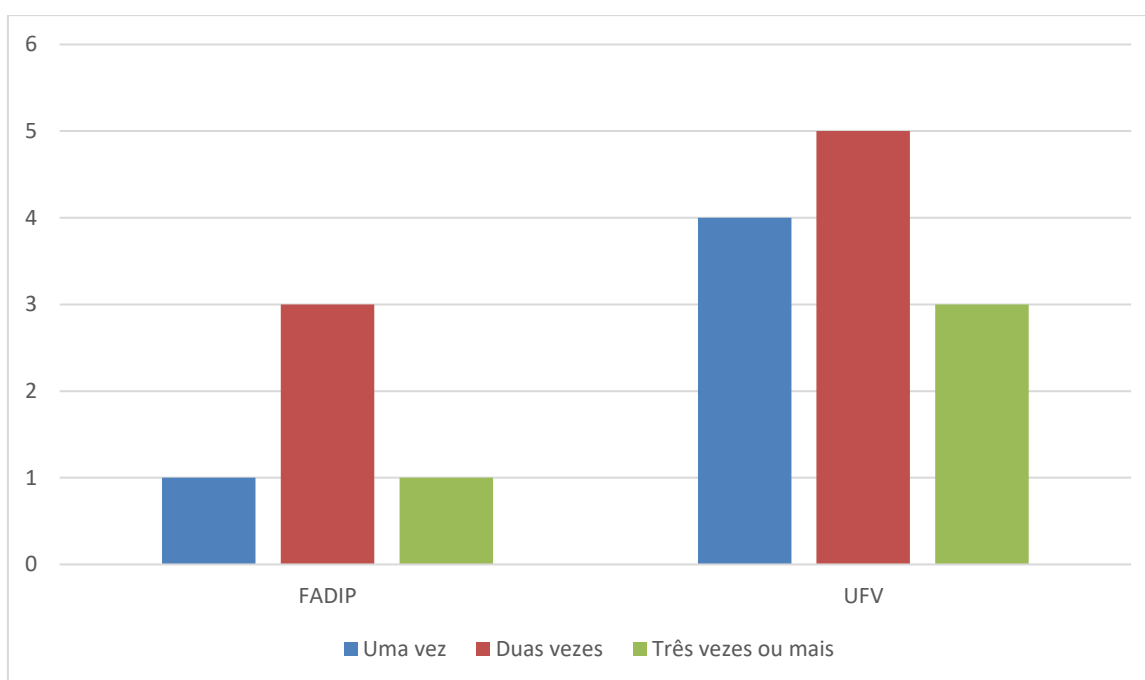
Obs.: A frequência absoluta foi obtida a partir do total de casos válidos em cada variável.

Na Fadip, a maioria dos estudantes (53,33% daqueles que se dedicam à leitura não tecnicista da profissão) lê livros não especializados apenas ocasionalmente, ou seja, uma vez por mês ou menos, enquanto na UFV, a maioria dos estudantes (60% dos entrevistados que recorrem à literatura não médica) relatou que lê várias vezes por semana. Essas diferenças na frequência de leitura indicam variações na valorização e na incorporação de conhecimentos de outras áreas do saber que vão além da formação técnica em Medicina. A leitura ocasional de livros fora da área médica por parte dos estudantes da Fadip pode refletir um foco mais restrito no conteúdo específico da graduação, possivelmente influenciado por uma carga acadêmica intensa ou uma menor valorização de leituras diversificadas como parte da formação médica. Essa prática pode limitar o desenvolvimento de habilidades como pensamento crítico, criatividade e empatia, que são enriquecidas pela exposição a ideias e narrativas variadas. Por outro lado, os estudantes da UFV que leem livros fora da Medicina com maior regularidade (várias vezes por semana) demonstram um maior compromisso com a construção de um capital cultural diversificado. Esse hábito de leitura frequente sugere uma abertura para explorar

diferentes perspectivas, histórias, e conhecimentos, que podem ampliar sua visão do mundo e melhorar a compreensão das complexidades sociais, culturais e éticas que afetam a saúde. Além disso, a leitura constante de literatura não médica pode promover habilidades de pensamento crítico e analítico (Grossman et al., 2021).

Neste estudo investigou-se também sobre viagens realizadas ao exterior. Embora a maioria dos estudantes da Fadip (97,8%) e da UFV (80,95%) nunca tenha visitado ou morado em outro país, aqueles que o fizeram, especialmente nos Estados Unidos, tiveram a oportunidade de ampliar suas perspectivas sobre práticas médicas globais e inovação tecnológica (Gráfico 4).

**Gráfico 4** – Quantidades de vezes que os discentes das duas IES visitaram o exterior



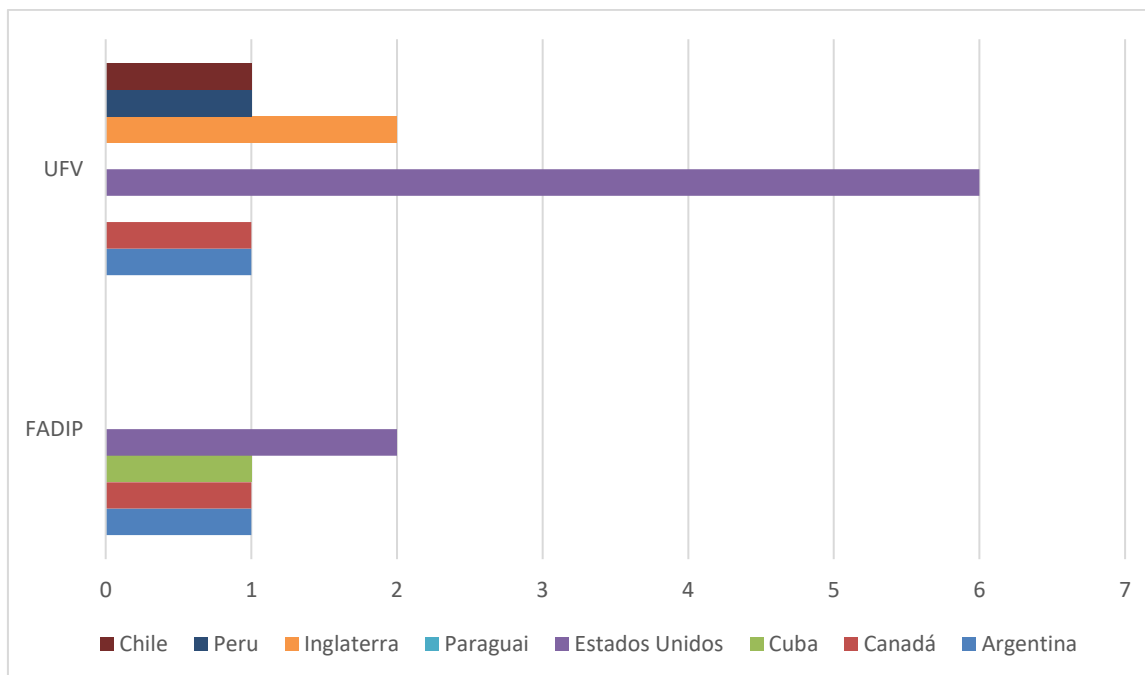
Fonte: Elaboração própria (2024).

Obs.: A frequência absoluta foi obtida a partir do total de casos válidos em cada variável.

A fluência em língua estrangeira, especialmente em inglês, facilita o acesso a uma vasta literatura científica e a debates internacionais sobre bioética e tecnologias emergentes, enriquecendo ainda mais o entendimento dos estudantes sobre os desafios globais na área da saúde. Dessa forma, tanto a leitura de ficção científica, quanto as experiências internacionais e o domínio de outros idiomas contribuem para formar médicos mais bem preparados para lidar com as complexidades e inovações da Medicina contemporânea. A maioria dos participantes da pesquisa, tanto na Fadip, como na UFV, nunca visitou ou morou em outro país. Dos 12,19% de estudantes da Fadip que visitaram o exterior, 66,67% já o fizeram três vezes ou mais. Já dos

19,04% da UFV que estiveram em território internacional, 62% o fizeram uma única vez. Dentre os países mais visitados pelos estudantes respondentes da pesquisa, os Estados Unidos foram o destino mais frequente (Gráfico 5).

**Gráfico 5** – Países onde os estudantes das duas IES já estiveram



Fonte: Elaboração própria (2024).

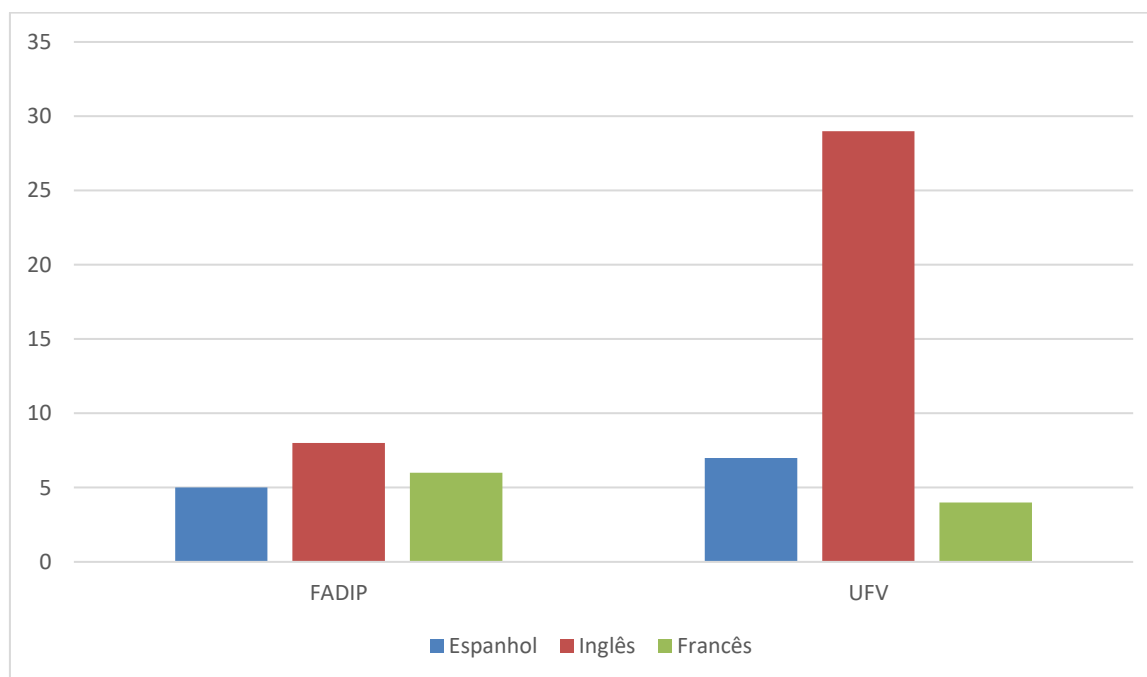
Obs.: A frequência absoluta foi obtida a partir do total de casos válidos em cada variável.

O fato de os Estados Unidos serem o país mais frequentemente visitado pelos estudantes respondentes da pesquisa revela algumas informações importantes relacionadas ao capital cultural, ao acesso a recursos e às aspirações profissionais dos estudantes de Medicina. Essa escolha como destino mais comum pode refletir uma série de fatores, incluindo a percepção de que os Estados Unidos são um centro de excelência acadêmica e médica, oferecendo oportunidades educacionais e profissionais altamente valorizadas em um contexto global. Por outro lado, a predominância do país norte-americano como destino também pode ser interpretada através das lentes do colonialismo e da interseccionalidade de gênero, classe e raça. A preferência por destinos como os Estados Unidos, uma potência global historicamente associada à hegemonia cultural e econômica, pode perpetuar uma forma de colonialidade do saber, em que os conhecimentos e as práticas vindos de países desenvolvidos, especialmente ocidentais, são considerados superiores ou mais desejáveis (Maia; Farias, 2020).

A ideia de que o sucesso na Medicina e em outras áreas do conhecimento está ligado ao alinhamento com padrões ocidentais é reforçada pela percepção de hegemonia estadunidense,

desvalorizando ou marginalizando outras formas de conhecimento e práticas de saúde que emergem de diferentes contextos culturais e geográficos. Ademais, a escolha dos Estados Unidos como destino principal pode ter sido influenciada pelas condições socioeconômicas dos estudantes. Aqueles que têm o capital econômico e cultural para viajar internacionalmente, especialmente para destinos caros como os Estados Unidos, provavelmente pertencem a classes sociais mais altas, o que pode refletir e reforçar desigualdades de classe. Além disso, o acesso a essas oportunidades pode variar com base em fatores raciais e de gênero, uma vez que estudantes de grupos historicamente marginalizados – como mulheres, negros e indígenas – podem enfrentar barreiras adicionais, tanto financeiras quanto sociais, que limitam suas possibilidades de participação em experiências internacionais desse tipo. Esses entraves também podem impactar a aquisição de habilidades importantes, como a fluência em línguas estrangeiras, muitas vezes necessária para aproveitar ao máximo essas experiências. Ademais, a maioria, 53,65% dos estudantes na Fadip relatou não ter fluência em língua estrangeira, sendo que para aqueles que apresentaram resposta positiva ao quesito, 95% falam em língua inglesa (Gráfico 6). Por outro lado, na UFV, 63,49% referiram ter fluência em língua estrangeira, sendo que 93% relataram ser no idioma inglês.

**Gráfico 6** – Idioma estrangeiro de maior fluência entre os estudantes das duas IES



Fonte: Elaboração própria (2024).

Obs.: A frequência absoluta foi obtida a partir do total de casos válidos em cada variável.

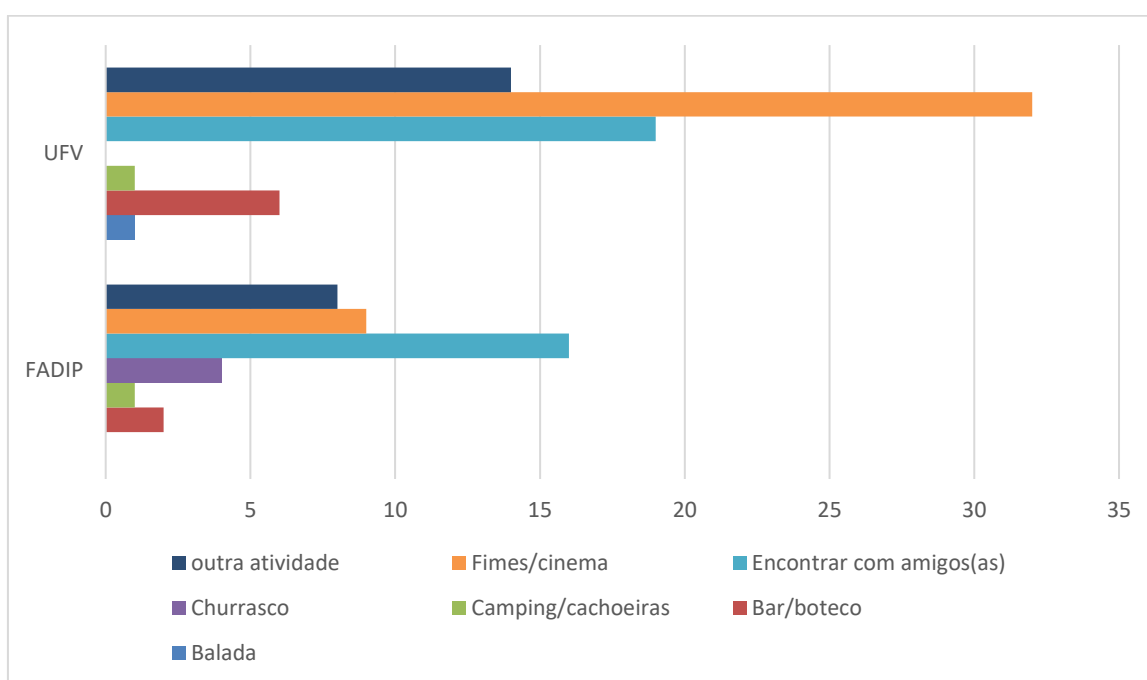
A maior fluência em inglês entre os estudantes da UFV (63,49%) e os da Fadip (46,35%)

pode ser vista como um reflexo da colonialidade do saber. A colonialidade privilegia o inglês como a língua dominante da ciência e da medicina global. Esse fenômeno perpetua uma hierarquia de saberes pela qual o acesso à literatura científica, conferências internacionais e redes de conhecimento está frequentemente atrelado ao domínio do inglês. Essa fluência em inglês pode conferir aos estudantes um maior capital cultural e social, facilitando o acesso a oportunidades acadêmicas e profissionais de prestígio, como intercâmbios, publicações em revistas internacionais e colaborações globais. Além disso, a disparidade na fluência em línguas estrangeiras também pode ser analisada pela interseccionalidade de raça, classe social e gênero. Estudantes de classes sociais mais baixas, que historicamente têm menos acesso a recursos educacionais de qualidade, incluindo o ensino de línguas estrangeiras, são menos propensos a ter fluência em inglês. Além disso, estudantes de grupos racialmente marginalizados, como negros e indígenas, podem enfrentar barreiras adicionais, como discriminação racial e menos oportunidades de participar em programas educacionais de alta qualidade, que frequentemente oferecem instrução em línguas estrangeiras. A falta de fluência em inglês pode limitar ainda mais suas oportunidades de acesso a materiais acadêmicos, redes profissionais e oportunidades de mobilidade acadêmica e profissional, perpetuando ciclos de desigualdade (Rodrigues; Albuquerque; Miller, 2019).

Quanto aos hábitos de lazer, o presente estudo identificou que, na Fadip, 40% dos respondentes informaram que preferem “encontrar com amigos/as”, enquanto 22,50% optaram por “filmes/cinema” (Gráfico 7). Esse padrão de lazer sugere uma valorização maior do capital social – redes de relacionamento e apoio mútuo – que pode ser um reflexo da necessidade de suporte e coesão em um ambiente potencialmente mais competitivo ou menos privilegiado. O lazer focado em encontros sociais pode indicar que esses estudantes valorizam experiências de compartilhamento e apoio interpessoal, que também são relevantes para a construção de uma identidade profissional colaborativa e empática, características importantes para futuros médicos que atuarão em contextos de cuidado direto ao paciente. Na UFV, 50,79% indicaram preferência por “filmes/cinema” e 30,15% relataram ter o costume de “encontrar com amigos/as”. Esse dado pode sugerir uma orientação cultural diferente, em que o lazer intelectualizado ou individualista, como o consumo de cinema, é mais valorizado. Tal comportamento pode estar relacionado a um capital cultural mais elevado, em que o consumo de produtos culturais (como filmes e cinema) é uma forma de distinguir-se socialmente e adquirir repertório intelectual, potencialmente reforçando uma identidade profissional que valoriza o conhecimento e o prestígio cultural. As diferenças nos hábitos de lazer entre os estudantes das duas instituições podem também refletir a influência de seus contextos

socioeconômicos e culturais sobre suas preferências e comportamentos. Estudantes que têm maior acesso a bens culturais e experiências educacionais diversificadas podem desenvolver uma identidade médica que é mais alinhada com práticas e discursos de *status* elevado dentro do campo da Medicina. Por outro lado, aqueles que dependem mais das interações sociais podem estar construindo uma identidade mais comunitária e relacional, possivelmente influenciada por suas experiências de socialização primária em ambientes que valorizam o coletivo e a solidariedade.

**Gráfico 7** – Principal atividade de lazer apontada pelos estudantes nas duas IES



Fonte: Elaboração própria (2024).

Obs.: A frequência absoluta foi obtida a partir do total de casos válidos em cada variável.

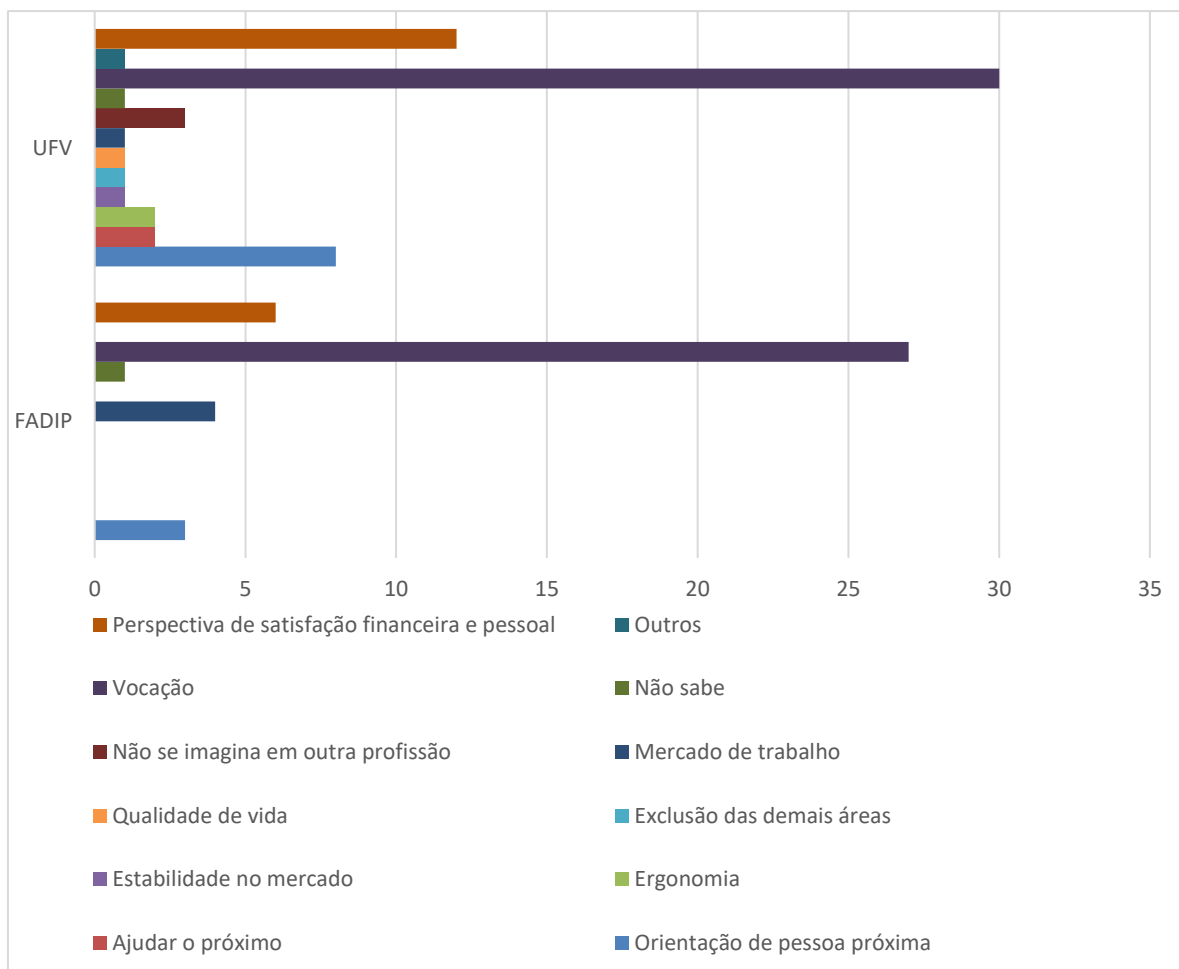
Outros fatores que também contribuem para a construção da identidade médica são as motivações e os interesses que levam à escolha da carreira em Medicina, como o desejo de realizar o curso de graduação, a importância atribuída a certas disciplinas, o interesse em determinadas especializações e a perspectiva de inserção no mercado de trabalho. A identidade dos graduandos de Medicina é conduzida pela interseccionalidade de gênero, classe e raça, que influencia suas experiências desde a socialização primária. Esses fatores, junto com seu capital simbólico (Bourdieu, 2007), afetam tanto o acesso a oportunidades educacionais quanto as motivações para escolher a carreira médica, a valorização de disciplinas, o interesse por especializações e as perspectivas profissionais, todos influenciados pelas dinâmicas estruturais e pelo legado do colonialismo. Além disso, as hierarquias estabelecidas pela interseccionalidade

e pelos capitais culturais e simbólicos determinam quais conhecimentos e práticas são considerados mais prestigiados ou legítimos dentro do campo médico. Isso pode limitar a capacidade dos graduandos de desenvolver uma identidade profissional inclusiva e consciente das diversas realidades culturais e sociais que afetam a saúde global. Ao mesmo tempo, essas hierarquias podem orientar os graduandos a escolherem especializações de maior *status* ou a buscarem inserções profissionais que reforcem, em vez de desafiar, as estruturas de poder existentes. Portanto, a formação médica não é apenas um processo de aquisição de conhecimento técnico, mas também uma construção identitária imbricada em contextos sociais, culturais e históricos diversos em características e complexidades.

#### **4.5 Valores e apirações dos estudantes das duas IES**

Os estudantes foram questionados sobre as motivações que os levaram à escolha pela Medicina. Tanto na Fadip, como na UFV, a resposta da maioria dos entrevistados foi “vocaçào”, seguido de “perspectiva de satisfação financeira e social” (Gráfico 8). A predominância da “vocaçào” como motivação sugere que muitos estudantes de Medicina veem a profissão não apenas como um caminho para alcançar *status* econômico e social, mas também como uma chamada interna, algo que se sentem convocados a fazer. Essa percepção de vocaçào pode estar ligada a um *habitus* que valoriza o cuidado, a empatia e o compromisso com o bem-estar do outro, características frequentemente associadas à prática médica idealizada. Esse *habitus* é moldado por processos de socialização primária (família e educação inicial) e secundária (educação formal em Medicina) (Bourdieu, 2007), os quais reforçam a ideia de que ser médico é mais do que uma ocupação – é uma missão de vida. Além disso, a ênfase na vocaçào pode refletir um desejo de cumprir um papel socialmente valorizado, associado ao prestígio, respeito e reconhecimento público. Isso está relacionado ao conceito de capital simbólico de Bourdieu (2012), uma vez que a Medicina, como profissão, carrega um valor simbólico elevado dentro da sociedade. A crença na vocaçào pode, portanto, estar também conectada ao desejo de adquirir esse capital simbólico, uma vez que médicos são frequentemente vistos como figuras de autoridade moral e conhecimento especializado. Esse tipo de motivação é frequentemente ligado a uma visão idealizada da Medicina, em que o papel do médico é essencialmente o de um cuidador, alguém que utiliza seu conhecimento e habilidades para promover a saúde e salvar vidas.

**Gráfico 8** – Principal razão apontada pelos discentes para a escolha de Medicina



Fonte: Elaboração própria (2024).

Obs.: A frequência absoluta foi obtida a partir do total de casos válidos em cada variável.

A segunda motivação mais citada, "perspectiva de satisfação financeira e social", indica que os estudantes também são atraídos para a Medicina devido ao seu potencial de proporcionar segurança econômica e *status* social. Essa motivação pode estar fortemente vinculada ao capital econômico e social que a carreira médica tradicionalmente proporciona. A Medicina é vista como uma das profissões mais lucrativas e de maior prestígio, oferecendo, além de uma boa remuneração, a possibilidade de ascensão social, especialmente para estudantes de origem menos privilegiada. Esse dado pode também revelar uma interação entre as diferentes formas de capital (cultural, econômico e social) e a formação da identidade médica. Para alguns estudantes, a escolha da Medicina pode ser uma estratégia consciente de mobilidade social ascendente, aproveitando o prestígio e a remuneração da profissão para melhorar suas condições de vida e *status* social. Embora as respostas sejam semelhantes nas duas instituições, Fadip e UFV, pode haver diferenças contextuais que influenciam essas motivações. Por exemplo, estudantes de uma instituição privada como a Fadip podem estar mais inclinados a

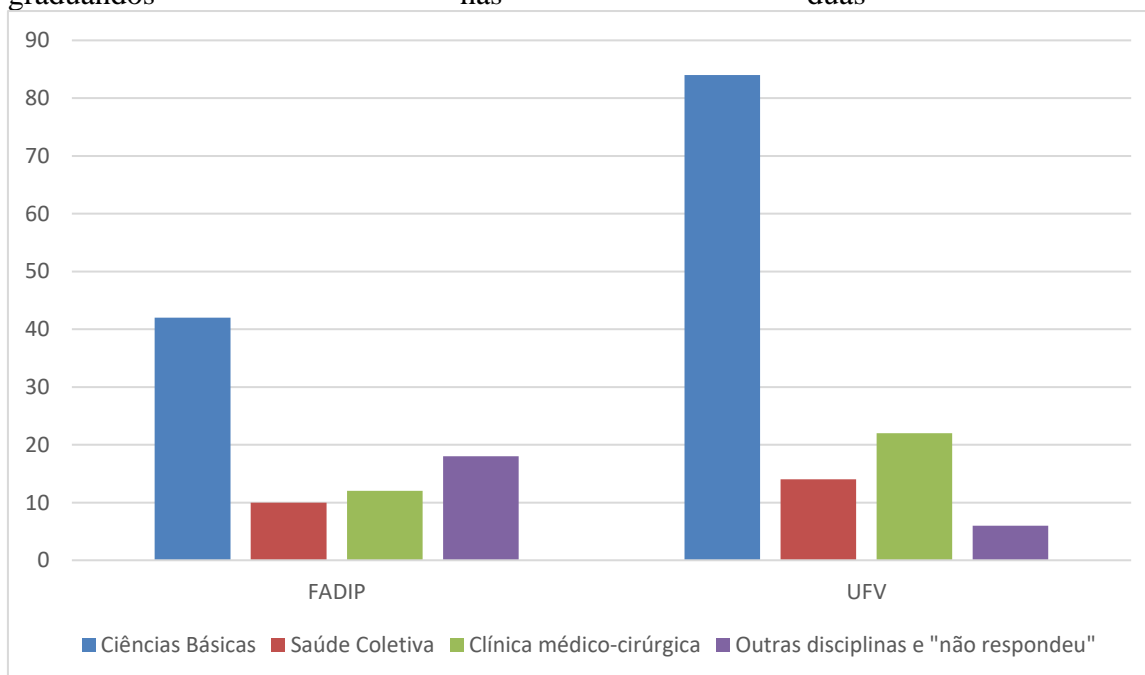
mencionar a "satisfação financeira" devido ao alto custo do curso e à necessidade de justificar o investimento em termos de retorno financeiro. Em contraste, estudantes de uma universidade pública como a UFV podem ser mais influenciados por ideais de serviço público e vocação, devido ao ambiente acadêmico e ao *ethos* das universidades públicas, que muitas vezes enfatizam o compromisso social e o atendimento ao coletivo. Os estudantes que escolhem a Medicina por vocação podem desenvolver uma identidade profissional centrada no cuidado, na empatia e no serviço à comunidade, enquanto aqueles motivados por perspectivas financeiras podem se inclinar para especializações mais lucrativas e de maior *status*, potencialmente reproduzindo hierarquias dentro do campo médico. A combinação dessas motivações aponta para uma identidade médica na qual tanto o altruísmo quanto as considerações práticas coexistem e influenciam as trajetórias profissionais dos estudantes. Dessa forma, observa-se a intersecção de aspirações pessoais, influências culturais e estruturas sociais, destacando como a escolha pela Medicina é simultaneamente um reflexo de valores internos e de dinâmicas sociais externas que constroem no imaginário discente a concepção sobre o que é Medicina.

As disciplinas cursadas também refletem esses entendimentos distintos do que é ser médico e o que é importante aprender durante a formação. Por isso, foi solicitado aos discentes que indicassem as duas disciplinas mais importantes para a formação médica. Ao considerar quais as duas disciplinas são mais importantes, também se deve refletir sobre o que isso implica para a percepção pública e interna da Medicina. As disciplinas escolhidas como as mais importantes podem destacar certos valores ou prioridades dentro da prática médica, como a valorização de uma abordagem abrangente e integrativa para o tratamento ou o valor de habilidades técnicas e procedimentos intervencionistas. Explicou-se aos acadêmicos respondentes do questionário, ainda, que, por outro lado, a "disciplina mais importante da Medicina" sugere uma avaliação baseada na necessidade ou impacto que uma disciplina específica tem sobre a saúde e o bem-estar dos pacientes e da sociedade como um todo. A importância de uma disciplina pode ser avaliada pelo alcance, impacto na saúde, capacidade de salvar vidas ou prevenir doenças, e também por fatores contextuais, como a prevalência de certas doenças, prioridades de saúde pública locais e necessidades emergentes de novas pandemias (Marques; Escarce; Lemos, 2018). Para a análise das respostas obtidas deve-se considerar a interseccionalidade de gênero, raça e classe social, bem como o conceito de colonialidade. A importância atribuída a certas disciplinas pode ser influenciada por estruturas de poder e pela tradição da Medicina ocidental, que privilegia a clínica médico-cirúrgica, marginalizando práticas de cura e cuidados preventivos comuns em outras culturas (Queiroz; Canesqui, 1986).

Na Fadip, "Anatomia" foi considerada a disciplina mais importante, seguida por "Clínica Médica", o que leva ao entendimento da percepção de que as ciências básicas são mais valorizadas na Medicina (Gráfico 9). Na UFV, "Anatomia" e "Habilidades Médicas e Semiologia" foram destacadas, refletindo a importância das ciências básicas e da clínica médico-cirúrgica. A ênfase em "Anatomia" em ambas as instituições demonstra a valorização do conhecimento fundamental do corpo humano, essencial na prática médica e alinhado ao modelo científico e técnico da Medicina. O foco em "Clínica Médica" na Fadip indica uma preferência pela formação generalista, preparando os estudantes para um amplo espectro de desafios clínicos e enfatizando o raciocínio diagnóstico e o cuidado integral.

Na UFV, a escolha de "Habilidades Médicas e Semiologia" como a segunda disciplina mais importante indica uma ênfase maior no desenvolvimento de habilidades práticas e de comunicação com o paciente. A semiologia é fundamental para o diagnóstico clínico, requerendo uma combinação de conhecimento técnico e habilidades interpessoais. Essa escolha pode refletir uma visão mais holística e humanizada da Medicina, em que a interação com o paciente e a capacidade de ouvir e interpretar sinais clínicos são altamente valorizadas (Santos et al., 2003).

**Gráfico 9** - Disciplinas mais importantes para a formação de um médico indicadas pelos graduandos nas duas IES



Fonte: Elaboração própria (2024).

Obs.: A frequência absoluta foi obtida a partir do total de casos válidos em cada variável. Foi solicitado aos respondentes escolherem duas opções.

De acordo com os Projetos Pedagógicos de Curso (PPC) das duas IES, foi possível

separar as disciplinas mencionadas pelos graduandos, após ler as ementas, em quatro categorias: (i) saúde coletiva; (ii) ciências básicas; (iii) clínica médico-cirúrgica; (iv) outras disciplinas e “não respondeu”. Foram considerados exatamente os termos utilizados pelos discentes para citar as disciplinas.

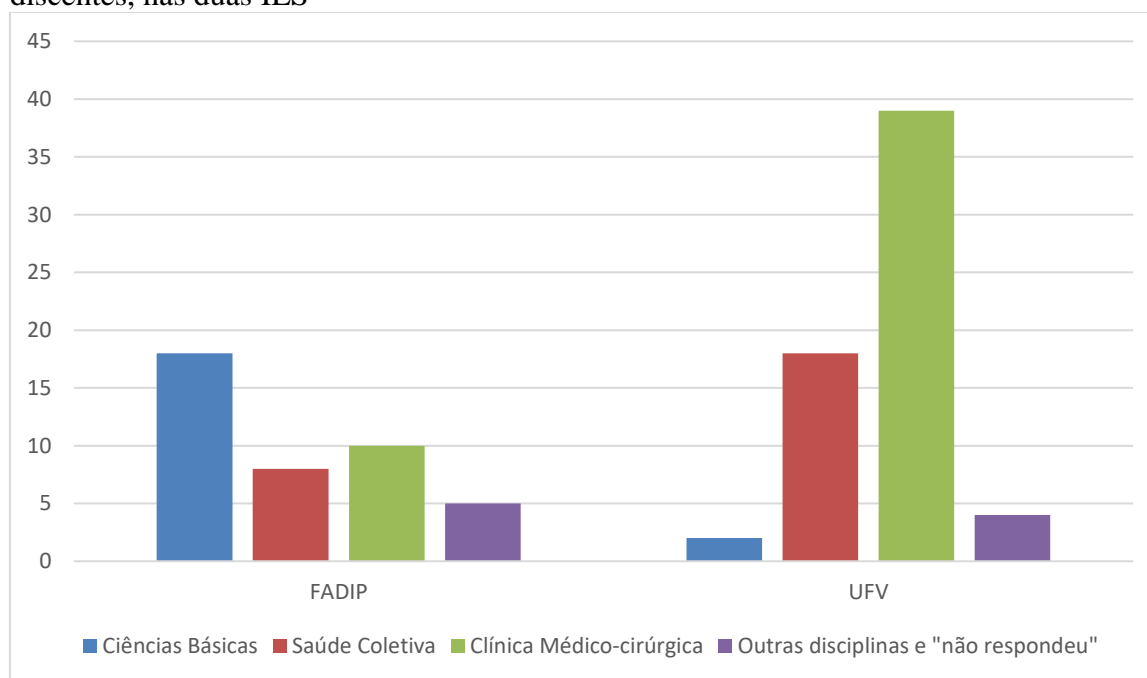
- Saúde coletiva: Princípios do SUS; Bioética; Fundamentos históricos, ético-políticos e sociais da medicina I; Atenção integral, educação e gestão em saúde I; Prática profissional do trabalho em saúde I; Atenção integral, educação e gestão em saúde II; Medicina de Família e comunidade I; Medicina de Família e comunidade II; Habilidades de comunicação; Habilidades de comunicação e formação da relação médico-paciente; Territorialização e princípios do SUS; Ética médica; Estágio curricular obrigatório em saúde mental;
- Ciências Básicas: Anatomia; Fundamentos morfofuncionais do processo saúde doença I; Fundamentos morfofuncionais do processo saúde doença II; Bioquímica; Fundamentos morfofuncionais do processo saúde doença III; Interação patógeno hospedeiro humano I;
- Clínica médico-cirúrgica: Semiologia; Medicina clínica I; Medicina clínica II; Medicina de urgência, emergência e terapia intensiva II; Cardiologia; Neurologia; Exame físico; Intubação oro-traqueal; Urgência e emergência; Abordagem cirúrgica; Técnica cirúrgica; Pré-natal; Medicina da criança e do adolescente IV; Medicina cirúrgica IV; Medicina cirúrgica III; Medicina clínica IV;
- Outras disciplinas e Não Respondeu: Incluiremos aqui disciplinas que não se encaixam claramente nas categoriais anteriores, como Farmacologia e terapêutica I, e as respostas “Não respondeu”.

Para analisar a formação da identidade dos discentes de Medicina, é importante considerar também a influência dos docentes no desenvolvimento de suas trajetórias acadêmicas e escolhas de carreira. A identidade profissional dos estudantes de Medicina é estruturada por uma variedade de fatores, incluindo experiências acadêmicas, interações com pacientes, e, fundamentalmente, a orientação e os modelos de comportamento proporcionados pelos docentes ao longo do curso. Verificar se há docentes que influenciam os estudantes em suas carreiras médicas é relevante por vários motivos. Docentes transmitem conhecimentos técnicos e científicos essenciais e incorporam valores, atitudes e comportamentos que são

fundamentais para a prática médica. Através de suas interações cotidianas com os estudantes, os mestres influenciam suas perspectivas sobre a Medicina, contribuem para suas habilidades clínicas e comunicativas e orientam suas escolhas de especialidades e futuras carreiras. Professores que demonstram uma abordagem humanista e ética na prática médica podem inspirar os estudantes a adotarem um modelo semelhante em sua própria prática, enquanto aqueles que enfatizam a pesquisa ou áreas específicas de especialização podem direcionar os interesses dos alunos para essas áreas (Fernandes; Taquette; Souza, 2023).

A pesquisa empírica realizada nesta tese de doutoramento obteve que os docentes que mais inspiram os estudantes ministram as disciplinas das seguintes categorias: (i) na Fadip – ciências básicas e clínica médico-cirúrgica; (ii) na UFV – clínica médico-cirúrgica e saúde coletiva (Gráfico 10).

**Gráfico 10** – Categorias de disciplinas ministradas pelos docentes que mais inspiram os discentes, nas duas IES



Fonte: Elaboração própria (2024).

Obs.: A frequência absoluta foi obtida a partir do total de casos válidos em cada variável.

Na Fadip, a influência significativa dos docentes que ministram disciplinas de ciências básicas (como Anatomia, Fisiologia, Bioquímica) sugere que os estudantes valorizam o conhecimento fundamental que forma a base da prática médica. Esse conhecimento é importante para o desenvolvimento de uma compreensão sólida dos processos biológicos e fisiológicos que sustentam a saúde e a doença. A influência desses docentes pode ser atribuída à relevância desses fundamentos no início da formação médica, quando os estudantes estão

desenvolvendo habilidades críticas de análise e compreensão essenciais ao longo de suas carreiras. Além disso, os docentes dessas disciplinas são frequentemente responsáveis por introduzir os estudantes aos rigores da formação médica, estabelecendo padrões de pensamento crítico e rigor científico.

A influência dos docentes de clínica médico-cirúrgica na Fadip, por sua vez, reflete a valorização de habilidades práticas e aplicadas que são centrais para a prática médica. Os docentes dessa categoria geralmente possuem experiência clínica significativa e sua capacidade de compartilhar conhecimentos práticos e experiências do mundo real pode inspirar os estudantes e influenciar suas aspirações de carreira. A combinação de influências de ciências básicas e clínica médico-cirúrgica sugere que os estudantes da Fadip valorizam tanto a solidez do conhecimento teórico quanto as habilidades práticas aplicadas, apontando para uma abordagem equilibrada na formação médica.

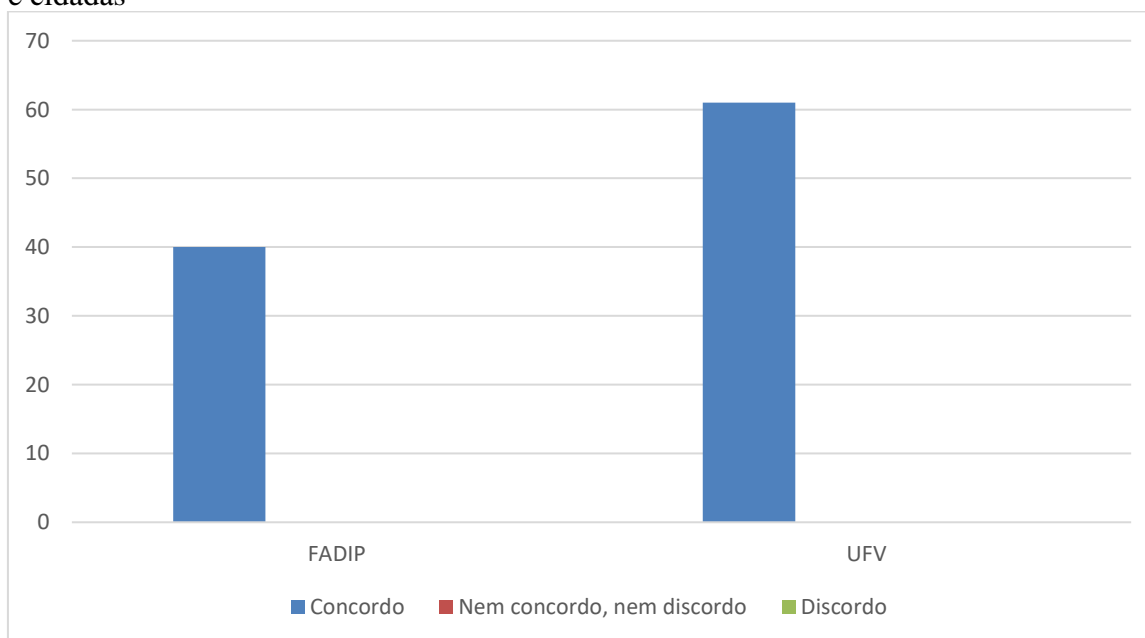
Na UFV, a forte influência dos docentes de clínica médico-cirúrgica destaca novamente a importância das habilidades clínicas práticas no desenvolvimento da identidade médica dos estudantes. No entanto, a presença marcante de saúde coletiva como uma das categorias mais influentes na UFV aponta para uma ênfase diferente na formação desses estudantes. A saúde coletiva aborda questões de saúde em uma escala populacional, considerando fatores como determinantes sociais da saúde, epidemiologia, políticas públicas e promoção da saúde. A influência dos docentes nessa área sugere que os estudantes da UFV estão expostos a uma visão mais holística e socialmente consciente da Medicina, que vai além do tratamento individual e aborda as condições sociais e ambientais que afetam a saúde das populações. Essa abordagem também pode ser interpretada através da lente da interseccionalidade e da colonialidade. A ênfase na saúde coletiva, representada pela escolha dos discentes, sugere que a cultura institucional de UFV desafia a colonialidade do saber que historicamente privilegia uma visão biomédica ocidental da Medicina em detrimento de abordagens mais integrativas e holísticas. Ao mesmo tempo, promove uma prática médica que é sensível às diversas experiências sociais e culturais, particularmente em um contexto em que as desigualdades de saúde são exacerbadas por fatores de raça, classe social e gênero.

A cultura institucional de ensino das escolas de Medicina possibilitam a conformação do *ethos* dos discentes e o posicionamento destes quanto aos valores e à compreensão do exercício da Medicina. Dessa forma, investigou-se, junto aos acadêmicos, a demanda de assinalar a opção ‘Concordo’, ‘Nem concordo, nem discordo’ ou a opção ‘Discordo’ para as afirmações: i) “O acesso aos serviços médicos de cuidados da saúde deve ser um dever do Estado e um direito de todos(as) cidadãos e cidadãs” (Gráfico 11); ii) “A medicina da família é

uma área da saúde que tem um papel fundamental na construção de uma sociedade saudável e com elevada qualidade de vida” (Gráfico 12); iii) “O Programa Mais Médicos (PMM) é parte de um amplo esforço do Governo Federal, com apoio de estados e municípios, para a melhoria do atendimento aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS)” (Gráfico 13); iv) “O aumento do tamanho do mercado de planos de saúde não vai gerar a ‘desoneração’ do SUS” (Gráfico 14); v) “Paciente não é cliente” (Gráfico 15).

Os dados de pesquisa que mostram a concordância de todos os estudantes de Medicina, tanto na Fadip quanto na UFV, com a afirmação da Constituição Federal de 1988 de que "O acesso aos serviços médicos de cuidados da saúde deve ser um dever do Estado e um direito de todos(as) cidadãos e cidadãs" refletem aspectos importantes sobre a identidade médica e a cultura institucional de ensino dessas instituições. A concordância unânime dos estudantes com a afirmação constitucional demonstra um forte compromisso com justiça social e equidade na saúde, indicando que os futuros médicos valorizam o acesso universal à saúde e enxergam o papel médico como defensor dos direitos de saúde para todos.

**Gráfico 11** – Opinião dos estudantes, nas duas IES, sobre a afirmação: O acesso aos serviços médicos de cuidados da saúde deve ser um dever do Estado e um direito de todos(as) cidadãos e cidadãs



Fonte: Elaboração própria (2024).

Obs.: A frequência absoluta foi obtida a partir do total de casos válidos em cada variável. Os casos omissos não foram inseridos no gráfico.

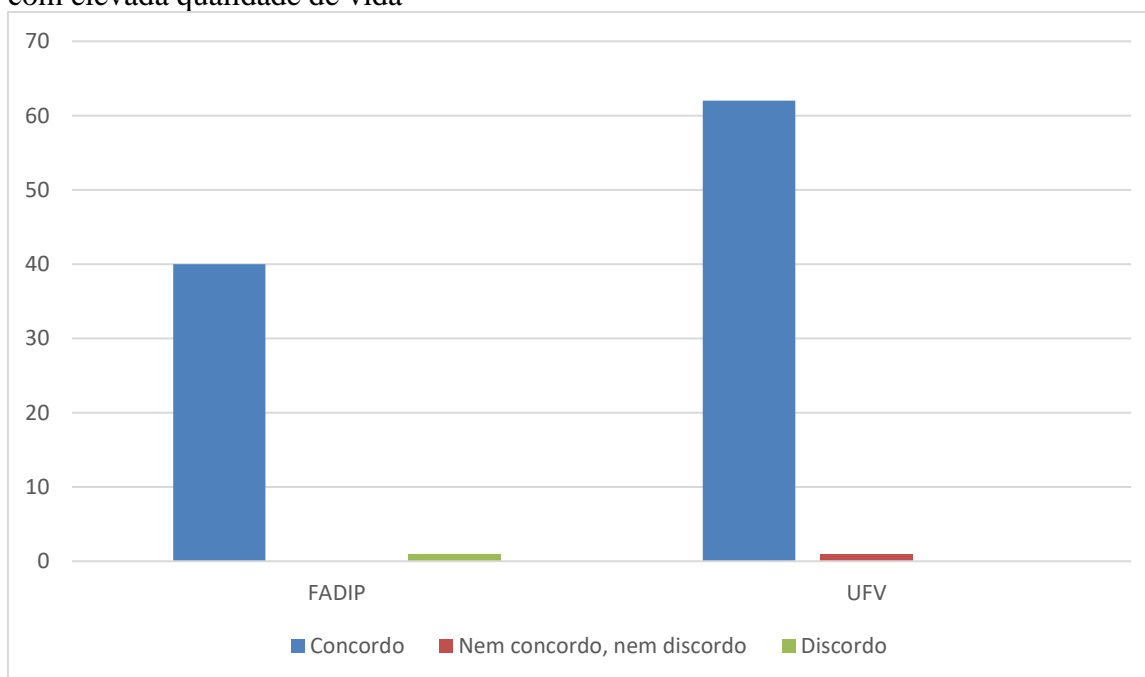
Dado que tanto a Fadip, quanto a UFV seguem as DCN, seus currículos são estruturados para incluir além das disciplinas voltadas para o conhecimento técnico-científico, as de saúde

coletiva, políticas de saúde e direitos humanos. Essa estrutura curricular, que é comum a ambas as instituições, pode explicar por que todos os estudantes concordam com a afirmação sobre o direito ao acesso universal à saúde e o dever do Estado. A cultura institucional de ensino dessas IES, alinhada com as DCN (Brasil, 2014), promove uma formação que é consciente do contexto social e político da saúde no Brasil, além de preparar os estudantes para reconhecerem e valorizarem o papel do Estado na garantia desse direito. Ressalte-se que as DCN (Brasil, 2014) para os cursos de Medicina no Brasil enfatizam a necessidade de formar médicos que sejam competentes para atuar no sistema de saúde brasileiro, com uma ênfase particular no SUS – um sistema de saúde público e universal. Essas diretrizes promovem uma abordagem educacional que integra as dimensões técnico-científica, ética, humanista e social da prática médica, incentivando os estudantes a compreender a saúde como um direito fundamental de todos os cidadãos e um dever do Estado. Esta orientação curricular reforça a importância de os futuros médicos adotarem uma visão que considere não apenas o cuidado individual ao paciente, mas também os determinantes sociais da saúde e as políticas públicas que garantem o acesso equitativo aos serviços de saúde (Franco; Cubas; Franco, 2014).

A pesquisa identificou também que a maioria dos estudantes de Medicina tanto da Fadip quanto da UFV concorda com a afirmação de que "a Medicina da família é uma área da saúde que tem um papel fundamental na construção de uma sociedade saudável e com elevada qualidade de vida", indicando uma aceitação generalizada da importância dessa especialidade na formação médica. No entanto, a presença de um estudante da UFV que respondeu "nem concorda, nem discorda" e outro estudante da Fadip que "discorda" dessa afirmação revela importantes pistas sobre as percepções individuais e a formação da identidade médica entre os estudantes. A concordância majoritária dos estudantes de ambas as IES reflete um reconhecimento da Medicina da família como uma especialidade central para a promoção da saúde e o cuidado integral, que se alinha com os princípios das DCN (Brasil, 2014). A Medicina da família enfatiza uma abordagem holística e contínua do cuidado ao paciente, abordando tanto os aspectos preventivos quanto os curativos e considerando o contexto social, familiar e comunitário em que o paciente vive. Essa perspectiva é fundamental para a construção de uma sociedade saudável e com elevada qualidade de vida, pois permite uma intervenção mais próxima e personalizada do cuidado, que é particularmente eficaz na gestão de condições crônicas, na promoção da saúde e na prevenção de doenças. Porém, o fato de um estudante da UFV ter respondido "nem concorda, nem discorda" e outro estudante da Fadip ter assinalado "discorda" da afirmação sobre o papel da Medicina de Família e Comunidade (MFC) sugere que ainda há percepções divergentes sobre a importância dessa especialidade. Essas

divergências podem decorrer de vários fatores, incluindo experiências pessoais, influências dos docentes, currículos institucionais e preconceitos culturais ou institucionais sobre quais especialidades são mais valorizadas na Medicina. O estudante da UFV que respondeu "nem concorda, nem discorda" pode refletir uma incerteza ou falta de clareza sobre o papel da MFC. Isso pode ser resultado de uma menor exposição ou valorização da MFC no currículo ou de uma orientação mais forte para outras especialidades clínicas que são tradicionalmente vistas como mais prestigiadas ou tecnicamente desafiadoras, como as especialidades cirúrgicas ou clínicas de alta complexidade. Já o estudante da Fadip que respondeu "discorda" pode estar refletindo uma perspectiva ainda mais crítica ou cética sobre o papel da MFC, frequentemente percebida como menos prestigiada ou lucrativa. Além disso, esse ceticismo pode ser resultado da percepção de que a MFC lida com aspectos da prática médica que são menos atraentes ou que oferecem menos oportunidades de avanços tecnológicos e especialização técnica.

**Gráfico 12** - Resposta dos discentes, nas duas IES, sobre a afirmação: A medicina da família é uma área da saúde que tem um papel fundamental na construção de uma sociedade saudável e com elevada qualidade de vida



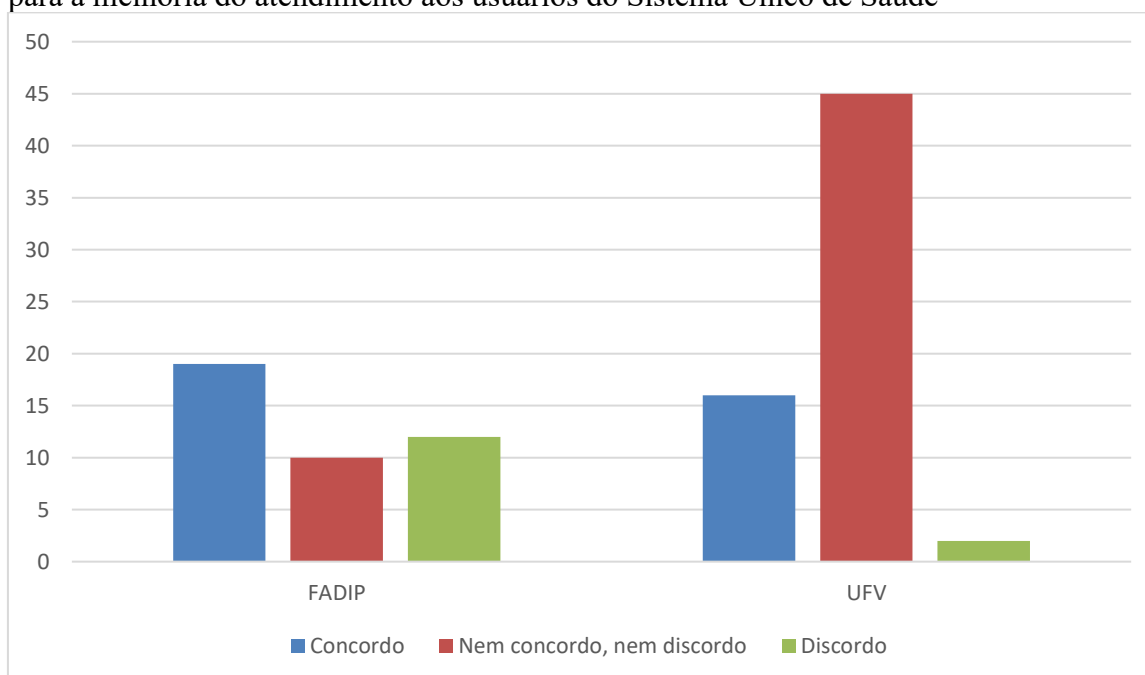
Fonte: Elaboração própria (2024).

Obs.: A frequência absoluta foi obtida a partir do total de casos válidos em cada variável.

Em relação à afirmativa “O Programa Mais Médicos (PMM) é parte de um amplo esforço do Governo Federal, com apoio de estados e municípios, para a melhoria do atendimento aos usuários do Sistema Único de Saúde”, pode-se observar diferenças significativas nas percepções dos estudantes de cada instituição. Na Fadip, há uma quantidade

notável de estudantes que concorda com essa afirmativa, como indicado pela barra azul (Gráfico 13). Isso sugere que muitos estudantes veem o Programa como uma iniciativa positiva que visa melhorar o atendimento no SUS. Um número moderado de estudantes optou pela neutralidade, como mostrado pela barra vermelha. Essa posição pode refletir uma falta de conhecimento sobre o Programa ou uma visão crítica que não se alinha completamente com os termos da afirmativa. Há também um grupo considerável de estudantes que discorda da afirmação, como indicado pela barra verde. Essa discordância pode surgir de percepções negativas sobre a implementação ou a eficácia do PMM, talvez devido a críticas ou experiências negativas associadas ao Programa.

**Gráfico 13** – Parecer dos graduandos, nas duas IES, à afirmativa “O Programa Mais Médicos (PMM) é parte de um amplo esforço do Governo Federal, com apoio de estados e municípios, para a melhoria do atendimento aos usuários do Sistema Único de Saúde”



Fonte: Elaboração própria (2024).

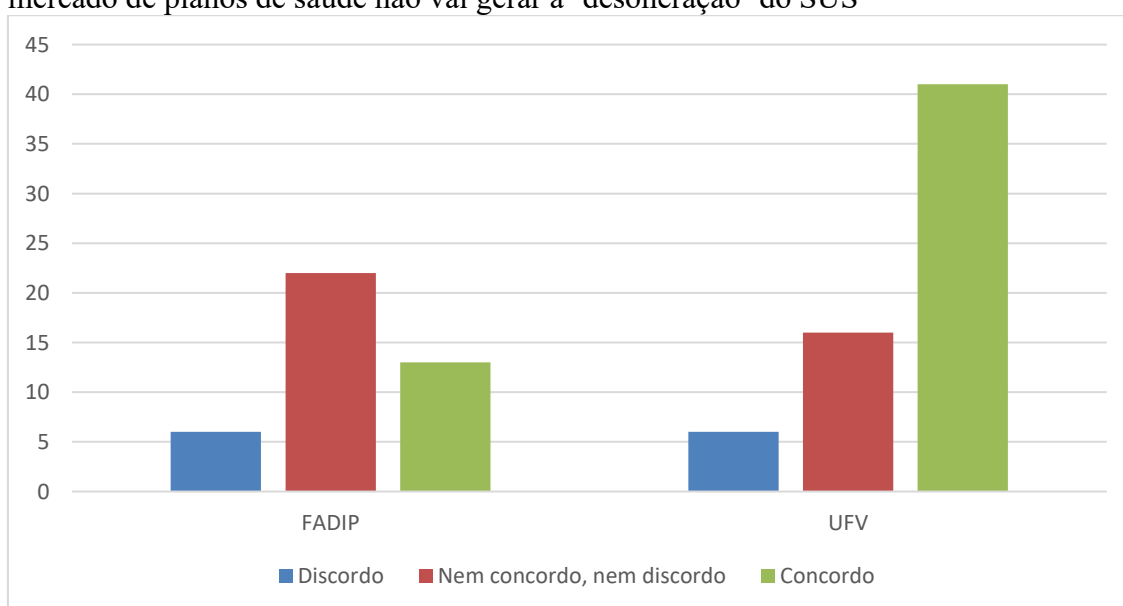
Obs.: A frequência absoluta foi obtida a partir do total de casos válidos em cada variável.

Na UFV, relativamente poucos estudantes concordam com a afirmativa, como mostrado pela barra azul. Isso sugere uma menor aceitação ou reconhecimento da eficácia do PMM entre esses alunos. A barra vermelha é significativamente alta, indicando que a maioria dos estudantes da UFV adotou uma posição neutra em relação ao Programa. Isso pode sugerir incerteza, falta de informações claras ou uma percepção de que os benefícios do PMM não são tão evidentes ou universalmente aceitos. A barra verde é bastante baixa, indicando que muito poucos estudantes discordam completamente da afirmação. Isso sugere que, embora muitos não

estejam convencidos da eficácia do PMM, poucos rejeitam completamente o Programa. Os resultados mostram uma diferença na percepção do PMM entre as instituições: na Fadip, há uma divisão equilibrada entre concordância, discordância e neutralidade, indicando um debate mais polarizado. Na UFV, a maioria das respostas é neutra, sugerindo que os estudantes ainda formam suas opiniões ou não têm informações suficientes, refletindo um debate menos intenso sobre o PMM no ambiente acadêmico.

Analisando os dados apresentados no Gráfico 14 sobre as respostas dos acadêmicos da Fadip e UFV em relação à afirmação “O aumento do tamanho do mercado de planos de saúde não vai gerar a ‘desoneração’ do SUS”, pode-se observar um baixo número de respostas, indicando que poucos estudantes da Fadip discordam da afirmação apresentada. Isso pode estar relacionado a uma compreensão de que a saúde suplementar e o SUS operam em contextos distintos e servem populações com diferentes necessidades. A saúde suplementar pode, em alguns casos, duplicar serviços ao invés de complementá-los efetivamente, não gerando uma desoneração significativa do SUS, como relatado por Carvalho, Fortes e Garrafa (2013). A maioria dos estudantes da Fadip relatou que “nem concorda, nem discorda”, indicando uma posição neutra em relação à afirmação. O número de estudantes que concordam é menor do que os que estão neutros, mas ainda representa uma parcela significativa.

**Gráfico 14** – Respostas dos acadêmicos, nas duas IES, à afirmação “O aumento do tamanho do mercado de planos de saúde não vai gerar a ‘desoneração’ do SUS”



Fonte: Elaboração própria (2024).

Obs.: A frequência absoluta foi obtida a partir do total de casos válidos em cada variável.

Assim como na Fadip, na UFV o número de estudantes que discordam é relativamente

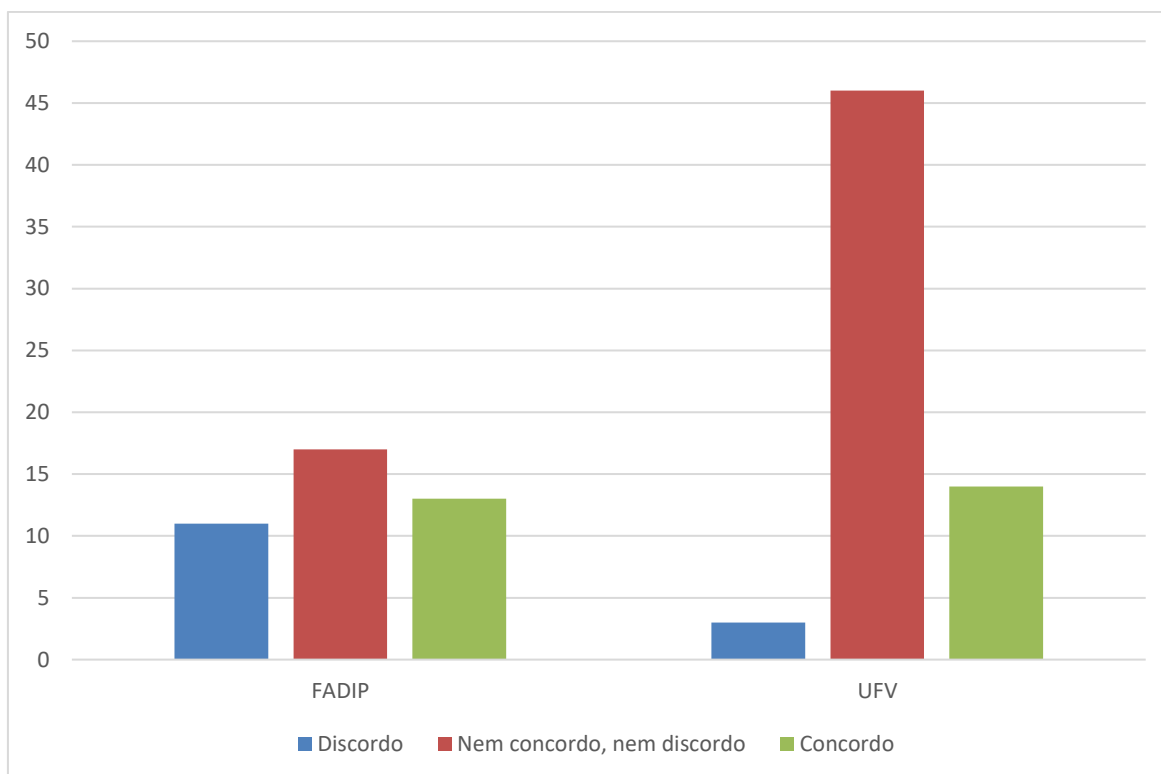
baixo. A quantidade de discentes que responderam “nem concordo, nem discordo” é menor em comparação com a Fadip, indicando que menos estudantes da UFV têm uma posição neutra. A maioria dos estudantes da UFV concorda com a afirmação, com um número significativamente maior de respostas nesta categoria em comparação com as outras duas.

Os dados apresentados no Gráfico 15 sobre as respostas dos acadêmicos das duas IES (Fadip e UFV) à afirmativa “Paciente não é cliente” inferem diferenças significativas nas percepções dos estudantes de cada instituição sobre a conceituação do paciente no contexto da prática médica. A barra azul mostra que uma proporção razoável de estudantes da Fadip discorda com a afirmação de que o paciente não é um cliente. Isso indica que uma parcela dos estudantes vê a relação médico-paciente de maneira similar à de uma relação comercial, em que o paciente é visto como um consumidor dos serviços médicos. A barra vermelha, que representa a neutralidade, é a mais alta na Fadip. Isso sugere que muitos estudantes não têm opinião formada ou veem aspectos válidos tanto na visão de paciente como cliente quanto na de paciente como alguém em um relacionamento mais humanista e profissional com o médico. A barra verde mostra que um número significativo de estudantes concorda com a afirmativa. Esses estudantes provavelmente acreditam que a visão do paciente como cliente é inadequada para capturar a natureza da relação médico-paciente, que deve ser baseada em confiança, empatia e um compromisso ético com o bem-estar do paciente, ao invés de uma simples transação comercial.

Na UFV, muitos estudantes concordam com a afirmação de que o paciente não é um cliente. Isso sugere uma forte resistência à ideia de medicalização e mercantilização da prática médica entre esses estudantes. A maioria dos estudantes adota uma posição neutra em relação a essa afirmativa. Essa neutralidade pode refletir uma hesitação em aceitar completamente a visão do paciente como cliente, mas também uma falta de rejeição completa da ideia, possivelmente indicando que os estudantes estão considerando diferentes aspectos do cuidado médico e do serviço de saúde. Muitos estudantes discordam da ideia de que o paciente é um cliente. Essa discordância pode ser uma indicação de que esses estudantes valorizam uma abordagem centrada no paciente, que enfatiza a relação de cuidado e confiança em vez de uma perspectiva comercial. A resistência à medicalização está ligada à percepção do paciente como cliente. Quando os indivíduos são tratados como clientes, há uma tendência a mercantilizar a saúde, priorizando interesses econômicos e a padronização de tratamentos, o que pode levar à patologização de aspectos naturais da vida humana. Essa abordagem pode resultar em diagnósticos excessivos e na prescrição desnecessária de medicamentos, desconsiderando a singularidade de cada pessoa. Ao resistir a essa visão, busca-se promover uma prática médica

que valorize a individualidade do paciente, focando em cuidados integrados e humanizados, e evitando a transformação de questões sociais e comportamentais em problemas exclusivamente médicos (Carvalho et al., 2015).

**Gráfico 15** – Resposta dos acadêmicos quanto à afirmativa “Paciente não é cliente”



Fonte: Elaboração própria (2024).

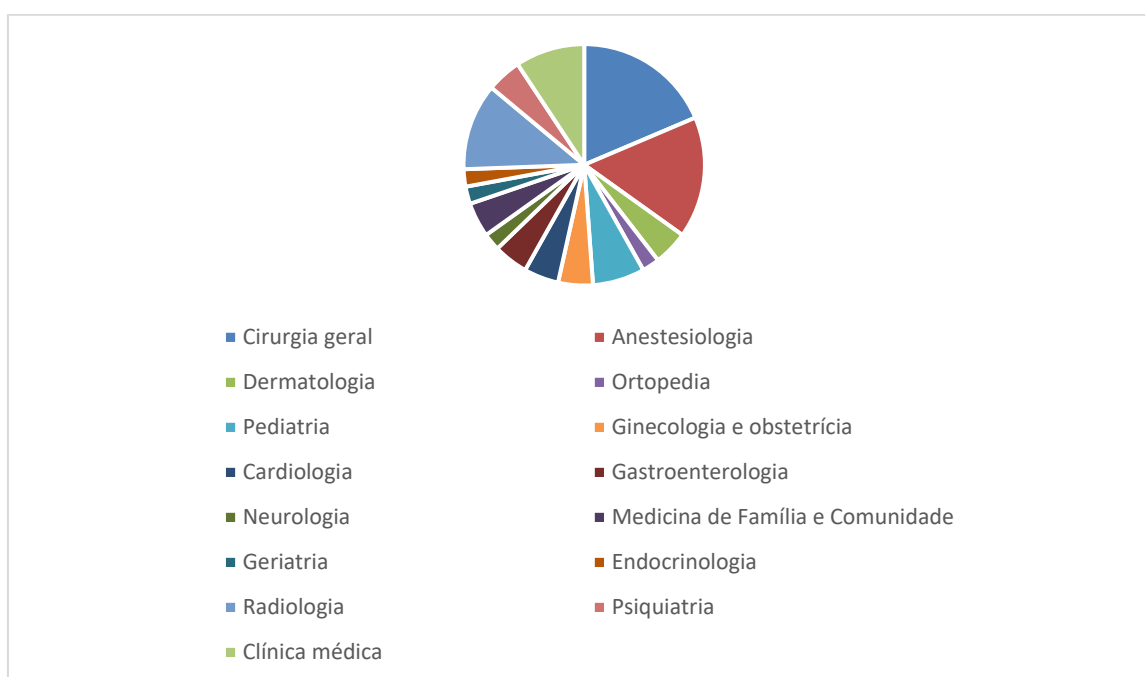
Obs.: A frequência absoluta foi obtida a partir do total de casos válidos em cada variável.

A escolha pela especialização é um outro fator que demonstra características da identidade do discente médico. A escolha da especialidade é influenciada por fatores intrapessoais (como estilo de vida desejado e personalidade) e externos (como retorno financeiro, localização de trabalho e a influência de mentores ou parentes médicos). Essas escolhas demonstram como o estudante se vê dentro da profissão médica e o tipo de vida profissional que deseja seguir. Por exemplo, estudantes influenciados por pais médicos podem escolher especialidades similares, indicando uma continuidade de tradições familiares e um alinhamento com valores e práticas médicas familiares. A preferência por especialidades que oferecem um melhor equilíbrio entre vida pessoal e trabalho, menor pressão diária, ou melhores condições de trabalho também indica características importantes da identidade médica. Isso reflete uma manifestação das prioridades pessoais do estudante, como a importância atribuída ao tempo para a família, lazer e o bem-estar pessoal. Exemplifica-se que a escolha da

especialidade também pode ser influenciada pela percepção de prestígio e *status* social associado a determinadas áreas médicas. Estudantes que optam por especialidades como Dermatologia ou Cirurgia Plástica, que são frequentemente associadas a um lugar social vantajoso e recompensas financeiras, podem estar mais inclinados a uma identidade médica que valoriza o reconhecimento social e a prosperidade financeira. A escolha de especialidades de alto risco, como Cardiologia ou Neurocirurgia, pode indicar uma identidade médica que valoriza o desafio e a superação de dificuldades técnicas. Estudantes que escolhem essas especialidades podem ser vistos como aqueles que buscam se destacar em ambientes de alta pressão, refletindo uma identidade orientada para a excelência técnica e a liderança clínica (Martins et al., 2019).

O presente estudo identificou que as especialidades com maior procura na Fadip correspondeu à Cirurgia Geral (oito estudantes) e Anestesiologia (sete estudantes) (Gráfico 16).

**Gráfico 16** – Especialização pretendida pelos estudantes da Fadip



Fonte: Elaboração própria (2024).

Obs.: A frequência absoluta foi obtida a partir do total de casos válidos em cada variável.

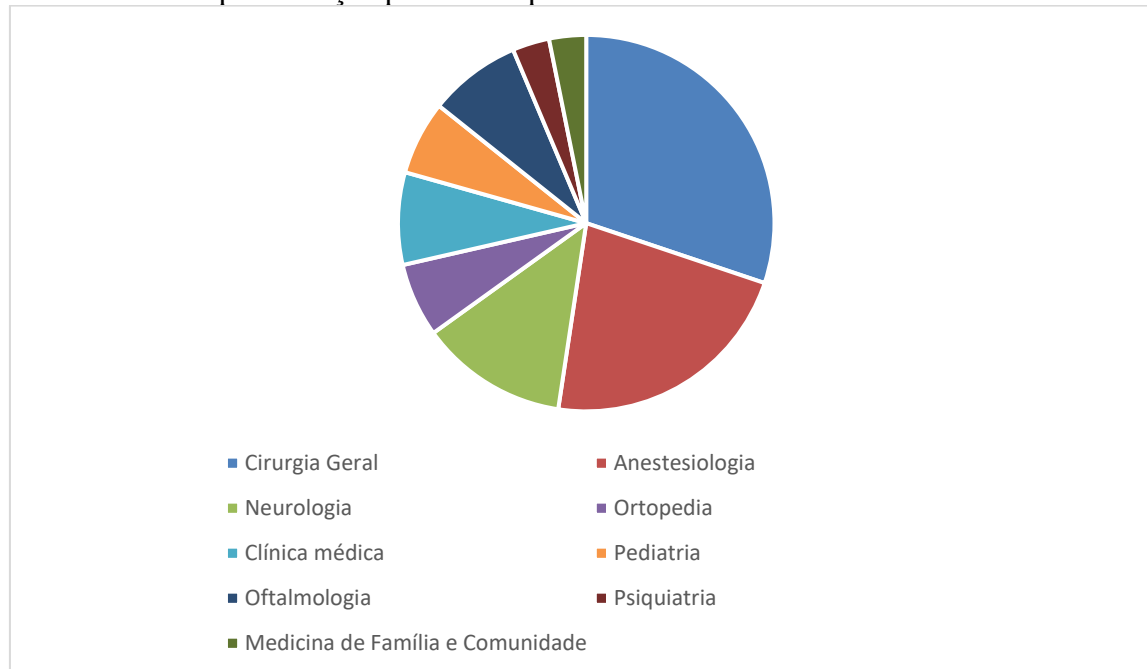
A alta preferência por Cirurgia Geral pode indicar uma atração por especialidades que envolvem procedimentos intervencionistas e oferecem desafios técnicos, além de um potencial de prestígio dentro da comunidade médica. Já a Anestesiologia, que é a segunda especialidade mais popular, é valorizada por sua combinação de alta demanda em procedimentos cirúrgicos, remuneração competitiva e um perfil de trabalho que, em muitos casos, permite um equilíbrio

razoável entre vida profissional e pessoal. Radiologia (cinco estudantes) e Clínica Médica (quatro estudantes) também aparecem com uma procura considerável. A preferência por Radiologia pode ser motivada pelo interesse em trabalhar com tecnologias avançadas de diagnóstico por imagem, além de proporcionar uma prática médica mais estável, sem emergências frequentes e com menor exposição ao estresse típico de outras especialidades médicas. A Clínica Médica, por outro lado, continua sendo uma escolha para estudantes que desejam uma base geral ampla que permita flexibilidade para futuras subespecializações. Pediatria (três estudantes), Dermatologia (dois estudantes), Ginecologia e Obstetrícia (dois estudantes), Cardiologia (dois estudantes), Gastroenterologia (dois estudantes), Médico de Família e Comunidade (dois estudantes), Psiquiatria (dois estudantes) e Endocrinologia (um estudante) possuem menor número de interessados. A escolha por essas especialidades pode estar relacionada a interesses específicos dos estudantes ou experiências clínicas durante a graduação. A baixa procura por especialidades como MFC pode refletir uma percepção de menor prestígio ou menores incentivos financeiros em comparação com outras especialidades, apesar de sua importância crucial para a atenção primária e saúde pública. Ortopedia, Neurologia, Geriatria e Endocrinologia (um estudante cada) também mostram baixa preferência. A escolha por essas especialidades, sendo tão específica, pode indicar uma afinidade pessoal ou influências de experiências clínicas particulares. A pouca procura por especialidades como Geriatria e MFC pode sugerir uma tendência entre os estudantes a buscar áreas que são tradicionalmente mais valorizadas em termos de remuneração e prestígio, ou que oferecem melhores perspectivas de trabalho em ambientes urbanos ou especializados.

Na UFV, a Cirurgia Geral também foi a especialização mais mencionada (dezenove estudantes) (Gráfico 17). Anestesiologia (quatorze estudantes) é a segunda especialidade mais escolhida, refletindo sua popularidade crescente. Anestesiologia é frequentemente escolhida devido a fatores como alta demanda, boa remuneração e um equilíbrio relativamente favorável entre vida pessoal e trabalho, em comparação com outras especialidades cirúrgicas. A natureza técnica e especializada do trabalho anestésico também pode atrair estudantes interessados em procedimentos agudos e cuidados perioperatórios. Neurologia (oito estudantes) também apresenta um número considerável de interessados. A Neurologia atrai estudantes que se interessam pelo desafio de diagnosticar e tratar condições do sistema nervoso. Esta escolha pode indicar uma inclinação para a investigação científica e o desejo de se envolver em uma especialidade que exige pensamento crítico e uma abordagem detalhada para o cuidado do paciente. Clínica Médica (cinco estudantes) e Oftalmologia (cinco estudantes) apresentam uma indicação moderada. A escolha pela Clínica Médica pode ser impulsionada pelo desejo de obter

uma base geral abrangente e pela necessidade enquanto pré-requisito para futuras subspecializações. Oftalmologia, por outro lado, pode atrair aqueles interessados em um equilíbrio entre procedimentos clínicos e cirúrgicos, bem como em um campo com menos emergências e um controle mais previsível da carga de trabalho. Ortopedia (quatro estudantes) e Pediatria (quatro estudantes) têm números semelhantes de interessados. A Ortopedia pode ser uma escolha atraente para aqueles interessados em procedimentos cirúrgicos focados no sistema musculoesquelético, com um bom potencial de remuneração. A Pediatria, apesar de ser uma área fundamental para o atendimento infantil, pode ser vista como menos lucrativa, o que pode explicar seu interesse moderado, apesar da importância dessa especialidade para a saúde pública. Psiquiatria (dois estudantes) e MFC (dois estudantes) são as especialidades menos escolhidas. O baixo interesse pela Psiquiatria pode estar relacionado ao estigma associado aos cuidados de saúde mental, bem como às percepções de desafios emocionais e no manejo de pacientes psiquiátricos. A escolha limitada pela MFC, apesar de sua importância para o atendimento primário e saúde pública, pode ser influenciada por percepções de menor prestígio e remuneração, além de uma carga de trabalho intensa em muitas situações.

**Gráfico 17** – Especialização pretendida pelos estudantes da UFV



Fonte: Elaboração própria (2024).

Obs.: A frequência absoluta foi obtida a partir do total de casos válidos em cada variável.

Quando questionados sobre a detenção de conhecimento sobre as oportunidades e possibilidades de trabalho nessa área de especialização, a maioria dos estudantes de Medicina da Fadip e UFV não possui conhecimento sobre as oportunidades de trabalho na área de

especialização pretendida, com 80,48% dos estudantes da Fadip e 76,19% da UFV respondendo "Não" (Tabela 8). Apenas 19,5% dos estudantes da Fadip e 36,58% da UFV indicaram que possuem esse conhecimento. A predominância de respostas negativas ("Não") em ambas as instituições sugere uma lacuna significativa no conhecimento dos estudantes sobre o mercado de trabalho em suas áreas de especialização pretendida. Essa falta de conhecimento pode ter várias implicações para a formação e orientação de carreira dos futuros médicos. Conforme discutido por Façanha et al. (2024), a escolha da especialidade, no Brasil, é frequentemente mediada por fatores psicossociais, como afetividade, prestígio e recompensas percebidas, em vez de uma compreensão realista das oportunidades de emprego e da demanda no mercado de saúde. A falta de informação sobre o mercado de trabalho pode levar os estudantes a fazerem escolhas de especialização baseadas mais em fatores subjetivos e emocionais do que em considerações práticas. Isso pode resultar em uma concentração em especialidades que são percebidas como prestigiadas ou financeiramente lucrativas, independentemente das necessidades de saúde pública ou da demanda real do mercado de trabalho. A afetividade, como o desejo de prestígio ou o sentimento de pertença a um grupo de especialistas bem-sucedidos, pode influenciar fortemente essas escolhas. Dada a importância da afetividade e dos fatores psicossociais nas escolhas de especialidade, é importante que as instituições de ensino médico forneçam uma orientação mais completa sobre o mercado de trabalho e as oportunidades em diferentes especialidades. Isso pode incluir palestras de profissionais atuantes, *workshops* sobre planejamento de carreira e acesso a dados atualizados sobre demanda de trabalho em várias especialidades médicas. Além disso, fomentar experiências práticas que exponham os estudantes às realidades do mercado pode ajudar a alinhar melhor suas expectativas com a realidade (Façanha et al., 2024).

**Tabela 8** – Conhecimento sobre as oportunidades de trabalho na área de especialização pretendida por estudantes, nas duas IES

Respostas	IES				Total	
	Fadip		UFV			
	N	%	N	%	N	%
Sim	8	19,5%	15	36,58%	23	22,11%
Não	33	80,48%	48	76,19%	81	77,88%

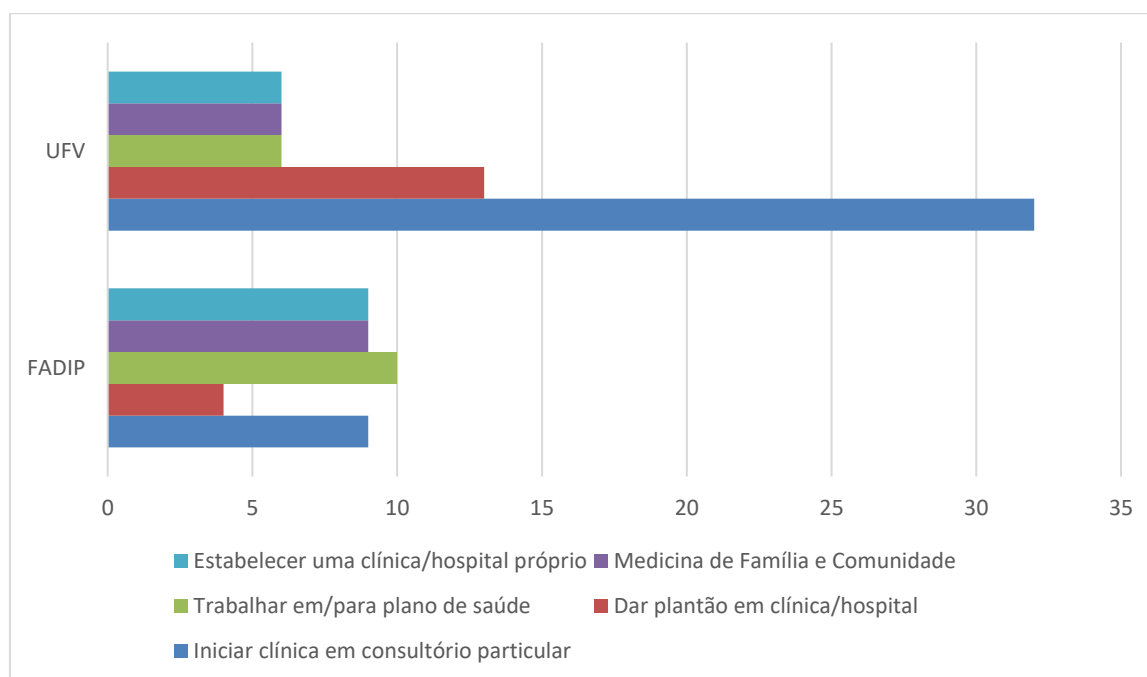
Fonte: Elaboração própria (2024).

Obs.: A frequência absoluta foi obtida a partir do total de casos válidos em cada variável.

Os estudantes também foram questionados a respeito das oportunidades de trabalho consideradas ideais para atuar com essa especialização pretendida. Os dados da pesquisa indicam as preferências dos estudantes de Medicina da Fadip e da UFV, as quais, ao serem

interpretadas, deixam inferir compreender como suas expectativas em relação ao trabalho influenciam a formação da identidade médica e a construção do "ideal profissional". Na Fadip, as preferências são distribuídas de forma relativamente equilibrada entre diferentes opções: Iniciar clínica em consultório particular (nove estudantes); Dar plantão em clínica/hospital (quatro estudantes); Trabalhar em/para plano de saúde (dez estudantes); MFC em posto de saúde público (nove estudantes); Estabelecer uma clínica/hospital próprio (nove9 estudantes) (Gráfico 18). A maior parte dos estudantes mostra interesse em trabalhar para planos de saúde, seguido de perto pelas opções de atuar em consultório particular e MFC. Essa distribuição sugere que muitos estudantes da Fadip estão interessados tanto em oportunidades no setor privado quanto em atividades que ofereçam um equilíbrio entre prática clínica e empreendimentos de saúde. A preferência por planos de saúde pode indicar uma percepção de estabilidade financeira e segurança no emprego, enquanto a opção por consultórios particulares e clínicas próprias reflete uma busca por autonomia profissional e potencial de ganho financeiro.

**Gráfico 18** – Oportunidade de trabalho considerada ideal pelos estudantes nas duas IES



Fonte: Elaboração própria (2024).

Obs.: A frequência absoluta foi obtida a partir do total de casos válidos em cada variável.

Na UFV, há uma clara preferência pela opção de “iniciar clínica em consultório particular” (32 estudantes), indicando um forte desejo de autonomia profissional e controle sobre a prática médica. Comparativamente, menos estudantes escolheram Dar plantão em

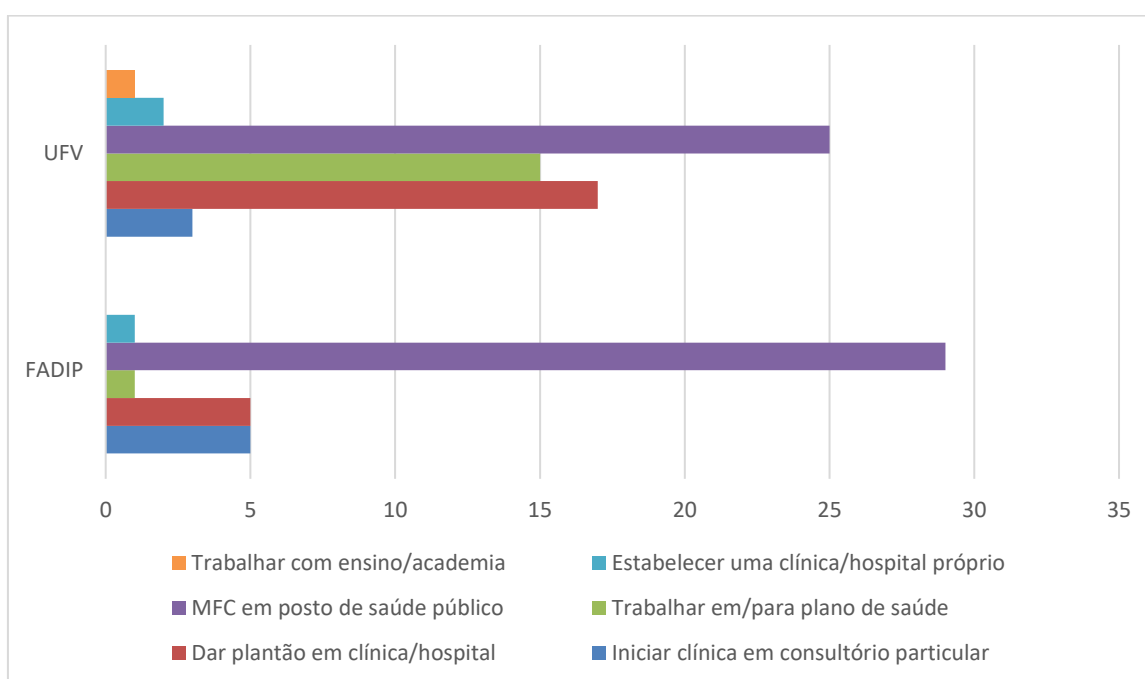
clínica/hospital (treze estudantes); Trabalhar em/para plano de saúde (seis estudantes); MFC (seis estudantes); Estabelecer uma clínica/hospital próprio (seis estudantes). A preferência destacada por consultórios particulares pode refletir um ideal profissional que valoriza a independência, o *status* e o potencial de lucro. Essa escolha pode estar associada a percepções de prestígio e sucesso social, conforme discutido no artigo de Sassi et al. (2020). A menor preferência por trabalhar em planos de saúde e na MFC pode sugerir uma menor valorização de práticas ligadas ao setor público ou comunitário, que muitas vezes oferecem menor remuneração e prestígio.

O questionário incluía também uma questão sobre qual seria a inserção mais provável nessa área de especialização, se o discente estivesse formando naquele semestre. Para os estudantes da Fadip, a MFC em posto de saúde público foi considerada a oportunidade mais provável de inserção no mercado de trabalho, com dezenove estudantes indicando essa opção (Gráfico 19). Essa escolha pode ser influenciada pela maior disponibilidade de vagas em atenção primária, especialmente nas áreas públicas, devido a iniciativas governamentais como o PMM. Este aumentou significativamente o número de postos disponíveis em MFC, tornando essa especialidade uma opção viável para novos formandos, especialmente em regiões menos favorecidas e de difícil acesso, onde há uma demanda contínua por médicos generalistas. Outras possibilidades de inserção, como Iniciar clínica em consultório particular; Dar plantão em clínica/hospital; Trabalhar em/para plano de saúde; Estabelecer uma clínica/hospital próprio, são consideradas menos prováveis (apenas um ou dois estudantes para cada opção). Isso pode refletir a percepção de que essas oportunidades requerem mais experiência, investimentos financeiros iniciais elevados, ou estão sujeitas a maior concorrência, tornando-as menos acessíveis para recém-formados.

Semelhante à Fadip, os estudantes da UFV também consideram a MFC em posto de saúde público como a inserção mais provável, com 25 estudantes indicando essa opção. O contexto apresentado no artigo de Carreiro, Carreiro e Sousa (2021) sobre a expansão das oportunidades de trabalho na atenção primária e o fortalecimento do SUS através do PMM sugere que a demanda por médicos em MFC continua alta, proporcionando uma oportunidade viável e acessível para os novos formandos. A infraestrutura já estabelecida pelo SUS e o apoio governamental são fatores que aumentam a viabilidade de inserção nesse setor. Ademais, a UFV apresenta um número relativamente maior de estudantes que consideram como possibilidades reais de inserção Dar plantão em clínica/hospital (oito estudantes) e Iniciar clínica em consultório particular (cinco estudantes). Isso pode ser explicado por uma melhor rede de contatos, infraestrutura local ou maior conhecimento de mercado, possibilitando aos

graduandos explorarem essas opções com maior segurança. A inserção em plantões hospitalares é uma escolha comum entre recém-formados na área médica, pois oferece experiência clínica relevante, facilita a entrada no mercado de trabalho e proporciona ganhos financeiros imediatos. No entanto, essa opção reflete também a diferença entre a inserção ideal, aspirada pela maioria dos estudantes, e a inserção possível, de acordo com as condições do mercado e suas próprias circunstâncias. Muitos recém-formados idealizam carreiras em áreas de maior prestígio e especialização, mas encontram nos plantões uma alternativa pragmática que lhes permite acumular experiência e construir uma rede de contatos, essencial para futuras oportunidades de ascensão profissional. Assim, os plantões hospitalares representam uma estratégia inicial na trajetória de ascensão social, reforçando a ideia de que o estudo e a prática na área médica são caminhos para melhorar a posição social e econômica.

**Gráfico 19** - Inserção mais provável dos estudantes nas duas IES



Fonte: Elaboração própria (2024).

Obs.: A frequência absoluta foi obtida a partir do total de casos válidos em cada variável.

A ideia central é que os desejos por *status* e segurança econômica dentro da sociedade capitalista são frequentemente reforçados pela figura materna, moldando as aspirações profissionais dos estudantes de Medicina. A socialização primária, que ocorre no ambiente familiar desde a infância, desempenha um papel fundamental na formação dos valores, aspirações e identidade de uma pessoa. A formação e inserção profissional materna, em particular, influenciam fortemente as percepções de *status*, sucesso e segurança econômica dos

filhos. De acordo com os dados analisados, as escolhas de especialização e as preferências de inserção profissional dos estudantes de Medicina refletem um desejo por prestígio e estabilidade que pode ser atribuído às influências maternas. Por exemplo, muitos estudantes optam por especialidades como Cirurgia Geral e Anestesiologia, que são frequentemente associadas a alto *status* e boa remuneração. A preferência por essas áreas pode ser interpretada como um reflexo dos valores e expectativas transmitidos pelas mães durante a socialização primária. Se as mães valorizam estabilidade econômica e prestígio social – talvez devido às suas próprias experiências profissionais e aspirações dentro de um sistema capitalista –, elas provavelmente encorajam seus filhos a buscarem carreiras que ofereçam essas vantagens. Em uma sociedade capitalista, os papéis e as expectativas sociais, especialmente os vinculados às mulheres, são estruturados de maneira a reforçar o desejo por *status* e segurança econômica. As mães, muitas vezes responsáveis pela manutenção da estabilidade econômica da família, podem transmitir essas preocupações para seus filhos. Esse fenômeno é evidenciado nos dados sobre as preferências de inserção profissional: muitos estudantes veem MFC em postos de saúde públicos como a opção mais viável, não apenas por causa das oportunidades criadas pelo PMM, mas também porque essa escolha oferece uma estabilidade percebida – uma consideração crítica em uma sociedade que valoriza segurança econômica. A inserção profissional da mãe pode também moldar as aspirações dos estudantes, especialmente se as mães estão envolvidas em profissões de *status* elevado ou em profissões que oferecem segurança econômica. Se a mãe trabalha em um setor que valoriza as habilidades profissionais e o *status*, como na saúde ou em profissões liberais, é mais provável que ela encoraje seu filho a buscar uma carreira semelhante (Andrade, 2015). Isso se reflete nos dados em que um número significativo de estudantes busca especializações que são bem remuneradas e altamente prestigiadas, como Cirurgia Geral e Anestesiologia. Além disso, os dados mostram que relativamente poucos estudantes consideram Trabalhar com ensino/academia como uma opção viável. Este pode ser um reflexo das influências maternas, se a mãe, por sua própria experiência, percebe carreiras acadêmicas como menos estáveis ou menos lucrativas, desencorajando indiretamente seus filhos de seguir esse caminho.

#### **4.6 Determinantes sociais na escolha de especialidades médicas: o papel da raça, gênero, ocupações materna e paterna**

A primeira hipótese a ser analisada é: a escolha das especialidades médicas pelos estudantes de Medicina é influenciada por fatores sociodemográficos, como raça e gênero dos

graduandos, além da ocupação da mãe. Mais especificamente, busco analisar como as semelhanças na identidade profissional dos estudantes estão relacionadas com a formação e ocupação materna (socialização primária). Isso não significa achatar ou negligenciar a relevância dos capitais adquiridos na socialização secundária, desde o início da formação, mas ressaltar essa influência incisiva dos recursos transmitidos pela família de origem, que são acumulados e mobilizados pelos indivíduos ao longo de suas vidas (Carvalho, 2023). De acordo com Pierre Bourdieu (2007), diferentes formas de capital (econômico, cultural, social e simbólico) influenciam as trajetórias dos indivíduos em diversos campos sociais, incluindo o ensino médico. O capital econômico se refere aos recursos financeiros que permitem acesso a educação de qualidade e recursos adicionais como cursos e materiais de estudo, facilitando a entrada e sucesso na faculdade de Medicina, pois há grande concorrência no vestibular. O capital cultural inclui o conhecimento, habilidades e educação adquiridos. Estudantes de famílias com alto capital cultural tendem a ter melhor desempenho acadêmico e uma adaptação mais fácil ao curso de Medicina, devido à familiaridade com hábitos de estudo e linguagem científica. O capital social consiste nas redes de relações que podem proporcionar apoio e oportunidades, como estágios ou recomendações para residências médicas, influenciando o acesso e progresso no campo médico. O capital se relaciona ao prestígio e reconhecimento social. Já que a profissão médica é associada a altos níveis de prestígio, isso pode motivar os estudantes a ingressarem e se destacarem no campo. Dessa forma, a socialização primária, que ocorre na infância, é importante na internalização desses capitais. Estudantes que crescem em ambientes com alto capital econômico, cultural e social têm vantagens significativas no ensino médico, influenciando seu sucesso acadêmico e profissional, bem como suas escolhas de especialidade de maior *status*, por exemplo.

De acordo com o relatório *Demografia Médica no Brasil 2023*, as especialidades médicas de maior *status* no Brasil são aquelas que possuem o maior número de registros de especialistas. Entre as especialidades mais frequentes, destacam-se: Clínica Médica; Pediatria; Cirurgia Geral; Ginecologia e Obstetrícia; Anestesiologia; Ortopedia e Traumatologia; Medicina do Trabalho; Cardiologia. Essas oito especialidades representam mais da metade (55,6%) do total de registros de especialistas no país. A Clínica Médica, por exemplo, é a especialidade com o maior número de registros, totalizando 56.979 médicos especialistas. Essa especialidade, juntamente com Cirurgia Geral, serve frequentemente como pré-requisito para a titulação em outras especialidades, aumentando sua relevância no cenário médico brasileiro. Outras especialidades de destaque incluem Oftalmologia; Radiologia e Diagnóstico por Imagem; Psiquiatria; Dermatologia e Medicina de Família e Comunidade. Essas cinco

especialidades adicionais somam 14,4% dos especialistas registrados, contribuindo para um cenário onde apenas treze das 55 especialidades reconhecidas reúnem cerca de 70% dos registros de especialistas existentes no Brasil.

Ainda segundo o relatório *Demografia Médica no Brasil 2023*, a Anestesiologia apresenta os seguintes dados: Número de especialistas: existem 29.358 anesthesiologistas registrados no Brasil. Densidade de especialistas: a razão é de 13,76 anesthesiologistas por 100.000 habitantes. Distribuição por gênero: a especialidade é predominantemente masculina, com 60,5% dos anesthesiologistas homens e 39,5% mulheres, resultando em uma razão masculino/feminino de 1,53. Idade e tempo de formado: cerca de 36,9% dos anesthesiologistas têm 55 anos ou mais, enquanto 18,8% têm 35 anos ou menos. A média de idade dos especialistas é de 49,7 anos, com uma média de 25 anos de prática desde a formatura. Distribuição geográfica: a maior concentração de anesthesiologistas está na região Sudeste (50,3%), seguida pelas regiões Nordeste (18,8%), Sul (18,2%), Centro-Oeste (8,9%) e Norte (3,8%). Além disso, 60,3% dos anesthesiologistas atuam em capitais e 33,1% no interior. Residência médica: em 2021, havia 2.966 médicos residentes em Anestesiologia, o que representa 7,1% do total de residentes no Brasil. Esses dados refletem a relevância e o prestígio da Anestesiologia como uma das especialidades médicas de maior destaque no Brasil, tanto pela sua alta demanda quanto pelo número expressivo de especialistas e residentes na área.

Para analisar a primeira hipótese descrita para este estudo, realizou-se a distribuição das especialidades em grupos, de acordo com Eliot Freidson (1970): (1) Especialidades de alto *status* e resolutividade imediata, mais alinhadas ao modelo biomédico, e (2) de baixo *status*, que compreende especialidades voltadas para o cuidado contínuo e humanizado – pode ser justificada com base em diferentes critérios, como prestígio social, complexidade técnica, tempo de formação, remuneração e a natureza da prática médica. Essa categorização reflete como a sociedade, a própria comunidade médica e as estruturas de saúde valorizam diferentes abordagens ao cuidado de saúde. Especialidades de alto *status* são frequentemente associadas a procedimentos de alta complexidade que requerem conhecimento técnico avançado, tecnologia de ponta e capacidade de oferecer resultados rápidos e tangíveis, muitas vezes através de intervenções cirúrgicas ou procedimentos invasivos. Estas especialidades são mais alinhadas ao modelo biomédico de atendimento, que enfatiza a cura de doenças e condições através de intervenções técnicas e medicamento orientadas. Considerando a quantidade de profissionais por habitantes, além da quantidade de candidatos por vaga na residência médica, as especialidades foram separadas em dois grupos:

- *Alto status*: Cirurgia Geral, Clínica Médica (porque é pré-requisito para outras subespecialidades), Cardiologia, Ortopedia, Neurocirurgia, Oncologia, Anestesiologia, Urologia e Radiologia. As características compreendem: uso de técnicas avançadas e frequentemente procedimentos cirúrgicos ou altamente tecnológicos; altos níveis de prestígio social devido ao seu impacto direto e imediato na vida dos pacientes; longos períodos de formação, incluindo extensas residências e subespecializações; maior remuneração devido à complexidade dos procedimentos e à alta demanda; visão centrada no diagnóstico e tratamento específico de doenças, frequentemente com pouca ênfase nos aspectos sociais, psicológicos e preventivos. Essa valorização é, em parte, sustentada pela forma como o modelo biomédico domina a formação e a prática médica, priorizando intervenções diretas e mensuráveis, o que contribui para o prestígio dessas especialidades. Além disso, a capacidade de proporcionar "soluções" rápidas e efetivas para condições de saúde graves ou urgentes eleva a percepção pública e profissional sobre sua importância.
- *Baixo status*: Medicina de Família e Comunidade, Geriatria, Pediatria, Psiquiatria, Medicina Preventiva, Medicina Paliativa, Ginecologia e Obstetrícia (em alguns contextos, especificamente, por compreender mais profissionais do sexo feminino) e Infectologia. São voltadas para o cuidado contínuo e humanizado. São aquelas que, embora fundamentais para a promoção da saúde e prevenção de doenças, são frequentemente percebidas como menos prestigiosas dentro da hierarquia médica. Essas especialidades tendem a focar mais em cuidados contínuos e abrangentes, abordando a saúde do paciente de forma holística e ao longo do tempo, e muitas vezes são associadas a um modelo de atendimento mais humanizado e preventivo. Características: foco na saúde do paciente como um todo, incluindo prevenção, diagnóstico precoce, manejo de condições crônicas e cuidados paliativos; frequentemente não envolvem procedimentos cirúrgicos ou invasivos, concentrando-se em abordagens clínicas e preventivas; são percebidas como tendo menor prestígio porque não envolvem a tecnologia de ponta ou intervenções dramáticas associadas a especialidades de alto *status*; geralmente são associadas a remunerações mais baixas em comparação com as especialidades de alto *status*, refletindo tanto a percepção de prestígio quanto as estruturas de pagamento no sistema de saúde; a ênfase está na prevenção de doenças, promoção da saúde e manejo de condições crônicas, que são vitais para a saúde pública mas não têm a mesma visibilidade ou reconhecimento imediato que procedimentos cirúrgicos ou de emergência.

A divisão dessas especialidades em dois grupos se justifica pelo modo como a sociedade, o sistema de saúde e a própria cultura médica valorizam diferentes aspectos do cuidado médico. Especialidades de alto *status*, com alta resolutividade e alinhadas ao modelo

biomédico, tendem a ser mais valorizadas devido ao seu foco em intervenções tangíveis e de impacto imediato. Em contraste, especialidades de baixo *status*, focadas no cuidado contínuo e humanizado, enfrentam desafios de reconhecimento e valorização, mesmo que desempenhem um papel essencial na promoção de saúde, prevenção de doenças e manutenção da qualidade de vida. Essa categorização também reflete diferenças na estrutura de incentivos e remuneração, bem como nas expectativas sociais e profissionais em relação ao papel do médico. Enquanto o modelo biomédico ainda domina a formação médica e o sistema de saúde, há uma necessidade crescente de reconhecer e valorizar as especialidades que adotam abordagens mais holísticas e preventivas para enfrentar os desafios atuais de saúde pública, como o envelhecimento populacional e o aumento das doenças crônicas.

Isto posto, o presente estudo recorreu às seguintes variáveis: (i) *status* da especialidade pretendida pelo estudante: especialidade de alto *status* e resolutividade imediata, mais alinhadas ao modelo biomédico e de baixo *status*, que compreende especialidades voltadas para o cuidado contínuo e humanizado; (ii) ocupação ou profissão da mãe e do pai: profissional da área da saúde e profissional de área distinta da saúde; (iii) gênero: feminino e masculino; (iv) raça: branca, preta e parda.

Utilizou-se o Teste de Associação (Qui-Quadrado) – mais especificamente, o Teste Qui-quadrado de Independência –, para avaliar a associação entre a escolha da especialidade e as variáveis categóricas (ocupação da mãe, sexo, raça). O *software* empregado para calcular o referido teste foi o *Python*, usando a biblioteca *SciPy* (`scipy.stats.chi2_contingency`). Foi utilizada a seguinte fórmula para calcular a estatística de teste:

$$\chi^2 = \sum \frac{(O_i - E_i)^2}{E_i}$$

Onde:

- $\chi^2$  é o valor da estatística qui-quadrado.
- $O_i$  é a frequência observada na célula  $i$  da tabela de contingência.
- $E_i$  é a frequência esperada na célula  $i$  da tabela de contingência, assumindo que as variáveis são independentes.

As frequências esperadas  $E_i$  foram calculadas com base nas somas das linhas e colunas da tabela de contingência:

$$E_i = \frac{(\text{soma da linha} \times \text{soma da coluna})}{\text{soma total}}$$

Após calcular o valor de  $X^2$ , ele foi comparado com um valor crítico de uma distribuição qui-quadrado com  $(r - 1) \times (c - 1)$  graus de liberdade, onde  $r$  era o número de linhas e  $c$  era o número de colunas na tabela de contingência. O p-valor associado ao teste foi usado para determinar a significância estatística da associação entre as variáveis.

Se o p-valor fosse menor do que o nível de significância escolhido (0,05), a hipótese nula de independência seria rejeitada, indicando a existência de uma associação estatisticamente significativa entre as variáveis categóricas.

Na Fadip e na UFV, os resultados do Teste Qui-quadrado foram calculados e indicam a associação entre a escolha da especialidade médica e as variáveis categóricas (ocupação da mãe, gênero e raça) (Quadro 2).

**Quadro 2** – Teste Qui-quadrado para as variáveis categóricas ocupação da mãe, gênero e raça

Variável	Estatística Qui-Quadrado	p-valor
Ocupação da mãe	3.97	0.046
Ocupação do pai	0,153	0.695
Gênero	11.04	0.0009
Raça	2.32	0.314

Fonte: Elaboração própria (2024).

O Teste Qui-quadrado para a associação entre a ocupação da mãe e a escolha da especialidade médica revelou um p-valor de 0.046, que é inferior ao nível de significância usual de 0.05. Isso indica que existe uma associação estatisticamente significativa entre a ocupação da mãe e a escolha da especialidade médica dos estudantes. Dessa forma, o resultado sugere que a ocupação da mãe (se é da área de saúde ou não) influencia a escolha dos estudantes por especialidades de alto ou baixo *status*. A variável gênero também demonstrou associação com a escolha da especialidade médica. O Teste Qui-quadrado para a associação entre gênero e escolha da especialidade médica mostrou um p-valor de 0.0009, que é significativamente menor do que 0.05. Isso indica uma associação estatisticamente significativa entre o gênero dos estudantes e a escolha da especialidade médica. Outra variável que não demonstrou associação foi a ocupação do pai: o valor  $p = 0.695$  indica que não há associação estatisticamente

significativa entre a ocupação do pai e o *status* da especialidade pretendida. A hipótese nula de independência não pode ser rejeitada. A raça também não apresenta uma associação estatisticamente significativa e com a escolha da especialidade médica, porque o Teste Qui-quadrado resultou em um p-valor de 0.314, que é maior do que 0.05. Isso indica que não há uma associação estatisticamente significativa entre a raça dos estudantes e a escolha da especialidade médica. As hipóteses de que a ocupação da mãe e o gênero influenciam a escolha de especialidades médicas (de alto ou baixo *status*) foi confirmada. As hipóteses de que a formação paterna e a raça influenciam a escolha de especialidades médicas não foram confirmadas.

A tabela de contingência (Tabela 9) mostra a distribuição dos estudantes com base na ocupação materna e no *status* da especialidade escolhida. Entre os estudantes cujas mães têm ocupação distinta da área da saúde (Odas), dezesseis escolheram especialidades de "alto *status*" e seis escolheram especialidades de "baixo *status*". Entre os estudantes cujas mães trabalham na área da saúde, sete escolheram especialidades de "alto *status*" e doze escolheram especialidades de "baixo *status*". Dos 22 estudantes cujas mães eram de outra área, onze são filhos de "donas de casa" e todos (100%) escolheram especialidade de alto *status*.

**Tabela 9** – Tabela de contingência – ocupação materna

<b>Ocupação materna</b>	Especialidade de baixo <i>status</i>	Especialidade de alto <i>status</i>
Ocupação da área da saúde	16	6
Ocupação distinta da área da saúde (Odas)	7	12

Fonte: Elaboração própria (2024).

A tabela de contingência (Tabela 10) mostra a distribuição dos estudantes com base no gênero e no *status* da especialidade escolhida. Entre os estudantes do gênero feminino, nove escolheram especialidades de "alto *status*" e dezessete escolheram especialidades de "baixo *status*". Por outro lado, entre os discentes do gênero masculino, quatorze estudantes optaram por especialidades de "alto *status*" e um escolheu especialidade de "baixo *status*".

**Tabela 10** – Tabela de contingência – gênero

<b>Gênero</b>	Especialidade de baixo <i>status</i>	Especialidade de alto <i>status</i>
Feminino	9	17
Masculino	14	1

Fonte: Elaboração própria (2024).

Na UFV, os resultados do Teste Qui-Quadrado foram exibidos e indicam que há uma associação estatisticamente significativa entre a escolha da especialidade médica e a ocupação da mãe (valor  $p = 0.0206$ ). No entanto, não há associação significativa com a ocupação do pai, gênero ou raça.

**Quadro 3** – Teste Qui-quadrado para as variáveis categóricas ocupação da mãe, gênero e raça

Variável	Estatística Qui-Quadrado	p-valor
Ocupação da mãe	5,363915094339623	0.020557572123648227
Ocupação do pai	0,65625	0,4178869643175006
Sexo	0,728066037735849	0,39351078007751
Raça	0,46451612903225814	0,7927415184508182

Fonte: Elaboração própria (2024).

A Tabela de contingência 11 mostra os dados para a "ocupação da mãe" e o "*status* da especialidade pretendida pelo estudante". Entre os estudantes cujas mães têm Odas, 39 escolheram especialidades de "alto *status*" e quatorze escolheram especialidades de "baixo *status*". Entre os estudantes cujas mães trabalham na área da saúde, três escolheram especialidades de "alto *status*" e sete escolheram especialidades de "baixo *status*". Dos 53 estudantes cujas mães eram de outra área, 27 são filhos de "donas de casa" e 23 escolheram especialidade de "alto *status*", enquanto quatro escolherem especialidade de baixo *status*. Entre os acadêmicos filhos de mães com Odas, dezenove graduandos optaram por especialidades de alto *status* e dezessete estudantes decidiram por especialidade de baixo *status*. Ao se realizar o Teste Qui-Quadrado, a estatística correspondeu a 5,91, o p-valor foi igual a 0,0151. O valor  $p$  (0,0151) é menor que 0,05, indicando que há uma associação estatisticamente significativa entre a ocupação materna como "dona de casa" e a escolha de especialidades médicas de "alto *status*" pelos estudantes. Essa evidência empírica apoia a hipótese de que fatores como a profissão da mãe fora da área da saúde, combinados com outras variáveis como o capital cultural dos estudantes e o ano de curso, podem influenciar a escolha da especialização e a valorização de diferentes modelos de atendimento, como o biomédico (flexneriano).

**Tabela 11** – Tabela de contingência – ocupação materna

<b>Ocupação materna</b>	Especialidade de baixo <i>status</i>	Especialidade de alto <i>status</i>
Ocupação da área da saúde	7	3
Odas	14	39

Fonte: Elaboração própria (2024).

#### **4.7 Influência do capital cultural, profissão materna e ano do curso de Medicina na valorização do modelo biomédico de atendimento: uma análise de semelhança semântica e regressão multinomial**

A segunda hipótese sugere que três variáveis principais – capital cultural do estudante, profissão materna fora da área da saúde e ano do curso de Medicina – influenciam a forma como os estudantes de Medicina valorizam o modelo biomédico de atendimento em sua prática profissional. O capital cultural se refere ao conjunto de conhecimentos, habilidades, educação e outras vantagens culturais que um estudante pode ter (Bourdieu, 2012). Nesse contexto, fatores como ter viajado ou morado no exterior, fluência em idiomas estrangeiros, hábito de leitura não relacionada à Medicina e a presença de médicos na família são considerados como indicadores de capital cultural, e a análise de trajetórias é fundamental para o entendimento das identidades (Bourdieu, 2012; Zioli; Garcia; Pépece, 2020). A hipótese sugere que o nível de capital cultural (baixo, médio ou alto) pode influenciar como os estudantes percebem e valorizam o modelo biomédico de atendimento, que é tradicionalmente centrado em técnicas e procedimentos médicos. Ademais, a hipótese explora se os discentes cujas mães têm Odas valorizam mais o modelo biomédico, em detrimento do humanizado. A ideia é investigar se estudantes cujas mães não trabalham na área da saúde têm uma visão diferente sobre o modelo de atendimento médico em comparação com aqueles cujas mães trabalham na área da saúde. Ainda neste tópico, investiga-se se o ano em que o estudante se encontra no curso de Medicina (primeiro, terceiro ou quinto ano) também é considerado como uma variável que pode influenciar suas preferências em relação ao modelo de atendimento. A hipótese presume que o progresso no curso pode afetar a valorização das diferentes competências médicas (técnico-procedimentais *versus* sócio-humanistas) e, conseqüentemente, a adesão ao modelo biomédico de atendimento.

O modelo biomédico é uma abordagem tradicional da prática médica que enfatiza o diagnóstico e o tratamento de doenças com base em técnicas e procedimentos específicos. É

centrado em aspectos biológicos e clínicos da saúde, muitas vezes em detrimento de fatores sociais, psicológicos e comportamentais (Pagliosa; Da Ros, 2008). Dessa forma, para testar a hipótese, foi realizada uma análise de regressão logística multinomial, que permite entender como as variáveis independentes (capital cultural, profissão materna, e ano do curso) influenciam a valorização de diferentes modelos de atendimento médico. Além disso, foi realizada uma análise de similaridade semântica nos Projetos Pedagógicos de Curso (PPC) para verificar quais disciplinas indicadas pelos graduandos (como mais importantes para a formação médica e aquelas ministradas pelos professores que mais inspiram os alunos) contemplam uma perspectiva de humanização da Medicina ou estão mais alinhadas com o modelo biomédico tradicional.

Após os discentes das duas IES terem apontado as disciplinas mais importantes da Medicina, além da indicação do docente que mais os inspira, foi feita uma análise por similaridade semântica nos PPC das duas IES, em busca de ideias que remetessem à humanização nas ementas das disciplinas. A semelhança semântica é um conceito fundamental na área de processamento de linguagem natural (PLN) e refere-se à medida de similaridade entre palavras, frases ou textos com base em seu significado. Dessa forma, tanto as disciplinas indicadas pelos graduandos como as mais importantes para a formação de um médico, quanto as lecionadas pelos docentes que inspiram foram divididas em dois grupos categóricos, conforme contemplassem a perspectiva de humanização da Medicina ou não, da maneira a seguir: (i) ementa menciona a técnica procedimental e (ii) ementa valoriza as competências sócio-humanistas.

As disciplinas foram agrupadas da seguinte forma (as ausências de respostas a esse quesito foram omitidas):

- Ementa enfatiza a técnica procedimental<sup>2,3</sup> - Fundamentos Celulares e Moleculares do Processo Saúde Doença I e II; Fundamentos Morfofuncionais do Processo Saúde Doença I, II, III e IV; Farmacologia e Terapêutica I e II; Interação Patógeno-Hospedeiro Humano I e II; Medicina da Mulher I, II, III e IV; Medicina da Criança e do Adolescente I, II, III e IV; Medicina Cirúrgica I, II, III e IV; Medicina Clínica I, II, III e IV; Medicina Laboratorial e Diagnóstico por Imagem I, II, III e IV; Medicina de Urgência, Emergência e Terapia Intensiva I e II; Bases Morfofuncionais da Medicina I; Laboratório Aplicado à Clínica I, II, III, IV, V,

---

<sup>2</sup> FACULDADE DINÂMICA DO VALE DO PIRANGA. Vestibular Medicina 2025.1. Disponível em: <http://www.faculdadedinamica.com.br/medicina/>

<sup>3</sup> Cf. Currículo do curso de Medicina da UFV disponível em: <https://med.ufv.br/wp-content/uploads/2023/10/Matriz-Curricular-20231.pdf>

VI, VII e VIII; Imunologia; Bioestatística; Mecanismos Básicos do Processo Saúde-Doença I e II; Bases Farmacológicas da Terapêutica Clínica I e II; Métodos de Investigação Científica em Saúde; Cuidado Integral à Saúde da Criança e do Adolescente I; Cuidado Integral à Saúde da Mulher I; Habilidades cirúrgicas, Cuidado Integral ao Paciente Cirúrgico; Estágio Curricular Obrigatório em Saúde da Mulher; Estágio Curricular Obrigatório em Saúde da Criança e do Adolescente; Estágio Curricular Obrigatório em Urgência e Emergência; Estágio Curricular Obrigatório em Ginecologia e Obstetrícia; Estágio Curricular Obrigatório em Pediatria; Estágio Curricular Obrigatório em Cirurgia;

- Ementa valoriza as competências sócio-humanistas - Trabalho Interdisciplinar Extraclasse I, II, III, IV, V, VI, VII e VIII; Saúde, Sociedade e Ambiente I e II; Atenção Integral, Educação e Gestão em Saúde I, II, III, IV, V, VI, VII, VIII; Linguagens e Tecnologias de Comunicação I, II, III e IV; Construção e Socialização do Conhecimento em Saúde I, II, III e IV; Fundamentos Históricos, Ético-Políticos e Sociais da Medicina I e II; Fundamentos de Saúde Mental I e II; Medicina de Família e Comunidade I; Medicina de Família e Comunidade II; Clínica Psiquiátrica e Cuidado em Saúde Mental I e II; Estágio Curricular Obrigatório em Medicina de Família e Comunidade; Estágio Curricular Obrigatório em Saúde Coletiva; Estágio Curricular Obrigatório em Saúde Mental; Prática Profissional e Trabalho em Saúde I, II, III, IV, V, VI, VII e VIII; Ética, Bioética e Saúde Pública; Habilidades Médicas 1; Infecção e Imunidade I; Medicina Comportamental I e II; Epidemiologia, Cuidado Integral à Saúde do Adulto e do Idoso I e II; Estágio Curricular Obrigatório em Saúde da Família.

As variáveis foram (i) ocupação ou profissão da mãe – profissional da área da saúde e profissional de área distinta da saúde –, capital cultural do discente – e ano do curso – primeiro, terceiro e quinto – alto, médio ou baixo; (ii) competências de exercício médico – competências técnico-procedimentais, competências sócio-humanistas e competências técnico-procedimentais e competências sócio-humanistas. As competências de exercício médico foram avaliadas a partir da disciplina indicada como mais importante para a formação médica, da disciplina ministrada pelo docente que mais os inspira na profissão médica e de fundamentos para formar médicos comprometidos com uma prática profissional que considera o bem-estar social, a justiça e a equidade como princípios orientadores da saúde, os quais foram avaliados através de questões, cujas respostas estão melhor representadas nos Gráficos 11, 12, 13, 14 e 15. Para a ocupação materna fora da área da saúde foi atribuído valor “0” e para a ocupação materna na área da saúde, valor “1”.

O capital cultural foi avaliado a partir da atribuição de valores “1” para cada um dos itens: “Visitou e/ou morou no exterior”; “Fluência em alguma língua estrangeira”; “Hábito de

ler livros não relacionados à Medicina”; “Possui parente ou conhecido de sua convivência que é médico(a) e exerce ou exerceu a profissão”. Nesse último caso, foram considerados também o pai ou a mãe, pontuando duas vezes, devido à possibilidade de maior influência. A soma dos valores poderia variar de “0” a “4”. A categorização dos dados se deu da seguinte forma: 0 e 1 – baixo capital cultural; 2 – médio capital cultural; e 3 e 4 – alto capital cultural.

Quanto às competências de exercício médico, fez-se da seguinte forma: (1) disciplinas consideradas mais importantes para a formação médica e aquelas ministradas pelo docente que os inspira, foram atribuídas as pontuações “0” para as disciplinas que valorizam a técnica procedimental e “1” para as disciplinas que valorizam as competências sócio-humanistas; (2) “0” para as repostas “discordo”, 1 para as respostas “nem concordo, nem discordo” e “2” para as respostas “concordo”, representadas nos Gráficos 11, 12, 13, 14 e 15. Dessa forma, somaram-se os valores dos ítems mencionados em (1) e em (2), os quais poderiam variar entre “0” e “15”, considerando as classificações: 0 a 4 – competências técnico-procedimentais; 5 a 10 – competências técnico-procedimentais e sócio-humanistas; 11 a 15 – competências sócio-humanistas.

A regressão logística multinomial foi realizada para analisar a influência das variáveis independentes (ano do curso, ocupação da mãe, capital cultural) na valorização das diferentes competências de exercício médico. Os passos da análise foram: (i) preparação dos dados com o carregamento do arquivo Excel contendo os dados de alunos de Medicina com informações sobre a profissão dos pais, ano do curso, capital cultural e as competências de exercício médico valorizadas. As variáveis categóricas foram codificadas para facilitar a análise estatística em “Ano do Curso”: 'Primeiro' (1), 'Terceiro' (3), 'Quinto' (5); “Ocupação da mãe”: 'Área da Saúde' (1), 'Não' (0); “Capital Cultural”: 'alto' (3), 'médio' (2), 'baixo' (1); “Competências Valorizadas”: 'Competências Sócio-Humanistas' (0), 'Competências Técnico-Procedimentais' (1), 'Ambas' (2)

Optei por uma regressão logística multinomial para entender como variáveis independentes (ano do curso, ocupação da mãe, capital cultural) influenciam a variável dependente (competências valorizadas), já que esse método estatístico é adequado para variáveis dependentes categóricas com mais de duas categorias, como é o caso das competências valorizadas. Para realizar as análises, utilizei as seguintes bibliotecas de Python; Regressão Logística Multinomial; *Software/Biblioteca Utilizada*: statsmodels; Função Específica: MNLogit (Multinomial Logit Model). Assim, a regressão foi realizada usando o método de Máxima Verossimilhança (MLE). Incluí um intercepto (constante) no modelo para capturar o efeito médio e analisei os coeficientes para cada categoria da variável dependente (competências valorizadas). Para competências técnico-procedimentais (valorizadas = 1) e

competências técnico-procedimentais e sócio-humanistas (valorizadas = 2), o modelo ajustou coeficientes para cada uma das variáveis independentes.

Na regressão logística multinomial, a fórmula estatística utilizada para modelar a relação entre uma variável dependente categórica com mais de duas categorias e um conjunto de variáveis independentes é baseada na função “logit generalizado”. A fórmula essencial pode ser descrita da seguinte forma: para uma variável dependente  $Y$  com  $K$  categorias (por exemplo,  $Y = 0, 1, 2, \dots, K - 1$ ), a regressão logística multinomial modela as probabilidades de cada categoria em relação a uma categoria de referência (geralmente, a última categoria  $K - 1$ ). A probabilidade de uma observação  $i$  pertencer à categoria  $j$  é dada pela fórmula:

$$P(Y_i = j) = \frac{\exp(\beta_{j0} + \beta_{j1}X_{i1} + \beta_{j2}X_{i2} + \dots + \beta_{jp}X_{ip})}{1 + \sum_{m=1}^{K-1} \exp(\beta_{m0} + \beta_{m1}X_{i1} + \beta_{m2}X_{i2} + \dots + \beta_{mp}X_{ip})}$$

Onde:

\*  $P(Y_i = j)$  é a probabilidade de que a observação  $i$  pertença à categoria  $j$ .

\*  $\beta_{j0}, \beta_{j1}, \beta_{j2}, \dots, \beta_{jp}$  são os coeficientes estimados para a categoria  $j$  e as variáveis

independentes  $X_{i1}, X_{i2}, \dots, X_{ip}$ .

e  $K$  é o número total de categorias da variável dependente.

Para a categoria de referência  $K - 1$ , a fórmula é simplificada e a probabilidade é:

$$P(Y_i = K - 1) = \frac{1}{1 + \sum_{m=1}^{K-1} \exp(\beta_{m1}X_{i1} + \beta_{m2}X_{i2} + \dots + \beta_{mp}X_{ip})}$$

Os coeficientes  $\beta_{jm}$  para cada categoria  $j$  (exceto a categoria de referência) representam o logaritmo da razão de chances (log-odds) de estar na categoria  $j$  em comparação com a categoria de referência.

$$\log \left( \frac{P(Y_i = j)}{P(Y_i = K - 1)} \right) = \beta_{j0} + \beta_{j1}X_{i1} + \beta_{j2}X_{i2} + \dots + \beta_{jp}X_{ip}$$

Cada coeficiente  $\beta_{jm}$  representa a mudança na log-odds de estar na categoria  $j$  versus a categoria de referência para uma unidade de mudança na variável independente  $X_m$ , mantendo todas as outras variáveis constantes.

Na Fadip, os valores de  $p$  foram observados para determinar a significância estatística de cada coeficiente. Foram obtidos os seguintes resultados:

- Competências técnico-procedimentais (valorizadas = 1)
  - ✓ Intercepto (const): não significativo ( $p = 0.833$ ).
  - ✓ Ano do curso (Ano:): não significativo ( $p = 0.653$ ).
  - ✓ Ocupação da mãe (área da saúde ou não): não significativo ( $p = 1.000$ ).
  - ✓ Capital cultural: Não significativo ( $p = 0.546$ ).
  
- Competências técnico-procedimentais e sócio-humanistas (valorizadas = 2):
  - ✓ Intercepto (const): não significativo ( $p = 0.895$ ).
  - ✓ Ano do curso (Ano:): significativo ( $p = 0.036$ ), indicando que o ano do curso tem um impacto na valorização das competências técnico-procedimentais e sócio-humanistas.
  - ✓ Ocupação da mãe (área da saúde ou não): não significativo ( $p = 0.850$ ).
  - ✓ Capital cultural: não significativo ( $p = 0.931$ ).

A variável “ano do curso” é a única que mostra um impacto significativo na valorização das competências técnico-procedimentais e sócio-humanistas. As outras variáveis (ocupação da mãe e capital cultural) não mostraram significância estatística no modelo. Isso sugere que o ano do curso influencia significativamente a valorização das competências técnico-procedimentais e sócio-humanistas entre os alunos de Medicina. O coeficiente positivo (1.3004) indica que, conforme os estudantes avançam nos anos de curso (do primeiro para o terceiro e do terceiro para o quinto ano), há uma maior probabilidade de valorizarem ambas as competências (técnico-procedimentais e sócio-humanistas), em comparação com apenas competências sócio-humanistas. No contexto da educação médica, os estudantes geralmente começam a ter mais contato prático e clínico a partir do terceiro ano, quando a combinação de habilidades técnicas e sócio-humanistas se torna crucial para o atendimento ao paciente. Conforme avançam, especialmente no quinto ano, os estudantes se aproximam da prática profissional, quando a integração das competências técnicas com uma abordagem sócio-humanista é cada vez mais

valorizada. Isso pode explicar por que o progresso nos anos de curso está associado a uma maior valorização dessas competências combinadas. Para confirmar os dados, realizei um Teste Qui-quadrado para verificar a associação entre o ano do curso e as competências valorizadas.

Os resultados do Teste Qui-quadrado estão no Quadro 4. Quanto à influência da variável “ano de curso” para a valorização de competências técnico-procedimentais e sócio-humanistas, o valor p ( $p = 0.0004$ ) é significativamente menor que o nível comum de significância de 0.05, indicando que há uma associação estatisticamente significativa entre o ano do curso e as competências de exercício médico valorizadas pelos estudantes. Isso significa que a valorização das diferentes competências (técnico-procedimentais, sócio-humanistas ou ambas) varia significativamente conforme o ano de curso dos estudantes de Medicina. Quanto à “ocupação materna”, o valor p (0.0011) é menor que o nível de significância de 0.05, indicando que há uma associação estatisticamente significativa entre a ocupação ou profissão da mãe (área da saúde ou não) e as competências de exercício médico valorizadas pelos estudantes. Para a influência de “capital cultural”, o valor p (0.0695) é maior que o nível de significância de 0.05, o que indica que não há uma associação estatisticamente significativa entre o capital cultural e as competências de exercício médico valorizadas pelos estudantes.

**Quadro 4** – Teste Qui-quadrado para as variáveis categóricas ocupação da mãe, gênero e raça

Variável	Estatística Qui-quadrado	p-valor	Graus de liberdade (df)
Ano de curso	20,32	0.0004	4
Ocupação da mãe	13.54	0.0011	2
Capital cultural	8.69	0.0695	4

Fonte: Elaboração própria (2024).

Na UFV, os valores de p foram observados para determinar a significância estatística de cada coeficiente. Foram obtidos os seguintes resultados:

- Competências Valorizadas = 1 (Competências técnico-procedimentais):
  - ✓ Os coeficientes para as variáveis independentes não são significativos (valores de  $p = 1.000$ ), indicando que o modelo não consegue detectar uma relação clara entre as variáveis independentes e essa categoria de competências valorizadas.

- Competências Valorizadas = 2 (Competências técnico-procedimentais e sócio-humanistas):
  - ✓ Intercepto (const):  $p = 0.070$  (próximo ao nível de significância de 0.05), o que sugere uma tendência de significância.
  - ✓ Ano ( $x_1$ ):  $p = 0.137$  (não significativo), indicando que o ano de curso, após normalização, não tem um impacto significativo neste modelo para esta categoria.
  - ✓ Ocupação da mãe ( $x_2$ ):  $p = 0.001$  (significativo), indicando que a ocupação da mãe tem um impacto significativo na valorização das competências técnico-procedimentais e sócio-humanistas.
  - ✓ Capital cultural ( $x_3$ ):  $p = 0.872$  (não significativo), sugerindo que o capital cultural não influencia significativamente esta categoria de competências valorizadas.

A ocupação materna continua a mostrar uma associação significativa com a valorização das competências, especificamente com a combinação de competências técnico-procedimentais e sócio-humanistas. As outras variáveis, “ano do curso” e “capital cultural”, não mostraram significância após a normalização. Para confrontar os dados, realizei um Teste Qui-quadrado para verificar a associação entre o ano do curso e as competências valorizadas. Os resultados do Teste Qui-quadrado estão no Quadro 5. Quanto à associação da variável “ano de curso” e opção por competências valorizadas, o valor  $p$  é maior que 0.05, indicando que não há uma associação estatisticamente significativa entre o ano do curso e as competências valorizadas. Na avaliação da relação entre a ocupação da mãe e competências valorizadas, obteve-se que o valor  $p$  é significativamente menor que 0.05, indicando que há uma associação estatisticamente significativa entre a ocupação da mãe e as competências valorizadas. A análise da associação entre o capital cultural e competências valorizadas identificou que o valor  $p$  é maior que 0.05, indicando que não há uma associação estatisticamente significativa entre o capital cultural e as competências valorizadas.

Esses resultados fornecem um contexto relevante para mais uma hipótese, uma vez que é possível sugerir que o grupo de estudantes mais propenso a conseguir inserção no mercado de trabalho na ocupação que considera ideal é composto predominantemente por homens brancos. A associação significativa da ocupação materna com as competências valorizadas pode influenciar as expectativas e a preparação dos estudantes para o mercado de trabalho, especialmente para aqueles que percebem uma trajetória mais alinhada com os modelos tradicionais de alta competitividade e prestígio, geralmente associados a homens brancos.

Assim, a ocupação da mãe, ao impactar a valorização de competências, pode também influenciar as percepções dos estudantes sobre suas perspectivas de inserção profissional ideal, sugerindo uma inter-relação entre as características familiares e as trajetórias profissionais almejadas.

**Quadro 5** – Teste Qui-quadrado para as variáveis categóricas ocupação da mãe, gênero e raça

Variável	Estatística Qui-quadrado	p-valor	Graus de liberdade (df)
Ano de curso	3.06	0.5482	4
Ocupação da mãe	20.52	0.000035	2
Capital cultural	8.46	0.0762	4

Fonte: Elaboração própria (2024).

#### **4.8 Influência do sexo, raça e capital econômico na inserção profissional ideal de estudantes de Medicina: análise das expectativas e realidades de mercado**

A terceira hipótese propõe que, se o curso de Medicina fosse concluído neste semestre, o grupo de estudantes mais propenso a conseguir inserção no mercado de trabalho na ocupação que considera ideal é composto predominantemente por homens brancos. Considera-se a situação em que os estudantes de Medicina estão prestes a se formar (ou concluiriam o curso neste semestre). A questão central é avaliar quais grupos de estudantes estão mais propensos a alcançar seu "ideal de inserção" no mercado de trabalho imediatamente após a formatura, o que representa o início da prática profissional na ocupação que os estudantes consideram ideal para si. A hipótese sugere que existe uma correspondência entre as aspirações dos estudantes e as oportunidades reais de emprego disponíveis para eles após a graduação. Pressupõe-se que discentes homens brancos com maior capital econômico correspondem ao grupo mais propenso a alcançar a inserção profissional ideal. Este grupo é identificado por duas características principais: gênero (masculino) e raça (branca). As variáveis foram (i) sexo do acadêmico – feminino ou masculino –, raça – branca, preta, parda – e capital econômico – baixo, médio e alto –; (ii) o ideal de inserção no mercado é o mesmo informado para o provável exercício profissional, caso o curso de Medicina fosse concluído ao final do semestre.

A hipótese baseia-se em uma análise dos dados que considera a comparação entre o que os estudantes definem como seu "ideal de inserção" e o que eles percebem como "inserção provável" no mercado de trabalho ao final do curso. A hipótese avalia se existe uma correspondência entre o ideal e o provável, especialmente para o grupo de homens brancos. A

declaração ou suposição testável que a pesquisadora propõe está fundamentada na teoria de Pierre Bourdieu (2012) sobre capital econômico e social. De acordo com Bourdieu (2012), aqueles com maior capital (econômico, cultural, social) tendem a ter melhor acesso a recursos e oportunidades, o que lhes permite alcançar posições mais desejáveis no mercado de trabalho.

Homens brancos, tradicionalmente, têm tido mais acesso a capital social e econômico e, portanto, têm uma vantagem na transição para o mercado de trabalho. A hipótese também pode estar considerando fatores como racismo estrutural e privilégios sistêmicos, em que homens brancos historicamente têm mais facilidade de acesso a posições de prestígio e oportunidades de carreira, incluindo o setor de saúde (Carvalho, 2023). O conceito de interseccionalidade de gênero, classe e raça de Crenshaw (1989) na análise desta hipótese revela como as interações entre essas categorias sociais influenciam nas oportunidades de inserção profissional para estudantes de Medicina. Mesmo em ambientes supostamente meritocráticos como o ensino superior e a profissão médica, preconceitos conscientes e inconscientes podem influenciar decisões de contratação e oportunidades de carreira, beneficiando homens brancos (Sassi et al., 2020).

Se a hipótese for confirmada, ela sugeriria que homens brancos, possivelmente devido a um maior capital econômico, social, ou devido a preconceitos sistemáticos no processo de contratação, são mais propensos a conseguir a ocupação que consideram ideal após a formatura. Se a hipótese for rejeitada, isso indicaria que outros fatores além de gênero e raça podem ser mais determinantes para a inserção profissional ideal, ou que as barreiras estruturais e preconceitos estão sendo superados, pelo menos em parte.

A preparação dos dados para análise envolveu o agrupamento de variáveis para configurarem o capital econômico, a fim de ser possibilitada a análise estatística. Foram atribuídos valores aos componentes do capital econômico (Bourdieu, 2007): “reside ou passa a maior parte do ano (mais de seis meses) em Ponte Nova/Viçosa” – “sim” (0), “não” (1); “família reside em Ponte Nova/Viçosa” – “sim (0), “não” (1); “região territorial de residência da família nuclear” – “Sudeste” (0), “Norte (2), “Nordeste” (2), “Sul (1), “Centro-Oeste” (1), “Fora do país” (3); “principal responsável financeiro pelo curso” – “próprio estudante” (2), “possui bolsa ou financiamento” (0), “pai” (1), “mãe” (1), “pais” (conjuntamente) (1), “outro parente” (1); “possui automóvel” – “sim” (1), “não” (0). A classificação, ao final do somatório dos valores atribuídos, correspondeu a: 0 a 2 – “baixo capital econômico”; 3 a 5 – “médio capital econômico”; 6 a 8 – “alto capital econômico”. Nenhum estudante (nem do sexo masculino, nem do sexo feminino) atingiu a classificação 6 a 8 – “alto capital econômico”.

O conjunto de dados foi filtrado para incluir apenas os estudantes que atendiam aos

critérios de ser masculino, branco e ter capital econômico médio. Após isso, foi feita a contagem de casos coincidentes, ao se verificar quantos indivíduos dentro deste grupo específico têm a mesma resposta para "ideal de inserção" e "inserção provável". Na sequência, procedeu-se ao cálculo da proporção: foi dividido o número de casos em que o "ideal de inserção" é igual à "inserção provável" pelo total de indivíduos no grupo filtrado. Após isso, fez-se o Teste Z de duas proporções.

Dados do grupo de estudantes de Medicina que são homens, brancos e possuem capital econômico médio, na Fadip:

- Total de indivíduos no grupo: 8
- Número de indivíduos em que o "ideal de inserção" é o mesmo que a "inserção provável": 5
- Proporção de coincidência entre "ideal de inserção" e "inserção provável": 62,5%

Para os homens brancos com capital econômico médio, aproximadamente 62,5% dos indivíduos têm o mesmo "ideal de inserção" e "inserção provável". Isso sugere que, para a maioria desse grupo, as aspirações (o que consideram como inserção ideal) estão alinhadas com o que eles acham que provavelmente ocorrerá após a conclusão do curso de Medicina. Para o grupo de estudantes de Medicina que são homens, brancos e possuem capital econômico médio, a análise realizada foi uma análise descritiva de proporções. Especificamente, foi calculada a proporção de indivíduos dentro deste grupo cujo "ideal de inserção" (a ocupação ou posição ideal após a formatura) é o mesmo que a "inserção provável" (a ocupação ou posição que eles consideram mais provável). Fez-se, ainda, a análise estatística inferencial (Teste Z de duas proporções) para comparar a proporção de coincidência entre "ideal de inserção" e "inserção provável" entre dois grupos:

- Grupo 1: Homens, brancos, com capital econômico médio.
- Grupo 2: Todos os outros (não homens brancos com capital econômico médio).

Os resultados corresponderam a:

- Proporção de coincidência no Grupo 2 (outros): 42,4%
- Estatística Z ( $z_{stat}$ ): 1.02

- Valor de p (p\_value): 0.307

A interpretação dos resultados, revelando a proporção de coincidência, é a seguinte: para o grupo de homens brancos com capital econômico médio (Grupo 1), a proporção foi de 62,5%; para o grupo que não corresponde a homens brancos com capital econômico médio (Grupo 2), a proporção foi de 42,4%. A estatística Z de 1.02 e o valor de p de 0.307 indicam que não há uma diferença estatisticamente significativa entre as duas proporções. Com um valor de p maior que 0.05, não rejeitamos a hipótese nula de que as proporções de coincidência entre "ideal de inserção" e "inserção provável" são iguais para os dois grupos.

Dados do grupo de estudantes de Medicina que são homens, brancos, e possuem capital econômico médio na UFV:

- Total de indivíduos no grupo: 6
- Número de indivíduos em que o "ideal de inserção" é o mesmo que a "inserção provável": 3
- Proporção de coincidência entre "ideal de inserção" e "inserção provável": 50%

Para este grupo específico, 50% dos indivíduos têm o mesmo "ideal de inserção" e "inserção provável". Isso significa que, para metade dos homens brancos com capital econômico médio, as aspirações para sua inserção profissional ideal estão alinhadas com o que eles consideram como a inserção mais provável após a formatura. Após obter esses dados, realizou-se o Teste Z. Para a análise estatística inferencial comparando a proporção de coincidência entre "ideal de inserção" e "inserção provável" entre dois grupos, realizamos um Teste Z de duas proporções:

- Grupo 1 (Homens, brancos, com capital econômico médio)
  - ✓ Total de indivíduos: 6
  - ✓ Número de coincidências ("ideal de inserção" = "inserção provável"): 3
- Grupo 2 (Todos os outros)
  - ✓ Total de indivíduos: 57
  - ✓ Número de coincidências ("ideal de inserção" = "inserção provável"): 12

- Estatística Z ( $z_{\text{stat}}$ ): 1.58
- Valor de p ( $p_{\text{value}}$ ): 0.113

A interpretação dos resultados revela que a estatística Z (1.58) sugere uma diferença entre as proporções dos dois grupos, mas não é extremamente alta. O valor de p é de 0.113 e, por ser maior do que o nível de significância comum de 0.05, indica que não há evidências estatisticamente significativas para rejeitar a hipótese nula de que as proporções de coincidência entre "ideal de inserção" e "inserção provável" são iguais entre os dois grupos. Dessa forma, embora o Grupo 1 (homens, brancos, com capital econômico médio) tenha uma proporção ligeiramente maior de coincidência entre "ideal de inserção" e "inserção provável" do que o Grupo 2 (todos os outros), a diferença não é estatisticamente significativa ao nível de significância de 0.05. Portanto, não podemos concluir que existe uma diferença real entre esses grupos com base nos dados disponíveis. Sendo assim, apesar da confirmação parcial da hipótese, os dados indicam a necessidade de uma análise mais aprofundada e de abordagens metodológicas que considerem uma maior diversidade de fatores que possam influenciar a transição dos estudantes de Medicina para o mercado de trabalho. Além disso, a ausência de diferenças estatisticamente significativas reforça a importância de investigar como barreiras estruturais e preconceitos podem estar sendo superados, pelo menos em parte, no contexto atual da inserção profissional na área médica.

#### **4.9 À guisa de conclusão**

As hipóteses testadas neste capítulo permitiram compreender melhor como as variáveis raça, sexo, capital econômico e cultural, bem como a ocupação dos pais, especialmente a materna, impactam as escolhas de especialidade médica e as preferências em relação ao modelo de atendimento, moldando as identidades dos graduandos de Medicina. Os resultados obtidos indicam que, de fato, há uma associação significativa entre a ocupação da mãe e as escolhas de especialidades médicas de alto ou baixo *status*, reforçando a importância da socialização primária e do capital cultural transmitido pela família na construção das trajetórias profissionais. Em contraste, a ocupação do pai e a raça dos estudantes não mostraram uma associação estatisticamente significativa com a escolha de especialidades, sugerindo que outros fatores podem ter um papel mais determinante nessas decisões. Observou-se que os filhos de

mães com ocupação “dona de casa” valorizam mais especialidades de “alto *status*”.

No que tange à valorização do modelo biomédico de atendimento, foi observado que, na instituição de ensino privada, o ano do curso de Medicina é uma variável significativa que influencia a valorização das competências técnico-procedimentais e sócio-humanistas. Isso sugere que o avanço no curso promove uma maior valorização de abordagens integradas, que combinam habilidades técnicas com uma perspectiva mais humanista e de cuidado contínuo. Além disso, a análise das expectativas e realidades de mercado profissional revelou que homens brancos com capital econômico médio têm uma ligeira vantagem na coincidência entre o "ideal de inserção" e a "inserção provável". No entanto, essa vantagem não é estatisticamente significativa, o que indica que as desigualdades de acesso ao mercado de trabalho podem estar sendo gradualmente reduzidas, embora ainda existam desafios a serem superados.

Os achados apontam para a necessidade de um enfoque educacional que valorize, além das competências técnicas, as socioemocionais e humanistas, de modo a formar médicos que detenham a técnica, a empatia e a compaixão e que sejam conscientes das desigualdades sociais que permeiam o campo da saúde. Essa formação integrada é essencial para responder aos desafios contemporâneos da saúde pública, como o envelhecimento populacional e o aumento das doenças crônicas, além de promover uma prática médica mais justa e equitativa. O estudo reforça, ainda, a importância de considerar as trajetórias pessoais e o lugar social atribuído aos indivíduos na análise das escolhas e oportunidades profissionais. Apesar das contribuições para o campo da Ciência, o estudo apresentou limitações, as quais consistem em: (i) amostra limitada, pois a pesquisa foi realizada apenas em duas IES, o que restringe a generalização dos resultados para outras faculdades de Medicina no Brasil; (ii) vieses, como deseabilidade social e percepções subjetivas dos participantes que podem ser introduzidos pelo uso de questionário autodeclarado; e (iii) ausência de determinação de causalidade, pois as análises estatísticas utilizadas identificam associações e podem não capturar todas as nuances das relações estudadas.

A continuidade deste trabalho, através de entrevistas semiestruturadas, permitirá uma compreensão mais profunda das motivações e influências sociais que moldam as identidades e escolhas dos futuros médicos, contribuindo para o desenvolvimento de estratégias educacionais e políticas de saúde mais inclusivas e equitativas. Além disso, as entrevistas em profundidade permitem explorar as motivações, percepções e experiências dos estudantes de forma detalhada, algo que questionários estruturados e autodeclarados não conseguem captar. Esse método qualitativo facilita a obtenção de informações relevantes para esta tese de doutoramento. Ele também possibilita o entendimento de pormenores, contradições e complexidades das escolhas

dos estudantes, oferecendo uma visão mais completa sobre o processo de formação da identidade profissional. Ademais, diferentemente dos questionários autodeclarados, as entrevistas em profundidade ajudam a minimizar os vieses de desejabilidade social, pois permitem uma interação mais direta e reflexiva entre o entrevistador e o entrevistado. A possibilidade de fazer perguntas exploratórias e de seguimento (*follow-up*) proporciona uma compreensão mais profunda das razões por trás das respostas iniciais dos participantes, reduzindo o impacto de respostas superficiais ou socialmente desejáveis. Ao adicionar uma abordagem qualitativa, as entrevistas em profundidade complementam os dados quantitativos, fornecendo uma base sólida para explicar as associações encontradas nas análises estatísticas iniciais. Elas permitem compreender as relações causais subjacentes e como os fatores sociais se inter-relacionam na construção das identidades profissionais, indo além de associações estatísticas para tratar de mecanismos causais e dinâmicos sociais.

## **5 CAPÍTULO 4: A FORMAÇÃO DA IDENTIDADE MÉDICA: análise qualitativa das entrevistas com estudantes de Medicina**

### **5.1 Introdução**

Neste capítulo, investigo como os fatores relacionados ao capital cultural e social dos estudantes de Medicina influenciam a construção de sua identidade profissional na graduação e identifico os principais desafios enfrentados por discentes de Medicina que pertencem a grupos minoritários em relação à identidade profissional. Essencialmente, o foco consiste em analisar como os fatores socioeconômicos e culturais afetam a compreensão do “ser médico” pelos graduandos de Medicina, com ênfase nas dificuldades vivenciadas por acadêmicos de grupos sub-representados. A perspectiva aqui, ao abordar os desafios específicos enfrentados durante a graduação e explorar como a interseccionalidade de gênero, classe social e raça influencia suas percepções sobre o papel profissional, é compreender as implicações dessas experiências na qualidade do atendimento prestado a pacientes de grupos minoritários e vulneráveis. A partir das entrevistas individuais gravadas e transcritas, interpreto os resultados à luz de teóricos das Ciências Sociais – Pierre Bourdieu (2007), Kimberlé Williams Crenshaw (1989) e Verena Stolcke (1991) – e discuto as implicações de suas teorias para a formação médica, destacando a importância dos fatores sociais na construção da identidade profissional. Ademais, neste capítulo, analiso as dimensões sociais que produzem a estratificação de especializações dentro do mundo da Medicina. A intenção é fornecer uma visão crítica e inclusiva sobre como as dinâmicas de poder e desigualdades sociais afetam tanto a identidade profissional dos futuros médicos quanto a equidade no cuidado de saúde.

### **5.2 Notas metodológicas sobre a análise das entrevistas realizadas com estudantes de Medicina da UFV e Fadip**

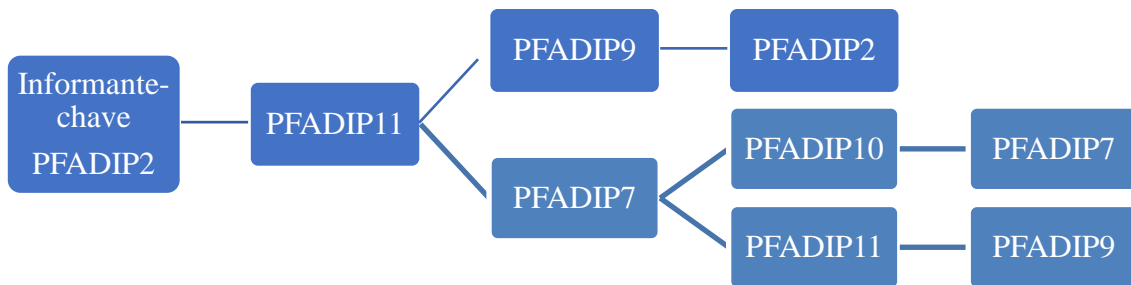
Para alcançar o objetivo proposto, fez-se necessária coleta de dados primários com os discentes de duas IES – UFV e Fadip –, através da realização de entrevistas semiestruturadas gravadas. Dessa forma, foi possível realizar uma exploração profunda e minuciosa, capturando a complexidade e a profundidade das experiências humanas, proporcionando uma base fundamentada para compreender as implicações dessas experiências na qualidade do atendimento prestado a pacientes de grupos minoritários e vulneráveis. Para isso, recorre-se aos dados coletados na primeira fase da pesquisa, através da aplicação de questionários, a fim de identificar e delinear perfis a partir de dois blocos de variáveis: (i) capitais e estilo de vida; (ii)

vivência, percepções, expectativas e valores. Esse perfilamento permitiu selecionar uma amostra de cinco alunos(as) do 1º ano, cinco graduandos(as) do 3º ano e cinco estudantes do 5º ano na Fadip, e uma amostra de cinco estudantes do 1º ano, quatro do 3º ano e quatro do 5º ano na UFV, para realização de entrevista qualitativa em profundidade, na segunda etapa da pesquisa empírica que embasa essa tese de doutoramento.

Quanto ao tamanho amostral – a quantidade de participantes que comporá o grupo de entrevistados –, é válido comentar que nem sempre o número de participantes pode ser previamente determinado (Çelik, 2020). Para a seleção dos entrevistados, recorreu-se ao método *snowball* ou “bola de neve”. A utilização do mencionado método de coleta de dados, a partir da indicação pelos estudantes de cada grupo de anos diferentes do curso (1º, 3º e 5º) daquele acadêmico que mais lhes parece ser “médico”, se justifica pelos seguintes motivos: (i) identificação de traços de comportamentos percebidos como médicos, entre pares, favorecendo o realce das percepções sobre quais características, comportamentos e atitudes são vistos como típicos de um profissional da Medicina e dos critérios implícitos de identidade profissional, auxiliando na identificação de quais atributos – como confiança, competência, empatia, postura ou habilidade técnica – são valorizados pelos estudantes e percebidos como representativos de uma identidade médica; (ii) refinamento da amostra com base em qualidades percebidas, auxiliando o enfoque naqueles indivíduos que são vistos por seus pares como exemplares ou representativos do que significa ser um médico em formação, além de possibilitar a coleta de um conjunto variado de experiências e perspectivas sobre como a identidade médica é desenvolvida e expressa ao longo da formação.

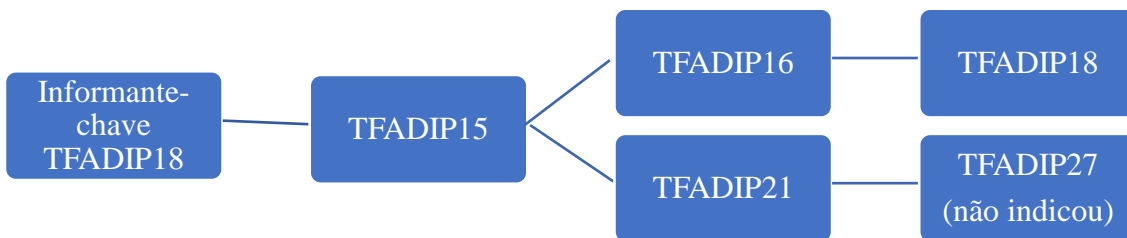
Ressalte-se que, inicialmente, a amostra de acadêmicos selecionados como informantes-chave se deu por meio da análise das respostas citadas no preenchimento do *survey* da primeira fase do estudo, aos temas “escolha pela Medicina”, “influência docente na Medicina”, “valores dos estudantes e compreensão do exercício da Medicina e das práticas em saúde” e “indicação de disciplina mais importante da Medicina”. Foram eleitos como informantes-chave, em cada um dos anos, nas duas IES, os discentes que responderam em conformidade com a maioria a cada uma das temáticas citadas anteriormente. Além disso, todos os 28 acadêmicos participantes da segunda fase do estudo informaram aceite e conformidade com a pesquisa, assinando o TCLE (Anexos 1, 2, 3 e 4). A fim de garantir o anonimato dos respondentes, foram-lhes atribuídos códigos gerados com a primeira letra – P, T, Q – correspondente ao ano de curso – primeiro, terceiro e quinto –, seguida da sigla da IES correspondente – Fadip e UFV – e o número indicativo da ordem de preenchimento do *survey*. A rede *snowball* encontra-se representada nas Figuras 1, 2, 3, 4, 5 e 6.

**Figura 1** – Rede *snowball* dos participantes do primeiro ano da Fadip



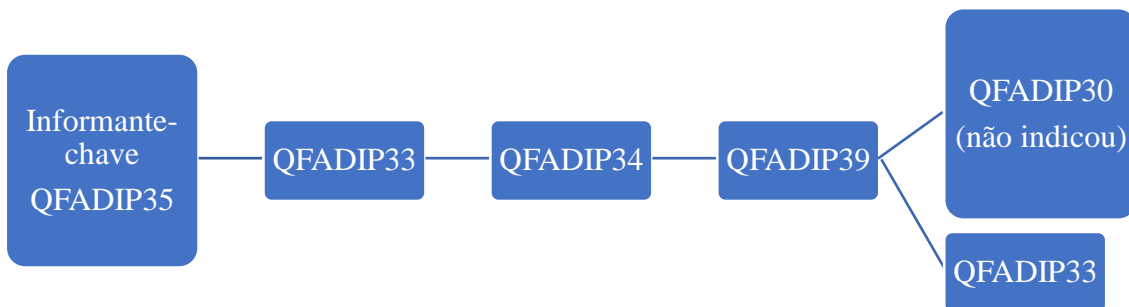
Fonte: Elaboração própria (2024).

**Figura 2** - Rede *snowball* dos participantes do terceiro ano da Fadip



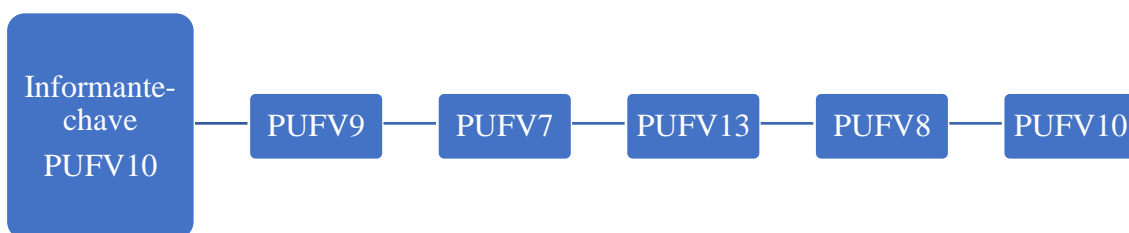
Fonte: Elaboração própria (2024).

**Figura 3** - Rede *snowball* dos participantes do quinto ano da Fadip



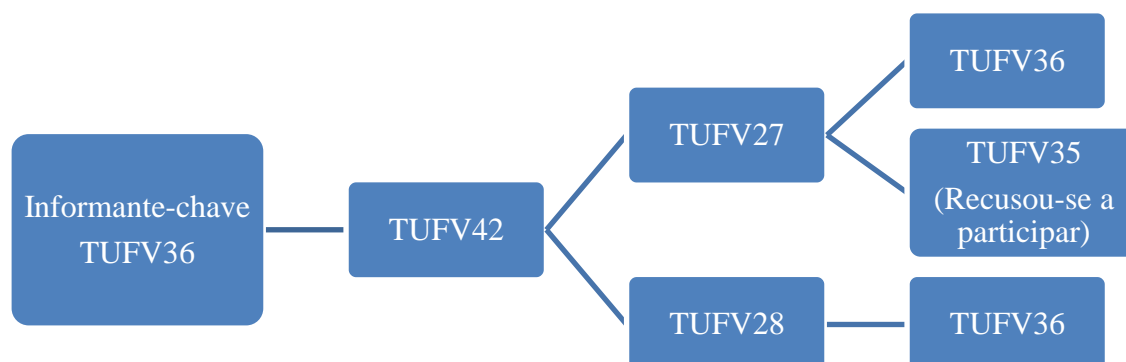
Fonte: Elaboração própria (2024).

**Figura 4** - Rede *snowball* dos participantes do primeiro ano da UFV



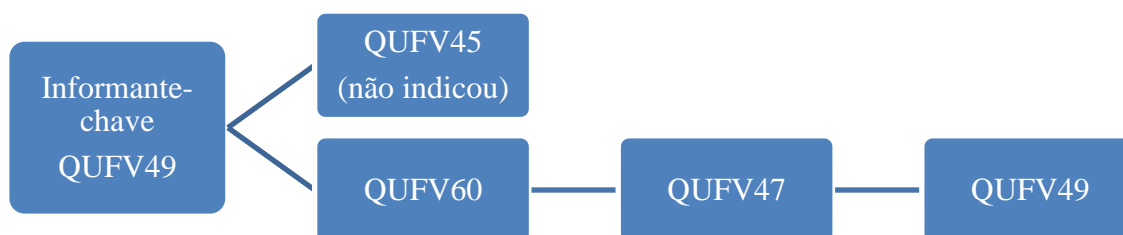
Fonte: Elaboração própria (2024).

**Figura 5** - Rede *snowball* dos participantes do terceiro ano da UFV



Fonte: Elaboração própria (2024).

**Figura 6** - Rede *snowball* dos participantes do quinto ano da UFV



Fonte: Elaboração própria (2024).

Foi feita uma coleta de dados por entrevistas individuais em profundidade, no período de dezembro de 2023 a janeiro de 2024, a fim de verificar as influências externas relacionadas à escolha pela Medicina, assim como o conjunto de valores, percepções, desejos e temores atribuídos à profissão, que influenciam, na escolha por uma especialidade, na relação com os colegas de profissão e com os pacientes, no comportamento ético e perante a ciência. Foram aplicados três roteiros de entrevista (Anexo 6), apropriados para os respectivos grupos de anos amostrais: 1º, 3º e 5º anos. As entrevistas foram previamente agendadas com os entrevistados, gravadas, através do gravador de voz digital Tascam, modelo DR-05X. Elas ocorreram em uma sala reservada da IES e não houve tempo preestabelecido para o participante responder as questões, podendo o mesmo falar livremente.

O ponto de saturação para esta pesquisa foi alcançado quando as entrevistas de estudantes de diferentes anos do curso de Medicina e pertencentes a vários grupos interseccionais (gênero, raça e classe social) não geraram novas inferências sobre os desafios enfrentados durante a graduação, a formação da identidade profissional ou as implicações

dessas experiências na qualidade do atendimento prestado a pacientes de grupos minoritários e vulneráveis. Além disso, a saturação também foi considerada, quando foram feitas indicações de acadêmicos que já haviam sido entrevistados. A amostra foi suficientemente diversificada e abrangente para garantir que todas as perspectivas e experiências fossem capturadas e compreendidas de forma robusta. Após a coleta das entrevistas, foi feita a transcrição das gravações, através do *software* Otter.ai, disponível em <https://otter.ai/>.

Para analisar qualitativamente as entrevistas transcritas, além das teorias de Pierre Bourdieu (2007) e Kimberlé Crenshaw (1989), também incluí as perspectivas de Verena Stolcke (1991) para compreender como as categorias sociais de raça, gênero e nacionalidade interagem e influenciam a formação da identidade profissional dos estudantes de Medicina. Utilizei a técnica de análise qualitativa Análise de Discurso Crítica (ADC), complementada pela Análise Temática (ATM). A escolha por essa técnica se justifica porque a ADC permite examinar como o discurso dos entrevistados reflete e é influenciado pelas estruturas sociais de poder, como classe, gênero e raça. Ela é especialmente útil para entender como a identidade profissional é influenciada por fatores socioeconômicos e culturais durante a formação médica, uma vez que considera as relações de poder e a reprodução de desigualdades nas práticas discursivas. Ademais, a ADC pode ser usada para explorar como o *habitus* e o capital cultural influenciam a identidade profissional dos estudantes de Medicina. A análise pode focar em como os estudantes discutem suas motivações e aspirações em relação à Medicina, revelando as interações entre seu *habitus* e o campo médico. Além disso, a ADC também permite investigar como as interseccionalidades de gênero, raça e classe social aparecem nos discursos dos estudantes e como essas identidades interagem para moldar suas experiências e desafios na formação médica. O *software* utilizado para ADC foi o “Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires” (IRaMuTeQ).

A ATM, por sua vez, foi escolhida para complementar a ADC porque permite identificar, organizar e interpretar padrões (temas) dentro dos dados. Ela oferece flexibilidade e uma abordagem sistemática para codificar e agrupar os principais tópicos emergentes das entrevistas, destacando as experiências e percepções dos estudantes de Medicina em relação à sua formação e identidade profissional. A ATM é particularmente útil para analisar como certos temas recorrentes, como as percepções sobre o papel do médico, a escolha de especialidades e os desafios enfrentados no contexto acadêmico, surgem nos discursos dos estudantes. Esses temas podem ser diretamente relacionados às categorias de análise propostas pelas teorias de Bourdieu, Crenshaw e Stolcke, proporcionando uma compreensão mais detalhada das interações entre os fatores sociais que moldam a trajetória formativa dos futuros médicos.

A análise envolveu as seguintes etapas: (i) familiarização com os dados, identificando padrões ou temas iniciais; (ii) codificação inicial, marcando frases ou parágrafos das entrevistas transcritas que se relacionassem com conceitos-chave das teorias de Bourdieu (como *habitus*, capital cultural e simbólico) e Crenshaw (interseccionalidade); (iii) desenvolvimento de temas, capturando padrões significativos nos dados – temas como "influência familiar na escolha da Medicina", "percepção do *status* profissional", "experiências de discriminação e desafios" e "capital cultural e social na formação" –; (iv) revisão e refinamento dos temas, eliminando redundâncias e combinando temas relacionados para criar uma narrativa coesa; (v) interpretação e discussão dos temas à luz das teorias de Bourdieu, Crenshaw e Stolcke; (vi) elaboração de conclusões sobre como os fatores socioeconômicos e culturais identificados nas entrevistas influenciam a formação da identidade profissional dos estudantes de Medicina, destacando as implicações para a prática médica e a educação médica. A matriz de análise qualitativa do texto das entrevistas gravadas encontra-se no Quadro 6. Os resultados das análises interpretativas também foram discutidos com dados secundários da literatura.

**Quadro 6 – Matriz de análise qualitativa das entrevistas gravadas**

Ano	Pergunta	Tema	Descrição	Referência teórica	Unidade de significado	Elementos discursivos	Temas identificados	Interpretação crítica	Implicações para a formação médica
1º, 3º e 5º	Explorar capital econômico e cultural e estilo de vida	Capital econômico e cultural	Identificação dos recursos financeiros e culturais do estudante	Pierre Bourdieu (2007)	Capital cultural e econômico impactam as expectativas de carreira	Termos relacionados ao capital e classe social	Capital econômico e suas implicações na escolha da especialização	Estudantes de origem mais privilegiada tendem a escolher especialidades de maior <i>status</i>	Impacto do capital econômico na inserção profissional e de escolha da especialização
1º, 3º e 5º	Processo de escolha e decisão pela Medicina	Escolha profissional	Motivações e influências para a escolha da carreira médica	Pierre Bourdieu (2007)	Influências familiares e sociais na escolha da carreira	Discursos de vocação e influência familiar	Motivações intrínsecas <i>versus</i> pressões familiares	Pressões sociais e familiares modulam a decisão de fazer Medicina	Implicações na satisfação e compromisso com a profissão médica
1º, 3º e 5º	Percepções e valores sobre o profissional de Medicina	Identidade profissional	Valores e percepções sobre a prática médica	Kimberlé Crenshaw (1989)	Concepções de “ser médico” como colaborador ou profissional técnico	Metáforas de cura e cuidado <i>versus</i> tecnicismo	Dissonância entre idealismo inicial e realismo prático adquirido	Transformações na identidade ao longo da formação médica	Reflexão sobre a prática médica humanizada <i>versus</i> modelo biomédico

3º	Vivências, experiências marcantes, mudanças na concepção de “ser médico”	Experiências de formação	Impacto das experiências ao longo do curso na construção da identidade	Pierre Bourdieu (2007), Verena Stolcke (1991)	Mudanças na percepção sobre a prática médica	Discursos de experiências práticas e choques de realidade	Experiências clínicas impactam concepções de empatia e técnica	Impacto da experiência na redefinição de identidades e valores	Implicações para o desenvolvimento de competências humanistas
5º	Explorar situação de comunicação e decisão ética	Competências de comunicação e ética	Situações que demandam habilidades comunicativas e éticas	Pierre Bourdieu (2007)	Desafios em comunicação ética e tomada de decisão	Discursos de dilemas éticos e comunicação intercultural	Competências de comunicação e resolução de conflitos éticos	Necessidade de habilidades de comunicação sensível em contextos	Impacto na qualidade do cuidado e na resolução de conflitos éticos

Fonte: Elaboração própria (2024).

### 5.3 Características demográficas dos participantes da entrevista

A Tabela 12 apresenta o perfil geral da amostra por participante da entrevista, considerando idade, sexo, raça, classe social e ano de curso. Participaram da entrevista gravada: 22 estudantes do sexo feminino e seis do sexo masculino; quatorze graduandos que se autodeclararam pardos, treze que se identificaram como brancos e uma como preta; 24 referiram ser da classe média, três disseram pertencer à classe baixa e uma informou compor a classe alta; e a faixa etária dos pesquisados variou de dezoito a 37 anos completos.

**Tabela 12** – Perfil geral dos participantes da entrevista, por IES

Características	Itens	Fadip		UFV		Total	
		f	%	f	%	f	%
<b>Idade</b>							
	18 a 24	9	60%	9	69,23%	18	64,28%
	25 a 31	5	33,33%	4	30,76%	9	32,14%
	32 a 37	1	6,66%	0	0%	1	3,57%
<b>Sexo</b>							
	Feminino	12	80%	10	76,92%	22	78,57%
	Masculino	3	20%	3	23,07%	6	21,42%
<b>Cor ou raça</b>							
	Branca	7	46,66%	6	46,15%	13	46,42%
	Parda	7	46,66%	7	53,84%	14	50%
	Preta	1	6,66%	0	0%	1	3,57%
<b>Classe social</b>							
	Baixa	1	6,66%	2	15,38%	3	10,71%
	Média	13	86,66%	11	84,61%	24	85,71%
	Alta	1	6,66%	0	0%	1	3,57%

Fonte: Elaboração própria (2024).

A análise do perfil dos entrevistados revela como a construção da identidade dos

estudantes de Medicina é influenciada por marcadores sociais de raça e gênero, determinantes sobre como são percebidos e como se percebem dentro do ambiente acadêmico e profissional. Essa construção identitária é frequentemente afetada por estruturas de poder e desigualdade, refletindo hierarquias sociais mais amplas. A colonialidade impõe um sistema de gênero que não reconhece a diversidade de experiências e identidades, especialmente entre aqueles que ocupam um "*locus fraturado*" – uma posição de resistência dentro das hierarquias coloniais de raça e gênero. Este conceito de "*locus fraturado*" pode ser utilizado para compreender como certos estudantes de Medicina, especialmente aqueles que pertencem a grupos historicamente marginalizados, se encontram numa posição de resistência ou desajuste dentro das normas impostas pelo sistema de educação médica, que muitas vezes é influenciado por uma lógica colonial de exclusão e hierarquização (Lugones, 2014).

Os estudantes pardos, por exemplo, representam um grupo cuja identidade é constantemente negociada entre o "não-branco" e o "não-negro", o que os coloca em uma posição ambígua e de resistência dentro do sistema médico. A questão fenotípica dos estudantes pardos vai além do tom de pele e do fenótipo, refletindo as intersecções de raça, classe e identidade que são características da colonialidade do ser e do saber (Lugones, 2014). A racialização na América Latina é fluida e depende de contextos sociais e econômicos, o que pode ser refletido nos relatos dos estudantes. Isso evidencia a ideia de que as identidades são construídas socialmente e estão sujeitas a reinterpretações constantes, dependendo do contexto geopolítico e cultural (Guimarães; Carnut; Mendes, 2022).

A posição intermediária que os pardos ocupam reflete a sofisticação implícita das classificações raciais no Brasil, onde a identidade racial é frequentemente negociada em um *continuum*, em vez de ser definida por categorias binárias rígidas. A figura do pardo é utilizada para demonstrar essa continuidade na classificação racial brasileira, mas é uma figura marcada por ambiguidades (Corrêa, 1996). A figura da parda é construída como um símbolo sexualizado e racializado que reflete o desejo do homem branco, enquanto a mulher preta, é frequentemente excluída desses ideais de feminilidade e beleza. Essa exclusão reforça uma hierarquia dentro das próprias classificações raciais e de gênero, onde a mulher preta é vista como "menos feminina" ou fora do padrão desejável de beleza socialmente construído (Corrêa, 1996).

As identidades raciais são construídas e perpetuadas a partir do racismo científico (Oliveira, 2001). Historicamente, essa categoria de racismo utilizou classificações para justificar a superioridade de certas raças sobre outras, o que gera impactos na maneira como as mulheres pretas e os estudantes pardos são percebidos no campo da Medicina e em outras áreas profissionais. As mulheres pretas enfrentam um racismo mais direto e visível, enquanto os

estudantes pardos são submetidos a uma forma de racismo mais velada, marcada por ambiguidades e negociações constantes de identidade.

Kimberlé Crenshaw (1989) discute a interseccionalidade e argumenta que as mulheres pretas enfrentam formas múltiplas e sobrepostas de discriminação, sendo frequentemente excluídas tanto dos discursos feministas dominantes quanto dos movimentos antirracistas. No contexto da educação médica, essa exclusão se manifesta na invisibilidade das experiências de mulheres pretas e outros grupos racializados dentro de uma estrutura curricular que favorece uma perspectiva eurocêntrica e masculina. Essa perspectiva tende a universalizar a experiência da "mulher" como sendo a da mulher branca, ignorando as particularidades e especificidades das mulheres negras e de outras minorias. Um complemento a essa crítica, a epistemologia insubmissa feminista negra decolonial, visa dismantelar as estruturas de conhecimento coloniais e patriarcais que historicamente marginalizam mulheres negras e outros grupos subalternos. No contexto da pesquisa empírica apresentada nesta tese, o fato de a maioria dos entrevistados se identificar como pardos indica uma tentativa de trazer essas vozes historicamente marginalizadas para o centro do debate sobre identidade profissional e formação médica. Essa inclusão é fundamental para desafiar as narrativas dominantes e promover uma educação médica que inclua perspectivas interseccionais e descoloniais (Figueiredo, 2020).

A concepção mencionada no parágrafo anterior dialoga com a epistemologia insubmissa feminista negra decolonial como uma abordagem promotora de uma epistemologia que reconheça e valorize o conhecimento produzido a partir da experiência vivida por esses grupos historicamente desfavorecidos (Figueiredo, 2020). Ademais, os graduandos de Medicina participantes da pesquisa que pertencem a grupos minoritários ou de classes menos privilegiadas trazem consigo experiências e perspectivas únicas que podem enriquecer o entendimento das iniquidades sociais em saúde. Como discutido no documento sobre a saúde da população negra no Brasil (Oliveira, 2001) e mais recentemente por Moura et al. (2020), há uma necessidade crítica de profissionais que possam compreender as singularidades da saúde de populações marginalizadas, o que requer uma formação robusta em competências sócio-humanistas, fundamentais para garantir uma prática de saúde que seja inclusiva e sensível às necessidades específicas desses grupos. A análise interseccional de identidade é uma abordagem teórica e metodológica essencial para atender a essa necessidade, pois permite compreender como diferentes categorias sociais, como raça, classe e gênero, interagem para criar experiências únicas de privilégio e opressão. No contexto da formação médica, essa análise é importante para entender como essas múltiplas dimensões de identidade influenciam a experiência dos estudantes de Medicina e, posteriormente, a prática médica.

A abordagem interseccional deve ir além da identidade individual, incluindo também as dimensões simbólica e estrutural da sociedade. Isso é especialmente relevante para a educação médica, pois permite uma compreensão mais aprofundada de como as estruturas institucionais e simbólicas do campo médico podem tanto reproduzir quanto desafiar desigualdades sociais. A importância da interseccionalidade na formação médica está, portanto, diretamente relacionada à necessidade de preparar futuros profissionais de saúde para oferecer um cuidado holístico, sensível e inclusivo, que considere as diferentes realidades sociais dos pacientes. Além disso, destaca a necessidade de uma formação médica que reconheça e responda a essas realidades diversificadas (Carvalho, 2020).

Da mesma forma, a competência cultural, que compreende habilidade de relação interpessoal essencial na formação médica, se beneficiaria de uma análise interseccional. Referindo-se à capacidade dos profissionais de saúde de compreender e responder de maneira eficaz às diferenças culturais dos pacientes, a competência cultural sem uma abordagem interseccional pode permanecer superficial, falhando em considerar como a raça, a classe e o gênero interagem para influenciar a saúde dos pacientes e as práticas médicas (Oliveira, 2001). O racismo científico, por sua vez, historicamente utilizou argumentos científicos para justificar a superioridade de certas raças sobre outras, afetando diretamente a percepção e o tratamento de pacientes e estudantes de minorias raciais. Uma análise interseccional de identidade coloca em evidência essas práticas racistas e fomenta a promoção de uma formação médica que seja verdadeiramente inclusiva e equitativa, capacitando futuros médicos a oferecerem cuidados que reconheçam e abordem as desigualdades estruturais que afetam a saúde dos pacientes. Além disso, a análise interseccional possibilita o entendimento de como as desigualdades estruturais afetam a formação médica. Isso inclui, por exemplo, como os estereótipos de gênero e raça influenciam as expectativas sobre os papéis dos estudantes e profissionais de saúde, e como essas expectativas podem limitar ou direcionar as oportunidades de aprendizado e desenvolvimento de carreira (Carvalho, 2020). Isto posto, a composição da amostra e os relatos dos estudantes entrevistados possibilitam analisar como as instituições de ensino médico lidam com a diversidade racial e de classe. Os relatos permitem identificar, também, se as experiências e identidades dos estudantes de grupos minoritários são frequentemente marginalizadas ou invisibilizadas e se há necessidade de incorporar uma perspectiva interseccional e decolonial na educação médica.

#### 5.4 Análise qualitativa e interpretação das entrevistas com discentes de Medicina

Os temas e padrões iniciais identificados apresentam diferentes subcategorias, as quais se encontram no Quadro 7. Para a ADC, quanto às competências de valorização profissional, expressas nas falas dos respondentes, foi verificado se eram voltadas ao modelo biomédico – flexneriano –, valorizando mais as competências técnico-científicas/procedimentais, ou se inclinadas ao modelo sócio-humanista. Recorreu-se, para essa categorização de competência, às referências de Bleakley, Bligh e Browne (2011) e de Flexner (1910). A análise das entrevistas foi orientada pela observação das inclinações dos discursos para competências técnico-científicas (biomédica, flexneriana, biologicista) ou sócio-humanistas, com o objetivo de revelar se há violência simbólica nas prioridades dos modelos de ensino médico. Essa abordagem busca entender como certos modelos de ensino são privilegiados em detrimento de outros, refletindo dinâmicas de poder dentro de uma sociedade capitalista, como é o caso brasileiro. Foram identificados frases ou parágrafos específicos que se relacionam com conceitos-chave das teorias de Pierre Bourdieu (2007), Kimberlé Williams Crenshaw (1989) e Verena Stolcke (1991), a fim de se observar a violência simbólica. Os seguintes conceitos (códigos) das teorias mencionadas foram obtidos implicitamente nas falas dos respondentes: (i) Bourdieu (2007) - HB (*habitus*); CC (capital cultural); CS (capital social); CS<sub>p</sub> (capital simbólico); (ii) Crenshaw (1989) - IN (interseccionalidade); IE (identidade e experiências de exclusão); e (iii) Stolcke (1991) - GN (gênero) e EX (exclusão).

A partir das entrevistas realizadas com estudantes de Medicina de diferentes anos de curso, nas duas IES, foram identificadas interseções de fatores socioeconômicos e culturais que influenciam a formação de sua identidade profissional. Utilizando a ADC e a ATM, discuto como essas influências interferem nas trajetórias educacionais e profissionais dos estudantes, destacando as dinâmicas de poder, as desigualdades sociais e a estratificação das especializações dentro do campo médico, nos seguintes tópicos: (i) influência do capital cultural e social na construção da identidade profissional médica; (ii) desafios na construção da identidade profissional para estudantes de grupos minoritários; (iii) impacto das dinâmicas de poder e desigualdades sociais na estratificação das especializações médicas.

**Quadro 7** – Organização do *corpus* de entrevistas por temas, expressões-chave e valorização de competências na formação médica

Temas	Subcategorias	N	Expressões	Competência	Código
Influência familiar na escolha de carreira e especialização	Influência materna	22	"apoio da mãe", "expectativas de sucesso" e "encorajamento para Medicina"	Sócio-humanista	HB, CS, GN
	Influência paterna e de outros familiares	10	"meu pai sempre quis", "influência do meu pai", "família de médicos", "meu primo fez Medicina"	Biomédico	HB, CC, GN
	Transmissão de valores e expectativas	17	"expectativas familiares", "valores da família", "escolha pela estabilidade", "carreira segura e de prestígio"	Misto	HB, CC, CSp,
Percepção do <i>status</i> e prestígio da Medicina	Prestígio de especializações	25	"Cirurgia é uma especialização de prestígio", "Cardiologia é muito valorizada", "especialidades de alto <i>status</i> ", "resolutividade"	Biomédico	CC, CSp, EX
	Reconhecimento social e capital simbólico	20	"profissão digna de respeito", "médico tem <i>status</i> ", "sociedade respeita o médico", "autonomia" e "autoridade"	Misto	CSp, CS
	Impacto das expectativas sociais	15	"pressão social para ser médico", "expectativas da sociedade", "Medicina como carreira respeitável"	Misto	HB, CSp, EX
Experiências de discriminação e preconceito	Discriminação de gênero	20	"sexismo na Medicina", "tratamento diferenciado para mulheres", "preconceito de gênero" e "exclusão de oportunidades"	Sócio-humanista	IN, IE, GN, EX
	Discriminação racial	18	"racismo estrutural", "microagressões", "exclusão social de estudantes pretos"	Sócio-humanista	IN, IE, EX
	Desigualdade	15	"dificuldades financeiras", "acesso limitado a recursos",	Sócio-	IE, CS, EX

	socioeconômica		"oportunidades desiguais"	humanista	
Barreiras e desafios durante a graduação	Barreiras acadêmicas	18	"dificuldades com o currículo", "lacunas no preparo educacional", "falta de recursos acadêmicos"	Biomédico	CC, HB, EX
	Desafios emocionais e psicológicos	14	"impacto emocional da formação", "pressão psicológica", "ambiente educacional competitivo"	Sócio-humanista	IE, CS, EX
	Lacunas em apoio institucional	12	"falta de suporte da faculdade", "políticas insuficientes para minorias", "necessidade de mais apoio"	Sócio-humanista	IE, CS, EX
Construção da identidade profissional	Desenvolvimento de competências e valores profissionais	16	"aprender a se comunicar", "fazer com que o paciente acredite em você", "desenvolvimento de empatia", "ética médica", "responsabilidade profissional"	Sócio-humanista	CS, HB, GN
	Influência de experiências interseccionais	15	"experiências diferentes por ser mulher", "o curso é integral e a despesa é grande"	Sócio-humanista	IN, IE, GN
	Adaptação e resiliência	10	"adaptação às expectativas", "resiliência frente a desafios", "superando barreiras"	Misto	IE, HB, EX

Fonte: Elaboração própria (2024).

Obs.: "N" se refere à frequência absoluta de menções nas entrevistas transcritas. Siglas: HB (*habitus*); CC (capital cultural); CS (capital social); CSp (capital simbólico); IN (interseccionalidade); IE (identidade e experiências de exclusão); GN (gênero); EX (exclusão).

## 5.5 Influência do capital cultural e social na construção da identidade profissional médica

O capital cultural e o capital social influenciam a construção da identidade profissional dos estudantes de Medicina (Cunha et al., 2023). As diferentes formas de capital afetam as aspirações, as escolhas para a especialização, a percepção de sucesso na profissão médica e a confiança dos estudantes em sua prática profissional (Ribeiro, 2018). Conforme Bourdieu (2012), pode-se afirmar que o *habitus* adquirido por um indivíduo, enquanto herdeiro de um determinado capital cultural, simbólico ou econômico, pode alterar sua percepção e suas práticas de tal forma que ele se torna uma extensão da própria herança que recebeu. Nessa perspectiva, o herdeiro internaliza as disposições, normas e valores associados ao seu contexto de origem, adaptando-se completamente às expectativas de preservação e ampliação desse capital herdado. Conseqüentemente, suas ações e expressões são sempre alinhadas com os interesses da continuidade da herança, impossibilitando-o de manifestar qualquer vontade ou comportamento que possa contrariar as exigências e os imperativos ditados por esse legado (Bourdieu, 2012). A perspectiva mencionada de Bourdieu dialoga com os dados da avaliação da primeira e da segunda fase da pesquisa empírica, na qual um dos temas centrais emergentes das entrevistas foi a influência familiar, especialmente materna, na escolha da carreira médica. Muitos graduandos relataram que a decisão de ingressarem na Medicina foi incentivada por suas mães, que frequentemente viam a profissão médica como uma carreira de prestígio e segurança econômica. Essa influência é consistente com o conceito de "capital cultural" de Pierre Bourdieu (2007), em que a socialização em ambientes familiares que valorizam a Medicina leva à internalização de disposições que favorecem essa escolha profissional, como se observa nos discursos:

A princípio foi uma questão familiar, de influência familiar. No início, eu queria o curso de Direito porque uma prima muito próxima minha, quando eu era pequena, ia fazer Direito e, por isso aí, eu queria também, mas nada que fosse do meu desejo mesmo. Aí eu fui crescendo e fui vendo que os meus familiares, a maioria é de médicos. Minha irmã também formou em Medicina e isso foi me despertando interesse. Por isso, eu decidi que queria também. (Entrevistada PFADIP9, mulher, parda, 18 anos)

Minha mãe ficava falando na minha cabeça: "Vai embora, vai fazer enquanto é tempo. Vai embora daqui e nós te ajudaremos." Aí teve um dia, no serviço, do nada, eu falei assim: "Ah! eu vou embora. Vou começar Medicina." (Entrevistada PFADIP7, mulher, parda, 23 anos)

Essas falas revelam uma construção discursiva na qual a influência materna é atrelada ao papel de cuidadora e promotora do desenvolvimento pessoal e profissional dos filhos. Sob a

perspectiva das teorias de Verena Stolcke (1991), essa persuasão pode ser entendida como uma extensão das normas sociais de gênero que atribuem às mulheres, especialmente às mães, a responsabilidade de garantir o bem-estar e o sucesso de seus filhos. Stolcke (1991) argumenta que os papéis de gênero são culturalmente construídos e reforçados, influenciando diretamente as decisões e trajetórias de vida, inclusive nas escolhas profissionais. A pressão exercida por algumas mães para que suas filhas sigam a carreira médica pode ser interpretada como uma tentativa de superar as restrições históricas impostas às mulheres, utilizando a educação e a profissionalização como meios de mobilidade social e empoderamento. A influência materna é frequentemente articulada em termos de projeções de sucesso profissional. Um exemplo claro disso é o relato de uma estudante da UFV, cuja mãe demonstrou grande entusiasmo pela sua escolha de cursar Medicina, especialmente porque já havia uma irmã se formando na mesma área, sugerindo uma continuidade ou um "legado" familiar na Medicina.

Minha mãe ficou superempolgada com a minha decisão porque ela já estava com a filha quase formando em Medicina, que é a minha irmã, e ela ia ter duas médicas. Mas eu acho que para todo familiar, quando a gente toma essa decisão, fica orgulhoso e incentiva muito. (Entrevistada PUFV8, mulher, branca, 19 anos)

As entrevistas indicam que, por outro lado, a influência paterna não é tão relevante nesse caso, pois, mesmo na ausência de um incentivo paterno direto, persiste um "desejo internalizado" de se tornar médico, o que pode ser visto como um reflexo da socialização e das expectativas sociais que cercam a profissão médica. A situação mencionada pôde ser verificada neste relato:

Meu pai sempre me colocou em escola agrícola. Eu percebi que eu gosto do interior, mas não queria aquilo para mim. E percebi uma afinidade com a área da saúde. [...] Quando eu formei (em Enfermagem), tentei atuar na área, mas pela dificuldade de inserir no mercado de trabalho, as questões políticas também e principalmente a desvalorização, sabe? [...] Na Enfermagem, o profissional dorme em um colchão, em qualquer canto de almoxarifado. [...] Decidi fazer o vestibular da Fadip. (Entrevistado QFADIP30, mulher, branca, 29 anos)

As influências e expectativas identificadas devem, entretanto, ser analisadas criticamente à luz das discussões de Stolcke (1991) sobre como as identidades e os papéis de gênero são ajustados pelas exigências do sistema capitalista, em que o sucesso profissional é frequentemente associado ao *status* e à segurança financeira que uma carreira de prestígio, como a Medicina, pode proporcionar. Essa crítica nos leva a questionar se o incentivo materno representa um apoio genuíno ou uma internalização das pressões sociais para alcançar uma estabilidade econômica e social. A ADC sugere que, embora a influência materna na escolha

pela Medicina seja significativa, ela não ocorre de forma isolada, como em um vácuo, blindada de outras afetações. Portanto, a escolha pela Medicina deve ser vista como uma resposta às construções sociais mais amplas que definem o que constitui sucesso e realização pessoal e profissional, como foi relatado na seguinte fala: “Minha escolha pela medicina está relacionada à vontade de ajudar as pessoas e contribuir para a saúde das pessoas. Não houve um evento específico, mas uma inclinação natural” (Entrevistado PUFV9, homem, pardo, 20 anos).

O discurso do entrevistado PUFV9 representa uma visão idealizada e, ao mesmo tempo, prática do graduando de Medicina sobre sua futura profissão. Esse dado dialoga com o estudo de Kamijo et al. (2021), que investigou as motivações para a escolha de Medicina, identificando que 98,38% dos participantes referiram ter ingressado em Medicina, devido ao fato de ser um meio para ser útil ou ajudar pessoas, indicando que o altruísmo continua sendo um fator motivador significativo para muitos. Esse desejo de ajudar reflete uma motivação humanista, que se alinha com os ideais de cuidado e serviço comunitário tradicionalmente associados à profissão médica. No entanto, o mesmo trabalho de Kamijo et al. (2021) apresenta dados que também revelam uma preocupação crescente com aspectos mais pragmáticos, como a estabilidade financeira (59,42%) e a realização pessoal (58,77%). Essa combinação de motivações sugere que, embora muitos estudantes ingressem na Medicina com intenções altruístas, eles também são influenciados pelas realidades econômicas e pela busca de satisfação pessoal. Ademais, essas motivações podem mudar ao longo do curso, especialmente durante o internato, quando o contato mais próximo com a prática médica e as pressões do mercado de trabalho podem levar a uma diminuição da ênfase no altruísmo e um aumento da preocupação com a segurança financeira e a realização profissional (Kamijo et al., 2021).

Na pesquisa empírica desta tese, a segunda motivação mencionada para realizar Medicina foi a percepção do prestígio e do *status* social associados à profissão médica. Muitos estudantes expressaram que a Medicina é considerada uma profissão "digna de respeito" e "colocada em um pedestal" pela sociedade. A percepção dos estudantes sobre o prestígio da Medicina reflete a posse de capital simbólico, que é valorizado na sociedade e dentro do campo médico, como se observa em:

O médico tem respeito pela sociedade. A sociedade coloca o médico no pedestal.  
(Entrevistada PFADIP9, mulher, parda, 18 anos)

Na verdade, quando alguém vê um médico, já até abre a boca para falar: “Ela é médica; ele é médico!”. Tem um respeito muito grande pela Medicina. E eu acho bonito! (Entrevistada PUFV7, mulher, parda, 18 anos)

A percepção de prestígio associada à profissão médica pode variar com base nas identidades interseccionais dos estudantes. Por exemplo, o *status* de um médico pode ser percebido de forma diferente se ele for uma mulher preta *versus* um homem branco. Este suporte pode ser visto, ainda, como uma estratégia para enfrentar as múltiplas formas de opressão que esses estudantes enfrentam, incluindo racismo e sexismo, buscando alcançar uma mobilidade social ascendente através de uma profissão de prestígio. Por exemplo, estudantes da Fadip e da UFV mencionaram que suas mães foram as principais incentivadoras para ingressarem na Medicina, muitas vezes em busca de garantir um futuro financeiramente estável e socialmente respeitado para seus filhos. Essa escolha pode ser interpretada, segundo a perspectiva interseccional de Crenshaw (1989), como uma forma de resistência às narrativas raciais e de gênero que marginalizam as populações pretas e pardas no Brasil. As mães, ao incentivarem seus filhos a seguirem a Medicina, estão, de certa forma, desafiando as estruturas que tentam manter essas famílias em posições de vulnerabilidade social, afetando também a saúde desse grupo populacional. Além disso, o texto "A saúde da população negra" (Oliveira, 2001) complementa essa análise ao discutir como as desigualdades raciais afetam o acesso e a qualidade da saúde para populações negras no Brasil.

A escolha pela Medicina por parte de estudantes pretos e pardos também pode ser entendida como uma tentativa de subverter as disparidades no acesso a cuidados de saúde, representando também um desejo de transformar as estruturas de poder que governam a saúde pública no país. Essas falas refletem um reconhecimento crítico das desigualdades sistêmicas no acesso à educação médica e nos cuidados de saúde e ilustram o desejo dos estudantes de usar suas posições futuras para promover mudanças dentro do sistema de saúde brasileiro, como exemplificado pelos seguintes relatos:

Eu acho legal tentar ajudar as pessoas da forma que a gente consegue, independente da área escolhida, mas eu acho muito bonito fazer Medicina. (Entrevistada PFADIP9, mulher, parda, 18 anos)

A Medicina que eu quero fazer é uma Medicina de verdade, que valoriza o outro. É algo muito bom. Aquilo que dá um propósito para a minha vida. (Entrevistada TFADIP18, mulher, branca, 20 anos)

Acho que a primeira vontade foi alguma forma de fazer alguma coisa pelos outros [...] A capacidade de ajudar mesmo as pessoas. As possibilidades que a gente tem nas nossas mãos à disposição para poder ajudar os outros. (Entrevistado TFADIP16, homem, branco, 28 anos)

A visão da Medicina como uma profissão de alto *status* pode ser reforçada por narrativas que promovem a excelência técnica e científica como símbolos de progresso e modernidade,

muitas vezes excluindo ou marginalizando identidades raciais e de gênero que não se encaixam nesses ideais. Além disso, graduandos fizeram menção ao desejo de serem médicos pela possibilidade de terem autonomia e autoridade, com um papel significativo na sociedade, especialmente na tomada de decisões que afetam diretamente a vida das pessoas:

[...] o médico, através do atestado, consegue fazer relatos sobre quem está doente e impossibilitado de realizar atividades laborativas. (Entrevistada TFADIP21, mulher, branca, 21 anos)

[...] o profissional médico está à frente realmente das decisões... A autonomia é diferente das outras áreas da saúde. (Entrevistada QUFV49, mulher, parda, 24 anos)

Na minha opinião, como a sociedade enxerga o profissional de Medicina? Ah! Eu acho que como um Deus. (Entrevistada PUFV7, mulher, parda, 18 anos)

Eu acho que a sociedade vê o médico como alguém que tem *status*. [...] Você tem que lidar com a vida de alguém como se fosse a sua. Por isso, há uma remuneração alta, o que difere a Medicina das outras profissões de saúde pelo *status* de poder salvar a vida do outro. (Entrevistada TFADIP18, mulher, branca, 20 anos)

Essa fala sublinha a percepção de que a autonomia do médico é uma das principais diferenças que torna a profissão única em comparação com outras áreas da saúde, e que essa autonomia é uma das razões para a escolha pela carreira médica. A discussão sobre o conceito de autoridade e autonomia na prática médica, considerando as falas dos estudantes, pode ser aprofundada pelas reflexões apresentadas por Oliveira e Cupertino (2020) e por Azeredo e Schraiber (2021) sobre a humanização em saúde. A humanização na Medicina, fundamentada pela Política Nacional de Humanização e as DCN, orienta práticas de cuidado integral baseadas em ética e empatia. O objetivo é equilibrar avanços tecnológicos com valores humanísticos, promovendo uma relação médico-paciente baseada em confiança mútua, em vez de autoridade coercitiva. O ensino-serviço reforça essa formação humanizada ao inserir estudantes na comunidade, desenvolvendo habilidades que valorizam o respeito pela autonomia e a ética no cuidado (Oliveira; Cupertino, 2020). Assim, o poder e a autoridade no campo da saúde não devem ser confundidos com violência, mas sim como uma relação assimétrica que pode ser legitimada pela confiança e pelo reconhecimento mútuo entre médico e paciente. A autoridade médica, historicamente, foi construída a partir da eficácia de sua prática e da qualidade dos vínculos de confiança estabelecidos com os pacientes. No entanto, no contexto contemporâneo da Medicina tecnológica, essa autoridade é frequentemente desafiada pela dependência crescente de aparatos tecnológicos e pela diminuição do controle dos médicos sobre o fluxo de pessoas acompanhadas em saúde e os meios de produção de seu trabalho (Azeredo; Schraiber, 2021).

No entanto, Azeredo e Schraiber (2021) alertam também para o perigo de se confundir autoridade com um exercício de poder coercitivo ou de violência. Quando a autoridade do médico é percebida como algo que deve ser mantido a qualquer custo, sem considerar a autonomia e a participação ativa dos pacientes, a prática médica pode facilmente deslizar para o autoritarismo e a desumanização. A autoridade, nesse sentido, deve ser vista não como um poder unilateral, mas como um reconhecimento mútuo das competências e saberes tanto do médico quanto do paciente. Os estudantes, ao discutirem suas percepções sobre autoridade e autonomia, revelaram uma tensão entre o desejo de manter a autoridade profissional e a necessidade de humanização da prática médica, que exige uma maior sensibilidade às necessidades e perspectivas dos pacientes. Essa tensão é um reflexo da crise contemporânea da autoridade médica, em meio à qual os profissionais de saúde são desafiados a equilibrar suas responsabilidades técnicas com a necessidade de uma prática mais empática e centrada no paciente, o que pode ser obtido a partir da tutoria (Chaves et al., 2014; Batistella et al., 2023).

Nas transcrições das entrevistas, verificou-se que os acadêmicos expressaram sua percepção de que há professores que transmitem uma imagem de ser "realmente médico" não apenas por seus conhecimentos, mas também pela maneira como se comportam e falam. Entretanto, os discentes entrevistados valorizaram as características de segurança e domínio sobre o raciocínio clínico apresentadas pelos professores. Um exemplo disso é o relato sobre o professor de Anatomia, que, com sua postura confiante e seu domínio do conteúdo, causa nos alunos a sensação de estar diante de um médico verdadeiro, refletindo uma compreensão de condução do processo saúde-doença, com um raciocínio clínico "efeito dominó" de confiança e segurança admirado pelos estudantes:

Alguém que você olha e fala assim: “Cara, esse cara sempre foi médico! [...] Ele tem muita segurança e experiência prática que vai além do que está nos livros. [...] Ele tem o domínio da situação. Ele não se desespera. Quando a situação foge do controle, como quando o paciente complica, ele sabe que aquilo era esperado e, podendo a complicação acontecer, isso não o comprometerá. Após um plantão de urgência e emergência, ainda que ocorra óbito, ele vai se alimentar e continuar vivendo normalmente sem que aquilo o impacte.” (Entrevistada TFADIP21, mulher, branca, 20 anos)

Observa-se, nesse discurso, uma valorização do modelo cartesiano de raciocínio clínico, o qual consiste em uma abordagem de pensamento que se baseia no dualismo mente-corpo e no método analítico, conforme estabelecido por René Descartes (1991). No contexto do raciocínio clínico, o paradigma cartesiano enfoca a identificação de causas específicas e efeitos diretos para as doenças e condições de saúde, seguindo uma lógica linear de diagnóstico e tratamento,

com a perspectiva de mecanização do corpo. As principais características do modelo cartesiano de raciocínio clínico incluem a compreensão das doenças, a partir do reducionismo dos seus componentes biológicos básicos, focando principalmente nos aspectos fisiopatológicos e moleculares. A ênfase é na identificação de uma causa singular e específica para cada sintoma ou condição de saúde, que deve ser abordada diretamente para eliminar a doença. Além disso, há uma divisão clara entre o corpo físico e os aspectos emocionais ou psicológicos do paciente, que muitas vezes são considerados secundários no processo de diagnóstico e tratamento. Isso, porque o modelo privilegia intervenções clínicas, como medicamentos e procedimentos cirúrgicos, que atuam diretamente sobre o corpo, ao invés de considerar fatores sociais, emocionais ou ambientais. Valoriza-se, ainda, a abordagem individualista, pois foca no tratamento do indivíduo, sem levar em conta os determinantes sociais mais amplos da saúde ou o contexto em que o paciente vive, o que é característico do modelo de atenção à saúde flexneriano (Barbosa, 1995).

### **5.6 Desafios para estudantes de grupos minoritários na construção da identidade profissional**

Os graduandos de Medicina filhos de mães com ocupação distinta da área da saúde tendem a se adaptar e a valorizar o paradigma cartesiano, porque frequentemente têm acesso a recursos educacionais, culturais e financeiros que reforçam uma visão de mundo que valoriza o conhecimento técnico, especializado e orientado pela lógica do mercado. Eles são expostos a um ambiente que valoriza a prática biomédica capitalista, que se alinha com o modelo cartesiano. Além disso, podem ter mais incentivo para manter o *status quo* das práticas médicas dominantes, que são historicamente influenciadas por uma abordagem biomédica e reducionista. Este alinhamento pode ser visto como uma continuação da hierarquia social que benseficia os mais privilegiados, inclusive em termos de acesso a especializações mais lucrativas dentro da Medicina. Para esses estudantes, o modelo biomédico também oferece um caminho claro para o sucesso profissional e financeiro dentro do sistema de saúde atual, que recompensa mais procedimentos e intervenções que podem ser facilmente quantificados e faturados (Barros, 2002). Observa-se isso nestas falas:

O reconhecimento que a sociedade dá para o profissional médico sobe à cabeça e, sem alinhar o conhecimento técnico-científico e a persuasão do paciente, você vai estar sendo uma pessoa péssima e um profissional péssimo. (Entrevistado TUFV36, homem, branco, 25 anos)

Os pontos positivos seriam a remuneração, a ajuda ao próximo e a aquisição de

conhecimento. Os pontos negativos seriam a exposição a riscos e a falta de qualidade de vida porque o médico tem de estar sempre ao telefone e disponível. Minha mãe sempre telefonava para o meu pediatra. Às vezes, no final de semana e no feriado. (Entrevistada TFADIP18, mulher, branca, 20 anos)

Além do prazer de estar ajudando outras pessoas, tem a questão financeira também, que é privilegiada, porque médico ganha muito bem. Minha mãe é contadora e ela me fala o quanto que médico ganha. (Entrevistado TFADIP16, homem, branco, 28 anos)

A escolha pela Medicina está relacionada à paixão por ciências biológicas e ao desejo de impactar positivamente a vida das pessoas. Não houve um evento específico, mas uma inclinação natural. (Entrevistada PUFV10, mulher, parda, 21 anos)

A visão do discente TUFV36 reforça a ideia de que graduandos cuja ocupação materna é distinta da área da saúde tendem a valorizar uma abordagem técnica e de *status*, alinhando-se ao paradigma cartesiano e à prática biomédica capitalista, conforme discutido anteriormente. Embora Marx e Engels (1978) não tenham discutido diretamente o papel específico das mulheres, especialmente das mães, na manutenção da ideologia capitalista, a teoria da reprodução social fornece uma base para entender como as mulheres contribuem para perpetuar as condições capitalistas. No contexto familiar, as mulheres, particularmente em seus papéis como mães, desempenham uma função central na educação e socialização dos filhos, inculcando valores, normas e comportamentos que são compatíveis com a lógica do mercado capitalista. A família é vista por Marx e Engels (1978, 1984) como uma unidade fundamental na sociedade capitalista para a reprodução das relações sociais de produção. As mulheres, e especialmente as mães, são frequentemente responsáveis por transmitir aos filhos os valores dominantes, como a importância do trabalho, o respeito à propriedade privada e a busca de sucesso financeiro e social. Este processo de socialização doméstica é essencial para a reprodução da força de trabalho e, por conseguinte, para a continuidade do sistema capitalista.

Teóricas feministas marxistas, como Silvia Federici (2004) e Lise Vogel (2013), ampliaram essa perspectiva ao explorar como o trabalho doméstico e de cuidado realizado por mulheres é uma parte estruturante do funcionamento do capitalismo. Federici (2004), por exemplo, argumenta que o trabalho não remunerado das mulheres – incluindo a criação e educação dos filhos – é vital para a reprodução da força de trabalho. Nesse contexto, as mães não apenas cuidam das necessidades físicas de seus filhos, mas também inculcam neles os valores e crenças que os prepararão para se integrar e funcionar dentro da sociedade capitalista. Além disso, é comum que mães que não são da área da saúde valorizem competências técnico-procedimentais e o modelo biomédico, mesmo sem um conhecimento direto sobre práticas médicas. Essa valorização pode se basear em percepções culturais que associam habilidades

técnicas e conhecimento especializado com maior *status* social e sucesso financeiro. O modelo biomédico, com seu foco em intervenções tecnológicas e procedimentos avançados, é frequentemente visto como a expressão máxima do conhecimento médico e da capacidade de gerar resultados tangíveis e mensuráveis. Essas mães podem, portanto, incentivar seus filhos a se dedicarem a especialidades médicas que são percebidas como mais lucrativas e de maior prestígio. Elas podem promover a ideia de que uma carreira bem-sucedida na Medicina está ligada ao domínio de técnicas avançadas e ao alinhamento com o modelo biomédico dominante, que é recompensado tanto social quanto economicamente no sistema de saúde capitalista. Assim, mesmo sem um entendimento profundo da prática médica, essas mães contribuem para a perpetuação de uma ideologia que valoriza o conhecimento técnico e as habilidades procedimentais. Ao transmitir esses valores, elas reforçam uma visão de mundo que sustenta o *status quo* das práticas médicas dominantes, muitas vezes centradas em um paradigma biomédico e reducionista. Esse alinhamento com a lógica do mercado também reflete uma adaptação ao sistema capitalista, em que o sucesso é frequentemente medido pela capacidade de maximizar retornos financeiros e manter posições de prestígio social. Ao ensinar valores como a competitividade, o individualismo e a conformidade às normas sociais, elas asseguram que a próxima geração continue a apoiar e reproduzir as hierarquias sociais e econômicas existentes.

Os discentes filhos de mães com ocupação na área da saúde tendem a se adequar ou se adaptar ao modelo sistêmico de raciocínio clínico, que amplia a visão para incluir a perspectiva social, devido a várias influências associadas ao ambiente em que foram criados e aos valores profissionais e pessoais que absorveram. As mães que trabalham na área da saúde, particularmente em profissões como Enfermagem, Psicologia, Medicina de Família ou Saúde Pública e Coletiva, geralmente adotam uma abordagem holística de cuidado que não se restringe ao diagnóstico e tratamento de doenças, mas também considera os determinantes sociais da saúde, como o contexto social, econômico e cultural dos pacientes. Essa exposição precoce a uma visão ampliada do cuidado promove nos filhos uma compreensão da importância de abordar a saúde de forma sistêmica e humanizada, considerando o paciente em sua totalidade e não apenas como um conjunto de sintomas (Starfield, 2011; Mead; Bower, 2000). Além disso, essas mães tendem a valorizar uma prática médica centrada no paciente, que enfatiza a comunicação eficaz, a empatia e a consideração das necessidades e preferências individuais dos pacientes. Ao crescer em um ambiente onde esses valores são enfatizados, os discentes são inclinados a internalizar a importância de uma abordagem de raciocínio clínico que integra fatores sociais e pessoais, promovendo uma visão mais completa e humanizada da prática

médica.

Segundo estudos de Green et al. (2001) e Stewart et al. (2003), a educação médica que valoriza uma abordagem centrada no paciente está associada a melhores resultados de saúde e maior satisfação do paciente, o que pode influenciar a escolha dos discentes que crescem em lares com essa influência. O envolvimento das mães na área da saúde também expõe os filhos a discussões e comportamentos que destacam o papel do cuidado e da compaixão na prática médica. Essa exposição direta aos modelos de cuidado pode influenciar esses discentes a adotar uma abordagem sistêmica que vai além do modelo biomédico tradicional. Essa perspectiva é apoiada por teorias da educação em saúde que enfatizam a importância da competência cultural e da compreensão dos determinantes sociais para uma prática clínica eficaz e equitativa (Betancourt et al., 2003). Além disso, mães na área da saúde, especialmente aquelas da área de Enfermagem, compreendem, de maneira mais sensível, os impactos dos determinantes sociais da saúde, como pobreza, educação e habitação, sobre a saúde dos indivíduos. A exposição a esses conceitos em casa pode levar os discentes a reconhecerem a importância de incorporar esses fatores em seu raciocínio clínico, preferindo, assim, uma abordagem mais sistêmica (Marmot et al., 2008). Finalmente, ao serem expostos às resoluções de problemas de saúde através das experiências relatadas/divulgadas por suas mães, esses discentes são ensinados a considerar múltiplos fatores ao analisar casos clínicos, facilitando a adaptação a um modelo de raciocínio clínico mais abrangente e que incorpora uma compreensão dos fatores sociais e econômicos na prática médica (Freeman et al., 2007). Tal condição pode ser inferida nos seguintes discursos:

Medicina é poder cuidar das pessoas olhando uma parte de uma forma integral. Com o curso eu estou aprendendo diferentes formas de enxergar um ser humano através das habilidades médicas. Então eu acho que isso também é uma coisa que é a Medicina, que é você enxergar a pessoa com todas as partes, todos os sistemas integrados, e ver além de uma doença ou além de alguma situação que a pessoa esteja passando. (Entrevistada PUFV7, mulher, parda, 18 anos)

Ela [mãe enfermeira] me apoiou muito. Mas deixou em aberto para que eu escolhesse; mostraram os pontos positivos e negativos. [...] Os pontos positivos seriam a remuneração, a ajuda ao próximo e a aquisição de conhecimento. [...] O exercício da Medicina oferece a oportunidade de aprendizado constante, lidar com situações desafiadoras e estabelecer conexões significativas com os pacientes. (Entrevistada QFADIP35, mulher, branca, 24 anos)

A violência simbólica, conforme desenvolvida por Pierre Bourdieu (2007), refere-se a uma forma de dominação social exercida através da imposição de significados, normas e valores de uma maneira que faz com que os indivíduos subordinados aceitem essa dominação como

legítima e natural. No contexto apresentado, essa forma de violência pode ser observada na maneira como os graduandos de Medicina de grupos minoritários, cujas mães têm ocupações distintas da área da saúde, internalizam e reproduzem um paradigma biomédico e cartesiano de prática médica amplamente valorizado dentro da estrutura social e econômica capitalista. No caso desses estudantes, a violência simbólica ocorre porque, além de pertencerem a grupos minoritários que tradicionalmente têm menos acesso a poder e recursos, eles tendem a se adaptar e a valorizar um modelo de prática médica tecnicamente orientado, especializado e alinhado à lógica de mercado. Esse modelo é reforçado por suas experiências sociais e familiares, em que são expostos a um ambiente que promove o conhecimento técnico e especializado como a única via legítima para o sucesso profissional. A fala do entrevistado TUFV36 (homem, branco, 25 anos) exemplifica essa internalização ao afirmar que sem alinhar o conhecimento técnico-científico com a persuasão do paciente, um médico será "uma pessoa péssima e um profissional péssimo". Isso reflete como esses estudantes adotam, talvez sem crítica ou reflexão suficiente, uma visão que valoriza habilidades técnicas e o sucesso financeiro como medidas primordiais de competência profissional.

Para estudantes de grupos minoritários, que muitas vezes enfrentam discriminação e barreiras adicionais no sistema educacional e no mercado de trabalho, adaptar-se ao paradigma biomédico e capitalista pode parecer um caminho necessário para alcançar o reconhecimento e a segurança financeira. No entanto, essa adaptação pode ser uma forma de violência simbólica, pois leva esses estudantes a conformarem-se às expectativas e normas da classe dominante, mesmo que essas práticas não sejam totalmente alinhadas com suas próprias experiências ou necessidades culturais. Ao adotar uma visão de mundo que privilegia o paradigma biomédico, esses estudantes podem, inadvertidamente, reproduzir as mesmas hierarquias e exclusões que marginalizam seus próprios grupos. Além disso, a fala de QFADIP35, que menciona a influência da mãe (que não é da área da saúde) ao enfatizar a remuneração como um fator prioritário na escolha pela Medicina, ilustra como a socialização familiar pode reforçar uma visão de mundo que valoriza o sucesso financeiro e a manutenção do *status quo*. Nesse caso, a violência simbólica se manifesta na forma como esses valores são inculcados nos filhos, levando-os a aceitar que a prática médica deve ser orientada pela lógica de mercado e pelas recompensas financeiras, ao invés de considerar outras abordagens que poderiam ser mais inclusivas e sensíveis às necessidades dos grupos minoritários. Ademais, essa violência simbólica também perpetua a exclusão dos grupos minoritários de práticas médicas que poderiam ser mais alinhadas com suas próprias experiências e perspectivas. Ao encorajar a adesão a um modelo biomédico e reducionista, essas práticas limitam a capacidade de os

estudantes explorarem abordagens mais holísticas e centradas no paciente, frequentemente mais eficazes para lidar com as complexidades das realidades sociais e culturais dos pacientes de grupos minoritários.

A violência simbólica não atua apenas impondo um modelo de prática médica dominante, mas também desvalorizando outras abordagens que poderiam melhor atender às necessidades dos grupos vulneráveis, perpetuando a desigualdade e a exclusão dentro do sistema de saúde. Essas barreiras refletem as lutas de poder dentro do campo médico. Acadêmicos de grupos minoritários relatam experiências de marginalização e exclusão durante a formação médica que resultam da interação entre suas identidades de raça, gênero e classe social. Essas experiências afetam suas trajetórias educacionais e profissionais, contribuindo para a estratificação dentro do campo médico. No contexto da formação médica, isso pode se manifestar na exclusão de estudantes de minorias raciais e de gênero que não se alinham com as expectativas ou padrões nacionais de competência e profissionalismo, perpetuando práticas discriminatórias dentro do campo. Assim os acadêmicos se expressaram em seus discursos:

Eu nunca me senti tão deslocado como quando entrei na faculdade de Medicina. Por ser de origem humilde, filho de agricultores, sinto que os outros alunos de classe alta me olham de forma diferente, como se eu não pertencesse a este lugar. (Entrevistado TUFV36, homem, branco, 25 anos)

As entrevistas revelaram que estudantes de Medicina, especialmente aqueles de grupos minoritários, enfrentam várias barreiras e desafios durante sua graduação, incluindo dificuldades acadêmicas, emocionais e psicológicas, além de lacunas em apoio institucional. As barreiras acadêmicas e emocionais enfrentadas pelos estudantes podem ser vistas como reflexo da falta de capital cultural e social necessários para obter sucesso no campo médico. Estudantes de grupos socioeconômicos menos privilegiados podem não ter acesso ao mesmo nível de apoio ou recursos que seus pares mais privilegiados, ampliando suas dificuldades durante a formação (Bourdieu, 2007). As barreiras enfrentadas por estudantes proveniente de grupos minoritários são muitas vezes resultado de desigualdades estruturais exacerbadas por suas identidades interseccionais (Crenshaw, 1989). Stolcke (1991) sugere que as identidades sociais são construídas em contextos que frequentemente reproduzem exclusões baseadas em raça, gênero e nacionalidade. No contexto da formação médica, essas exclusões podem se manifestar como barreiras que limitam o acesso de estudantes oriundos de grupos minoritários a oportunidades educacionais e de carreira, reforçando as hierarquias sociais dentro do campo da saúde, como é possível verificar nas falas a seguir:

Então, eu vou lutar por essa qualidade de vida de escolher como que eu quero passar o resto da minha vida. (Entrevistada QFADIP30, mulher, branca, 29 anos)

Você se sente pressionada a todo momento. Há uma cobrança interna e externa para ser a melhor, para saber de tudo, para não errar. É exaustivo, mas também faz parte da construção de ser um bom médico. (Entrevistada PUFV10, mulher, parda, 21 anos)

Eu me sentia muito ansiosa no início porque sabia que tinha que competir com colegas que tinham muito mais preparo. Vários já tinham feito cursinhos caros, enquanto eu vinha de uma escola pública do interior. (Entrevistada TFADIP18, mulher, branca, 20 anos)

Você lida com uma pressão enorme de todos os lados: professores, colegas, família e até você mesma. É como se todo mundo esperasse que você fosse um prodígio. (Entrevistada QUFV49, mulher, parda, 24 anos)

As falas das estudantes de Medicina das duas IES evidenciam a pressão intensa que está atrelada à formação médica, impactando a saúde mental e emocional dos futuros médicos. Essa pressão origina-se tanto de fontes externas – como professores, colegas e familiares –, quanto de fontes internas, refletindo uma autocobrança constante para alcançar um nível de excelência muitas vezes inatingível. Esse fenômeno é sustentado por uma cultura meritocrática profundamente enraizada na Medicina, que valoriza a perfeição, o conhecimento enciclopédico e a infalibilidade, conforme expresso pelas preocupações das estudantes com o "ser a melhor" e "não errar". Tal ambiente cria um campo de competição constante, onde a ansiedade e o medo de falhar são comuns (Oliveira; Castro Junior; Montalvão, 2022). Sob a perspectiva interseccional de Kimberlé Crenshaw (1989), infere-se que a ansiedade expressa por estudantes que vieram de escolas públicas, por exemplo, aponta para as desigualdades sistêmicas que afetam o acesso a oportunidades educacionais e de preparação acadêmica, sublinhando como o capital cultural e social diferencia as trajetórias dentro da própria universidade. Assim, estudantes que enfrentam desvantagens socioeconômicas ou raciais, como relatado por aqueles que mencionaram a diferença de preparação devido ao acesso desigual a cursinhos caros, são onerados por uma estrutura que não reconhece essas desigualdades como um fator determinante em suas jornadas acadêmicas (Crenshaw, 1989). As seguintes falas ilustram essa perspectiva:

Como eu estudei em escola pública, não havia esse incentivo grande. Tinha essa oportunidade de fazer a prova na olimpíada, mas não era nada curricular, não. (Entrevistado PUFV9, homem, pardo, 20 anos)

Eu tenho trinta e sete anos e, na minha infância, assim, eram atividades mais voltadas a lazer de rua, de atividades recreativas e a gente não tinha muita tecnologia igual hoje, que tem a internet, o computador... Como eu cresci no interior, não tinha cinema, essas coisas. (Entrevistada QFADIP39, mulher, branca, 37 anos)

Discentes que possuem maior capital cultural e social – como aqueles que tiveram acesso a uma educação de alta qualidade ou que vêm de famílias com histórico na área médica – tendem a enfrentar essas pressões de forma diferente. Esses estudantes estão, muitas vezes, mais bem equipados para lidar com as expectativas meritocráticas e a competição intensa, pois podem usar seus recursos culturais e sociais para ir de um ponto a outro flexivelmente com maior eficácia no ambiente acadêmico, adaptando seu comportamento e discurso às normas e expectativas predominantes. As falas a seguir ilustram como o acesso a uma educação de alta qualidade e atividades culturais desde a infância contribuem para a formação de um maior capital cultural e social, facilitando a adaptação e o enfrentamento das pressões acadêmicas na formação médica:

Na sua infância e adolescência você realizava algum tipo de atividade cultural ou de lazer?

Sim claro. Fiz balé desde os três anos de idade. E durante a adolescência também. Saí com dezesseis anos. Então praticava música também. Visitei museus em atividades da escola. Fazia viagens turísticas para cidades históricas. A minha família sempre investiu em educação. (Entrevistada TFADIP21, mulher, branca, 20 anos)

Na minha família já há muitos médicos. Minha tia e quase todos os meus primos são médicos. (Entrevistada PFADIP10, mulher, parda, 19 anos)

Estudantes de origens menos privilegiadas, que não dispõem dos mesmos recursos, em contraste, podem experimentar um impacto mais significativo em sua saúde mental e emocional devido à combinação de autocobrança e desigualdades sistêmicas que limitam suas oportunidades de preparação e sucesso acadêmico. A fala a seguir expressa a experiência de ansiedade e as dificuldades enfrentadas devido à falta de suporte e recursos adequados:

A minha mãe faz acompanhamento psiquiátrico e para mim o tratamento dela sempre foi muito importante durante toda a minha adolescência e tudo. Ela sempre relatou muita dificuldade com o tratamento, com falta de empatia do médico assistente. (Entrevistado PFADIP11, homem, pardo, 19 anos)

O que os seus familiares e pessoas queridas falaram quando você foi aprovada em Medicina?

Gostaram da ideia, mas alguns acharam que eu poderia adoecer com a pressão. (Entrevistada PUFV7, mulher, parda, 18 anos)

A desigualdade é ainda mais evidente quando consideramos as habilidades de gerenciamento de impressões e controle emocional, frequentemente mais desenvolvidas em indivíduos que possuem um capital cultural e social mais elevado. Esses estudantes são capazes de adotar um comportamento ou uma aparência que esconde suas verdadeiras emoções,

intenções ou identidade, como se estivessem “usando máscara”. No contexto social e psicológico, implica apresentar uma “face” ou um “personagem” para os outros que pode não refletir fielmente o que a pessoa realmente sente ou pensa. Essa prática é frequentemente motivada pelo desejo de se conformar às expectativas sociais, proteger-se de julgamentos ou críticas, ou manipular percepções para alcançar determinados objetivos. No contexto das relações sociais e profissionais, “usar máscara” pode ser uma estratégia consciente ou inconsciente para gerenciar impressões e navegar em situações que exigem um comportamento específico ou aceitável, muitas vezes para manter ou reforçar certa imagem de competência, força ou racionalidade. Por exemplo, pessoas em posições de poder ou de alto *status* podem “usar máscaras” para projetar confiança e controle, mesmo em situações de incerteza ou estresse, enquanto membros de minorias sociais ou de grupos menos privilegiados podem sentir que precisam “usar máscaras” para esconder vulnerabilidades ou se proteger de preconceitos e se adaptar às exigências de diferentes contextos sociais, o que lhes permite manter uma imagem de competência e controle, independentemente das pressões que enfrentam. Porém, estudantes que vieram de contextos menos privilegiados, sem acesso a capital social, econômico e cultural, conforme seus colegas de classes mais abastadas, podem encontrar dificuldades maiores em desenvolver essas habilidades, o que intensifica a ansiedade e o medo do fracasso.

A capacidade de pessoas de alto *status* de “usar máscaras” e manter um discurso consistente, agindo de forma lógica e controlada, pode ser entendida como uma habilidade para gerenciar impressões e controlar emoções de maneira estratégica. Indivíduos de alto *status* social, muitas vezes, foram socializados em ambientes onde o controle emocional e a habilidade de gerenciar impressões são valorizados e cultivados. Eles aprendem a importância de manter a compostura e projetar uma imagem de competência, racionalidade e confiabilidade. Essa capacidade de “atuar” ou “usar máscaras” pode ser vista como uma forma de capital cultural, em que o comportamento controlado e a comunicação eficaz são habilidades que ajudam a manter a posição social e a autoridade. Pessoas de alto *status* tendem a ter mais oportunidades para desenvolver essas habilidades devido ao acesso a redes sociais e ambientes educacionais que enfatizam a importância do autocontrole e da apresentação. Indivíduos pertencentes a grupos de minorias sociais, por outro lado, podem enfrentar desafios na adoção de tais máscaras. Frequentemente, esses grupos não têm acesso às mesmas oportunidades educacionais e de desenvolvimento social que ensinam essas habilidades de gerenciamento de impressões. Além disso, as expectativas sociais e os estereótipos que frequentemente colocam esses grupos como “menos racionais” ou “mais emotivos” podem reforçar a ideia de que essas habilidades não são inatas para eles (Goffman, 1975).

Mulheres e membros de minorias sociais, por exemplo, podem ser vistos como mais emotivos ou "histéricos" devido a construções sociais que desvalorizam a expressão emocional, interpretando-a como um sinal de fraqueza ou irracionalidade. Esses estereótipos de gênero e raça frequentemente reforçam a ideia de que a lógica e a racionalidade são atributos "masculinos" ou "de alto *status*", enquanto a emotividade é vista como "feminina" ou "de baixo *status*". Historicamente, as mulheres foram frequentemente rotuladas como "histéricas" quando expressavam emoções fortes, uma prática que serviu para minar sua credibilidade e reforçar a ideia de que as emoções eram uma fraqueza inerente ao feminino. Essa ideia foi discutida por autores como Sigmund Freud (2016) e, mais tarde, criticada por estudiosas feministas que argumentaram que tais rótulos são formas de controle social para manter as mulheres e outros grupos marginalizados em posições subordinadas. A estudante, na fala a seguir, menciona a dignidade da profissão médica e a dedicação necessária, mas também demonstra um foco em atividades humanitárias, como trabalhar com populações carentes. Isso reflete a expectativa social de que mulheres devam se engajar em cuidados e atividades emocionalmente carregadas, reforçando estereótipos de gênero sobre a natureza "cuidadora" e emotiva das mulheres:

Por que é uma profissão digna? Ah! Você salva a vida das pessoas e se expõe ao risco. Além disso, passa muito tempo estudando, se dedicando para auxiliar na atuação. [...] A Medicina detém o conhecimento. [...] A gente faz palestras, leva kits de higiene e alimentação saudável. Faz roda de conversa e jogos com crianças. [...] Eu acho muito interessante! Tem contato com uma população mais carente que a gente vê que precisa desse cuidado. (Entrevistada TFADIP15, mulher, preta, 21 anos)

O depoimento a seguir ilustra como os estereótipos de gênero e raça podem prejudicar a credibilidade e a percepção de competência de estudantes pertencentes a minorias sociais, reforçando a ideia de que a emotividade é vista negativamente em contraste com a racionalidade, considerada um atributo de "alto *status*":

Acho que existe uma expectativa de que a gente, que é mulher, deva sempre estar calma e não mostrar tanto nossas emoções. Quando expressamos o que sentimos, somos rotuladas como "difíceis" ou "emocionais demais", e isso afeta nossa credibilidade. (Entrevistada PUFV10, mulher, parda, 21 anos)

Eu sempre fui muito sensível a situações que envolvem sangue, e uma vez, durante uma prática clínica, quase desmaiei ao ver um paciente ferido. Lembro-me de ouvir comentários dos meus colegas de que isso era "fraqueza" e que [eu] não poderia ser médica dessa forma e que era tudo frescura. (Entrevistada QFADIP33, mulher, branca, 30 anos)

A percepção de *status*, além de motivar a escolha pela Medicina e produzir a violência simbólica, influencia a decisão por especializações vistas como resolutivas. Foucault (2003)

argumenta que a Medicina, ao se concentrar no corpo físico e na patologia, com valorização de procedimentos de alta resolutividade, exerce um poder disciplinar no comportamento dos médicos e dos pacientes. Isso cria um ambiente no qual os procedimentos resolutivos são preferidos, porque eles reafirmam a autoridade do médico e o controle sobre o corpo do paciente, limitando a necessidade de engajamento com a subjetividade e as necessidades psicossociais do paciente, que poderiam introduzir elementos de conflito e incerteza no relacionamento terapêutico.

### **5.7 Impacto das dinâmicas de poder e desigualdades sociais na estratificação das especialidades médicas**

A resolutividade, no modelo que valoriza intervenções técnicas e específicas com resultados imediatos e mensuráveis, como cirurgias e procedimentos invasivos, refere-se à capacidade de resolver um problema de saúde de forma definitiva e rápida, o que geralmente envolve procedimentos que exigem menos interações contínuas ou prolongadas com o paciente após a intervenção inicial. Procedimentos desse tipo, como a remoção cirúrgica de um tumor, são valorizados porque oferecem uma solução clara e direta para um problema de saúde, o que minimiza o tempo de contato com o paciente e reduz o potencial para conflitos prolongados. Esses procedimentos são vistos como formas de "consertar" o corpo, alinhando-se com uma visão de saúde reducionista e mais centrada no corpo físico, em lugar de uma abordagem holística que considere também os aspectos psicossociais do cuidado.

A menor necessidade de contato contínuo com o paciente após um procedimento resolutivo está associada a uma abordagem que reduz a complexidade do cuidado médico à realização técnica de um procedimento bem-sucedido, diminuindo a necessidade de um envolvimento prolongado do médico com o paciente. Essa abordagem pode ser menos conflituosa do ponto de vista do profissional, pois envolve menos gestão das expectativas, preocupações e emoções do paciente, aspectos que podem surgir mais frequentemente em cuidados médicos que requerem acompanhamento e tratamento de longo prazo. Ressalte-se que a Medicina moderna se organiza em torno de práticas de intervenção no corpo, onde o foco está na resolução de problemas anatômicos e patológicos específicos. Esse enfoque clínico promove um tipo de relacionamento médico-paciente baseado na observação objetiva e intervenção direta, minimizando o papel do paciente como sujeito ativo no processo de cuidado e favorecendo intervenções que limitam a necessidade de interação contínua e potencialmente conflituosa (Foucault, 2003).

Durante o período em que a Medicina clínica emergiu, os poderes coloniais europeus estavam expandindo seus territórios e influências globais, estabelecendo uma forte interconexão entre Medicina, Ciência e os projetos coloniais. Essa interconexão é importante para entender como o saber médico foi instrumentalizado como uma forma de poder sobre corpos colonizados e como a Medicina moderna, em seu desejo de categorização e controle, encontrou no colonialismo um campo fértil para expandir suas práticas e reforçar sua autoridade. A Medicina clínica emergente, além de desenvolver novas maneiras de entender e tratar o corpo, possibilitou o surgimento de formas de controlar corpos através do conhecimento médico. No contexto colonial, a Medicina foi frequentemente utilizada como uma ferramenta de controle social e de imposição cultural. As populações colonizadas foram submetidas a um regime de vigilância médica que frequentemente se sobrepunha ao regime colonial de poder. O "olhar médico", que dissocia o corpo de sua subjetividade para analisá-lo em termos puramente anatômicos e patológicos, é também uma forma de enxergar o corpo humano que contribuiu para a desumanização e a objetificação das populações colonizadas, consideradas "outros" exóticos e primitivos que precisavam ser "civilizados" (Foucault, 2003).

A Medicina clínica e suas práticas diagnósticas e terapêuticas eram formas de construir e afirmar conhecimento sobre o corpo humano. No contexto colonial, essa construção de conhecimento foi marcada por hierarquias raciais e culturais. A Medicina foi frequentemente utilizada para justificar teorias raciais pseudocientíficas que consideravam as populações colonizadas como inferiores ou patológicas. O nascimento da clínica, com sua ênfase na observação objetiva e na classificação detalhada, ajudou a estruturar esses conhecimentos raciais, catalogando diferenças "biológicas" que eram, de fato, construções sociais utilizadas para sustentar a dominação colonial (Foucault, 2003).

O conceito de biopoder pode ser utilizado para descrever como os estados modernos passaram a regular e controlar as populações através de práticas e saberes sobre o corpo, a saúde, a higiene, a natalidade e a mortalidade. No contexto colonial, o biopoder se manifestou através de intervenções médicas que visavam não apenas a saúde individual, mas também a saúde populacional, vistas como essenciais para o funcionamento e a exploração das colônias. As práticas de vacinação em massa, de controle de epidemias, de eugenia e outras formas de intervenção médica foram utilizadas para manipular as populações colonizadas. Assim, eram favorecidos interesses coloniais, seja para aumentar a força de trabalho disponível, seja para evitar surtos que poderiam comprometer a economia colonial (Foucault, 2003).

Abre-se caminho para uma crítica pós-colonial da Medicina moderna, evidenciando como as práticas e os saberes médicos não são neutros, mas estão historicamente imbricados

em projetos de poder e dominação. Tal perspectiva nos leva a reconsiderar as bases epistemológicas e éticas da Medicina contemporânea, especialmente em contextos ainda marcados por legados coloniais. Isso também revela a necessidade de práticas de saúde mais equitativas e inclusivas, que reconheçam e desafiem essas heranças. Nesse sentido, as escolhas de especialidades médicas pelos estudantes entrevistados para essa análise interpretativa refletem, em parte, a continuidade desses legados. Observa-se que as especialidades de maior prestígio, como a Cirurgia, são predominantemente escolhidas, como articulado nas falas dos acadêmicos, pelos estudantes do sexo masculino, com quatro dos seis entrevistados desejando se especializar em Cirurgia e dois em Anestesiologia. Já entre as estudantes do sexo feminino, há uma tendência maior para especializações como Clínica Médica, Pediatria, Ginecologia e Obstetrícia e Medicina de Família e Comunidade, com um interesses relatados por, respectivamente, doze discentes, sete graduandas, duas acadêmicas, uma estudante. Esses elementos discursivos evidenciam como as expectativas sociais e familiares, ainda influenciadas por estruturas de poder e prestígio, conformam as identidades profissionais e trajetórias de carreira dentro do campo médico, perpetuando, de certa forma, a lógica de poder e hierarquia presentes desde a época colonial. As falas dos discentes demonstram essa valorização por especialidades de alto *status*:

Quero fazer Cirurgia, porque é uma das áreas que exige mais precisão e conhecimento técnico. É também uma das mais valorizadas na Medicina, tanto pela questão do desafio quanto pelo reconhecimento que os cirurgiões recebem. (Entrevistado QFADIP34, homem, pardo, 24 anos)

Eu penso em seguir Cardiologia porque é uma especialização que tem muito prestígio e é muito respeitada. Acho que também tem uma parte da complexidade que me atrai, além de ser uma área bem remunerada. (Entrevistado TUFV36, homem, branco, 25 anos)

O médico tem respeito da sociedade. A sociedade coloca o médico no pedestal. [...] Além do prazer de estar ajudando outras pessoas, tem a questão da remuneração que também é importante, porque como no Brasil a Medicina ainda é uma profissão supervalorizada, porque o médico precisa ter muito conhecimento e aliviar sofrimentos. (Entrevistada PFADIP9, mulher, parda, 18 anos)

No contexto das entrevistas com estudantes de Medicina, a percepção do prestígio associado à profissão médica e a tendência de os homens optarem por especializações como Cirurgia e Anestesiologia, enquanto as mulheres preferem áreas como Clínica Médica e Pediatria, podem ser vistas como reflexo dessas construções sociais. Essa distribuição de especializações pode ser interpretada como uma perpetuação das expectativas de gênero, em que os homens são incentivados a seguir áreas de maior prestígio e técnica, e as mulheres, áreas

de cuidado e assistência, que se alinham com o papel tradicional feminino de cuidadora. Assim, a escolha das especializações médicas reflete também a internalização de normas sociais e culturais que associam masculinidade a áreas de alta responsabilidade e feminilidade a áreas de cuidado e apoio (Stolcke, 1991). Por outro lado, no contexto das escolhas de especialização médica entre os estudantes entrevistados, a análise interseccional permite avaliar também esta possibilidade: para as estudantes que se autodeclararam pardas e preta, a escolha de áreas como Clínica Médica e Pediatria pode não ser apenas uma questão de preferência pessoal, mas uma estratégia de sobrevivência em um ambiente que muitas vezes marginaliza suas presenças e limita suas oportunidades. A predominância de homens em especialidades de maior prestígio e técnica pode ser entendida como um reflexo das interseções de privilégio de gênero e raça que permitem que esses indivíduos acessem mais facilmente recursos, apoio e oportunidades dentro do campo médico (Crenshaw, 2002).

Adicionalmente, à luz da Teoria de Stolcke (1991) é possível observar que as expectativas de que os estudantes sejam "prodígios" ou de que a Medicina seja uma profissão "digna de respeito" e "colocada em um pedestal" refletem normas culturais que reforçam a masculinidade hegemônica associada a especializações de prestígio como Cirurgia e Anestesiologia e reproduzem uma dinâmica de exclusão que desvaloriza áreas de atuação historicamente femininas, como Pediatria e Ginecologia e Obstetrícia, por exemplo (Stolcke, 1991).

A construção da identidade profissional, ao longo dos anos de curso, durante a graduação, também influenciada por fatores como o Projeto Pedagógico do Curso (PPC), afeta a escolha pela especialização. Acadêmicos expressam que o conhecimento do PPC, as metodologias ativas e a participação em projetos de extensão foram fundamentais para a compreensão do que seja a formação de um médico completo, que equilibra conhecimento técnico com habilidades humanistas. Além disso, nas transcrições das entrevistas, foram identificadas falas relacionadas às atividades acadêmicas e de lazer, incluindo arte, teatro e atuação, que contribuem para o desenvolvimento das habilidades interpessoais dos estudantes de Medicina. Um exemplo disso são as falas seguintes:

Eu realizei balé por muito tempo e outros tipos de dança também. Fiz aula de violão e de violino, participei de um coral da igreja que eu frequento. Sempre tive muita relação com música e dança. Fiz aula de teatro. Essas atividades culturais parecem ter contribuído para desenvolver habilidades que são úteis na prática médica, como expressividade e empatia, além de habilidades comunicativas essenciais para convencer o paciente. (Entrevistada TFADIP18, mulher, branca, 20 anos)

Na minha opinião, e conforme me falaram aqui, a Medicina não é apenas para

chegar na pessoa e procurar por uma doença. Para mim, a Medicina vai além disso. A Medicina é você pegar um indivíduo que está passando por um processo, às vezes pode ser biológico ou de “psique” também, e ter um olhar humanizado. É você entender que o ser humano é um ser complexo. (Entrevistado PUFV9, homem, pardo, 20 anos)

Essa pergunta é muito difícil para mim porque isso tem a ver com o que eu enxergo de Medicina e de médico. Além disso, tem a ver com afinidades, relações. Eu tenho muita proximidade com um colega e vejo muita humanidade nele, o que eu acho que é um fator principal para quem vai se formar médico. Eu entendo dessa forma, porque o jeito dele é de um médico empático, conforme entendemos, após a reflexão sobre um filme. (Entrevistada TFADIP18, mulher, branca, 20 anos)

As narrativas revelam que os estudantes reconhecem o valor das experiências artístico-culturais e de ensino-aprendizagem com metodologias ativas em sua formação, pois elas enriqueceram seu repertório cultural e favorecem o desenvolvimento de competências socioemocionais e de comunicação extremamente úteis para o exercício da Medicina. A capacidade de "convencer o paciente" é frequentemente mencionada como uma habilidade importante que se beneficia de um histórico de envolvimento com artes performativas como o teatro, em que a habilidade de se conectar com o público e expressar emoções de maneira convincente é norteadora.

Estudantes que são expostos a uma variedade de experiências educacionais e práticas pedagógicas desenvolvem um *habitus* (Bourdieu, 2007) que combina competência técnica com habilidades humanistas, refletindo uma identidade profissional que vai além do modelo biomédico tradicional. Para estudantes provindos de grupos minoritários, a identidade profissional pode ser influenciada tanto pela necessidade de se conformar às normas dominantes do campo médico quanto pela resistência a essas normas, buscando uma prática médica mais inclusiva e equitativa (Crenshaw, 1989). Stolcke (1991) sugere que a construção da identidade profissional pode ser influenciada por narrativas nacionalistas que promovem certas qualidades como essenciais para o profissionalismo médico. Nas falas seguintes, os estudantes expressam a valorização que atribuem ao relacionamento interpessoal, além do conhecimento científico, para a prática médica:

Eu acho que é um conjunto. Acho que não tem como você ser médica sem ter todos esses fatores alinhados, porque caso contrário ou você vai ser uma péssima profissional ou você, com essa combinação, vai ser uma excelente profissional. (Entrevistada PFADIP9, mulher, parda, 18 anos)

Para mim, ser médica é mais do que conhecimento técnico. É saber como tratar o paciente, como ser uma boa médica, na prática, no estudo e no emprego depois. (Entrevistada PFADIP7, mulher, parda, 23 anos)

É a postura de como se comportar nos ambientes hospitalares, de ambulatórios e

em geral. A identidade de médico vai sendo construída assim, dia a dia, com cada experiência nova." (Entrevistada QFADIP30, mulher, branca, 29 anos)

As narrativas predominantes no campo médico, que associam o sucesso profissional a determinados padrões sociais e culturais, podem exercer uma forma de violência simbólica que exclui ou marginaliza estudantes que não se encaixam nesses moldes, afetando sua formação e identidade profissional. Essa violência simbólica se manifesta através da imposição de normas e valores que favorecem aqueles que já possuem capital cultural alinhado ao *status quo*, criando um ambiente educacional que reforça desigualdades ao invés de promover inclusão. A análise dessa violência simbólica nos diferentes períodos e nas duas IES indica como essas dinâmicas de dominação se perpetuam ao longo do tempo, impactando a trajetória acadêmica e profissional dos discentes que, por não se conformarem às normas hegemônicas, enfrentam barreiras adicionais em seu processo de formação, optando por especialidades de menor *status*. Dessa forma, a perpetuação dessas narrativas excludentes limita o potencial transformador da educação médica, que deveria ser capaz de acolher e valorizar a diversidade de experiências e perspectivas. É possível perceber a presença da violência simbólica entre os diferentes períodos da mesma IES, especificamente na forma como os estudantes de Medicina valorizam as disciplinas que contêm em suas ementas mais competências técnico-científicas, em detrimento das competências sócio-humanistas. Nesse contexto, essa predileção pode ser vista em:

Na sua opinião, o que a instituição de ensino te ofertará de conhecimento mais importante para a carreira médica?

Eu acho que a prática é muito importante, mas no curso em si a teoria é o principal porque a prática a gente pode aperfeiçoar depois de formado. Mas a teoria é fundamental. Porque sem ela não teria nada, não é? Porque a prática a gente só faz com a teoria. (Entrevistada PFADIP9, mulher, parda, 18 anos)

No primeiro ano, o estudante de Medicina já demonstra uma inclinação para valorizar o conhecimento teórico-científico. A resposta evidencia que, embora reconheça a importância da prática, considera a teoria como o componente fundamental do aprendizado médico. Essa ênfase pode ser observada em:

Na sua opinião, quais são as disciplinas mais importantes na Medicina?

As básicas. Acho que elas que levam para qualquer outra. Então, assim, se você tem o domínio de Fisiologia e a Anatomia, já sai na frente. (Entrevistada TFADIP18, mulher, branca, 20 anos)

No terceiro ano, a preferência pelo conhecimento técnico-científico continua a ser evidente. O estudante identifica as disciplinas básicas, como Fisiologia e Anatomia, como as

mais importantes para a Medicina. Esse foco reforça a ideia de que o conhecimento técnico é o mais valioso, minimizando a importância de disciplinas que poderiam desenvolver habilidades humanistas, como comunicação e ética médica. A resposta sugere uma internalização da violência simbólica, em que as competências técnico-científicas são vistas como os pilares da formação médica.

Na sua opinião, o que é obrigatório na carreira médica?

Eu acho que saber como é que as coisas realmente funcionam e saber que a todo momento elas podem mudar. E que a gente tem que estar pronto para qualquer situação. (Entrevistada QFADIP30, mulher, branca, 29 anos)

No quinto ano, o foco permanece nas competências técnicas, com uma ênfase em estar "pronto para qualquer situação" e em entender "como é que as coisas realmente funcionam". Esta visão de prontidão e adaptabilidade está enraizada em uma concepção técnica e científica da prática médica, em que o domínio do conhecimento científico e a técnica procedimental são privilegiados sobre a empatia e outras competências sócio-humanistas. Nos três períodos analisados na Fadip (primeiro, terceiro e quinto anos), há uma ênfase contínua e crescente nas competências técnico-científicas, como o núcleo da formação médica. A valorização das disciplinas teóricas, como Fisiologia e Anatomia, e a percepção de que a prática pode ser "aperfeiçoada depois" revelam uma forma de violência simbólica em que o conhecimento técnico é sistematicamente privilegiado sobre as habilidades sócio-humanistas. Essa tendência indica que, ao longo da formação médica, os estudantes internalizam e reproduzem a hierarquia de valores que prioriza o conhecimento técnico-científico, muitas vezes em detrimento de uma abordagem mais holística e humanista da prática médica, perpetuando a violência simbólica dentro do campo da Medicina. Na UFV, essa tendência também pode ser identificada em diferentes períodos do curso.

Na sua opinião, o que há de bom no exercício da sua profissão médica?

Além da satisfação em poder auxiliar outras pessoas, a questão financeira também é inegável. Aqui, no Brasil, o aspecto financeiro se torna um dos fatores principais para aqueles que estão escolhendo seguir essa carreira supervalorizada. (Entrevistada PUFV10, mulher, parda, 21 anos)

No primeiro ano, a resposta sugere uma visão pragmática da profissão médica, em que o aspecto financeiro é destacado como um dos principais motivos para a escolha da carreira. Embora o estudante mencione o prazer de ajudar outras pessoas, a ênfase na "supervalorização" da Medicina no Brasil aponta para uma percepção de que o *status* e a competência técnico-científica, recompensados financeiramente, são mais valorizados do que as competências

humanistas, como empatia, compaixão e cuidado.

Na sua opinião, quais são as disciplinas mais importantes na Medicina?

Eu diria que as disciplinas básicas são as mais importantes, como Fisiologia e Anatomia. Elas formam a base para todo o resto que aprendemos. (Entrevistado TUFV36, homem, branco, 25 anos)

No terceiro ano, o foco continua sendo nas disciplinas técnico-científicas fundamentais, como Fisiologia e Anatomia. A resposta, a seguir, reflete a ideia de que essas disciplinas básicas são vistas como o alicerce da prática médica, implicando que outras áreas de conhecimento, possivelmente mais orientadas para as competências humanistas, são menos relevantes ou secundárias:

Para você o que é obrigatório na carreira médica?

Eu acho que saber como agir em situações de emergência é fundamental. Precisamos estar prontos para tomar decisões rápidas e acertadas. (Entrevistada QUFV49, mulher, parda, 24 anos)

No quinto ano, a estudante destaca a importância de estar preparado para situações de emergência e tomar decisões rápidas e técnicas. Essa resposta indica uma forte inclinação para a valorização de competências técnico-científicas, como a capacidade de resposta rápida, resolutiva e o conhecimento detalhado de procedimentos de emergência. Não há menção a competências sócio-humanistas, como comunicação eficaz, empatia, compaixão ou habilidades de escuta, sugerindo que essas competências são vistas como menos essenciais para a prática médica. Em todos os períodos analisados na UFV (primeiro, terceiro e quinto anos), há uma clara ênfase na valorização das competências técnico-científicas, como o conhecimento de disciplinas básicas (Fisiologia, Anatomia) e a capacidade de responder a emergências. Embora haja menções ocasionais a aspectos humanistas, como o desejo de ajudar outras pessoas, o foco dominante permanece no conhecimento técnico e nas habilidades científicas. A percepção dos estudantes de que o domínio técnico é o que define um "bom médico" reforça as hierarquias de valor dentro da educação médica e contribui para a marginalização das competências mais centradas no paciente e na comunicação humana e, conseqüentemente, das especialidades que requerem uma intervenção social proativa.

A discussão sobre a valorização ou estigmatização de certas especializações médicas e como isso reflete e reforça as hierarquias sociais envolve entender três aspectos: como as especializações são percebidas socialmente; os fatores que influenciam a escolha de especialidades por estudantes de diferentes origens socioeconômicas; o impacto dessas escolhas

na equidade do atendimento à saúde, especialmente para pacientes de grupos minoritários e vulneráveis. Certas especializações médicas, como Cirurgia, Cardiologia, Neurologia e Dermatologia, são frequentemente valorizadas e associadas a um maior prestígio social, melhores remunerações e maior segurança financeira. Em contraste, especialidades como Medicina de Família, Psiquiatria e Geriatria são frequentemente estigmatizadas ou vistas como menos prestigiosas. Esse fenômeno de valorização ou estigmatização é fundamentado em construções sociais que associam *status*, poder e recompensas financeiras a certas áreas da medicina.

A valorização de determinadas especializações é influenciada pela percepção de complexidade técnica, pela associação com a intervenção direta e "salvadora" da vida e por fatores socioeconômicos. A Cirurgia, por exemplo, é muitas vezes romantizada como uma prática heroica, enquanto a Medicina de Família e Comunidade pode ser percebida como "básica" ou menos técnica. Essa hierarquização reflete um viés cultural que prioriza o tratamento de doenças agudas e condições críticas sobre a gestão de cuidados preventivos e crônicos, que são vitais para a saúde pública, especialmente em contextos de cuidados primários (Phillips et al., 2016). Estudantes de origem mais privilegiada, com maior capital econômico e cultural, tendem a escolher especialidades que exigem mais tempo de formação, como Cirurgia e Cardiologia, pois têm mais segurança financeira e apoio para suportar os custos e o tempo adicional de formação (Martins et al., 2019). Por outro lado, estudantes de origem menos privilegiada, que muitas vezes carregam responsabilidades financeiras imediatas, podem ser atraídos por especialidades com menor duração de residência ou que oferecem retorno financeiro mais rápido, como Medicina de Família e Comunidade ou Pediatria. Além disso, as expectativas e pressões familiares também desempenham um papel significativo. Estudantes de primeira geração em Medicina, ou aqueles provenientes de minorias étnicas ou sociais, podem escolher especialidades vistas como mais "seguras" ou "estáveis" dentro de seus contextos culturais. Esses estudantes muitas vezes se orientam para especialidades que oferecem estabilidade e empregabilidade garantidas, refletindo uma necessidade de segurança econômica (Morgan et al., 2017).

A escolha de especializações influenciada por fatores socioeconômicos tem implicações para a equidade na prestação de cuidados de saúde. Se a maioria dos médicos de origens menos privilegiadas se concentra em especialidades menos valorizadas ou mais acessíveis economicamente, isso pode perpetuar uma distribuição desigual de recursos e especialistas em saúde. Essa concentração cria uma disparidade no acesso a especialistas em saúde. Regiões ou comunidades que dependem de médicos de origens menos privilegiadas, como por exemplo,

distritos sanitários indígenas e regiões quilombolas, podem ter mais médicos em especialidades generalistas ou menos prestigiadas e menos acesso a especialistas em áreas altamente especializadas e tecnicamente complexas. Por outro lado, áreas mais afluentes podem ter maior disponibilidade de especialistas de alto prestígio. Esta situação perpetua uma distribuição desigual de recursos em saúde, em que o acesso a cuidados especializados de alta qualidade e alta tecnologia é limitado para algumas populações, geralmente as mais vulneráveis ou com menor poder econômico, enquanto outras populações têm acesso privilegiado a uma gama mais ampla de serviços especializados. Isso é especialmente preocupante em áreas como Saúde Mental e Medicina de Família e Comunidade, essenciais para atender as necessidades de saúde de grupos vulneráveis e minoritários. A falta de médicos de diversas especialidades em áreas carentes pode levar a um atendimento fragmentado ou inadequado para pacientes de grupos minoritários. Por exemplo, a falta de especialistas em Psiquiatria pode exacerbar problemas de saúde mental em comunidades vulneráveis, que já enfrentam barreiras significativas ao acesso ao cuidado (Boyd et al., 2018). Além disso, o foco em especialidades mais valorizadas pode levar a uma desvalorização dos cuidados primários e preventivos, essenciais para a gestão de doenças crônicas e a redução de desigualdades em saúde.

No entanto, é importante considerar também contrapontos a essa análise. Há estudiosos que argumentam que a escolha de especialização é, em última análise, uma decisão pessoal, baseada em interesses e habilidades individuais. Além disso, a estrutura de incentivos dentro do sistema de saúde e a demanda do mercado também influenciam as escolhas dos estudantes. Por exemplo, em países com sistemas de saúde que valorizam os cuidados primários, como o Reino Unido, há um incentivo maior para que os médicos se especializem em áreas como Medicina de Família e Comunidade. Outro ponto de vista é que a hierarquia das especialidades pode ser necessária para atrair talentos para áreas que requerem habilidades técnicas altamente especializadas e complexas, como Neurocirurgia ou Cardiologia intervencionista. Essa estrutura hierárquica pode ser vista como um reflexo da complexidade tecnológica e dos diferentes níveis de responsabilidade associados a cada especialidade, em vez de ser apenas uma questão de prestígio social (Hojat et al., 2018). Para mitigar as desigualdades e melhorar a equidade na saúde, é importante a adesão a uma abordagem crítica e inclusiva na formação médica. A formação deve enfatizar a importância de todas as especialidades para o sistema de saúde e encorajar uma distribuição equitativa de talentos médicos. Isso pode incluir maior apoio financeiro e mentorias para estudantes de origens menos privilegiadas, para que eles se sintam capacitados a escolher especialidades de sua preferência, independentemente das pressões econômicas. Além disso, as escolas médicas devem promover uma educação que valorize

igualmente todas as especialidades e encoraje os alunos a considerar o impacto social de suas escolhas profissionais. Isso inclui incorporar treinamento em competência cultural e entender as necessidades de saúde de grupos minoritários e vulneráveis, promovendo uma prática médica mais inclusiva e sensível às desigualdades sociais (Dogra et al., 2005). A valorização e a estigmatização das especialidades médicas refletem e reforçam as hierarquias sociais existentes, influenciando as escolhas dos estudantes e perpetuando desigualdades no atendimento à saúde. Para promover a equidade e melhorar a qualidade do atendimento a todos os grupos populacionais, é necessário repensar a formação médica e as estruturas de incentivos, adotando uma abordagem inclusiva e crítica que reconheça o valor de todas as especialidades e promova uma distribuição justa e equitativa de profissionais de saúde.

### **5.8 À guisa de conclusão**

A formação da identidade profissional dos estudantes de Medicina é influenciada pelos capitais cultural e social. Os discentes que possuem um maior capital cultural, derivado de ambientes familiares que valorizam a Medicina, por exemplo, tendem a internalizar normas e valores que favorecem essa escolha profissional. Nesse caso, a influência materna, em particular, foi destacada como um fator determinante na escolha pela carreira médica, evidenciando como as disposições familiares influenciam as aspirações e as escolhas dos graduandos. Para os acadêmicos filhos de mães com ocupações na área da saúde, notou-se uma preferência pelas competências sócio-humanistas. O inverso foi observado para os discentes filhos de mães com ocupações fora da saúde. Além disso, a pesquisa identificou que estudantes de Medicina que pertencem a grupos minoritários enfrentam desafios específicos na construção de sua identidade profissional. Essas dificuldades incluem barreiras acadêmicas e emocionais, além de desigualdades estruturais que exacerbam os percalços durante a formação.

A interseccionalidade de raça, gênero e classe social afeta as vivências dos acadêmicos na graduação e tem implicações significativas para a prática médica, influenciando a qualidade do atendimento prestado a pacientes de grupos vulneráveis. Isso ocorre porque as dinâmicas de poder e desigualdades sociais também influenciam a escolha de especializações médicas, levando a uma estratificação no campo médico. Especialidades de maior *status*, frequentemente associadas a altos retornos financeiros e prestígio social, são mais procuradas por estudantes com maior capital econômico. Em contrapartida, estudantes de grupos menos privilegiados ou aqueles com inclinações mais humanistas tendem a escolher especialidades que valorizam o cuidado integral e humanizado, evidenciando uma tensão entre o modelo biomédico tradicional

e práticas mais inclusivas e holísticas.

A análise dos dados sugere que as desigualdades sociais e as interseções de identidade influenciam a prática médica futura e não apenas a formação dos estudantes durante a graduação. Dessa forma, há uma necessidade crescente de uma formação médica que incorpore uma perspectiva interseccional e decolonial para garantir uma prática de saúde inclusiva e equitativa, que considere as diferentes realidades sociais dos pacientes e os prepare para oferecer um cuidado holístico e sensível às necessidades específicas de grupos minoritários e vulneráveis. Nesse contexto, é fundamental evitar a reificação do sujeito, um fenômeno que ocorre quando a complexidade da experiência humana é reduzida a meras características ou categorias, desconsiderando a história e a subjetividade de cada indivíduo. Na assistência à saúde, isso se manifesta quando o paciente é visto apenas como um conjunto de sintomas ou uma doença a ser tratada, ignorando sua história de vida e desafios emocionais. No contexto da assistência à saúde, a objetificação do paciente pode levar a um cuidado despersonalizado, em que o foco se concentra apenas na doença e não no indivíduo que vive com ela. Essa abordagem limitada pode comprometer a eficácia do tratamento, pois não leva em conta fatores psicossociais que influenciam a saúde e o bem-estar do paciente. Por exemplo, um paciente com diabetes pode ter dificuldades em seguir uma dieta recomendada devido a questões culturais, emocionais ou econômicas que não são abordadas em um plano de cuidado que ignora sua individualidade.

De forma semelhante, na docência, especialmente na formação médica, a reificação acontece quando o estudante é tratado como um simples receptáculo de conhecimento, sem atenção para suas particularidades, dificuldades e o contexto socioemocional que envolvem o processo de ensino-aprendizagem. Dessa forma, suas dificuldades particulares – sejam elas acadêmicas, emocionais ou de adaptação social – são negligenciadas, resultando em uma educação que não promove um desenvolvimento integral. Cada estudante traz consigo um conjunto de experiências e uma bagagem cultural que influenciam sua forma de aprender e de se relacionar com o conhecimento. Ignorar essas características pode levar a uma formação inadequada, em função da qual o estudante se sente desmotivado ou incapaz de alcançar seu potencial pleno.

Ao reconhecer e integrar essas dimensões, tanto na assistência quanto na educação, é possível promover uma prática mais humana e eficaz, que valoriza o desenvolvimento integral do sujeito. É evidente que tanto o paciente quanto o estudante precisam ter seus desafios compreendidos para que se possa estruturar um plano de desenvolvimento – terapêutico ou educacional – que seja realmente eficaz. Para o paciente, isso significa desenvolver um plano

de cuidado que leve em conta sua história de vida, crenças, medos e expectativas. Para o estudante, isso implica criar um ambiente de aprendizagem que reconheça suas dificuldades e ofereça suporte adequado para seu crescimento acadêmico e pessoal.

A reprodução de práticas desumanizantes na saúde e na educação muitas vezes é resultado da repetição de modelos tradicionais focados na técnica e no conteúdo, mas falham em considerar o sujeito em sua totalidade. Na saúde, isso pode resultar em um cuidado que não é verdadeiramente centrado no paciente, enquanto na educação pode levar a uma formação que não promove a autonomia e o pensamento crítico dos estudantes. Assim, é necessário repensar essas práticas e adotar abordagens que valorizem a individualidade e a história de cada sujeito. Tanto na assistência quanto na docência, é preciso romper com a reprodução de modelos que mecanizam corpos e promover um cuidado e uma educação que sejam verdadeiramente centrados no sujeito, compreendendo suas experiências e desafios como parte integral de seu desenvolvimento pessoal ou terapêutico. Dessa forma, será possível construir uma prática mais humanizada e eficaz, tanto no cuidado à saúde quanto na formação de futuros profissionais.

## **6 CAPÍTULO 5: FORMAÇÃO MÉDICA E INTERSECCIONALIDADE: estratégias para a promoção de uma prática humanizada e decolonial nas Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina de 2014**

### **6.1 Introdução**

O cenário apresentado na pesquisa empírica desta tese possibilitou inferir que a formação da identidade profissional de estudantes de Medicina é amplamente influenciada pelo capital cultural e social, como destacado quanto à influência materna e à presença de mães em profissões da saúde. Ressalte-se ainda que estudantes de grupos vulneráveis enfrentam barreiras estruturais e emocionais que afetam negativamente sua experiência acadêmica e possivelmente influenciam sua prática futura. As Diretrizes Curriculares Nacionais para o curso de Graduação Médica de 2014 (DCN) já apontam a necessidade de incluir uma visão humanista e crítica na formação médica (Brasil, 2014), mas carecem de uma abordagem explicitamente interseccional e decolonial. Incorporar essas dimensões é essencial para a formação de profissionais mais conscientes e sensíveis às realidades sociais de seus pacientes. Dessa forma, a formação médica no Brasil deve ser reformulada para promover uma abordagem mais inclusiva e humanista, que incorpore elementos interseccionais de gênero, raça e classe social.

A construção de uma prática educativa e assistencial mais humanizada exige que se coloque o sujeito, tanto o paciente, quanto o estudante, no centro do processo. Isso implica em reconhecer e integrar suas histórias, experiências e contextos como partes essenciais do processo de ensino-aprendizagem e do cuidado em saúde (Santos et al., 2024), o que requer uma abordagem interseccional. Esse tipo de análise, conforme discutida por Akotirene (2019), reconhece a inseparabilidade estrutural das opressões de raça, classe e gênero, que conformam de maneira diferente as experiências das pessoas, especialmente as mulheres negras. Ao aplicar essa análise às DCN, pretende-se evidenciar como o currículo médico pode tanto reforçar, quanto desafiar essas estruturas de opressão. A metodologia interseccional visa identificar e desconstruir as dinâmicas de poder que influenciam a formação médica, promovendo uma educação que integre as dimensões sociais da saúde de maneira crítica e transformadora. Sendo assim, neste capítulo, o objetivo consiste em fazer uma análise interseccional das DCN, a partir do referencial teórico de Akotirene (2019), propondo estratégias para promover uma formação médica mais inclusiva e equitativa. Assim, espera-se formar profissionais com uma identidade mais voltada à humanização, que integre uma abordagem interseccional e decolonial, visando à redução das desigualdades de raça, gênero e classe social no campo da saúde e à melhoria da qualidade do atendimento médico para grupos minoritários e vulneráveis.

## 6.2 Notas metodológicas sobre a análise das DCN e a proposta de estratégias

A etapa metodológica consistiu na análise documental das DCN, com foco nas áreas de competência que norteiam as Diretrizes: atenção à saúde, gestão em saúde e educação em saúde (Brasil, 2014). Realizou-se a Análise Crítica do Discurso (ACD), apropriada para identificar e descrever como as relações de poder, dominação e desigualdade são construídas e reproduzidas através da linguagem. Essa abordagem analisou os textos das DCN e revelou como as discriminações racial, de gênero e de classe estão presentes ou ausentes nas Diretrizes. A análise qualitativa mencionada permitiu investigar as implicações ideológicas e epistêmicas do discurso médico contido nas DCN, possibilitando uma crítica interseccional das estruturas de poder subjacentes, como o patriarcado, racismo e neoliberalismo, alinhando-se às preocupações evidentes na obra de Akotirene (2019) com as opressões estruturais. Complementarmente, a análise temática (ATM) foi usada para identificar temas recorrentes nas Diretrizes que tratassem de diversidade, equidade, inclusão e práticas pedagógicas, categorizando as menções a raça, gênero, classe e outros marcadores sociais. Essa abordagem ajuda a organizar as evidências que sustentam a análise crítica.

Essa combinação permite uma investigação tanto da linguagem usada nas DCN, quanto das ideologias subjacentes, promovendo uma análise mais aprofundada sobre como as desigualdades são tratadas ou negligenciadas no currículo médico e propondo estratégias para uma formação mais humanizada e inclusiva. Dessa forma, a análise foi orientada para a necessidade de uma decolonização do pensamento e das práticas institucionais. Com base na proposta de Akotirene (2019), a metodologia interseccional também considerou a experiência de vida de grupos vulneráveis e a capacidade do currículo de lidar com essas realidades de forma ética e inclusiva. Além disso, a partir da análise das DCN, foram propostas estratégias pedagógicas para integrar a interseccionalidade no currículo médico. A metodologia também incluiu a sugestão de indicadores de sucesso.

O desenvolvimento deste capítulo se deu a partir da análise documental das DCN, nas seguintes seções: (i) trajetória das DCN; (ii) formação médica no Brasil: desafios, limitações das DCN e a desumanização na educação e assistência à saúde; (iii) interseccionalidade, racismo e capacitismo: lacunas na formação médica; e (iv) decolonização do conhecimento e espiritualidade na prática médica.

### 6.3 Análise documental das DCN

As Diretrizes Curriculares Nacionais são documentos normativos que definem os princípios, fundamentos, condições e procedimentos da formação em cursos de graduação no Brasil. Elas estabelecem as competências, habilidades e os conhecimentos que os estudantes devem adquirir ao longo do curso, além de orientar a elaboração dos currículos por parte das instituições de ensino superior. No caso da formação médica, as DCN são criadas e revisadas pelo Ministério da Educação (MEC) em parceria com o Ministério da Saúde, com o objetivo de alinhar a formação dos médicos às necessidades do Sistema Único de Saúde (SUS) e às demandas sociais e sanitárias do país. As DCN, por exemplo, estabelecem um conjunto de normas e orientações que guiam o currículo das escolas médicas, definindo os perfis de formação, os estágios, as práticas pedagógicas e a relação entre a formação teórica e prática. Elas buscam garantir uma formação médica que seja generalista, humanista, crítica, reflexiva e ética, promovendo a integralidade do cuidado e a equidade na atenção à saúde, em consonância com os princípios do SUS. Dessa forma, compreender a trajetória das DCN é fundamental para analisar as mudanças e os contextos que orientaram a formação médica ao longo do tempo, especialmente porque elas refletem as transformações sociais, políticas e sanitárias do país (Ferreira et al., 2019). Algumas razões para entender essa trajetória incluem:

- Alinhamento com as demandas sociais e sanitárias: as DCN evoluem de acordo com as necessidades da sociedade e do sistema de saúde. A formação médica precisa se adaptar às novas demandas de saúde pública, como o aumento de doenças crônicas, o envelhecimento da população, o fortalecimento da atenção primária e a necessidade de médicos em regiões vulneráveis (Oliveira; Santos; Shimizu, 2019);
- Mudanças na formação médica: ao longo das últimas décadas, a formação médica passou por diversas modificações, como o foco crescente na educação humanizada e na atenção básica (Machado; Wuo; Heinzle, 2018);
- Impacto das políticas públicas de saúde e educação: as DCN não são criadas de forma isolada. Elas respondem a marcos políticos e a iniciativas do governo federal, como a criação do SUS, o Programa Mais Médicos, o Pró-Saúde e outras políticas que visam melhorar o acesso à saúde (Pinto; Côrtes, 2022);

- Respostas a desafios regionais e desigualdades: a trajetória das DCN também revela como o Brasil tem enfrentado as desigualdades regionais no acesso à saúde. Com a necessidade de formar médicos para atuar em áreas remotas e carentes, as DCN foram ajustadas para promover a interiorização da formação médica, ampliando a abertura de novos cursos e incentivando a atuação em áreas de maior vulnerabilidade social (Machado; Oliveira; Malvezzi, 2021);
- Formação profissional e mercado de trabalho: a trajetória das DCN também influencia diretamente o perfil dos médicos que ingressam no mercado de trabalho. As mudanças nas diretrizes curriculares afetam a distribuição dos profissionais no território nacional, sua especialização e sua capacidade de atender às diferentes demandas do sistema de saúde (Maués et al., 2018);
- Aprofundamento na formação humanista e interdisciplinar: as DCN trazem uma maior ênfase na formação humanista e interdisciplinar, com foco na saúde pública e na promoção da equidade (Ferreira et al., 2019).

Entender a trajetória das DCN permite observar como essa transformação pedagógica ocorreu e de que forma ela impacta a identidade do médico formado. A análise da trajetória possibilita também identificar áreas que precisam ser aprimoradas, como a inclusão de saberes tradicionais e abordagens interseccionais que contemplem raça, gênero e classe na formação médica.

#### **6.4 Trajetória das DCN**

A trajetória das DCN é uma narrativa que evidencia a articulação entre a formação médica e as políticas públicas de saúde. Essas Diretrizes foram elaboradas em um contexto de reformas no sistema educacional e de saúde, visando modernizar e alinhar a formação médica no Brasil às demandas emergentes do SUS e às novas realidades da saúde pública e da sociedade brasileira. Sua criação foi motivada por diferentes fatores. Tratarei das principais demandas, considerando o percurso histórico, também representado no Quadro 8.

**Quadro 8** – Marcos históricos que influenciaram a educação médica no Brasil

Ano	Marco histórico	Descrição
1986	VIII Conferência Nacional de Saúde	Base para a estruturação do SUS, com foco na participação social e na universalidade do atendimento.
1988	Constituição Federal	Estabelece a saúde como direito de todos e dever do Estado, sendo um marco legal para a criação do SUS.
1990	Leis Orgânicas da Saúde (8.080/1990 e 8.142/1990)	Cria oficialmente o SUS, organizando ações e serviços de saúde no Brasil, e estabelece seus princípios doutrinários e organizativos.
1996	Lei n. 9.394/1996 (LDB)	Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional, incluindo a educação médica, destacando a autonomia universitária.
2001	Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico (Cinaem)	Objetivo de realizar uma avaliação detalhada das escolas médicas no Brasil, considerando tanto a qualidade da formação oferecida quanto a adequação às necessidades do SUS.
2001	Diretrizes Curriculares Nacionais	Primeiras diretrizes para o curso de Medicina, orientando a formação médica para ser humanista, crítica, reflexiva e voltada para a integralidade no SUS.
2002	Programa Nacional de Incentivo a Mudanças Curriculares nos cursos de Medicina (Promed)	Programa criado para apoiar mudanças nos currículos de Medicina, com ênfase na adequação às necessidades de saúde da população e integração ensino-serviço.
2003	Criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES)	Secretaria criada no Ministério da Saúde para coordenar e implementar políticas de formação e gestão de profissionais de saúde no SUS.
2003	Projeto Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde (VER-SUS)	Iniciativa para promover a aproximação dos estudantes de saúde com a realidade do SUS, através de estágios e vivências práticas em diferentes serviços de saúde.

2005	Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde I)	Programa que visa reorientar a formação profissional em saúde, aproximando-a das necessidades sociais e das demandas do SUS.
2005	Residência Multiprofissional	Programa de residência para profissionais de saúde de diferentes áreas, promovendo uma formação interprofissional e o trabalho em equipe no SUS.
2007	Pró-Saúde II	Segunda fase do Pró-Saúde, expandindo as iniciativas de reorientação da formação profissional para mais instituições de ensino e áreas de saúde.
2013	Novas Diretrizes para o curso de Medicina (DCN)	Atualização das Diretrizes Curriculares Nacionais, com foco na formação integral, humanista e crítica, e maior ênfase na prática e no SUS desde os primeiros anos.
2013	Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (Provab)	Programa que incentiva médicos e outros profissionais de saúde a atuarem na atenção básica, especialmente em áreas remotas ou de difícil acesso.
2013	Lei n. 12.871, institui o Programa Mais Médicos	Lei que cria o Mais Médicos, programa voltado para aumentar o número de médicos no SUS, com ênfase na atenção básica e na formação médica voltada para o SUS.

Fonte: Elaboração própria (2024).

Inicialmente, em 1986, ocorreu a VIII Conferência Nacional de Saúde, considerada um marco na história da saúde pública brasileira, pois definiu as bases para a criação do SUS. Esse evento reforçou a necessidade de uma educação médica voltada para a promoção de saúde pública e integral, considerando as dimensões sociais da saúde e a equidade no atendimento. Essa conferência foi um ponto de partida para que as políticas educacionais fossem gradualmente orientadas para uma formação médica que contemplasse a complexidade da saúde como direito de todos. A principal proposta da VIII Conferência foi a criação de um sistema de saúde universal, público e gratuito, que garantisse acesso igualitário à saúde para todos os cidadãos, sem distinção de classe, renda ou local de residência. Essas discussões influenciaram diretamente a Assembleia Nacional Constituinte que, entre 1987 e 1988, elaborou a Constituição Federal (Rosário; Baptista; Matta, 2020).

A Constituição Federal de 1988 consolidou a saúde como um direito social fundamental, assegurando o acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde. Com isso, a formação dos profissionais de saúde, especialmente médicos, começou a ser vista como parte estruturante para a operacionalização dos princípios do SUS, o qual foi fundamentado, em setembro de 1990, pela Lei Orgânica da Saúde n. 8.080/1990 e organizado, em dezembro de 1990, pela Lei Orgânica da Saúde n. 8.142/1990, definindo os princípios e as diretrizes para a organização e o funcionamento do sistema de saúde no Brasil. Esse marco impactou diretamente a formação médica, pois trouxe a necessidade de capacitar médicos para trabalhar nos diferentes níveis de atenção à saúde, com ênfase na atenção básica e na promoção da saúde (Faria; Machado, 2022). Diante dos novos direitos promulgados, na formação médica, a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB) de 1996 influenciou a criação de diretrizes que buscavam alinhar a educação superior com as demandas sociais, ao mesmo tempo em que promoviam uma abordagem interdisciplinar e crítica (Ranieri, 2018).

A LDB trouxe flexibilidade e autonomia para as universidades, incentivando a criação de currículos mais contextualizados com as realidades regionais. Essa flexibilidade permitiu que as instituições de ensino superior adaptassem seus projetos pedagógicos de acordo com as características específicas de suas regiões, possibilitando, por exemplo, que escolas localizadas em áreas rurais ou regiões com maior escassez de recursos formassem médicos aptos a atender a essas demandas. Ao mesmo tempo, a Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação das Escolas Médicas (Cinaem), criada em 2001, representou um avanço no controle da qualidade da formação médica no Brasil. Enquanto a LDB promoveu a autonomia das universidades, a criação da Cinaem surgiu como uma forma de garantir que essa autonomia fosse exercida com responsabilidade, assegurando que todas as escolas médicas oferecessem uma formação de

qualidade. A Cinaem estabeleceu critérios rigorosos para a avaliação dos cursos de Medicina, verificando se eles estavam alinhados com as Diretrizes Curriculares Nacionais de 2001 e com as demandas do SUS, ao mesmo tempo em que incentivava a flexibilidade curricular promovida pela LDB. A Cinaem e Diretrizes Curriculares Nacionais promulgadas em 2001 estão interligadas no processo de avaliação e modernização da formação médica no Brasil. As Diretrizes Curriculares Nacionais de 2001 formalizaram a exigência de que a formação médica no Brasil fosse baseada em competências, integrando conhecimentos teóricos, habilidades práticas e atitudes voltadas para a humanização e ética no atendimento. Assim, a Cinaem, com seus mecanismos de controle e avaliação, assegurava que os cursos de Medicina estivessem estruturados de forma a implementar essas competências, promovendo uma formação médica capaz de responder às necessidades do SUS (Brasi, 2001; Briani, 2001).

Em 2002, foi criado o Programa Nacional de Incentivo a Mudanças Curriculares nos cursos de Medicina (Promed) para promover mudanças nos currículos médicos, incentivando as escolas a adotarem metodologias de ensino que integrassem teoria e prática, com foco nas necessidades de saúde da população e nos princípios do SUS. O Promed incentivou a criação de currículos mais voltados para a atenção básica e a integração dos estudantes de Medicina com a realidade dos serviços públicos de saúde (Oliveira et al., 2008). Essa perspectiva de ensino-serviço desencadeou a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), em 2003, para coordenar as políticas de educação e gestão do trabalho em saúde. Sua criação representou um fortalecimento das políticas públicas voltadas para a formação de profissionais de saúde, incluindo os médicos. A SGTES passou a ser um importante ator na definição de diretrizes curriculares e na promoção de iniciativas que visavam melhorar a formação médica, como os programas de incentivo ao ensino na atenção básica e em áreas vulneráveis (Zarpelon; Batista, 2022).

Em 2005, foi criado o Programa de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde I e II) - 2005 e 2007. O Pró-Saúde, lançado em 2005, tinha como objetivo aproximar a formação dos profissionais de saúde, especialmente os médicos, às necessidades do SUS. O programa incentivou mudanças curriculares que promovessem a formação de profissionais com uma visão integral da saúde, capazes de atuar na prevenção de doenças e na promoção da saúde em todos os níveis de atenção. Em 2007, foi lançado o Pró-Saúde II, que deu continuidade a essas ações, expandindo a participação de escolas médicas em todo o país (Giovannella et al., 2012). O Pró-Saúde II expandiu a participação das escolas médicas em todo o país, promovendo uma formação voltada para a integração entre o ensino e o serviço, com ênfase na atenção básica e na adaptação dos currículos às realidades regionais. Ele visava alinhar os cursos de graduação

às demandas de saúde pública, reforçando a atuação dos estudantes em unidades de saúde e a formação de um médico generalista e humanista. Em 2011, surgiu o Pró-Residência como uma continuidade e complemento a essas iniciativas, focando na formação de médicos especialistas em áreas estratégicas para o SUS, como a Medicina de Família e Comunidade e outras especialidades prioritárias. O Programa visava não só suprir a carência de especialistas em regiões remotas e vulneráveis, mas também assegurar que a formação médica continuasse a ser orientada pelos princípios do SUS, garantindo que esses especialistas estivessem preparados para trabalhar nas diferentes regiões do país. Dessa forma, complementou as diretrizes curriculares ao promover a especialização em áreas prioritárias para o sistema de saúde pública, reforçando a necessidade de formar médicos que atuassem de maneira resolutiva e crítica nas realidades locais (Santos; Batista, 2018).

Em 2013, com a mesma proposta de formar profissionais comprometidos com a atenção às populações prioritárias e com enfoque na APS, foi estabelecido o Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (Provab) e o Programa Mais Médicos (através da Lei n. 12.871). O Programa mencionado foi uma iniciativa para enfrentar a falta de médicos em áreas remotas e vulneráveis do Brasil, impactando a formação médica ao exigir que os cursos oferecessem mais experiências práticas em serviços públicos de saúde e promovendo a abertura de novos cursos em regiões do país que enfrentavam escassez de profissionais. Isso contribuiu para uma maior interiorização da formação médica e reforçou o papel social da Medicina.

Alinhadas a essa perspectiva, foram formuladas as DCN, considerando as necessidades do SUS, com foco especial na atenção básica e na promoção da saúde. O SUS, criado em 1988, estabeleceu princípios de universalidade, equidade e integralidade. Assim, para atender a essas demandas, era necessário um novo perfil de profissional médico, capaz de: (i) atuar nas diversas regiões do país, especialmente em áreas vulneráveis e desassistidas; (ii) trabalhar de maneira integrada e interprofissional, em equipes multidisciplinares; (iii) compreender os determinantes sociais da saúde; (iv) desenvolver ações com foco na prevenção e promoção da saúde. As DCN representaram uma atualização significativa das diretrizes de 2001, reforçando a importância de formar médicos generalistas e críticos, com maior ênfase na prática em serviços de saúde pública e na atenção básica. Além disso, colocaram mais foco no SUS, na equidade e na humanização do cuidado, visando preparar os médicos para atuar de maneira integral e ética, em consonância com os princípios da saúde pública brasileira. Ademais, as DCN reforçaram a necessidade de formar médicos generalistas, com uma visão integral da saúde, preparados para atuar nas diferentes esferas da atenção à saúde (primária, secundária e terciária). O foco na atenção básica e na formação humanista visava garantir que os médicos recém-formados

estivessem aptos a resolver problemas de saúde comuns e a prestar cuidados continuados à população, em consonância com as diretrizes do SUS (Oliveira et al., 2019).

Outro motivo para a criação das DCN foi a necessidade de maior integração entre o ensino acadêmico e os serviços de saúde, especialmente no contexto do SUS. As Diretrizes buscaram proporcionar uma formação prática mais forte, com os estudantes tendo contato com o SUS desde os primeiros anos da graduação. A ideia era promover um aprendizado voltado para a realidade dos serviços de saúde e das comunidades atendidas, especialmente em áreas de maior vulnerabilidade social. Ademais, as Diretrizes também foram criadas para enfrentar as desigualdades regionais no acesso à formação médica e aos serviços de saúde. Uma das grandes motivações foi a necessidade de interiorizar a formação médica, garantindo que mais cursos fossem abertos em áreas que sofriam com a falta de médicos. O foco da criação desses novos cursos em regiões mais remotas foi garantir que a população dessas áreas tivesse acesso a profissionais de saúde qualificados, atendendo à carência histórica de médicos em locais de difícil acesso (Pereira; Lages, 2013).

No entanto, a qualificação desses profissionais não pode ser apenas técnica; ela precisa envolver a formação humanista e ética que permita que os médicos compreendam as realidades culturais, sociais, econômicas, raciais e de gênero de seus pacientes. Esse alinhamento é refletido nas DCN, que destacam a importância de que a prática médica vá além do conhecimento técnico, envolvendo a empatia, o respeito e a sensibilidade necessários para atender de forma integral e equitativa diferentes populações. Assim, os novos cursos em regiões remotas, além de ampliarem o acesso a profissionais de saúde, garantem que esses profissionais sejam formados com uma visão humanista, aptos a atuar em contextos de grande diversidade social e cultural, o que requer habilidades de relacionamento interpessoal como empatia, respeito e sensibilidade às diversidades culturais, sociais, econômicas, raciais e de gênero. Dessa forma, as novas diretrizes trouxeram à tona a necessidade de uma formação que fosse além da biomedicina, integrando aspectos sociais e éticos no atendimento aos pacientes (Pereira; Lages, 2013).

As orientações previstas no documento norteador da formação médica no Brasil apresentam respostas às novas demandas de saúde pública que surgiram nos últimos anos, como o envelhecimento da população, o aumento das doenças crônicas não transmissíveis, a necessidade de novos formatos de atenção à saúde mental, e a crescente importância da saúde coletiva e da vigilância em saúde. As Diretrizes buscaram preparar médicos para lidar com essas mudanças epidemiológicas e sociais. O Programa Mais Médicos (2013) também foi uma força motriz para a reformulação das Diretrizes. Esse programa expôs a falta de médicos em

várias regiões do país, especialmente nas áreas mais pobres e remotas. As DCN foram uma tentativa de criar um sistema de formação médica mais eficaz, que formasse profissionais capazes de trabalhar em todas as regiões do Brasil, reforçando a necessidade de os médicos formados estarem preparados para atuar na atenção básica e em regiões com menos recursos de saúde. Ademais, as Diretrizes surgiram também como parte de um esforço mais amplo para garantir a qualidade da formação médica no Brasil. Elas estabelecem critérios mais rigorosos para o conteúdo curricular, as competências exigidas dos estudantes e a avaliação dos cursos de Medicina. A ideia era garantir que os médicos formados tivessem uma base sólida de conhecimentos e habilidades, além de uma compreensão crítica do sistema de saúde em que iriam atuar (Machin et al., 2022).

### **6.5 A formação médica no Brasil: desafios, limitações das DCN e a desumanização na educação e assistência à saúde**

A formação médica no Brasil, tal como estabelecida pelas DCN, busca promover uma educação que vá além da mera aquisição técnica e conteudística, focando na formação integral do profissional de saúde. No entanto, é notório que, na prática, a repetição de modelos tradicionais tem contribuído para a perpetuação de práticas desumanizantes, tanto no contexto da educação quanto no da assistência à saúde (Touso; Figueiredo, 2020). A centralidade no conteúdo técnico e na eficiência dos processos frequentemente ignora a complexidade do sujeito, seja ele o paciente ou o estudante, resultando em uma formação que não valoriza plenamente a subjetividade, a autonomia e o desenvolvimento crítico (Müller; Lima; Ortega, 2023). Na assistência à saúde, essa reprodução de modelos desumanizantes se manifesta quando o cuidado é reduzido à gestão de doenças e procedimentos, negligenciando o aspecto humano do paciente – suas vivências, contexto sociocultural e desafios emocionais. Essa visão mecanizada do corpo, na qual o paciente é tratado como um objeto a ser reparado, compromete a qualidade do cuidado e, conseqüentemente, a saúde integral. Do mesmo modo, no campo da educação médica, os estudantes são muitas vezes tratados como meros receptáculos de conhecimento técnico, o que limita sua capacidade de se desenvolverem como profissionais reflexivos e críticos, preparados para lidar com as complexidades das realidades sociais e humanas que permeiam a prática médica (Deslandes, 2006).

As DCN, no seu Capítulo I, no artigo 3º, apontam para a necessidade de uma formação médica humanista, crítica e ética, que valorize o cuidado integral ao ser humano, considerando suas múltiplas dimensões e a determinação social do processo saúde-doença. Ademais, na fase

de formulação da agenda das DCN, foram identificadas as competências necessárias para uma formação médica que atenda ao SUS, nas três áreas seguintes: atenção à saúde, gestão em saúde e educação em saúde. Essa formulação foi baseada em princípios de formação humanista, crítica e ética, e buscou incorporar o cuidado integral, a comunicação empática e a promoção da saúde. Aqui, as demandas sociais e as necessidades do SUS foram incorporadas como eixos centrais do currículo. Um aspecto importante da formulação foi a tentativa de integrar a teoria com a prática desde os primeiros anos do curso, como preconizam as DCN. Isso inclui a inserção dos estudantes em redes de saúde e o foco na formação em serviço, em especial nos serviços de atenção básica e urgência/emergência do SUS (Brasil, 2014; Veras; Feitosa, 2019).

No entanto, há necessidade urgente de implementação de uma abordagem pedagógica que evite a reificação do sujeito, repudiando a objetificação tanto do estudante, quanto do paciente, e valorizando a subjetividade e a complexidade das vivências pessoais e profissionais. Ressalte-se aqui a perspectiva necessária a ser adotada, que corresponde àquela que vai de encontro à “nossa base ética civilizatória”, já que “o corpo se relaciona com alteridade, baseado na memória, informação ancestral do espírito, e não pela marcação morfofisiológica, anatômica, fenotípica” (Akotirene, 2019, p. 17). Essa perspectiva contrasta com a abordagem biomédica tradicional, que muitas vezes reduz o corpo a uma máquina biológica, desconsiderando as complexas dimensões culturais e espirituais que o constituem (Silva; Venturi, 2022).

A formação médica, como estruturada nas DCN, ainda é amplamente centrada na compreensão morfofisiológica do corpo. Embora as Diretrizes apontem para uma visão integradora do processo saúde-doença, a ênfase recai sobre o aspecto técnico e biológico do cuidado à saúde. Isso pode levar à objetificação dos pacientes, tratando-os como corpos que precisam ser reparados, ignorando as experiências subjetivas e as memórias ancestrais que, segundo Akotirene (2019), também são partes fundamentais de sua identidade e saúde. Esse enfoque tecnicista, que fragmenta o corpo em sistemas biológicos, invisibiliza as relações do corpo com sua alteridade, ou seja, com as experiências que cada indivíduo carrega em termos de raça, gênero, espiritualidade e ancestralidade. Ao não considerar esses aspectos interseccionais, as DCN limitam a capacidade dos futuros médicos de oferecer um cuidado verdadeiramente integral e humanizado (Reginato; Benedetto; Gallian, 2016).

A interseccionalidade demanda um direcionamento geopolítico (Akotirene, 2019). As DCN preveem o domínio de uma língua estrangeira, preferencialmente uma língua franca, como o inglês, para que os estudantes possam se manter atualizados com os avanços da Medicina e interagir com equipes de saúde em outras partes do mundo (Brasil, 2014). Essa

exigência é um reflexo da dinâmica global do conhecimento científico, em que a língua inglesa atua como o principal meio de comunicação e publicação de pesquisas médicas. No entanto, à luz da análise interseccional de Carla Akotirene (2019), é necessário questionar criticamente essa imposição. Mesmo do ponto de vista feminista negro, a mencionada autora discute a dominação da língua inglesa como parte de uma estrutura imperialista que perpetua o controle epistêmico global. Ela identifica o conhecimento produzido nos Estados Unidos como uma forma de "saber periférico do lado sul-nortista" (Akotirene, 2019, p. 21), em que, apesar de estar em uma posição de poder global devido à difusão da língua e do conhecimento, as intelectuais negras estadunidenses sofrem racismo e sexismo epistêmicos. Assim, o inglês, como língua franca, funciona como um facilitador do intercâmbio de conhecimento e como uma ferramenta de controle e exclusão de saberes não-hegemônicos.

A exigência da língua inglesa nas DCN reflete o padrão colonial do conhecimento, em que os avanços científicos, especialmente na Medicina, são frequentemente vinculados ao acesso a publicações em inglês. Isso cria uma barreira linguística para estudantes de países do Sul Global, como o Brasil, que podem não ter o mesmo acesso à educação em inglês, especialmente aqueles de contextos socioeconômicos mais vulneráveis. A imposição do inglês reforça a ideia de que o conhecimento válido é aquele produzido e difundido em uma língua de origem imperialista, marginalizando outras formas de saber, como as tradições de cura afro-brasileiras e indígenas, que estão intrinsecamente ligadas à memória e à ancestralidade, como propõe Akotirene (2019). Além disso, ao realizar uma análise interseccional voltada para os conceitos presentes nas DCN, com o objetivo de identificar sua dependência ou não da epistemologia da Europa Ocidental e dos Estados Unidos em relação às respostas identitárias à matriz colonial, nota-se uma relação importante a ser investigada. Embora as DCN promovam um discurso de inclusão e equidade, elas ainda carecem de uma abordagem crítica mais minuciosa sobre questões como xenofobia, neoliberalismo, opressão patriarcal e discriminação racial. O reconhecimento das diversidades presentes na sociedade é feito nas DCN, mas sem uma análise estrutural dos sistemas de poder que perpetuam essas desigualdades, o que limita a efetividade das Diretrizes em promover uma formação médica verdadeiramente transformadora.

As DCN não tratam explicitamente da xenofobia, mas é possível inferir que a abordagem humanista defendida na formação médica tem o potencial de lidar com a questão. O respeito à diversidade cultural, étnica e linguística está previsto como parte das competências dos futuros médicos, o que pode ajudar a mitigar atitudes xenofóbicas no atendimento à saúde (Brasil, 2024). No entanto, a ausência de menções diretas ao tema limita uma discussão mais

aprofundada sobre o impacto da xenofobia em contextos de saúde, especialmente em tempos de mobilidade global e fluxos migratórios crescentes. As DCN enfatizam a responsabilidade social dos médicos e sua atuação no SUS, o que vai contra a lógica neoliberal, que prioriza a privatização e mercantilização dos serviços de saúde. A defesa do acesso universal à saúde e da equidade contrasta com a tendência neoliberal de reduzir a participação do Estado no financiamento e gestão da saúde pública. Nesse sentido, as DCN buscam formar médicos que estejam comprometidos com o bem-estar coletivo, resistindo à influência neoliberal no campo da saúde (Andrade; Carvalho; Oliveira, 2022). Além disso, essa tentativa de resistir às influências neoliberais no campo da saúde revela também a necessidade de questionar a dependência estrutural ao conhecimento produzido fora do Brasil, um aspecto que impacta diretamente a autonomia científica e formativa dos futuros médicos.

As DCN não fazem uma menção direta à divisão internacional do trabalho, mas há indícios de uma dependência estrutural ao conhecimento produzido fora do Brasil, conforme mencionado anteriormente. Ainda na perspectiva de análise da presença de hegemonia cisheteronormativa e eurocentrada nas DCN, verificou-se que as DCN abordam a questão de gênero de forma limitada, mencionando a necessidade de tratar as desigualdades de gênero no contexto da diversidade humana e no cuidado à saúde (Brasil, 2014). Entretanto, não há uma abordagem mais aprofundada sobre as estruturas de opressão patriarcal que permeiam o sistema de saúde e a própria formação médica. A ausência de uma reflexão crítica sobre como o patriarcado afeta a distribuição de poder dentro do campo da saúde limita o potencial transformador da formação médica no enfrentamento dessas opressões.

Historicamente, a Medicina foi uma profissão dominada por homens, especialmente nas especialidades de maior prestígio, como a Cirurgia e a Cardiologia. Essa dominação reflete o poder estrutural que os homens, em particular homens brancos e de classes sociais mais altas, detêm sobre o acesso ao conhecimento, aos recursos e às oportunidades de ascensão profissional. Mesmo com o aumento do número de mulheres ingressando nas faculdades de Medicina, as especialidades que as mulheres costumam escolher, como Pediatria e Medicina da Família e Comunidade, continuam a ser subvalorizadas em termos de remuneração e *status* social. Este fenômeno não é um reflexo de preferências individuais isoladas, mas de uma socialização que reflete as normas patriarcais que associam mulheres a papéis de cuidado e suporte, enquanto os homens ocupam papéis de poder e ação. A ausência de uma reflexão crítica sobre as implicações do patriarcado no campo da saúde possibilita que essas dinâmicas de divisão sexual do trabalho permaneçam inquestionadas. O currículo médico frequentemente ignora a forma como o patriarcado afeta a distribuição de poder, tanto dentro da estrutura

hospitalar quanto na prática clínica. Por exemplo, a organização hierárquica das equipes médicas, em que os médicos mais graduados, que são frequentemente homens, têm maior autoridade, reflete a perpetuação de uma cultura patriarcal que privilegia o poder verticalizado e a subordinação dos menos experientes, muitas vezes mulheres (Souza, 2019).

Um dos exemplos mais claros da influência do patriarcado na Medicina é a medicalização do corpo feminino. O parto, que antes era uma prática comunitária e liderada por mulheres, foi apropriado pela Medicina institucional e transformado em um ato médico controlado majoritariamente por homens. A Obstetrícia, especialmente no Brasil, é um campo no qual a violência obstétrica tem sido amplamente documentada, refletindo a imposição de uma prática médica que, ao invés de respeitar a autonomia feminina, frequentemente reforça a subordinação das mulheres às decisões médicas impostas por profissionais, em sua maioria homens, ou por um sistema que reflete valores patriarcais. Além disso, a forma como o corpo feminino é tratado em diversas áreas da Medicina reflete essa desigualdade de poder. Mulheres são frequentemente alvo de intervenções médicas desnecessárias, enquanto suas preocupações e percepções de dor muitas vezes são subestimadas ou desvalorizadas, como visto em estudos sobre a falta de tratamento adequado para a dor em pacientes do sexo feminino. Essa desvalorização é uma manifestação de uma estrutura patriarcal que nega a plena humanidade e agência das mulheres, reduzindo-as a corpos a serem manipulados e controlados, principalmente aquelas pessoas de tons de pele negra ou parda (Nicida et al., 2020).

## **6.6 Interseccionalidade, racismo e capacitismo: lacunas na formação médica**

As DCN abordam a diversidade étnico-racial, destacando a importância de um cuidado à saúde que respeite a diversidade e promova a equidade no atendimento (Brasil, 2014). Contudo, a abordagem permanece superficial ao tratar a discriminação racial como um problema de equidade, sem discutir as causas estruturais do racismo e sua perpetuação no sistema de saúde e na própria formação médica. Faltam estratégias explícitas que confrontem o racismo institucional e garantam que a formação médica seja ativamente antirracista. Assim, a educação médica, tradicionalmente estruturada em princípios universalistas, carece de abordagens que efetivamente desafiem as dinâmicas de poder racializadas no contexto brasileiro. Isso ocorre porque a formação médica, historicamente ancorada em uma lógica eurocêntrica e positivista, tende a concentrar-se nas competências técnicas e biomédicas, ignorando as realidades socioculturais dos grupos marginalizados, especialmente da população negra. Essa ausência de reflexão crítica cria um ambiente que perpetua o racismo institucional,

pois falha em preparar os futuros médicos para reconhecer as desigualdades raciais que afetam o acesso, a qualidade e os desfechos da saúde da população negra. Há, dessa forma, uma constatação clara da insuficiência das abordagens curriculares que tratam a temática racial de maneira integral. Embora alguns cursos de Medicina incluam disciplinas ou conteúdos que abordam a realidade racial e étnica, esses esforços são frequentemente limitados a perspectivas teóricas, sem a necessária articulação com práticas clínicas e comunitárias que confrontem as disparidades vividas pela população negra (Leal, 2022). A ausência de estratégias pedagógicas mais robustas e práticas institucionais que combatam o racismo como uma questão central cria lacunas na formação dos futuros profissionais de saúde.

Muitos currículos utilizam termos amplos e vagos como "étnico-racial" ou "diversidade", sem abordar de maneira incisiva as particularidades da saúde da população negra ou o impacto do racismo estrutural nas condições de vida e de saúde dessa população (Cabral et al., 2022). A análise dos projetos pedagógicos de curso realizada pelo estudo de Cabral et al. (2022) demonstra que os termos "preto", "pardo" e "quilombola" são raramente mencionados; quando o são, aparecem em contextos generalistas, sem um aprofundamento nas especificidades epidemiológicas e sociais que impactam a saúde dessa população. Essa ausência de uma abordagem crítica e específica indica a falta de um compromisso real com a construção de uma educação médica antirracista. O racismo institucional na formação médica também se manifesta na perpetuação de ideias herdadas do racismo científico, que historicamente associou a população negra a doenças e condições de inferioridade biológica (Leal, 2022). Embora essa visão tenha sido oficialmente rejeitada, suas marcas ainda permeiam a formação e a prática médica contemporânea, contribuindo para o epistemicídio, que é a exclusão sistemática das vozes e do conhecimento negro na produção científica e acadêmica. A prática médica continua a ignorar as narrativas e experiências da população negra, tratando-a como objeto de estudo, em vez de reconhecê-la como sujeito com voz e agência (Borret et al, 2020).

Akotirene (2019) critica, também, a ideia da "história única", ao evidenciar como o Ocidente frequentemente constrói narrativas únicas e generalizantes sobre os negros, especialmente os africanos, enquanto se permite particularizar suas próprias experiências. Essa crítica é diretamente relevante para a educação médica no Brasil, onde as narrativas sobre a saúde da população negra ainda são limitadas e generalistas (Cabral et al., 2022). As DCN, as ementas das disciplinas e os planos de ensino precisam ser mais incisivos ao promover uma formação que valorize a pluralidade de histórias e experiências, reconhecendo que a saúde da população negra no Brasil é influenciada por fatores históricos, sociais e raciais específicos, que não podem ser ignorados ou homogeneizados. As DCN ressaltam a importância da atenção

integral à saúde e da formação de médicos que compreendam as diferentes realidades sociais (Brasil, 2014). No entanto, ao não enfocarem uma análise interseccional robusta das questões raciais, as Diretrizes podem falhar em preparar médicos para lidar com os desafios da saúde da população negra. Akotirene (2019) sublinha que a identidade preta transcende fronteiras e é marcada por uma experiência racial comum de opressão. Essa experiência precisa ser abordada no currículo médico de maneira que os futuros profissionais sejam capazes de reconhecer e combater as formas de racismo estrutural que afetam a saúde das populações marginalizadas. As disparidades de saúde que afetam as pessoas negras, como a maior prevalência de doenças crônicas e infecciosas, a mortalidade materna e o acesso desigual aos serviços de saúde são reflexos do racismo institucional. As DCN, ao não incluírem estratégias explícitas de combate ao racismo na formação médica, correm o risco de perpetuar essas desigualdades, o que contraria o objetivo de uma formação médica comprometida com a justiça social e a equidade (Souza et al., 2024).

Quanto às questões culturais, as DCN defendem uma formação humanista, ética e integral, que leve em consideração as diferentes dimensões do ser humano, incluindo aspectos sociais, culturais e espirituais (Brasil, 2014). No entanto, ainda que a espiritualidade e a religiosidade sejam mencionadas como importantes no cuidado integral à saúde, elas são tratadas de forma periférica nas Diretrizes. As questões religiosas e espirituais, especialmente aquelas associadas a práticas não ocidentais, como as tradições africanas e indígenas, muitas vezes ficam à margem da formação, sendo vistas como secundárias frente ao modelo biomédico hegemônico. A reflexão trazida por Akotirene (2019) reforça que o epistemicídio – a destruição de modos de conhecimento e espiritualidades não-cristãs – foi parte integrante do projeto colonial. Esse processo, além de erradicar sistemas de saberes e práticas de cura, perpetuou a marginalização dessas epistemologias na modernidade. A prática da espiritualidade africana e indígena, que muitas vezes está profundamente ligada à saúde e bem-estar dessas populações, foi violentamente silenciada, e esse silenciamento persiste até hoje em espaços como o da educação médica (Rocha; Severo; Félix-Silva, 2023).

### **6.7 Decolonização do conhecimento e espiritualidade na prática médica**

As DCN reconhecem a importância de considerar os aspectos culturais e sociais no atendimento ao paciente (Brasil, 2014), mas falham em oferecer uma abordagem consistente que inclua a dimensão espiritual de forma não hierárquica ou não colonizadora. A análise de Akotirene (2019) sobre as intersecções coloniais aponta que a espiritualidade, especialmente a

não-cristã, foi atacada como parte de uma estratégia colonial para submeter as populações indígenas e africanas ao domínio ocidental. Essa destruição espiritual foi acompanhada pelo sexismo, que relegou mulheres a posições subalternas ou as demonizou como "bruxas", resultando na eliminação de práticas orais e de saberes femininos que eram parte essencial de suas culturas e espiritualidades. Nesse sentido, as DCN precisariam adotar uma análise mais crítica dessas intersecções entre espiritualidade, raça e gênero. Os estudantes de Medicina, por exemplo, poderiam ser capacitados para reconhecer e valorizar as práticas de saúde tradicionais afro-brasileiras e indígenas, como o uso de ervas medicinais, os rituais de cura e a espiritualidade como parte do tratamento holístico. Essa abordagem seria fundamental para lidar com a pluralidade religiosa e cultural que caracteriza o Brasil e garantir um atendimento que respeite a diversidade epistemológica e espiritual dos pacientes (Boccuti; Mor; Teixeira, 2022).

A prática médica no Brasil, em grande parte, reflete um modelo ocidental que desconsidera as epistemologias de saúde de tradições não-cristãs e não-europeias. A afirmação de Akotirene (2019) destaca que esse epistemicídio ainda está em curso, uma vez que os conhecimentos espirituais e religiosos das comunidades negras e indígenas continuam sendo marginalizados ou vistos com desconfiança, especialmente em ambientes biomédicos. O genocídio espiritual sofrido por essas populações, ao serem forçadas a abandonar suas práticas religiosas e curativas, tem implicações diretas na forma como elas acessam e experimentam os cuidados de saúde no presente. Para que as DCN sejam verdadeiramente inclusivas e respondam às demandas de uma sociedade plural, seria necessário promover um entendimento mais profundo do racismo epistêmico e religioso na formação médica. Isso implica no reconhecimento das religiões de matriz africana e indígena como partes legítimas do tratamento de saúde e a valorização das práticas de cura ligadas a essas espiritualidades. Akotirene (2019) sugere que a invisibilização e marginalização dessas práticas espirituais na educação médica é uma continuação do epistemicídio iniciado no período colonial. As DCN deveriam garantir que os futuros médicos estejam capacitados para compreender as práticas religiosas de diferentes comunidades e integrá-las, quando apropriado, aos cuidados de saúde. Para isso, seria necessário que os currículos oferecessem não apenas uma abordagem humanista que reconhecesse a espiritualidade, mas que explicitamente incluíssem a formação sobre o impacto histórico e contínuo da colonização na marginalização das práticas religiosas afro-brasileiras e indígenas (Rocha; Severo; Félix-Silva, 2023).

A marginalização e a desigualdade são também verificadas em termos de poder econômico. Akotirene (2019, p. 29) debate sobre o "salário público e psicológico", conceito

que aborda as vantagens simbólicas e materiais da branquitude e o impacto dessa estrutura sobre a classe trabalhadora, sugerindo uma importante reflexão sobre o capacitismo e as desigualdades estruturais. Akotirene (2019) aponta como o racismo e o privilégio da branquitude criam disparidades econômicas e sociais que afetam diretamente o acesso a oportunidades, recursos e serviços, incluindo saúde, educação e condições de vida. A análise das DCN deve considerar a interação dessas desigualdades no contexto da formação médica, especialmente no que tange ao capacitismo. Isso ocorre porque o "salário psicológico" da branquitude oferece privilégios adicionais, além do salário monetário, garantindo dignidade e acesso a bens e serviços. Embora as DCN (Brasil, 2014) mencionem a importância da equidade e da inclusão social, a análise crítica do capacitismo, isto é, a discriminação contra pessoas com deficiência, está ausente de forma significativa no currículo. A branquitude e o capacitismo, quando interseccionados, resultam em oportunidades desiguais de trabalho, qualidade de vida e saúde para as pessoas com deficiência, especialmente as negras, que enfrentam barreiras ainda maiores em uma sociedade estruturada pelo racismo e pelo classismo (Santos; Kabengele; Monteiro, 2022).

O capacitismo e o racismo agem de forma conjunta, criando uma marginalização ainda mais intensa para aqueles que se encontram na intersecção dessas duas opressões. As DCN devem reconhecer essa complexidade, incorporando uma formação crítica que permita aos futuros médicos compreenderem como o capacitismo e o racismo se manifestam no acesso aos cuidados de saúde, no diagnóstico, no tratamento e nas políticas de saúde pública. Akotirene (2019) argumenta que o trabalhador branco, ao receber o "salário psicológico" da branquitude, tem garantido o acesso a bens e serviços que muitas vezes são negados às pessoas negras e com deficiência. Na área da saúde, isso significa que pessoas brancas, especialmente sem deficiência, têm mais chances de acessar serviços de saúde de qualidade, enquanto pessoas negras e com deficiência enfrentam obstáculos relacionados à discriminação racial, preconceito capacitista e marginalização socioeconômica.

As DCN, ao reconhecerem a necessidade de inclusão e equidade, deveriam enfatizar mais fortemente o treinamento de futuros médicos para lidar com as interseccionalidades entre raça, deficiência e classe social. Isso significa incluir no currículo discussões sobre a forma como o racismo e o capacitismo afetam o acesso aos cuidados de saúde, a maneira como os diagnósticos são feitos e como os tratamentos são oferecidos, com especial atenção à vulnerabilidade da população negra com deficiência. Além disso, devem preparar os futuros profissionais para combater preconceitos e estereótipos que possam influenciar suas práticas e comprometer a qualidade do atendimento prestado. A afirmação de Akotirene (2019) sobre o

"salário psicológico" enfatiza como as estruturas de poder operam para manter a supremacia branca e garantir privilégios materiais e simbólicos. Esse sistema impacta diretamente as desigualdades na saúde, especialmente quando se trata de pessoas com deficiência. O acesso a serviços de saúde de qualidade, boas condições de vida e saneamento básico muitas vezes está limitado às populações brancas, excluindo as pessoas negras e deficientes que residem em áreas de baixa renda, frequentemente desprovidas de infraestrutura básica (Jesus, 2020).

As DCN, embora prevejam o atendimento universal e igualitário à saúde, precisam incluir a conscientização sobre essas disparidades estruturais em seu currículo. É necessário formar médicos capazes de reconhecer e enfrentar as consequências do racismo, capacitismo e das desigualdades de classe que afetam a saúde da população negra e com deficiência. Para isso, seria importante integrar uma abordagem interseccional que forneça aos estudantes de Medicina ferramentas para compreender como essas desigualdades são reproduzidas dentro do próprio sistema de saúde e capacitá-los para combatê-las. Incluir uma análise crítica do capacitismo, junto com o racismo e as desigualdades de classe, no currículo médico ajudaria a garantir que os futuros médicos estejam equipados para prestar cuidados de saúde que sejam verdadeiramente inclusivos e equitativos. Isso também reforçaria o compromisso das DCN com a justiça social, ao formar médicos que compreendam as dinâmicas de exclusão social e estejam prontos para atuar de maneira ética e responsável no combate a essas opressões (Santos; Kabengele; Monteiro, 2022).

As reduções das desigualdades em saúde podem ocorrer, ainda, a partir das seguintes práticas de estruturação da educação médica: (i) inclusão de conteúdos sobre raça, gênero e classe em todas as disciplinas médicas (Galvão et al., 2021); (ii) criação de programas de tutoria e mentoria para apoiar estudantes de grupos minoritários, combatendo barreiras emocionais e estruturais (Barros; Ferraz; Panúncio-Pinto, 2021); (iii) incentivo a projetos, promovendo uma formação que valorize a diversidade e equidade na saúde (Fittipaldi; O'Dwyer; Henriques, 2021); (iv) participação dos gestores e profissionais de saúde do município onde se localiza a instituição de ensino de curso médico na construção do Projeto Pedagógico de Curso (PPC) de Medicina (Carvalho, 2013; Novato et al., 2021); (v) monitoramento e avaliação, incluindo a criação de indicadores de sucesso, como número de disciplinas reformuladas para incorporar uma perspectiva interseccional e decolonial, pesquisas de satisfação com estudantes para avaliar a eficácia das mudanças curriculares propostas, avaliação de competências humanistas em Exames Clínicos Estruturados (OSCE) (Bachur et al., 2021).

## **6.8 À guisa de conclusão**

As DCN requerem análise e implementação de medidas pedagógicas interseccionais, porque, embora as DCN proponham uma formação médica crítica e humanista, elas carecem de um fomento decolonial explícito. Tal condição se faz necessária, visto que o reconhecimento da complexidade social que atravessa o processo saúde-doença exige a incorporação de perspectivas interseccionais que considerem as opressões de raça, gênero e classe social como parte da formação médica. A análise interseccional, como discutida por Akotirene (2019), sugere que essas dimensões de opressão devem ser abordadas de forma integrada no currículo para formar profissionais de saúde mais sensíveis às realidades sociais de seus pacientes. Portanto, para que a formação médica brasileira seja mais equitativa e humanista, é necessária uma revisão das DCN que insira elementos de interseccionalidade e decolonialidade. Ao integrar essas abordagens, será possível tanto reduzir as desigualdades de gênero, raça e classe no campo da saúde, como também melhorar a qualidade do atendimento prestado, especialmente para grupos minoritários e vulneráveis. A adoção de práticas pedagógicas que coloquem o sujeito no centro do processo de ensino e da assistência à saúde é fundamental para uma educação médica transformadora e inclusiva, que valoriza a vida humana.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo deste trabalho, foram abordadas influências e identificados desafios específicos enfrentados por estudantes de grupos minoritários de uma IES privada e uma IES pública, durante a graduação em Medicina, revelando as implicações dessas desigualdades na preparação dos futuros médicos e em sua capacidade de oferecer um atendimento equitativo a pacientes de diferentes origens. Ressalte-se que os cursos de graduação de Medicina das IES que serviram de cenário para esta pesquisa iniciaram suas atividades após a promulgação das Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina de 2001 e fazem parte do processo de descentralização da formação médica, impulsionado por políticas públicas como o Programa Mais Médicos e a reforma universitária, visando fortalecer o SUS e a atenção primária.

Os resultados corroboram os diferentes estudos sobre interseccionalidade de gênero, raça e classe social e as desigualdades decorrentes desse processo diretamente correlato ao colonialismo. Seis aspectos, no mínimo, devem ser mencionados:

- Influência da ocupação materna e capital cultural na escolha de especialidades: há uma associação entre a ocupação materna e a escolha de especialidades médicas, na qual filhos de mães donas de casa tendem a valorizar especialidades de alto *status*, o que reforça a importância da socialização primária e do capital cultural familiar nas trajetórias profissionais dos estudantes;
- Impacto da violência simbólica na valorização do conhecimento técnico-procedimental: a formação médica privilegia o conhecimento técnico-científico, especialmente em disciplinas teóricas como Fisiologia e Anatomia, em detrimento de habilidades sócio-humanistas, o que reflete uma forma de violência simbólica internalizada ao longo do curso, perpetuando uma hierarquia que valoriza o paradigma biomédico;
- Desigualdades sociais e interseccionalidade nas vivências acadêmicas e prática médica: a interseccionalidade de raça, gênero e classe social afeta significativamente a formação acadêmica e a prática médica futura, com implicações na qualidade do atendimento prestado a pacientes de grupos vulneráveis. A escolha de especialidades também reflete a internalização de normas culturais e sociais ligadas ao gênero e à masculinidade;

- Desafios para estudantes de grupos minoritários: estudantes de minorias enfrentam barreiras acadêmicas, emocionais e estruturais, o que impacta na construção de sua identidade profissional. Essas dificuldades contribuem para uma desigualdade na distribuição de oportunidades dentro do campo médico;
- Escolha de especialidades e segurança econômica: estudantes de origens privilegiadas, com maior capital econômico e cultural, optam por especialidades de maior duração, como cirurgia e cardiologia, devido à sua segurança financeira. Por outro lado, estudantes de classes menos favorecidas tendem a escolher especialidades com retorno financeiro mais rápido, perpetuando uma distribuição desigual de especialistas em saúde;
- Concentração de especialidades e desigualdade no acesso a cuidados de saúde: a distribuição desigual de médicos e especialistas nas distintas regiões territoriais reflete as desigualdades econômicas e sociais, afetando especialmente comunidades vulneráveis que dependem de médicos generalistas ou menos prestigiados. Essa concentração de médicos em especialidades menos valorizadas pode exacerbar a desigualdade no acesso a cuidados especializados e fragmentar o atendimento em áreas prioritárias, como Saúde Mental e Cuidados Preventivos.

A análise comparativa entre as duas IES – Fadip e UFV – possibilitou explicar sobre esses aspectos. De forma distinta das referências consultadas, o ponto de vista foi deslocado para a identidade do estudante de Medicina, o que corroborou a ideia de que a presença de barreiras estruturais e sociais pode limitar as oportunidades de participação plena dos discentes médicos em atividades acadêmicas e clínicas, afetando a construção de sua identidade profissional e sua preparação para lidar com a diversidade de pacientes. Como as desigualdades interseccionais de gênero, raça e classe social na educação médica impactam a formação da identidade profissional e a qualidade da relação médico-paciente em contextos socioculturais diversos? A conclusão geral desta tese aponta para o fato de que as desigualdades interseccionais de gênero, raça e classe social na educação médica influenciam a formação da identidade profissional ao criar diferentes trajetórias acadêmicas e oportunidades de especialização. Acadêmicos de origens mais privilegiadas tendem a escolher especialidades de maior *status*, enquanto aqueles de origens menos favorecidas optam por áreas de menor prestígio ou retorno financeiro mais rápido, devido a pressões econômicas e culturais. Isso perpetua uma estratificação no campo médico, refletindo uma hierarquia social e econômica.

Ademais, a reificação dos sujeitos (graduandos e pacientes) – desconsiderando e estigmatizando seus antecedentes culturais, e pautando-se na visão cisheteronormativa branca e eurocentrada, resquício do colonialismo – possibilita as práticas de exercício médico estritamente biomédico/flexneriano, com pouca valorização de competências sócio-humanistas

A análise dos traços predominantes dos graduandos das duas IES, identificando padrões e relações entre os fatores sociais e a formação da identidade profissional identificados no *survey*, foi feita a partir das seguintes hipóteses: (i) a escolha das especialidades médicas pelos estudantes de Medicina é influenciada por fatores sociodemográficos, como raça e gênero dos graduandos, além da ocupação da mãe; (ii) três variáveis principais – capital cultural do estudante, profissão materna fora da área da saúde e ano do curso de Medicina – influenciam a forma como os estudantes de Medicina valorizam o modelo biomédico de atendimento em sua prática profissional; (iii) se o curso de Medicina fosse concluído neste semestre, o grupo de estudantes mais propenso a conseguir inserção no mercado de trabalho na ocupação que considera ideal seria composto predominantemente por homens brancos.

Na Fadip e na UFV, a primeira hipótese foi confirmada, pois os resultados do Teste Qui-quadrado foram calculados e indicam a associação entre a escolha da especialidade médica e as variáveis categóricas (ocupação da mãe, gênero e raça). Quanto à segunda hipótese, na Fadip, obteve-se que, ao longo do curso, há maior valorização das competências técnico-procedimentais conjuntamente às sócio-humanistas entre os alunos de Medicina, o que não foi confirmado na UFV. Quanto à associação entre a ocupação da mãe e a valorização de competências – se técnico-procedimentais ou sócio-humanistas –, a hipótese foi confirmada nas duas IES. A terceira hipótese foi parcialmente confirmada, pois, embora o Grupo 1 (homens, brancos, com capital econômico médio) tenha uma proporção ligeiramente maior de coincidência entre "ideal de inserção" e "inserção provável" do que o Grupo 2 (todos os outros), a diferença não é estatisticamente significativa ao nível de significância de 0.05. Os dados indicaram, assim, a necessidade de uma análise mais aprofundada e de abordagens metodológicas que considerassem uma maior diversidade de fatores que pudessem influenciar a transição dos estudantes de Medicina para o mercado de trabalho. Por isso, foi feita análise qualitativa das entrevistas com 28 estudantes de Medicina – quinze discentes da Fadip e treze acadêmicos da UFV, selecionados a partir do método *snowball*.

Na análise qualitativa das entrevistas, objetivou-se analisar como os fatores socioeconômicos e culturais afetam a compreensão do “ser médico” pelos graduandos de Medicina, com ênfase nas dificuldades vivenciadas por acadêmicos de grupos sub-representados. Para isso, os resultados das entrevistas individuais foram interpretados à luz de

teorias das Ciências Sociais – Pierre Bourdieu (2007), Kimberlé Williams Crenshaw (1989) e Verena Stolcke (1991) –, com suas implicações para a formação médica discutidas, destacando a importância dos fatores sociais na construção da identidade profissional. Assim, para análise, foi utilizada a técnica de Análise de Discurso Crítica (ADC), complementada pela Análise Temática (ATM). A verificação de como as influências externas interferem nas trajetórias educacionais e profissionais dos estudantes, destacando as dinâmicas de poder, as desigualdades sociais e a estratificação das especializações dentro do campo médico, foi abordada nos seguintes tópicos: (i) influência do capital cultural e social na construção da identidade profissional médica; (ii) desafios na construção da identidade profissional para estudantes de grupos minoritários; (iii) impacto das dinâmicas de poder e desigualdades sociais na estratificação das especializações médicas.

Quanto à influência do capital cultural e social na construção da identidade profissional médica, obteve-se que o capital cultural e social, principalmente o familiar, exerce uma grande influência sobre a identidade profissional dos estudantes de Medicina. Mães que incentivam a profissão, especialmente quando enxergam a Medicina como uma carreira de prestígio, ajudam a conformar as aspirações dos graduandos. Esse processo de socialização primária os conduz a reproduzir os valores e disposições familiares, favorecendo a escolha por especialidades de alto *status* e consolidando uma identidade profissional alinhada às expectativas de sucesso e segurança econômica. Além disso, verificou-se que discentes de minorias enfrentam barreiras acadêmicas, emocionais e estruturais ao longo da formação médica. A pressão de se adequar às normas acadêmicas dominantes, como a ênfase em conhecimentos técnico-científicos, além das dificuldades socioeconômicas, afeta sua trajetória e formação de identidade profissional. Essa violência simbólica limita as oportunidades e marginaliza estudantes que não possuem o capital cultural adequado, forçando-os a se adaptarem a práticas dominantes que não necessariamente refletem suas necessidades e perspectivas. A pesquisa verificou, ainda, que as desigualdades de raça, gênero e classe social influenciam as escolhas de especialização, com estudantes de origens mais privilegiadas optando por especialidades de alto prestígio e longa duração, como Cirurgia e Cardiologia, enquanto estudantes de classes menos favorecidas tendem a optar por áreas de retorno financeiro mais rápido, como Medicina de Família e Comunidade e Pediatria. Isso perpetua uma distribuição desigual de especialistas, reforçando as desigualdades de acesso a cuidados de saúde entre diferentes populações, especialmente em comunidades mais vulneráveis. Tal condição requer uma reforma curricular, com consequente alteração na cultura institucional de ensino, a fim de promover qualidade e equidade nas ações de saúde prestadas.

As DCN já promovem uma visão humanista, mas, diante da falta de uma abordagem

interseccional e decolonial, foi elaborado, nesta tese, um capítulo intitulado “Formação médica e interseccionalidade: estratégias para a promoção de uma prática humanizada e decolonial nas Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de Graduação em Medicina”. Esse capítulo foi projetado a fim de fazer uma análise interseccional das DCN, a partir do referencial teórico de Akotirene (2019), propondo estratégias para promover uma formação médica mais inclusiva e equitativa. Observou-se que, embora as DCN promovam uma educação integral, a prática ainda é centrada em modelos técnicos que desumanizam tanto estudantes, quanto pacientes. As DCN destacam a importância do cuidado integral, mas a formação médica ainda prioriza aspectos biológicos e técnicos, levando à objetificação do corpo. A falta de uma abordagem pedagógica que valorize a subjetividade e a complexidade das vivências pessoais limita o desenvolvimento crítico dos estudantes. As DCN também carecem de uma análise mais profunda sobre a interseccionalidade e decolonialidade, perpetuando hierarquias de poder – como a valorização do domínio da língua inglesa – e a hegemonia cisheteronormativa no sistema de saúde.

As Diretrizes também tratam a diversidade étnico-racial de maneira superficial, sem abordar as causas estruturais do racismo e capacitismo no sistema de saúde. A formação médica ainda não inclui estratégias explícitas de combate ao racismo institucional, o que perpetua desigualdades no atendimento à saúde da população negra e de pessoas com deficiência. Além disso, a espiritualidade, especialmente das tradições afro-brasileiras e indígenas, continua marginalizada na educação médica. A ausência de uma abordagem crítica sobre raça, gênero e capacitismo impede a formação de médicos mais conscientes das dinâmicas de poder que afetam o acesso à saúde. As DCN reconhecem a importância de considerar aspectos culturais no atendimento à saúde, mas falham em incluir uma perspectiva decolonial e interseccional que valorize práticas de saúde tradicionais afro-brasileiras e indígenas. A marginalização dessas epistemologias perpetua o racismo epistêmico e religioso, ignorando as espiritualidades não-cristãs como parte integral do cuidado à saúde. Para uma formação médica inclusiva, seria necessário inserir conhecimentos de práticas tradicionais e combater o epistemicídio, reconhecendo a relevância dessas espiritualidades no contexto de saúde.

Este estudo apresentou como limitações a ausência de uma análise longitudinal, em decorrência do tempo dedicado à pesquisa ter que seguir um cronograma orientado pelo período do curso de doutoramento. Dessa forma, o estudo não acompanhou os estudantes ao longo de toda a trajetória acadêmica e pós-graduação, o que impede uma compreensão mais profunda de como suas escolhas e trajetórias evoluem ao longo do tempo. Ademais, a pesquisa confirmou as influências interseccionais de gênero, raça e classe na conformação da identidade dos estudantes de Medicina durante a graduação, mas não propôs abordagens pedagógicas para

combater essas desigualdades nas IES estudadas, como os tipos de metodologias ativas mais indicadas para essa intervenção. Dessa forma, propõe-se para estudos futuros a criação de estudo longitudinal, em parceria com uma IES, que acompanhe os estudantes de Medicina, desde o ingresso na faculdade até o início da prática profissional e pós-graduação. Esse estudo permitiria avaliar a evolução das trajetórias acadêmicas, escolhas de especializações e o impacto das dinâmicas interseccionais de gênero, raça e classe ao longo do tempo. Além disso, favoreceria a compreensão de como as desigualdades estruturais afetam a formação de identidade ao longo da carreira e como as intervenções pedagógicas, e quais metodologias, podem contribuir para uma trajetória mais equitativa. Dessa forma, acredita-se que seja possível obter a geração de dados robustos para formular políticas educacionais mais eficazes, capazes de combater as desigualdades interseccionais no campo médico e alinhar a formação com as demandas regionais e sociais.

Outra proposta para trabalhos futuros seria o monitoramento e avaliação de resultados, através da criação de sistemas de acompanhamento contínuo do desempenho acadêmico e das trajetórias dos graduandos ao longo da graduação e pós-graduação, incluindo avaliações sobre as interseccionalidades de gênero, raça e classe. Esses sistemas devem estar integrados a plataformas digitais de setor baseado em conhecimento, que permitam a troca de boas práticas entre IES e redes de saúde regionais. Assim, seria possível acompanhar a eficácia das intervenções educacionais propostas, garantindo uma adaptação contínua às necessidades emergentes do setor de saúde e ao contexto regional. Possivelmente, haveria melhoria contínua dos currículos de Medicina e um sistema de saúde mais sólido, que promova o desenvolvimento regional sustentável e a equidade no acesso a cuidados médicos.

## REFERÊNCIAS

- ABREU, Maira. Feminismo materialista na França: sócio-história de uma reflexão. *Estudos Feministas*, Florianópolis, v. 26, n. 3, p. 1-17, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ref/a/f7pK66FVCcsSmzQnnMGTKkKw/#>.
- ACCORSI, Giulia et al. *História da Medicina: transversalidades e interfaces entre sociedade, cultura e política*. v. 4. Salvador: EDUFBA, 2022.
- AFRIKA, Llaila O. Saúde Holística Africana. Seção 17 – Ervas, África e História. A invasão europeia da Antiga África por ervas medicinais. A.C. até 1800 D.C. 2014. p. 451-499. Disponível em: <https://estahorareall.wordpress.com/2014/11/28/a-revolucao-negligenciada-llaila-o-afrika-saude-holistica-africana-african-holistic-health/>.
- AKOTIRENE, Carla. *Interseccionalidade*. São Paulo: Jandaíra, 2019.
- ALMEIDA FILHO, Naomar de. Reconhecer Flexner: inquérito sobre produção de mitos na educação médica no Brasil contemporâneo. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 12, p. 2234–2249, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/hBV4rgX9JbMBsgT9GZbqp8j/#>.
- ALMEIDA FILHO, Naomar de. Transdisciplinaridade e Saúde Coletiva. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 2, n. 1-2, p. 5–20, 1997. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/ZvbpZyt8VYHSQT4jbcWzbHw/#>
- ALMEIDA, Patty Fidelis et al. Coordenação do cuidado e Atenção Primária à Saúde no Sistema Único de Saúde. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 42, n. spe1, p. 244-260, set. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/N6BW6RTHVf8dYyPYYJqdGkk/>.
- ANDRADE, Joana El-Jaick. O feminismo marxista e a demanda pela socialização do trabalho doméstico e do cuidado com as crianças. *Revista Brasileira de Ciência Política*, Brasília, n. 18, p. 265-300, set. 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbcpol/a/wcjHdhyJbhgRqhPQxfrBnFQ/#ModalHowcite>.
- ANDRADE, Henrique Sater de; CARVALHO, Sergio Resende; OLIVEIRA, Cathana Freitas de. Leituras do governo neoliberal do Estado e da saúde. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 32, n. 1, p. 1-19, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/by8GXGm8CdqVmJsnVDP65cR/#ModalHowcite>.
- ASSUMPCÃO, Luís Otávio T.; GOLIN, Carlos Henrique. Reflexão sociológica sobre o conceito de *habitus* relacionado à prática de atividade física. *Revista Brasileira de Ciência e Movimento*, Brasília, v. 24, n. 3, p. 158-166, 2016. Disponível em: <https://portalrevistas.ucb.br/index.php/rbcm/article/view/6533>.
- AUTO, Bruna de Sá D.; VASCONCELOS, Maria Viviane L.; PEIXOTO, Ana Lydia V. de Albuquerque. Clinical skills assessment and feedback in pediatric residency. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Brasília, v. 45, n. 2, p. e098, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbem/a/tGrRmMV57FsbLS6tcW9Sjxj/>.
- AZEREDO, Yuri Nishijima; SCHRAIBER, Lilia Blima. Autoridade, poder e violência: um

estudo sobre humanização em saúde. *Interface*, Botucatu, n. 25, p. e190838, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/Interface.190838>.

AZEVEDO, Adriana Barin; PEZZATO, Luciane Maria; MENDES, Rosilda. Formação interdisciplinar em saúde e práticas coletivas. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 41, n. 113, p. 647-657, abr. 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/qBXChrFm9MGGDSjD69nk5mC/abstract/?lang=pt>.

BABBIE, E. *Métodos de pesquisa de survey*. Belo Horizonte: UFMG, 2003.

BACHUR, Cynthia K. et al. OSCE: uma estratégia no processo de ensino e aprendizagem para os cursos de graduação na área da saúde: uma revisão integrativa. *International Journal of Development Research*, v. 11, n. 3, p. 45211-45215, 2021. Disponível em: <https://www.journalijdr.com/sites/default/files/issue-pdf/21273.pdf>.

BALMER, Dorene F.; RICHARDS, Boyd F.; VARPIO, Lara. How students experience and navigate transitions in undergraduate medical education: an application of Bourdieu's theoretical model. *Advances in Health Sciences Education. Theory and Practice*, v. 20, n. 4, p. 1073-1085, 2015. DOI: 10.1007/s10459-015-9588-y.

BARATA, Rita Barradas. O campo científico da saúde coletiva. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 46, n. 133, p. 473-486, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/mSKPT3WwVXV9QHrP7r86Lvx/?format=pdf&lang=pt>.

BARBOSA, Maria Alves. A influência dos paradigmas cartesiano e emergente na abordagem do processo saúde-doença. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 29, n. 2, p. 133-140, ago. 1995. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reusp/a/FtFFfyRCLgKWcqtsJtmjcgj/abstract/?lang=pt>.

BARRÊTO, Danyela da Silva et al. The More Doctors Program and Family and Community Medicine residencies: articulated strategies of expansion and interiorization of medical education. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v. 23, p. e180032, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/LKDDy7W4bVrSCvGZrnYGxjB/?lang=pt#>

BARROS, Gisele C.; FERRAZ, Victor E. de F.; PANÚNCIO-PINTO, Maria Paula. Implementação de um programa de mentoring para estudantes de graduação em saúde: a experiência da FMRP-USP. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Brasília, v. 45, p. e115, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbem/a/r9ttzW7ZwTRDq7fZRKwg9sz/#ModalHowcite>.

BASTOS, Elide R. et al. *Conversas com sociólogos brasileiros*. São Paulo: Editora 34, 2006.

BASTOS, Luzia Beatriz Rodrigues et al.. Practices and challenges on coordinating the Brazilian Unified Health System. *Revista de Saúde Pública*, v. 54, p. 25, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/DZnVqGqSYkbnXQ93D4tbZYN/?lang=pt#ModalHowcite>

BATISTELLA, Adriana Oliveira A. et al. Empatia médica e valores éticos da profissão: estudo quantitativo. *Revista Bioética*, Brasília, v. 31, p. 1-12, 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/bioet/a/Pc3KbGzbGPb9Lyqf3yvBtBg/#>.

BAUMANN, Zygmunt. *Modernidade líquida*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2004.

BECKER, Howard Saul. *Outsiders: estudos de sociologia do desvio*. Tradução de Maria Luiza X. de Borges. Rio de Janeiro: Zahar, 2008.

BERGER, Peter L.; LUCKMANN, Thomas. *A construção social da realidade: tratado de sociologia do Conhecimento*. 26 ed. Petrópolis: Editora Vozes, 2006.

BERNIK, V. Os médicos e o “Juramento de Hipócrates”. *Revista Hospitais Brasil*. 2012. Disponível em <<http://www.revistahospitaisbrasil.com.br/artigos/os-medicos-e-ojuramento-de-hipocrates/>>. Acesso em 25 Jul. 2024.

BERTOLOZZI, Maria Rita; GRECO, R. M. As políticas de saúde no Brasil: reconstrução histórica e perspectivas atuais. *Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo*, v.30, n.3, p.380-98, 1996.

BETANCOURT, Joseph R. et al. Cultural competence and health care disparities: Key perspectives and trends. *Health Affairs*, v. 24, n. 2, p. 499-505, 2003. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15757936/>.

BEZERRA, Patrícia A.; CAVALCANTI, Pauline; MOURA, Leides B. de A. Colonialidade e saúde: olhares cruzados entre os diferentes campos. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 33, p. 1-17, 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/Rw4fbt4QXGdWFnJhgTrwG5z/?lang=pt#ModalHowcite>.

BLEAKLEY, Alan; BLIGH, John; BROWNE, Julie. *Medical Education for the future: identity, power and location*. V. 1, S. Hamstra (Ed). Nova York: 2011.

BOCCUTO, Daniela P. P.; MOR, Ana Claudia Moraes B. L.; TEIXEIRA, Diogo Virgílio. Sistema cultural de saúde biomédico em perspectiva na comunidade Ilé Alákétu Asè Ifá Omo Oyá. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 3, p. 989-998, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232022273.39042020>.

BORRET, Rita Helena et al. Reflexões para uma prática em saúde antirracista. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Brasília, v. 44, p. e148, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbem/a/WXBd8cr76HZw9MhrcYNwMtp/#>.

BOTELHO, João Bosco. *História da Medicina: da abstração à materialidade*. Manaus: Valer, 2004.

BOURDIEU, Pierre. *O poder simbólico*. Tradução de Fernando Tomaz. 16. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2012.

BOURDIEU, Pierre. *A distinção: crítica social do julgamento*. São Paulo: EDUSP; Porto Alegre: Zouk, 2007.

BOURDIEU, Pierre. A casa kabyle ou o mundo às avessas. *Cadernos de Campo*, São Paulo, v. 8, n. 8, p. 147-159, 1999. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/issn.2316-9133.v8i8p147-159>.

BOURDIEU, Pierre. *Razões práticas: sobre a teoria da ação*. Tradução de Mariza Corrêa. Campinas: Papirus, 1996.

BOURDIEU, Pierre. *A economia das trocas lingüísticas*. São Paulo: Editora da USP, 1996.

BOURDIEU, Pierre. *Homo academicus*. Paris: Minuit, 1984.

BOURDIEU, Pierre; PASSERON, Jean-Claude. *Les héritiers*. Paris: Minuit, 1964.

BOYD, Rhea W.; LINDO, Edwin G.; WEEKS, Lachelle D.; MCLEMORE, Monica R. On racism: a new standard for publishing on racial health inequities. *Health Affairs Blog*, 2018. Disponível em: <https://www.healthaffairs.org/content/forefront/racism-new-standard-publishing-racial-health-inequities>.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/ CES nº 4, de 07 de Novembro de 2001. Institui diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em medicina. *Diário Oficial da União*. 9 Nov 2001; Sec. 1, p. 38. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES04.pdf>

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução n. 3, de 20 de junho de 2014. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências. Brasília, 2014. Disponível em: [http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com\\_docman&view=download&alias=15874-rces003-14&category\\_slug=junho-2014-pdf&Itemid=30192](http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15874-rces003-14&category_slug=junho-2014-pdf&Itemid=30192).

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/ CES n. 2, de 19 de fevereiro de 2002. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. *Diário Oficial da União*, Brasília, Seção 1, p. 9, 4 mar. 2002.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/ CES n. 4, de 7 de novembro de 2001. Institui diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em Medicina. *Diário Oficial da União*, Brasília, Seção 1, p. 38, 2001.

BRASIL. Sistema de Regulação do Ensino Superior. e-MEC. Disponível em: <https://emec.mec.gov.br/>.

BRIANI, Maria Cristina. O ensino médico no Brasil está mudando? *Revista Brasileira de Educação Médica*, Brasília, v. 25, n. 3, p. 73-77, set. 2001. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbem/a/PVPCMMJxhcXTCMxqvQmX5m/?lang=pt#ModalHowcite>.

BUTLER, Judith. *Relatar a si mesmo: crítica da violência ética*. Tradução de Regina Bettoni. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2015.

BUTLER, Judith. *Problemas de gênero: feminismo e subversão de identidade*. Tradução de Renato Aguiar. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2010.

BUTLER, Judith. *Corpos que pesam: sobre os limites discursivos do "sexo"*. In: LOURO, Guacira Lopes (org.). *O corpo educado: pedagogias da sexualidade*. Belo Horizonte:

Autêntica, 1999. p. 151-172.

CABRAL, Mariana P. G. et al. Educação médica, raça e saúde: o que falta para a construção de um projeto pedagógico antirracista? *Revista Brasileira de Educação Médica*, Brasília, v. 46, n. 4, p. 1-11, 2022. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/rbem/a/nFbLbgKQsSnJxgJftLWdkmg/#ModalHowcite>.

CABRAL FILHO, Wilson R.; RIBEIRO, Victoria Maria B. A escolha precoce da especialidade pelo estudante de Medicina: um desafio para a educação médica. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Brasília, v. 28, n. 2, p. 133-144, 2004.

<https://www.scielo.br/j/rbem/a/tq5ktLdCnT7X9QTcnjr6qYr/?lang=pt#>

CAMPOS, Adana Leonel de Oliveira et al. Relação Médico Paciente: os desafios na inclusão de pessoas transgêneros e transexuais no SUS. *Research, Society and Development*, v. 9, n. 12, p. 1-13, 2020. Disponível em:

<https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/10973/9922>.

CAPDEVILLE, Guy. O Ensino Superior Agrícola no Brasil. *Revista Brasileira de Estudos Pedagógicos*, Brasília, v.72, n.172, set./dez. 1991. p.229-261. Disponível em:

<https://rbep.inep.gov.br/ojs3/index.php/rbep/article/download/1064/803/>

CARNEIRO, Sueli. Mulheres em movimento. *Estudos Avançados*, São Paulo, v. 17, n. 49, p. 117-132, 2003. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/ea/a/Zs869RQTMGGDj586JD7nr6k/?format=pdf&lang=pt>.

CARREIRO, Gamaliel da S.; CARREIRO, Paula Katiana da S.; SOUSA, Antônio Paulino. O Programa Mais Médicos e seus impactos no mercado de trabalho médico do Brasil. *Revista de Políticas Públicas*, São Luís, v. 25, n. 1, p. 414-427, 2021. Disponível em:

<https://periodicoseletronicos.ufma.br/index.php/rppublica/article/view/17321>.

CARVALHO, Heliel Gomes de. Colonialidade, decolonialidade e medicina na América Latina - reflexões nos registros do Dr. James Fanstone. *Revista ETHNE*, Anápolis, v. 2, n. 1, p. 22-49, 2023. Disponível em:

<https://anais.unievangelica.edu.br/index.php/ethne/article/download/9499/4913/19016>.

CARVALHO, Mônica Sampaio. *Programa de Valorização dos Profissionais da Atenção Básica: um olhar implicado sobre sua implantação*. 2013. 167f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade de Brasília, Brasília, 2013. Disponível em:

<https://repositorio.unb.br/jspui/handle/10482/13660>.

CARVALHO, Marília Pinto de. Interseccionalidade: um exercício teórico a partir de uma pesquisa empírica. *Cadernos de Pesquisa*, São Paulo, v. 50, n. 176, p. 360-374, 2020.

Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cp/a/wGNGd5vGxL9jNDMvTn4wkDH/>.

CARVALHO, Regina R. P.; FORTES, Paulo Antônio C.; GARRAFA, Volnei. A saúde suplementar em perspectiva bioética. *Revista da Associação Médica Brasileira*, São Paulo, v. 59, n. 6, p. 600-606, 2013. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/ramb/a/Lk7gL4xZzMP7p6LQLV8mQwR/#>.

CARVALHO, Sérgio R. et al.. Medicalização: uma crítica (im)pertinente? Introdução. *Physis*:

*Revista de Saúde Coletiva*, v. 25, n. 4, p. 1251–1269, out. 2015. Disponível em:  
<https://www.scielo.br/j/physis/a/mW8FpY6CwpWrPGVLPbCxBQq/?format=pdf&lang=pt>

CASTRO, Fabiano S.; LANDEIRA-FERNANDEZ, Jesus. Alma, mente e cérebro na pré-história e nas primeiras civilizações humanas. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, Porto Alegre, v. 23, n. 1, p. 141-152, 2010. Disponível em:  
<https://www.scielo.br/j/prc/a/YD3jJrSVtHgcNjYrJCyScVJ/abstract/?lang=pt>.

CÉSAIRE, A. *Discourse on Colonialism*. Translated by Joan Pinkham. New York University: Monthly Review, 2000.

CHALHOUB, Sidney; MARQUES, Vera Regina Beltrão; SAMPAIO, Gabriela dos Reis; SOBRINHO, Carlos R. G. *Artes e ofícios de curar no Brasil: capítulos de história social*. Campinas: Editora Unicamp, 2003.

CHAVES, Leandro J. et al. A tutoria como estratégia educacional no ensino médico. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Brasília, v. 38, n. 4, p. 532-541, out. 2014. Disponível em:  
<https://www.scielo.br/j/rbem/a/cdJMPmwVsgzBynMvGnWV3hc/#>.

CIAMPA, Antonio C. Políticas de identidade e identidades políticas. In: DUNKER, Christian Ingo L.; PASSOS, Maria Consuelo (orgs.). *Uma psicologia que se interroga: ensaios*. São Paulo: Edicon, 2002. p. 120-135.

CIAMPA, Antonio C. *A estória do Severino e a história da Severina: um ensaio de psicologia social*. São Paulo: Brasiliense, 1994.

CIGALES, Marcelo; FONSECA, Luca. *Habitus docente em Sociologia: elementos pertinentes da leitura sociológica*. *Ciências Sociais Unisinos*, v. 58, n. 2, p. 97-109, maio/ago. 2022. Disponível em:  
[https://revistas.unisinos.br/index.php/ciencias\\_sociais/article/view/25346](https://revistas.unisinos.br/index.php/ciencias_sociais/article/view/25346).

CLASTRES, Pierre. *Crônica dos índios Guayaki*. Tradução de Tânia Stolze Lima e Janice Caiafa. Rio de Janeiro: Ed. 34, 1995.

COELHO, Edmundo Campos. *As profissões imperiais: Medicina, Engenharia e Advocacia no Rio de Janeiro. 1822-1930*. Rio de Janeiro: Record, 1999.

CORRÊA, Mariza. Sobre a invenção da mulata. *Cadernos Pagu*, Campinas, n. 6-7, p. 35-50, 1996. Disponível em:  
<https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/cadpagu/issue/view/206>.

COSTA-JÚNIOR, Florêncio Mariano; COUTO, Márcia Thereza; MAIA, Ana Cláudia B. Gênero e cuidados em saúde: concepções de profissionais que atuam no contexto ambulatorial e hospitalar. *Sexualidad, Salud y Sociedad*, Rio de Janeiro, n. 23, p. 97-117, maio 2016. Disponível em:  
<https://www.scielo.br/j/sess/a/sDWmnkgYSt7jMsbXWfx36bv/#ModalHowcite>.

COSTA, Lourrany B.; ESTECHE, Frederico Fernando; AUGUSTO FILHO, Rômulo F.; BOMFIM, André Luís B.; RIBEIRO, Marco Túlio A. M. Competências e atividades profissionais confiáveis: novos paradigmas na elaboração de uma matriz curricular para

Residência em Medicina de Família e Comunidade. *Revista Brasileira de Medicina Familiar e Comunidade*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 40, p. 1-11, 2018. DOI: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc13\(40\)1632](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc13(40)1632)

COSTA, Tammy Stephanie Massolin Albrecht; BOTAZZO, Carlos; FONSÊCA, Graciela Soares. Concepções sobre clínica na formação médica: análise de um curso derivado do programa Mais Médicos. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade* [Internet]. 28º de fevereiro de 2023 [citado 5º de outubro de 2024];18(45):3073. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/3073>

COUTO, Márcia Thereza et al. A (in)visibilidade gênero no currículo e na prática de duas especialidades médicas. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Brasília, v. 45, n. 1, p. e040, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbem/a/gz3JCTw7RH7snqvctCLMHTb/?lang=pt#>

CRENSHAW, Kimberlé. Demarginalizing the Intersection of Race and Sex: A Black Feminist Critique of Antidiscrimination Doctrine, Feminist Theory, and Antiracist Politics. *University of Chicago Legal Forum*, 1989, p. 538-554. Disponível em: <https://chicagounbound.uchicago.edu/cgi/viewcontent.cgi?Article=1052&context=uclf>.

CUNHA, Silvia de M. et al. O médico que eu quero ser: autoimagem profissional no Brasil e em Portugal. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 27, p. 1-19, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/interface.220374>.

ÇELIK, Hilal; BAŞER BAYKAL, Nur; KILIÇ MEMUR, Hale N. Qualitative data analysis and fundamental principles. *Journal of Qualitative Research in Education*, [s. l.], v. 8, n. 1, p. 379-406, jan. 2020. Disponível em: <https://enadonline.com/index.php/enad/article/view/1290>.

DÂMASO, Juliana G. B. et al. É muita pressão! Percepções sobre o desgaste mental entre estudantes de medicina. *Revista Brasileira de Orientação Profissional*, Florianópolis, v. 20, n. 2, p. 29-41, jul./dez. 2019. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1679-33902019000200004](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-33902019000200004).

DANTES, Maria Amélia M. *Espaços da ciência no Brasil: 1800-1930*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2001.

DENG, Li et al. Student teachers' emotions, dilemmas, and professional identity formation amid the teaching practicums. *The Asia-Pacific Education Researcher*, v. 27, p. 441-453, 2018. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s40299-018-0404-3>.

DESCARTES, René. Discurso do método. In: DESCARTES, René. *Discurso do método; As paixões da alma; Meditações metafísicas*. 5. ed. São Paulo: Nova Cultural, 1991. p. 25-71. (Coleção Os Pensadores)

DESCOLA, Philippe. Claude Lévi-Strauss, uma apresentação. *Estudos Avançados*, São Paulo, v. 23, n. 67, p. 148-160, 2009.

DESLANDES, Suely Ferreira (org.). *Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006. (Coleção Criança, Mulher e Saúde) Disponível em: <https://doi.org/10.7476/9788575413296>.

DIAS, Gustavo. Bourdieu & Sayad: o forjar de uma sociologia sobre a ordem colonial em tempos de guerra. *Contemporânea, Revista de Sociologia da Ufscar*, São Carlos, v. 13, n. 1, p. 335-342, jan./abr. 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.4322/2316-1329.2023015>.

DINIZ, Débora. Educação médica: também uma questão de gênero. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Brasília, v. 27, n. 3, p. 169-170, set. 2003. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbem/a/S3ykjR5ncFWXMPT4QJP6K8M/?lang=pt#>.

DOGRA, Nisha; GIORDANO, James; FRANCE, Nicholas. Cultural diversity teaching and issues of uncertainty: the findings of a qualitative study. *BMC Medical Education*, v. 5, n. 1, p. 1-8. 2005. Disponível em: <https://bmcmmededuc.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6920-7-8>.

DONNANGELO, Maria Cecília F.; PEREIRA, Luiz. *Saúde e sociedade*. São Paulo: Duas Cidades, 1976.

DURKHEIM, Émile. Método para determinar essa função; Outra prova do que precede. In: DURKHEIM, Émile. *Da divisão do trabalho social*. São Paulo: Martins Fontes, 2004. p. 13-37, 111-126.

DURKHEIM, Émile. *As regras do método sociológico*. Lisboa: Editorial Presença, 1989. (1ª ed, 1895)

FAÇANHA, Cristina R. et al. As escolhas das especialidades médicas e a afetividade: revisão de literatura. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Brasília, v. 48, n. 3, p. e070, 2024. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbem/a/nt48y86Vbx68ztvr49p8TFB/#ModalHowcite>.

FANON, Frantz. *Black Skin/White Masks*. United Kingdom: Pluto Press, 1985. Chapter 5.

FARIA, Carolina D.; MACHADO, Yuri J. Análise comparativa: direitos humanos e as leis orgânicas da saúde. *Revista Bioética*, Brasília, v. 30, n. 3, p. 558-563, jul. 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/bioet/a/pSmJKmtGG6ZgfgbsKXFyDnR/#ModalHowcite>.

FARSURA DE OLIVEIRA, Márcia. Os papéis de gênero em diferentes grupos sociais. *Revista Científica Acertte*, v. 3, n. 1, e31123. 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.47820/acertte.v3i1.123>

FEDERICI, S. *Caliban and the Witch: Women, the Body and Primitive Accumulation*. New York: Autonomedia, 2004.

FERNANDES, Karina R.; ZANELLI, José Carlos. O processo de construção e reconstrução das identidades dos indivíduos nas organizações. *Revista de Administração Contemporânea*, Curitiba, v. 10, n. 1, p. 55-72, jan./mar. 2006. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1415-65552006000100004>.

FERNANDES, Isabella F. C.; ALELUIA, Ieda Maria B. Percurso do estudante de medicina na formação da identidade profissional desde o curso médio até o meio do curso. *International Journal of Education and Health*, v. 4, n. 1, p. 8-22, 2020. Disponível em: <https://www5.bahiana.edu.br/index.php/educacao/article/view/2640>.

FERNANDES, Débora A. S.; TAQUETTE, Stella Regina; SOUZA, Luciana Maria B. M. Aspectos relacionados ao estudante na construção da identidade médica: uma revisão integrativa. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Brasília, v. 47, n. 1, p. 1-10, 2023. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/rbem/a/bW8XVQXfZ55FFGTRSXfWVCv/#ModalHowcite>.

FERREIRA, M. J. M. et al. New National Curricular Guidelines of medical courses: opportunities to resignify education. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 23, p. 1-15, 2019. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/icse/a/FD4rxtpnHDkPyDC6JFPzK9z/?lang=pt#ModalHowcite>.

FIGUEIREDO, Angela. Epistemologia insubmissa feminista negra decolonial. *Tempo e Argumento*, Florianópolis, v. 12, n. 29, p. 1-24, jan./abr. 2020. Disponível em:

<https://revistas.udesc.br/index.php/tempo/article/view/2175180312292020e0102>.

FITTIPALDI, Ana Lúcia M.; O'DWYER, Gisele; HENRIQUES, Patrícia. Educação em saúde na atenção primária: as abordagens e estratégias contempladas nas políticas públicas de saúde. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 25, p. 1-16, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/t5MyrjCKp93sxZhmKTKDsbD/#ModalHowcite>.

FLECK, Carolina Freddo; SILVA, Akila Miranda Pereira Buarque dos Montes; MACHADO, Michelle Castanho. A influência da família na escolha da carreira: uma análise do genoprofissiograma de docentes da UNIPAMPA. *Revista Electrónica de Investigación y Docencia (REID)*, n. 23, p. 25-45, 2020. DOI: 10.17561/reid.n23.2.

FLEXNER, A. *Medical education in the United States and Canada*. New York: Carnegie Foundation for the Advancement of Science, 1910. Disponível em: <http://www.carnegiefoundation.org/files/elibrary>.

FOUCAULT, Michel. *Microfísica do poder*. 4. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1984. Cap. 16, p. 243-276.

FOUCAULT, Michel. *O nascimento da clínica*. 7. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2003.

FRANCO, Camila A. G. S.; CUBAS, Marcia Regina; FRANCO, Renato S. Currículo de medicina e as competências propostas pelas diretrizes curriculares. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Brasília, v. 38, n. 2, p. 221-230, abr. 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbem/a/yRKVLRHwZL6p9B3yGhvpnCg/#ModalHowcite>.

FREEMAN, T.; PERRY, C.; ANDERSON, R. The determinants of health: Socioeconomic status, social environment, physical environment, genetics and health behavior. *American Journal of Public Health*, v. 97, n. S1, p. S91-S95, 2007.

FREIDSON, Eliot. *Professional Dominance: The Social Structure of Medical Care*. Transaction Publishers, 1970.

FREITAS JÚNIOR, Reginaldo Antônio O. et al. Inclusion of health care for people with disabilities in Brazilian undergraduate medical education. *Revista Brasileira de Educação*

*Médica*, Brasília, v. 45, n. 3, p. 1-9, 2021. Disponível em:  
<https://www.scielo.br/j/rbem/a/6rRtxhWtdvW7hpbps3pk4cG/?format=pdf&lang=pt>.

FREITAS, Marina C.; ÉSTHER, Angelo B.; SANTOS, Joelma Cristina. Diversidade, estigmatização e pertencimento no contexto universitário. *Cadernos de Pesquisa*, São Paulo, v. 53, p. 1-19, 2023. Disponível em:  
<https://www.scielo.br/j/cp/a/55835MZ59zxm5FxTK3nPQtr/#ModalHowcite>.

FREUD, Sigmund. *Três ensaios sobre a teoria da sexualidade, Análise fragmentária de uma histeria ("O caso Dora") e outros textos (1901-1905)*. Tradução de Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia das Letras, 2016. (Obras completas, 6)

FREYRE, Gilberto. *Sociologia da medicina*. Brasília: Editora da Universidade de Brasília, 2004.

FURTADO DA CUNHA, Maria Angélica; CEZARIO, Maria Mauro. Conhecimento, criatividade e produtividade sob a perspectiva da linguística funcional centrada no uso. *Alfa, Revista de Linguística*, São Paulo, v. 67, p. 1-27, 2023. Disponível em:  
<https://www.scielo.br/j/alfa/a/RjxqwsJSBpcmF9JgM8fQjq/?format=pdf&lang=pt>.

GALVÃO, Anna Larice M. et al. Determinantes estruturais da saúde, raça, gênero e classe social: uma revisão de escopo. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 30, n. 2, p. 1-14, 2021. Disponível em:  
<https://www.scielo.br/j/sausoc/a/rPgBQsrGNMDmvt5FJFLz6sS#ModalHowcite>.

GIOVANELLA, Lígia et al. *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. 2. ed. rev. e amp. / organizado por Lígia Giovanella, Sarah Escorel, Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato et al. –Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012. 1100 p.

GIRARDI, Sábado Nicolau et al. Impacto do Programa Mais Médicos na redução da escassez de médicos em Atenção Primária à Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 9, p. 2675-2684, 2016. Disponível em:  
<https://www.scielo.br/j/csc/a/qTyKQT9CDdZ3ctg67njlLqj/#ModalHowcite>.

GOFFMAN, Erving. *A representação do eu na vida cotidiana*. Petrópolis: Vozes, 1975.

GOFFMAN, Erving. *Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*. Rio de Janeiro: Zahar Ed., 1980.

GOMES, Andréia Patrícia; REGO, Sergio. Pierre Bourdieu e Formação Médica. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Brasília, v. 37, n. 2, p. 260-265, 2013. Disponível em:  
<https://www.scielo.br/j/rbem/a/V8FPNfwFNhb6XmPZn9XxwPF/?format=pdf&lang=en>.

GOMES, Lauro Felipe Eusébio. Ser pardo: o limbo identitário-racial brasileiro e a reivindicação da identidade. *Cadernos de Gênero e Diversidade*, Salvador, v. 5, n. 1, p. 66-78, jan./mar. 2019. Disponível em:  
<https://periodicos.ufba.br/index.php/cadgendiv/article/view/31930/18982>.

GONÇALVES JÚNIOR, Oswaldo; GAVA, Gustavo B.; SILVA, Murilo S. Programa Mais Médicos, aperfeiçoando o SUS e democratizando a saúde: um balanço analítico do programa.

*Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 26, n. 4, p. 872-887, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/M3HGNqG3WrgMFvj4LsZXtKM/#>.

GONZALEZ, Lélia. *Por um feminismo afro-latino-americano: ensaios, intervenções e diálogos*. Rio de Janeiro: Zahar, 2020.

GONZALEZ, Lélia. Racismo e sexismo na cultura brasileira. In: SILVA, L. M. (org.). *Movimento negro em debate*. Rio de Janeiro: Editora Vozes, 1984. p. 223-237.

GONZÁLEZ, Alberto D.; ALMEIDA, Márcio José. Movimentos de mudança na formação em saúde: da medicina comunitária às diretrizes curriculares. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 551-570, 2010.

GREEN, M.; ZICKMUND, S.; MAKOUL, G. Caring behaviors in the doctor-patient relationship: Predictors and outcomes. *Academic Medicine*, v. 76, n. 3, p. 264-271, 2001.

GROSSMAN, Eloisa et al. Análise de narrativas produzidas por estudantes de Medicina por meio da distribuição de pílulas literárias em uma sala de espera. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 25, p. 1-17, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/interface.210419>.

GUARESCHI, Pedrinho A. Ideologia. In: STREY, Marlene N. et al. (orgs). *Psicologia social contemporânea: livro-texto*. Petrópolis: Vozes, 1998. p. 89-103.

GUIMARÃES, Ana Luiza C. M. et al. Identidade médica: o impacto do primeiro contato com pacientes na empatia do estudante de Medicina. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Brasília, v. 46, n. 3, p. 1-8, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbem/a/cBBTTKZz7HFm86bVXrPLYqQ/#>.

GUIMARÃES, Carlos A.; CARNUT, Leonardo; MENDES, Áquilas. A questão racial e os limites do desenvolvimento econômico-social brasileiro: uma perspectiva crítica. *América Latina en la Historia Económica*, Cidade do México, v. 29, n. 1, p. 1-33, abr. 2022. Disponível em: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1405-22532022000100006&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-22532022000100006&lng=es&nrm=iso).

GUTTORMSEN, David S.A.; LAURING, Jakob. Thinking About How We Think: Using Bourdieu's Epistemic Reflexivity to Reduce Bias in International Business Research. *Management International Review*, v. 63, n. 2, p. 189-213, 2023. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s11575-022-00480-7>.

HALL, Stuart. Cultural Identity and Diaspora. In: WILLIAMS, Patrick; CHRISMAN, Laura. (orgs.). *Colonial discourse and post-colonial theory: a reader*. New York: Columbia University Press, 1994. p. 392-401.

HIPPOCRATES. *Hippocratis opera*. Lipsiae: Teubner; 1927

HOJAT, Mohammadreza et al. The devil is in the third year: A longitudinal study of erosion of empathy in medical school. *Academic Medicine*, v. 84, n. 9, p. 1182-1191, 2018.

HOUSEKNECHT, Valerie E. et al. A longitudinal assessment of professional identity,

wellness, imposter phenomenon, and calling to medicine among medical students. *Medical Science Educator*, v. 29, n. 2, p. 493-497, 2019. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8368953/>.

HUGHES, Everett Cherrington. *Men and their work*. Glencoe, Illinois: The Free Press, 1958.

IBAÑEZ, Nelson; MELLO, Guilherme Arantes; MARQUES, M. C. C. Breve história da reforma sanitária. In: ROCHA, Juan Stuardo Yazlle (org.). *Manual de Saúde Pública e Saúde Coletiva no Brasil*. v. 1. São Paulo: Atheneu, 2012. p. 15-28.

IGLESIAS, Sonia Regina A.; BATISTA, Nildo A. A língua inglesa e a formação de mestres e doutores na área da saúde. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Brasília, v. 34, n. 1, p. 74-81, jan. 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbem/a/M4pJRgLVrZLGmz8vnsZj8Cm/abstract/?lang=pt#ModalHowcite>.

IGNARRA, Regina Maria. *Medicina: representações de estudantes sobre a profissão*. 2002. 211f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002.

JESUS, Victor de. Racializando o olhar (sociológico) sobre a saúde ambiental em saneamento da população negra: um continuum colonial chamado racismo ambiental. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 29, n. 2, p. 1-15, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902020180519>.

KAMIJO, E. D. et al.. The choice of Medicine as a profession and the students' labor perspective. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 45, n. 4, p. e216, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbem/a/L3nCrrzvwdKw5RttjLg6TGw/abstract/?lang=pt#ModalHowcite>

KICKHÖFEL, Eduardo Henrique P. A lição de anatomia de Andreas Vesalius e a ciência moderna. *Scientiae Studia*, São Paulo, v. 1, n. 3, p. 389-404, 2003. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ss/a/FgbXVBSnVnMzLKmb6nTNwgh/>.

KRIEGER, E.M.; GALEMBECK, F. Ciência e Tecnologia no Brasil: A capacitação brasileira para a pesquisa científica e tecnológica", 1\_a Edição, Vol. 3, Editora: Fundação Getúlio Vargas, Rio de Janeiro, 1996. p. 1-18

KRUGER, Helmut. *Psicologia das crenças: perspectivas teóricas*. [Tese de concurso para professor] Rio de Janeiro, Universidade Estadual do Rio de Janeiro, 1995.

KYRILLOS, Gabriela M. Uma análise crítica sobre os antecedentes da interseccionalidade. *Estudos Feministas*, Florianópolis, v. 28, n. 1, p. 1-12, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ref/a/zbRMRDkHJtkTsRzPzWTH4Zj/?lang=pt#ModalHowcite>.

LEAL, Raquel Chaves da Silva. *Racismo e saúde da população negra na APS: experiências do cuidado em saúde de pessoas negras moradoras de uma favela do Rio de Janeiro*. 2022. 63f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2022.

LEITE, Roberta Vasconcelos; MAHFOUD, Miguel. Educar médicos, cuidar de memórias: sentidos da constituição de um museu histórico de medicina. *Revista de Abordagem Gestáltica*, Goiânia, v. 27, n. 1, p. 2-13, 2021 Disponível em [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1809-68672021000100002&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-68672021000100002&lng=pt&nrm=iso).

LEMES, Maurício B.; SEVERI, Fabiana Cristina. Contextualização histórica das políticas de cotas em universidades públicas federais no cenário de mudanças no modelo político-social do Brasil da última década (2003-2013). *Revista Digital de Direito Administrativo*, São Paulo, v. 2, n. 1, p. 221-237, 2015. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rdda/article/view/88108/92158>.

LEONARDO, Nilza S. T.; SUZUKI, Mariana A. Medicalização dos problemas de comportamento na escola: perspectivas de professores. *Fractal: Revista de Psicologia*, Niterói, v. 28, n. 1, p. 46-54, jan./abr. 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/fractal/a/FwSgXGSGrSRZbD8cmdFSsWM/#>.

LÉVI-STRAUSS, Claude. Introdução à obra de Marcel Mauss. In: MAUSS, Marcel. *Sociologia e Antropologia*. São Paulo: EDU/Edusp, 1974. v. 2.

LÉVI-STRAUSS, Claude. *Les structures élémentaires de la parenté*. Paris: PUF, 1949.

LIMA, Marco Antônio O.; ROBERTT, Pedro. Desigualdades sociais na Educação Superior - um estudo de caso. *Revista Contraponto*, Porto Alegre, v. 3, n. 2, p. 146-164, 2016. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/index.php/contraponto/article/view/70259>.

LIMA, Prince Vangeris S. F.; OLIVEIRA, Kamila A.; SANTOS, Dayane Luizy R. Aspectos gerais da saúde dos escravos no Brasil: revisão de literatura. *Revista Gestão & Saúde*, Brasília, v. 7, n. 1, p. 471-489, 2016. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/rgs/article/view/3471/3159>.

LUGONES, Maria. Colonialidade e gênero. In: HOLLANDA, Heloisa Buarque de (org.). *Pensamento feminista hoje: perspectivas decoloniais*. Rio de Janeiro: Bazar, 2020. p. 52-83.

LUGONES, María. Colonialidad y género. *Tabula Rasa*, Bogotá, n. 9, p. 73-101, julio-diciembre 2008. Disponível em: <https://www.revistatabularasa.org/numero-9/05lugones.pdf>.

LUGONES, María. Rumo a um feminismo descolonial. *Estudos Feministas*, Florianópolis, v. 22, n. 3, p. 935-952, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ref/a/QtnBjL64Xvssn9F6FHJqznb>.

MACHADO, Clarisse Daminelli Borges; WUO, Andrea Soares; HEINZLE, Marcia. Educação médica no Brasil: uma análise histórica sobre a formação acadêmica e pedagógica. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Brasília, v. 42, n. 4, p. 66-73, out. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbem/a/kj4F6KJSJnvPffjJLGhkPKqL/#ModalHowcite>.

MACHADO, Clarisse Daminelli Borges; WUO, Andrea Soares. Processo de socialização na formação identitária do estudante de medicina. *Trabalho, Educação e Saúde*, v. 17, n. 2, p. e0020840, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/3HFwDVBnVymjjYLSLGwfVYg/?format=pdf&lang=pt>

MACHADO, Carolina; OLIVEIRA, José Maurício; MALVEZZI, Edson. Repercussões das diretrizes curriculares nacionais de 2014 nos projetos pedagógicos das novas escolas médicas. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 25, p. 1-15, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/V3H87bcLY94p5dMFXPqQFKd/#ModalHowcite>.

MACHIN, Rosana et al. Diversidade e diferença: desafios para a formação dos profissionais de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 10, p. 3797-3806, out. 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/cd97PnSf9Q3kLMRkDZCwx6b/#ModalHowcite>.

MAGALHÃES, Carolina M. et al. Perspectivas de estudantes de Medicina sobre a própria formação e competências para trabalhar com populações indígenas. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Brasília, v. 47, n. 4, p. e118, 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbem/a/tgvY4GZLT56sXRfpQWTnyvC/#ModalHowcite>.

MAGALHÃES, Elizete Aparecida et al. Custo do ensino de graduação em instituições federais de ensino superior: o caso da Universidade Federal de Viçosa. *Revista de Administração Pública*, v. 44, n. 3, p. 637-666, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rap/a/crqnDkMxvtZvmbpPSMTHDLb/?lang=pt#>.

MAIA, Fernando Joaquim F.; FARIAS, Mayara Helena V. Colonialidade do poder: a formação do eurocentrismo como padrão de poder mundial por meio da colonização da América. *Interações*, Campo Grande, v. 21, n. 3, p. 577-596, jul. 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/inter/a/wbtt55LndtrwfkvRN5vqb/abstract/?lang=pt#ModalHowcite>.

MALDONADO-TORRES, Nelson. Analítica da colonialidade e da decolonialidade: algumas dimensões básicas. In: BERNARDINO-COSTA, Joaze; MALDONADO-TORRES, Nelson; GROSGOUEL, Ramón (orgs.). *Decolonialidade e pensamento afrodiaspórico*. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2018. 416 p.

MANTOVANI, Rafael. O que foi a polícia médica? *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, p. 409-427, abr./jun. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/hcsm/a/j9K4bbzQLbc63jphmmsNfQK/>.

MARMOT, M. et al. Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health. *The Lancet*, v. 372, n. 9650, p. 1661-1669, 2008.

MARQUES, Suzana Raquel L.; ESCARCE, Andrezza G.; LEMOS, Stela Maris A. Letramento em saúde e autopercepção de saúde em adultos usuários da atenção primária. *CoDAS*, v. 30, n. 2, p. 1-8, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/codas/a/t3VnctRJz9RJ5cNjQgyXvQv/?lang=pt#ModalHowcite>.

MARTINEZ, Maria Regina. A abordagem equitativa de gênero como uma estratégia de gestão para fixação de médicos em áreas vulneráveis. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 21, p. 1193-1204, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/NyzjdrRGV4R8ZNDJJQssXsz/?lang=pt#>

MARTINS, Jessica B. et al. Fatores que influenciam a escolha da especialização médica pelos estudantes de Medicina em uma instituição de ensino de Curitiba (PR). *Revista Brasileira de*

*Educação Médica*, Brasília, v. 43, n. 2, p. 152-158, abr. 2019. Disponível em:  
<https://www.scielo.br/j/rbem/a/TknnPvRhHB5RHbQbwSPN8hK/#>.

MARTINS, Mirian Teresa de Sá Leitão; TAQUETTE, Stella Regina. O racismo e o sexismo na trajetória das estudantes de Medicina negras: uma revisão integrativa. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 28, p. 1-17, 2024. Disponível em:  
<https://doi.org/10.1590/interface.230343>.

MARTINS, Carlos Benedetto. A reforma universitária de 1968 e a abertura para o ensino superior privado no Brasil. *Educação & Sociedade*, Campinas, v. 30, n. 106, p. 15-35, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0101-73302009000100002>

MARX, Karl; ENGELS, Friedrich. *A ideologia alemã*. São Paulo: Martins Fontes, 1978.

MATIAS, Maria Claudia; VERDI, Marta; FINKLER, Mirelle. Instituintes e instituídos na formação médica: movimentos desencadeados pelo Programa Mais Médicos. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 47, n. 138, p. 504-515, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202313810>.

MATOS, Mariana Santiago et al. Primeiro período de medicina: choque de realidade e o início da construção da identidade médica. *Revista Psicologia e Saúde*, Campo Grande, v. 11, n. 3, p. 157-171, dez. 2019. Disponível em:  
[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2177-093X2019000300011&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2177-093X2019000300011&lng=pt&nrm=iso).

MATTHEWS, Jordan; BIALOCERKOWSKI, Andrea; MOLINEUX, Matthew. Professional identity measures for student health professionals—a systematic review of psychometric properties. *BMC Medical Education*, v. 19, n. 1, p. 1-10, 2019. Disponível em:  
<https://bmcmmededuc.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12909-019-1660-5>.

MATTOS, Ruben A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser definidos. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben A. (orgs.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado a saúde*. Rio de Janeiro: UERJ, IMS, ABRASCO, 2001. p. 39-64.

MATTOS, Hellen Cristina X. S.; FERNANDES, Maria Cristina S. G. Desafios simbólicos da universidade: a perspectiva de estudantes sobre a permanência. *Educar em Revista*, Curitiba, v. 38, p. 1-22, 2022. Disponível em:  
<https://www.scielo.br/j/er/a/6J7kjmZRh35ckzcG5dDvQbh/#ModalHowcite>.

MAUÉS, Cristiane R. et al. Formação e atuação profissional de médicos egressos de uma instituição privada do Pará: perfil e conformidade com as Diretrizes Curriculares Nacionais. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Brasília, v. 42, n. 3, p. 129-145, jul. 2018. Disponível em:  
<https://www.scielo.br/j/rbem/a/YhBkCGsbHZrm6bkf8kpHDXp/#ModalHowcite>.

MAUSS, M. *Sociologia e Antropologia*. São Paulo: EDU/EDUSP, 1974. v. 2.

MEAD, Margaret. *Sexo e Temperamento*. São Paulo: Editora Perspectiva, 1969.

MEAD, Nicola; BOWER, Peter. Patient-centeredness: A conceptual framework and review of the empirical literature. *Social Science & Medicine*, v. 51, n. 7, p. 1087-1110, 2000. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0277953600000988>.

MEGA, Marina N. et al. Students' experience with literature in medical education. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Brasília, v. 45, n. 2, p. 1-10, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbem/a/CSkgtLG4MK6SgjZJRwbqMmk/?lang=pt#ModalHowcite>.

MEIRELES, Maria Alexandra C.; FERNANDES, Cássia do Carmo P.; SILVA, Lorena S. Novas Diretrizes Curriculares Nacionais e a formação médica: expectativas dos discentes do primeiro ano do curso de Medicina de uma Instituição de Ensino Superior. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Brasília, v. 43, n. 2, p. 67-78, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbem/a/GZFvH7frghsyhKBnZhbYRLn/#>.

MELLO, Guilherme A. Quando os paradigmas mudam na saúde pública: o que muda na história? *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p. 499-517, abr. 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/hcsm/a/7smxfpkQKFSDPkDvc8zptBv/#>.

MONTAGNER, Miguel Ângelo. *A consagração das vanguardas: memória e biografia coletivas das práticas científicas na Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp*. 2007. 417f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2007. Disponível em: <https://repositorio.unicamp.br/acervo/detalhe/415584>.

MOREIRA, Carlos Otávio F. A 'Sociologia da Medicina' de Gilberto Freyre e a formação no campo da saúde. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 43, n. spe7, p. 179-188, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/RjNKBZfFvDTp6LN3Vf5J3xf/#>.

MOREIRA, Simone da Nóbrega T.; VASCONCELLOS, Rafael Luiz S. S.; HEATH, Nancy. Estresse na formação médica: como lidar com essa realidade? *Revista Brasileira de Educação Médica*, Brasília, v. 39, n. 4, p. 558-564, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbem/a/dtqt6hPLcsh3tDQJNjGyLF/abstract/?lang=pt>

MORGAN, H. K. et al. Third-year medical students' experiences with dying patients during the internal medicine clerkship: a mixed methods study. *Academic Medicine*, v. 92, n. 5, p. 682-689, 2017.

MOURA, Amanda Cristine A. et al. Estratégias de ensino-aprendizagem para formação humanista, crítica, reflexiva e ética na Graduação Médica: revisão sistemática. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Brasília, v. 44, n. 3, p. 1-11, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbem/a/rFwC8ScKrLvKzZQLfs7gznF/#>.

MÜLLER, Manuela Rodrigues; LIMA, Rossano Cabral; ORTEGA, Francisco. Repensando a competência cultural nas práticas de saúde no Brasil: por um cuidado culturalmente sensível. *Saúde e Sociedade* [online]. v. 32, n. 3, e210731pt. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902023210731pt> <https://doi.org/10.1590/S0104-12902023210731en>

NAUJORKS, Carlos José. Teorias da identidade e correspondência identitária. *Psicologia em revista*, Belo Horizonte, v. 27, n. 1, p. 265-284, abr. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.5752/P.1678-9563.2021v27n1p265-284>.

NICIDA, Lucia Regina de A. et al. Medicalização do parto: os sentidos atribuídos pela literatura de assistência ao parto no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 11, p. 4531-4546, nov. 2020. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/csc/a/NFLfFVk59DRwVc3PPPPvPLv/#>.

NOGUEIRA, Claudio M. M.; NOGUEIRA, Maria Alice. A sociologia da educação de Pierre Bourdieu: limites e contribuições. *Educação & Sociedade*, Campinas, ano XXIII, n. 78, p. 15-35, abr. 2002. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/es/a/wVTm9chcTXY5y7mFRqRjX7m#ModalHowcite>.

NOGUEIRA, Maria Alice; RESENDE, Tânia de Freitas. Com e para além de Bourdieu: revisitando duas teses centrais. *Educação & Sociedade*, Campinas, v. 43, p. 1-17, 2022. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/es/a/vmCbHMr4ftWVBBvP3YHQKGR/?format=pdf&lang=pt>.

NOVATO, Valéria de O. L.; LIMA, Tatiane de S. M.; PASCHOALOTTO, Marco Antonio C.; FERREIRA, Vicente da R. S.; MELO, Leila M. Análise dos Projetos Pedagógicos do Curso de Medicina em relação aos parâmetros da política de formação médica no Brasil. XLV Encontro da ANPAD – EnANPAD, 2021. Disponível em:

<https://anpad.com.br/uploads/articles/114/approved/f18a6d1cde4b205199de8729a6637b42.pdf>.

NUNES, Heloá da Conceição; GUIMARÃES, Rita M. C.; DADALTO, Luciana. Desafios bioéticos do uso da inteligência artificial em hospitais. *Revista Bioética*, Brasília, v. 30, n. 1, p. 82-93, jan. 2022. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/bioet/a/kG8vs4WHYKcGSrQVGwmrkTg/#ModalHowcite>.

ODA, Ana Maria G. R. Escravidão e nostalgia no Brasil: o banzo. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo, v. 11, n. 4, p. 735-761, dez. 2008. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/rlpf/a/XsH4RvscyCmxJzydsfgTgvKS/abstract/?lang=pt>.

OLIVEIRA, Antonio Batista S.; CASTRO JUNIOR, Joel de L. P.; MONTALVÃO, Sergio S. O mito da meritocracia: academicismo e falhas metodológicas nos concursos públicos brasileiros. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, v. 56, n. 6, p. 694-720, 2022.

DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-761220220150>.

OLIVEIRA, Bruno Luciano C. A.; LIMA, Sara F.; PEREIRA, Marina U. L.; PEREIRA JÚNIOR, Geraldo A. Evolução, distribuição e expansão dos cursos de medicina no Brasil (1808-2018). *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 1-20, 2019.

Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00183>.

OLIVEIRA, Elda; COUTO, Márcia Thereza; SEPARAVICH, Marco Antônio A.; LUIZ, Olinda do Carmo. Contribuição da interseccionalidade na compreensão saúde-doença-cuidado de homens jovens em contextos de pobreza urbana. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 24, p. 1-15, 2020. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/icse/a/YjPXdHKdRgCCHVxNpxwNPNv/?lang=pt#>.

OLIVEIRA, Elizabeth de S.; LUCINI, Marizete. O pensamento decolonial: conceitos para pensar uma prática de pesquisa de resistência. *Boletim Historiar*, Aracaju, v. 8, n. 1, p. 97-

115, jan./mar. 2021. Disponível em: <https://seer.ufs.br/index.php/historiar/index>.

OLIVEIRA, Felipe P.; PINTO, Hélder A.; FIGUEIREDO, Alexandre M.; CYRINO, Eliana G.; OLIVEIRA NETO, Aristides V.; ROCHA, Vinícius X. M.. Brazilian More Doctors Program: assessing the implementation of the Education Axis from 2013 to 2015. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 23, p. 1-17, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/JVxFL7JfLZP4CscKrjrgL5z/?lang=pt#ModalHowcite>.

OLIVEIRA, Felipe P.; SANTOS, Leonor Maria P.; SHIMIZU, Helena E. Programa Mais Médicos e Diretrizes Curriculares Nacionais: avanços e fortalecimento do sistema de saúde. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 1-19, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/gVxsc6hxJ6xgd4GLcHRVzth/#>.

OLIVEIRA, Márcia F.; CHACHAM, Alessandra S. A interseccionalidade de gênero, raça e classe social na história da medicina no Brasil. *Cuadernos De Educación Y Desarrollo*, v. 16, n. 7, p. e4858. 2024b. <https://doi.org/10.55905/cuadv16n7-091>.

OLIVEIRA, Márcia F.; CHACHAM, Alessandra S. Validação de questionário para análise da identidade de estudantes de Medicina: relato de experiência. *Revista Caderno Pedagógico*, Curitiba, v. 21, n. 7, p. 1-17, 2024a. Disponível em: <https://doi.org/10.54033/cadpedv21n7-256>.

OLIVEIRA, Márcia F.; Cupertino, Marli do C. Ensino-serviço na graduação médica: enfoque no valor da vida humana. *Revista Brasileira De Bioética*, v. 15, p. 1–19. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.26512/rbb.v15.2019.23987>

OLIVEIRA, Neilton A.; MEIRELES, Rosane M. S.; CURY, Geraldo C.; ALVES, Luiz Anastácio. Mudanças curriculares no ensino médico brasileiro: um debate crucial no contexto do Promed. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Brasília, v. 32, n. 3, p. 333-346, jul. 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbem/a/psZR3ZYpZN9gVnkmr6fsqWN/#ModalHowcite>.

PAGLIOSA, Fernando Luiz; DA ROS, Marco Aurélio. O relatório Flexner: para o bem e para o mal. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Brasília, v. 32, n. 4, p. 492-499, out. 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbem/a/QDYhmRx5LgVNSwKDKqRyBTy/#ModalHowcite>.

PAIVA, Carlos Henrique A.; TEIXEIRA, Luiz Antonio. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 15-35, jan./mar. 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-59702014000100002>.

PALÁCIO, Maria Augusta V.; GONÇALVES, Laís B. B.; STRUCHINER, Míriam. A narrativa do aluno de Medicina na formação em Atenção Primária à Saúde: potencializando espaços de aprendizagem mediados pelas tecnologias digitais. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Brasília, v. 43, n. 1, p. 330-340, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbem/a/tgPwzwnGfkZdgKBYYHMxkhB/#ModalHowcite>.

PALHARINI, Luciana Aparecida; FIGUEIRÔA, Silvia Fernanda de Mendinça. Gênero, história e medicalização do parto: a exposição “Mulheres e práticas de saúde”. *História*,

*Ciências, Saúde-Manguinhos*, v. 25, n. 4, p. 1039–1061, out. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/hcsm/a/tVY7ZqQTFNHTCbSLLT8nnJn/?format=pdf&lang=pt>

PEREIRA, Deborah. Formações imaginárias sobre o médico no Brasil: algumas repercussões na língua. *Revista Rua*, Campinas, v. 29, n. 2, p. 513-535, 2023. DOI: <https://doi.org/10.20396/rua.v29i2.8675156>.

PEREIRA, Bruna Cristina J. Sobre usos e possibilidades da interseccionalidade. *Civitas - Revista de Ciências Sociais*, Porto Alegre, v. 21, n. 3, p. 445-454, set./dez. 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/civitas/a/h7rvGvv5gNPpkm7MjMG6D5c/#>.

PEREIRA, Ingrid D. F.; LAGES, Itamar. Diretrizes curriculares para a formação de profissionais de saúde: competências ou práxis? *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, p. 319-338, maio 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/6g3FMHrpZwQgvNCnLsmWqCL/#ModalHowcite>.

PERISSINOTTO, Renato. Marxismo e ciência social: um balanço crítico do marxismo analítico. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, São Paulo, v. 25, n. 73, p. 113-128, jun. 2010. <https://www.scielo.br/j/rbcsoc/a/MQFJZLgmtT3qmDRY39yZVZk/#ModalHowcite>.

PESSOA, Maria Fernanda; VAZ, Daniela V.; BOTASSIO, Diego C. Viés de gênero na escolha profissional no Brasil. *Cadernos de Pesquisa*, São Paulo, v. 51, p. 1-22, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cp/a/GGGh6ct6TqyWGcXZRxsmtMb/#ModalHowcite>.

PHILLIPS, J. P. et al. Trends in US medical school applicants and matriculants by sex and race/ethnicity, 1980-2016. *JAMA*, v. 316, n. 21, p. 2293-2294. 2016.

PINO, Bruna; VELU, Preetha S.; LEVI, Jessica R. Racial and Ethnic Disparities in Otolaryngology Applicants and Residents: Recruiting a Diverse Workforce. *Journal of Surgical Education*, v. 81, n. 4, p. 543-550, 2024 Apr. DOI: 10.1016/j.jsurg.2023.12.016.

PINTO, Hélder A.; CÔRTEZ, Soraya Maria V. O que fez com que o Programa Mais Médicos fosse possível? *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 7, p. 2543-2552, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232022277.22322021>.

PORTO, Dora; GARRAFA, Volnei. A influência da Reforma Sanitária na construção das bioéticas brasileiras. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, p. 719-729, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/GSvDmrHNYggjDNjHbqPGV9K/#ModalHowcite>.

QUEIROZ, Marcos S.; CANESQUI, Ana Maria. Antropologia da medicina: uma revisão teórica. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 20, n. 2, p. 152-164, abr. 1986. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/qf8jyd5BznTRnHzJjtVsVp/#ModalHowcite>.

QUIJANO, Anibal. Colonialidad del poder, eurocentrismo y America Latina. In: *Colonialidad del saber, eurocentrismo y Ciencias Sociales*. Buenos Aires: CLACSO-UNESCO, 2000. p. 201-246.

QUIJANO, Anibal. Coloniality and Modernity/Rationality. In: MIGNOLO, Walter D.;

ESCOBAR, Arturo (eds.). *Globalization and the decolonial option*. Abingdon, Oxon; New York, NY: Routledge, 2010. p. 22-32.

RANIERI, Nina Beatriz S. Trinta anos de autonomia universitária: resultados diversos, efeitos contraditórios. *Educação & Sociedade*, Campinas, v. 39, n. 145, p. 946-961, out./dez. 2018.

Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/es/a/6krKWmhmcW5bbn5pcjBWbBn/abstract/?lang=pt#ModalHowcite>.

REED-DANAHAY, Débora. *Bourdieu and social space: mobilities, trajectories, emplacements*. New York: Berghahn Books, 2020. 258 p.

REGINATO, Valdir; DE BENEDETTO, Maria Auxiliadora C.; GALLIAN, Dante Marcello C. Espiritualidade e saúde: uma experiência na graduação em Medicina e Enfermagem.

*Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 237-255, jan. 2016. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/tes/a/LrvT9vJJ6F3nXdYQCgzBqGF/#ModalHowcite>.

REGO, Sergio. O processo de socialização profissional na medicina. In: MACHADO, Maria Helena (org.). *Profissões de saúde: uma abordagem sociológica*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1995. p. 119-132. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/37762>.

REIS, Steffany B.; AGUIAR, Carolina V. N. A relação entre a vida acadêmica e a vida familiar do estudante de medicina: uma análise transversal. *Revista Internacional de Educação e Saúde*, Salvador, v. 5, n. 1, p. 92-110, 2021. Disponível em:

<http://dx.doi.org/10.17267/2594-7907ijhe.v5i1.3797>.

REIS FILHO, Daniel Aarão. 1968, o curto ano de todos os desejos. In: VIEIRA, Maria Alice; GARCIA, Marco Aurélio (orgs.). *Rebeldes e contestadores*. 1968: Brasil, França e Alemanha. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 1999. p. 61-71.

RIBEIRO, Djamila. *Quem tem medo do feminismo negro?* São Paulo: Companhia das Letras, 2018.

RIOS, Izabel Cristina; SCHRAIBER, Lilia B. *Humanização e humanidades em medicina*. São Paulo: Editora Unesp, 2012.

ROBBINS, Derek. Sociology and philosophy in the work of Pierre Bourdieu, 1965-75. *Journal of Classical Sociology*, London, v. 2, n. 3, p. 299-328, 2002.

ROCHA, Matheus B.; SEVERO, Ana Kalliny S.; FÉLIX-SILVA, Antônio Vladimir. O cuidado em saúde promovido pelas religiões afro-brasileiras. *Psicologia: Ciência e Profissão*, Brasília, v. 43, p. 1-14, 2023. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/pcp/a/S9Md4w6bVkJXnHHZvsBDTkWp/?lang=pt#ModalHowcite>.

RODRIGUES, Wallace; ALBUQUERQUE, Francisco Edviges; MILLER, Michol. Decolonizing English Language Teaching for Brazilian Indigenous Peoples. *Educação & Realidade*, Porto Alegre, v. 44, n. 2, p. 1-15, 2019. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/edreal/a/43bj8bSQDpQYPjQTX9jK9jb/?lang=pt#ModalHowcite>.

ROSÁRIO, Celita A.; BAPTISTA, Tatiana W. F.; MATTA, Gustavo C. Sentidos da

universalidade na VIII Conferência Nacional de Saúde: entre o conceito ampliado de saúde e a ampliação do acesso a serviços de saúde. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 44, n. 124, p. 17-31, jan. 2020. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/sdeb/a/xmZCCHhzYYd7CwZfnsVnTQp/#ModalHowcite>.

ROSENDO, Letícia S.; MEIRELES, Adriana Lúcia; CARDOSO, Clareci S.; BANDEIRA, Marina B.; PAULA, Waléria; BARROSO, Sabrina M. Relação entre perfil, hábitos, vivências acadêmicas e resiliência de universitários. *Psicologia: Ciência e Profissão*, Brasília, v. 42, p. e242788, 2022. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/pcp/a/VvjrfjGQvhssGWFT7gXCFMy/abstract/?lang=pt#ModalHowcite>.

RUBIN, Gayle. O tráfico de mulheres: notas sobre a ‘economia política’ do sexo. In: RUBIN, Gayle. *Políticas do sexo*. São Paulo: Ubu Editora, 2017. p. 9-61. (Coleção Argonautas)

SAINT MARTIN, Monique. A noção de campo em Pierre Bourdieu. *Revista Brasileira de Sociologia*, Porto Alegre, v. 10, n. 26, p. 222-235, set./dez. 2022. Disponível em:

<https://rbs.sbsociologia.com.br/index.php/rbs/article/view/910/433>.

SANTANA, Bruna Rutiele S.; JANSEN, Rhillary C.; NASCIMENTO, Victória N. B.; MOURA, Danielle do Socorro C. Compreensão de médicas sobre gênero e a influência na formação acadêmica: um estudo qualitativo. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Brasília, v. 48, n. 3, p. 1-8, 2024. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/rbem/a/4Ltq6dFxxmWPVYf5ng88CLS/#>.

SANTANA, José Ricardo S.; BELMINO, Marcus Cezar B. Identidades de gênero na perspectiva da teoria do *self*: uma leitura gestáltica acerca da sexualidade na contemporaneidade. *IGT rede*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 27, p. 136-162, 2017. Disponível em [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1807-25262017000200002&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1807-25262017000200002&lng=pt&nrm=iso).

SANTOS, Isabelle Christine O.; LIMA, Tereza Cristina B.; PAIVA, Luís Eduardo B.; MARQUES, Davi S.; GUIMARÃES, Elidihara T. Socialização profissional sob a ótica de cirurgiãs: desafios e realização na carreira profissional. *Revista de Administração Contemporânea*, Maringá, v. 25, n. 4, p. 1-20, 2021. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/rac/a/H4sTC7bdC9hGzzMjWZHjGDL/?lang=pt#>.

SANTOS, João B.; PIRES, Liana L.; SILVA, Antônio Emanuel; CASTRO, Cleudson N. Reflexões sobre o ensino da Semiologia Médica. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Brasília, v. 27, n. 2, p. 147-152, maio 2003. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/rbem/a/XMmJ57p9NYsB57mJsmFqLmy/#ModalHowcite>.

SANTOS, Geovannia M.; BATISTA, Sylvia Helena S. S. Docência, Pró-Saúde e PET-Saúde: narrativas de um fazer interprofissional. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 22, n. Suppl 2, p. 1589-1600, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0728>.

SANTOS, Sérgio C.; KABENGELE, Daniela do Carmo; MONTEIRO, Lorena M. Necropolítica e crítica interseccional ao capacitismo: um estudo comparativo da Convenção dos Direitos das Pessoas com Deficiência e do Estatuto das Pessoas com Deficiência. *Revista*

do Instituto de Estudos Brasileiros, São Paulo, n. 81, p. 158-170, abr. 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rieb/a/Nf8RzhZ7r6SKqPTczM7367D/#>.

SANTOS, Thais Morgana M.; COSTA, Clarisse M. F. N.; COSTA, Lauriany Livia; SILVA, Darlene; SANTOS, Delba F. Aprendizagem baseada em projeto e a formação médica: relato de experiência introduzindo questões para o debate interprofissional. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 46, p. 1-10, jan./dez. 2024. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/3772/1929>.

SANTOS, Boaventura S. Um discurso sobre as ciências na transição para uma ciência pós-moderna. *Estudos Avançados*, São Paulo, v. 2, n. 2, p. 46-71, maio 1988. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ea/a/YgSSRgJjZgtbpBLWxr6xPHr/>.

SANTOS-LOBATO, Edieny Augusta V.; SEFER, Celina Cláudia I.; MENDONÇA, Leonardo T.; DOMINGUES, Robson José S. Matriz de competências em educação médica: um estudo bibliométrico. *Brazilian Journal of Health Review*, [S. l.], v. 6, n. 5, p. 25411-25424, 2023. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/64106>.

SASSI, André P.; SEMINOTTI, Elisa P.; PAREDES, Eduardo Alfeu P.; VIEIRA, Micael B. O ideal profissional na formação médica. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Brasília, v. 44, n. 1, p. 1-9, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbem/a/tzLZGSnmShmsbcxLvRJyd8n/#>.

SCHEFFER, Mário (Coord.). *Demografia médica no Brasil 2023*. São Paulo: FMUSP, AMB, 2023. Disponível em: [https://amb.org.br/wp-content/uploads/2023/02/DemografiaMedica2023\\_8fev-1.pdf](https://amb.org.br/wp-content/uploads/2023/02/DemografiaMedica2023_8fev-1.pdf).

SCHEFFER, Mário; CASSENOTE, Alex; BIANCARELLI, Aureliano. *Demografia médica no Brasil*. São Paulo: FMUSP, 2015.

SCOTT, Joan W. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. *Educação & Realidade*, Porto Alegre, v. 20, n. 2, p. 71-99, 1995. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/index.php/educacaoerealidade/article/view/71721>.

SEPARAVICH, Marco Antonio; COUTO, Marcia Thereza. Programa Mais Médicos: revisão crítica da implementação sob a perspectiva do acesso e universalização da atenção à saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 3435-3446, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021269.2.04572020>.

SETTON, Maria da Graça J. A teoria do *habitus* em Pierre Bourdieu: uma leitura contemporânea. *Revista Brasileira de Educação*, Rio de Janeiro, n. 20, p. 60-70, maio/ago. 2002. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbedu/a/mSxXfdBBqghYyw4mmn5m8pw/#ModalHowcite>.

SIGEL, Roberta. An introduction to the symposium on social identity. *Political Psychology*, v. 22, n. 1, p. 111-114, 2001.

SILVA DE ARAUJO LIMA, Caroline et al. Idealismo na formação médica à luz do pensamento de Howard Saul Becker: revisão de literatura. *Recima21 - Revista Científica*

*Multidisciplinar*, v. 4, n. 2, e422693. 2023. Disponível em:  
<https://doi.org/10.47820/recima21.v4i2.2693>

SILVA, Luiz Otávio; MELO, Isabela B.; TEIXEIRA, Luciana A. S. Interface entre oferta de vagas de residência médica, demanda por médicos especialistas e mercado de trabalho. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Brasília, v. 43, n. 1, p. 119-126, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbem/a/qF3DTmgDgHzbwCMnSL5YgSD/?lang=pt>.

SILVA, Paulo Roberto Matto; ROCHA, Maria Silveira da. O ato médico e a subjetividade. *Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.*, São Paulo, 11(1), p. 69-81, 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlpf/a/JS67LRrJBvmg4NSDszhjqh/?lang=pt> Acesso em: 20 Out. 2022.

SILVA, Ronaldo Adriano R.; VENTURI, Tiago (eds.). *Pesquisas, vivências e práticas de Educação em Saúde na escola*. Chapecó: Editora UFFS, 2022. (Coleção Ensino de ciências) Disponível em: <https://doi.org/10.7476/9786586545722>.

SILVA, Viviane Xavier de Lima e; VIEIRA, Vinícius Batista; FEITOSA, Saulo Ferreira. Complexidade e transdisciplinaridade no currículo médico comprometido com bioéticas latino-americanas. *Revista Bioética*, v. 30, n. 3, p. 548–557, jul. 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/bioet/a/pT9c4699Dn6QhdhBYjrY38N/#ModalHowcite>

SILVEIRA, Jucimeri I.; NASCIMENTO, Sérgio Luiz; ZALEMBESSA, Simões. Colonialidade e decolonialidade na crítica ao racismo e às violações: para refletir sobre os desafios educação em direitos humanos. *Educar em Revista*, Curitiba, v. 37, p. 1-19, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/0104-4060.71306>.

SOARES, Girliany S. *Programa Nacional de Assistência Estudantil (PNAES) e a realidade da Universidade Federal do Semiárido (2020-2021): um estudo crítico das materialidades da ação pública*. 2024. 170f. Tese (Doutorado em Educação) - Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2024. Disponível em: <https://repositorio.ufrn.br/handle/123456789/58346>.

SOUSA, Ivy Q.; SILVA, Catarina P.; CALDAS, Cezar Augusto M. Especialidade médica: escolhas e influências. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Brasília, v. 38, n. 1, p. 79-86, jan. 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbem/a/y8SZV8BmscsNwbpfKWKtJHy/#>.

SOUSA, Paulo; MENDES, Walter (comps.). *Segurança do paciente: criando organizações de saúde seguras*. 2. ed. rev. atual. Rio de Janeiro: CDEAD, ENSP, Editora Fiocruz, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.7476/9788575416426>.

SOUSA, Tuanny Soeiro. *Transmarinas: direito, direitos e gênero nos embates e enredamentos discursivos sobre a vitimação trans na Lei Maria da Penha*. 2022. 246f. Tese (Doutorado em Direito) – Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2022.

SOUZA, Vinícius R. Políticas públicas de formação médica no Brasil estudo a partir do modelo das coalizões de defesa. *Espaço Público - Revista de Políticas Públicas*, Recife, n. 8, p. 1-12, 2023. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/index.php/politicaspUBLICAS/article/view/256922/43322>

SOUZA, Flávia A. O saber-corpo e a busca pela descolonização da saúde coletiva. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 43, n. spe8, p. 189-202, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/jHN7m3PRw6RfkV6pT3gSBrH/abstract/?lang=pt#ModalHowcite>.

SPINNEWIJN, Laura et al. Knowing what the patient wants: a hospital ethnography studying physician culture in shared decision making in the Netherlands. *BMJ Open*, p. 1-9, 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2019-032921>.

STARFIELD, Barbara. *Primary care: Balancing health needs, services, and technology*. Oxford University Press, 2011.

STEWART, Moira et al. *Patient-centered medicine: Transforming the clinical method*. Radcliffe Publishing, 2003.

STOLCKE, V. Sexo está para gênero assim como raça para etnicidade? *Estudos Afro-Asiáticos*, Rio de Janeiro, n. 20, p. 101-119, 1991.

STOLCKE, Verena. ¿Es el sexo para el género como la raza para la etnicidad? *Mientras tanto*, n. 48, p. 87-111, enero-febrero 1992.

STOLCKE, Verena. O enigma das interseções: classe, "raça", sexo, sexualidade: a formação dos impérios transatlânticos do século XVI ao XIX. *Estudos Feministas*, Florianópolis, v. 14, n. 1, p. 15-42, 2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ref/a/CmtTSC5w3Tf5tqcFS4bmwBd/abstract/?lang=pt>.

TELLES, Helcimara; SILVA, Aethur Leandro A.; BASTOS, Camila. Programa Mais Médicos do Brasil: a centralidade da relação médico-usuário para a satisfação com o programa. *Caderno CRH*, Salvador, v. 32, n. 85, p. 101-123, jan./abr. 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ccrh/a/7gs6GNqRPZDjn47XxByKsfB/#>.

TENÓRIO, Marília; OLIVEIRA, Raquel; MORAIS, Heloísa. O “Ato Médico” e as disputas jurisdicionais entre as profissões de saúde. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 31, n. 3, p. 1-11, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902022210338pt>.

THIRY-CHERQUES, Hermano Roberto. Pierre Bourdieu: a teoria na prática. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, v. 40, n. 1, p. 27-55, jan./fev. 2006. Disponível em: [www.scielo.br/j/rap/a/3bmWVYMZbNqDzTR4fQDtgRs/?format=pdf&lang=pt](http://www.scielo.br/j/rap/a/3bmWVYMZbNqDzTR4fQDtgRs/?format=pdf&lang=pt).

TOLEDO, Áureo (org.). *Perspectivas pós-coloniais e decoloniais em relações internacionais*. Salvador: Edufba, 2021.

TOUSO, Maíra F. S.; FIGUEIREDO, Glória Lúcia A. A educação médica nos cenários de práticas em anos iniciais da formação: sentidos tecidos pelo photovoice. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 24, p. 1-19, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/Interface.190327>.

VALDÉS-COTERA, Raúl et al. Contribuições conceituais da educação de pessoas jovens e adultos: rumo à construção de sentidos comuns na diversidade. Organização dos Estados

IberoAmericanos e UNESCO. Goiânia: EDUEG. 2014.

VANDENBERGHE, Frédéric. Construção e crítica na Nova Sociologia francesa. *Sociedade e Estado*, Brasília, v. 21, n. 2, p. 315-66, maio-ago. 2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/se/a/y3cDWqYhmk3MVMhPfl4pMJC/?lang=pt>.

VAUTERO, Jaisso; TAVEIRA, Maria do Céu; SILVA, Ana Daniela. A influência da família na tomada de decisões de carreira: uma revisão de literatura. *Revista Brasileira de Orientação Profissional*, Campinas, v. 21, n. 1, p. 17-28, jan./jun. 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.26707/1984-7270/2020v21n103>.

VELASCO, Sebastião. Significados da conjuntura de 1968. In: VIEIRA, Maria Alice; GARCIA, Marco Aurélio (orgs.). *Rebeldes e contestadores*. 1968: Brasil, França e Alemanha. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 1999. p. 105-110.

VERAS, Renata M.; FEITOSA, Caio Cezar M. Reflections on the National Curricular Guidelines of undergraduate medical courses based on the National Health Promotion Policy. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 23, p. 1-14, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/MKgjg8b9StzMGwdPbFflpBr/?lang=pt#>.

VERAS, Renata M. et al. Perfil socioeconômico e expectativa de carreira dos estudantes de Medicina da Universidade Federal da Bahia. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Brasília, v. 44, n. 2, p. 1-8, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbem/a/Kh6JgpZZSTZzSvhKrspRSGF/>.

VIEIRA, Vinícius Batista; DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. Estigma e saúde mental na atenção básica: lacunas na formação médica podem interferir no acesso à saúde? *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 31, n. 4, p. 1-20, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312021310422>.

VIEIRA, Adriane et al. Identidade profissional médica: estudo com graduandos e residentes. *Pretexto*, Belo Horizonte, v. 24, n. 3, p. 131-145, 2023. Disponível em: <http://revista.fumec.br/index.php/pretexto/article/view/9350/4789>.

VOGEL, Lise. *Marxism and the Oppression of Women: Toward a Unitary Theory*. Leiden: Brill, 2013.

WEBER, Max. *A ética protestante e o espírito do capitalismo*. São Paulo: Martin Claret, 2004. (Coleção a Obra-Prima de Cada Autor)

WEBER, Max. *The protestant ethic and the spirit of capitalism*. Nova York: Charles Scribner's Sons, 1950.

WESTPHAL, Márcia F. *Participação popular e políticas municipais de saúde: Cotia e Vargem Grande Paulista*. 1992. Tese (Livre Docência) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 1992. Disponível em: <https://repositorio.usp.br/item/000735948>,

WHITE, Brenda M. Medical police: politics and police – the fate of John Robertson. *Medical History*, v. 27, n. 4, p. 407-422, 1983. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1140047/>.

WIECZORKIEWICZ, Alessandra K.; BAADE, Joel Haroldo. Família e escola como instituições sociais fundamentais no processo de socialização e preparação para a vivência em sociedade. *Revista Educação Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 20, jun. 2020. Disponível em: <https://educacaopublica.cecierj.edu.br/artigos/20/19/familia-e-escola-como-instituicoes-sociais-fundamentais-no-processo-de-socializacao-e-preparacao-para-a-vivencia-em-sociedade>.

ZARPELON, Luís Fernando B.; BATISTA, Nildo A. A gestão da integração ensino-serviço nas escolas médicas do Paraná, PR, Brasil. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 26, p. 1-20, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/interface.220089>.

ZIOLI, Eline G. O.; GARCIA, Evelini Lauri M.; PÉPECE, Olga Maria C. Esporte de alto risco: subcultura de consumo e as práticas que constituem o *habitus* dos paraquedistas. *REUNA*, Belo Horizonte, v. 25, n. 3, p. 76-97, jul./set. 2020. Disponível em: <https://reuna.emnuvens.com.br/reuna/article/view/1185/797>.

## ANEXO 1 – TCLE QUESTIONÁRIO FADIP

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA NA FADIP

N.º Registro CEP: CAAE 70541623.5.3002.8063

Título do Projeto: **O *HABITUS* MÉDICO NA FORMAÇÃO DISCENTE EM UMA ESCOLA DE MEDICINA PÚBLICA E UMA PRIVADA**

Prezado Sr.(a),

O Sr.(a) está sendo convidado a participar da pesquisa do curso de Doutorado do Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (PUC-MG), da doutoranda Márcia Farsura de Oliveira, sob a orientação do professor Dr. André Junqueira Caetano, intitulada “O *habitus* médico na formação discente em uma escola de Medicina pública e uma privada”. O objetivo desta pesquisa é analisar e compreender o papel das Instituições de Ensino Superior (IES) na conformação do conjunto de valores que orientam a formação médica, com subsequente escolha pela especialização e desenvolvimento de habilidades na relação médico-paciente.

O Sr.(a) receberá todos os esclarecimentos que se fizerem necessários ao início e no decorrer da pesquisa e lhe será assegurado que seu nome não será divulgado, sendo mantido no mais rigoroso sigilo, através do anonimato em qualquer fase da pesquisa, seja na coleta, análise e divulgação dos dados. Esse termo que o Sr.(a) está lendo é parte de uma série de critérios, descritos nas Resoluções CNS n. 466/2012 e n.º 510/2016, que normatizam aos pesquisadores os procedimentos necessários, quando realizam pesquisas com seres humanos.

O Sr.(a) está sendo convidado(a) a participar da pesquisa, porque é graduando(a) do 1º, 3º ou 5º ano do curso de Medicina na Faculdade Dinâmica do Vale do Piranga (Fadip). A sua participação será através do preenchimento presencial de um questionário, manualmente, através da utilização de caneta esferográfica, contendo 45 (quarenta e cinco) quesitos fechados, semiabertos e abertos. O propósito desse questionário é analisar os traços predominantes dos(as) entrevistados(as), agregadamente, segundo as experiências culturais, estilo de vida e renda pessoal e/ou de mantenedores e a associação da predominância com aspectos das vivências no curso de Medicina somadas às percepções, expectativas, planos e valores com relação à vida como profissional. Além disso, o instrumento de coleta de dados referido intenciona obter a percepção dos discentes de Medicina relacionada à prática médica, à saúde pública e à saúde privada. O questionário impresso será aplicado em uma sala reservada em sua própria IES e o Sr.(a) poderá respondê-lo no tempo que achar necessário e pode se recusar a responder qualquer questão que lhe traga desconforto, interromper o preenchimento do questionário e também pode desistir de participar da pesquisa a qualquer momento, sem que isso lhe cause qualquer prejuízo.

Informamos que, dentre os riscos (e/ou desconfortos) em participar da pesquisa respondendo ao questionário, podem ser considerados o estresse e/ou constrangimento. Ademais, o participante, ao preencher o questionário, pode desencadear: autojulgamento, a respeito da trajetória acadêmica vivenciada por ele mesmo, algum membro da família ou ente querido e reflexões sobre satisfação profissional, contribuindo para alterações de visão de mundo, de relacionamentos e de comportamento. Ainda, o participante pode não desenvolver interesse pelo assunto ou achar a pesquisa desnecessária no contexto acadêmico.

Todo e qualquer ônus ao participante decorrente do estudo será de responsabilidade exclusiva dos pesquisadores.

Os benefícios de sua participação serão a contribuição à pesquisa, uma vez que os resultados servirão para a divulgação de dados, que subsidiem a elaboração de políticas públicas voltadas à educação médica, a fim de contribuir, cada vez mais, para o exercício de uma Medicina colaborativa com o cuidado de todos os grupos sociais.

Sua participação é muito importante e voluntária e, conseqüentemente, não haverá pagamento por participar deste estudo. Em contrapartida, o Sr.(a) também não terá nenhum gasto. Apesar disso, caso o Sr.(a) apresente necessidade de qualquer recurso financeiro para comparecer aos encontros com os pesquisadores na Fadip, os gastos com deslocamento estão previstos no orçamento da pesquisa e se darão a partir da compensação integral em dinheiro pelos pesquisadores. Além disso, o Sr.(a) tem assegurado também o direito à indenização e à assistência imediata e integral de acordo com a determinação do profissional de saúde, para atendimento de eventuais complicações e danos decorrentes direta ou indiretamente da pesquisa.

Todo material coletado durante a pesquisa ficará sob a guarda e responsabilidade da pesquisadora responsável pelo período de 5 (cinco) anos e, após esse período, será destruído.

Para todos os participantes, em caso de eventuais danos decorrentes da pesquisa, será observada, nos termos da lei, a responsabilidade civil.

Este Termo de Consentimento encontra-se impresso em duas vias originais, sendo que uma via será arquivada pela pesquisadora responsável, e a outra será fornecida ao Sr.(a). Essa deve ser guardada, pois nela constam os dados de contato da pesquisadora responsável, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Pesquisadora responsável: Márcia Farsura de Oliveira, telefone (031) 989181206.

Se o Sr.(a) tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor, entre em contato com a pesquisadora Márcia Farsura de Oliveira, pelo telefone (31) 989181206, no horário de 19:00 às 22:00 horas, de segunda a sexta-feira e de 08:00 às 19:00 horas aos sábados e domingos, pelo e-mail [marcia.farsura@sga.pucminas.br](mailto:marcia.farsura@sga.pucminas.br), ou ainda, entre em contato com o pesquisador Dr. André Junqueira Caetano, pelo telefone (31) 33194952, no horário de 08:00 às 19:00 horas de segunda a sexta-feira e de 08:00 às 12:00, aos sábados. Ainda, pelo e-mail [acaetano@pucminas.br](mailto:acaetano@pucminas.br).

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, que poderá ser contatado em caso de questões éticas, pelo telefone (31)3319-4517 ou e-mail [cep.proppg@pucminas.br](mailto:cep.proppg@pucminas.br).

O Comitê de Ética em Pesquisa é uma autoridade local e porta de entrada para os projetos de pesquisa que envolvem seres humanos, e tem como objetivo defender os direitos e interesses dos participantes em sua integridade e dignidade, contribuindo também para o desenvolvimento das pesquisas dentro dos padrões éticos.

O presente termo será assinado em 02 (duas) vias de igual teor.

Belo Horizonte, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

Dou meu consentimento de livre e espontânea vontade para participar deste estudo.

---

Nome do participante (em letra de forma)

---

Assinatura do participante

---

Data

Eu, Márcia Farsura de Oliveira, comprometo-me a cumprir todas as exigências e responsabilidades a mim conferidas neste termo e agradeço a sua colaboração e sua confiança.

---

Assinatura do(a) pesquisador(a)

---

Data

**ANEXO 2 – TCLE QUESTIONÁRIO UFV**  
**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DOS**  
**PARTICIPANTES DA PESQUISA NA UFV**

N.º Registro CEP: 70541623.5.3001.5153

Título do Projeto: **O *HABITUS* MÉDICO NA FORMAÇÃO DISCENTE EM UMA ESCOLA DE MEDICINA PÚBLICA E UMA PRIVADA**

Prezado Sr.(a),

O Sr.(a) está sendo convidado a participar da pesquisa do curso de Doutorado do Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (PUC-MG), da doutoranda Márcia Farsura de Oliveira, sob a orientação do professor Dr. André Junqueira Caetano, intitulada “O *habitus* médico na formação discente em uma escola de Medicina pública e uma privada”. O objetivo desta pesquisa é analisar e compreender o papel das Instituições de Ensino Superior (IES) na conformação do conjunto de valores que orientam a formação médica, com subsequente escolha pela especialização e desenvolvimento de habilidades na relação médico-paciente.

O Sr.(a) receberá todos os esclarecimentos que se fizerem necessários ao início e no decorrer da pesquisa e lhe será assegurado que seu nome não será divulgado, sendo mantido no mais rigoroso sigilo, através do anonimato em qualquer fase da pesquisa, seja na coleta, análise e divulgação dos dados. Esse termo que o Sr.(a) está lendo é parte de uma série de critérios, descritos nas Resoluções CNS n. 466/2012 e n. 510/2016, que normatizam aos pesquisadores os procedimentos necessários, quando realizam pesquisas com seres humanos.

O Sr.(a) está sendo convidado(a) a participar da pesquisa, porque é graduando(a) do 1º, 3º ou 5º ano do curso de Medicina na Universidade Federal de Viçosa (UFV). A sua participação será através do preenchimento presencial de um questionário, manualmente, através da utilização de caneta esferográfica, contendo 45 (quarenta e cinco) quesitos fechados, semiabertos e abertos. O propósito desse questionário é analisar os traços predominantes dos(as) entrevistados(as), agregadamente, segundo as experiências culturais, estilo de vida e renda pessoal e/ou de mantenedores e a associação da predominância com aspectos das vivências no curso de Medicina somadas às percepções, expectativas, planos e valores com relação à vida como profissional. Além disso, o instrumento de coleta de dados referido intenciona obter a percepção dos discentes de Medicina relacionada à prática médica, à saúde pública e à saúde privada. O questionário impresso será aplicado em uma sala reservada em sua própria IES e o Sr.(a) poderá respondê-lo no tempo que achar necessário e pode se recusar a responder qualquer questão que lhe traga desconforto, interromper o preenchimento do questionário e também pode desistir de participar da pesquisa a qualquer momento, sem que isso lhe cause qualquer prejuízo.

Informamos que, dentre os riscos (e/ou desconfortos) em participar da pesquisa respondendo ao questionário, podem ser considerados o estresse e/ou constrangimento. Ademais, o participante, ao preencher o questionário, pode desencadear: autojulgamento, a respeito da trajetória acadêmica vivenciada por ele mesmo, algum membro da família ou ente querido e reflexões sobre satisfação profissional, contribuindo para alterações de visão de mundo, de relacionamentos e de comportamento. Ainda, o participante pode não desenvolver interesse pelo assunto ou achar a pesquisa desnecessária no contexto acadêmico.

Rubrica do Pesquisador:

Rubrica do Participante:

Todo e qualquer ônus ao participante decorrente do estudo será de responsabilidade exclusiva dos pesquisadores.

Os benefícios de sua participação serão a contribuição à pesquisa, uma vez que os resultados servirão para a divulgação de dados, que subsidiem a elaboração de políticas públicas voltadas à educação médica, a fim de contribuir, cada vez mais, para o exercício de uma Medicina colaborativa com o cuidado de todos os grupos sociais.

Sua participação é muito importante e voluntária e, conseqüentemente, não haverá pagamento por participar deste estudo. Em contrapartida, o Sr.(a) também não terá nenhum gasto. Apesar disso, caso o Sr.(a) apresente necessidade de qualquer recurso financeiro para comparecer aos encontros com os pesquisadores na UFV, os gastos com deslocamento estão previstos no orçamento da pesquisa e se darão a partir da compensação integral em dinheiro pelos pesquisadores. Além disso, o Sr.(a) tem assegurado também o direito à indenização e à assistência imediata e integral de acordo com a determinação do profissional de saúde, para atendimento de eventuais complicações e danos decorrentes direta ou indiretamente da pesquisa.

Todo material coletado durante a pesquisa ficará sob a guarda e responsabilidade da pesquisadora responsável pelo período de 5 (cinco) anos e, após esse período, será destruído.

Para todos os participantes, em caso de eventuais danos decorrentes da pesquisa, será observada, nos termos da lei, a responsabilidade civil.

Este Termo de Consentimento encontra-se impresso em duas vias originais, sendo que uma via será arquivada pela pesquisadora responsável, e a outra será fornecida ao Sr.(a). Essa deve ser guardada, pois nela constam os dados de contato da pesquisadora responsável, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Pesquisadora responsável: Márcia Farsura de Oliveira, telefone (031) 989181206.

Se o Sr.(a) tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor, entre em contato com a pesquisadora Márcia Farsura de Oliveira, pelo telefone (31) 989181206, no horário de 19:00 às 22:00 horas, de segunda a sexta-feira e de 08:00 às 19:00 horas aos sábados e domingos, pelo e-mail [marcia.farsura@sga.pucminas.br](mailto:marcia.farsura@sga.pucminas.br), ou ainda, entre em contato com o pesquisador Dr. André Junqueira Caetano, pelo telefone (31) 33194952, no horário de 08:00 às 19:00 horas de segunda a sexta-feira e de 08:00 às 12:00, aos sábados. Ainda, pelo e-mail [acaetano@pucminas.br](mailto:acaetano@pucminas.br).

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, que poderá ser contatado em caso de questões éticas, pelo telefone (31)3319-4517 ou e-mail [cep.proppg@pucminas.br](mailto:cep.proppg@pucminas.br).

O Comitê de Ética em Pesquisa é uma autoridade local e porta de entrada para os projetos de pesquisa que envolvem seres humanos, e tem como objetivo defender os direitos e interesses dos participantes em sua integridade e dignidade, contribuindo também para o desenvolvimento das pesquisas dentro dos padrões éticos.

O presente termo será assinado em 02 (duas) vias de igual teor.

Belo Horizonte, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

Dou meu consentimento de livre e espontânea vontade para participar deste estudo.

---

Nome do participante (em letra de forma)

---

Assinatura do participante

---

Data

Eu, Márcia Farsura de Oliveira, comprometo-me a cumprir todas as exigências e responsabilidades a mim conferidas neste termo e agradeço a sua colaboração e sua confiança.

---

Assinatura do(a) pesquisador(a)

---

Data

**ANEXO 3 – TCLE DA ENTREVISTA GRAVADA FADIP****TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA NA FADIP**

N.º Registro CEP: CAAE 70541623.5.3002.8063

Título do Projeto: **O *HABITUS* MÉDICO NA FORMAÇÃO DISCENTE EM UMA ESCOLA DE MEDICINA PÚBLICA E UMA PRIVADA**

Prezado Sr.(a),

O Sr.(a) está sendo convidado a participar da pesquisa do curso de Doutorado do Programa de Pós-graduação em Ciências Sociais da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (PUC-MG), da doutoranda Márcia Farsura de Oliveira, sob a orientação do professor Dr. André Junqueira Caetano, intitulada “O *habitus* médico na formação discente em uma escola de Medicina pública e uma privada”. O objetivo desta pesquisa é analisar e compreender o papel das Instituições de Ensino Superior (IES) na conformação do conjunto de valores que orientam a formação médica, com subsequente escolha pela especialização e desenvolvimento de habilidades na relação médico-paciente.

O Sr.(a) receberá todos os esclarecimentos que se fizerem necessários ao início e no decorrer da pesquisa e lhe será assegurado que seu nome não será divulgado, sendo mantido no mais rigoroso sigilo, através do anonimato em qualquer fase da pesquisa, seja na coleta, análise e divulgação dos dados. Esse termo que o Sr.(a) está lendo é parte de uma série de critérios, descritos nas Resoluções CNS nº 466/2012 e nº 510/2016, que normatizam aos pesquisadores os procedimentos necessários, quando realizam pesquisas com seres humanos.

O Sr.(a) está sendo convidado(a) a participar da pesquisa, porque é graduando(a) do 1º, 3º ou 5º ano do curso de Medicina na Faculdade Dinâmica do Vale do Piranga (FADIP) e participou da primeira etapa desse estudo, através do preenchimento do questionário. Após a análise dos dados da primeira fase, cinco discentes do primeiro período, cinco do quinto e sexto períodos e cinco do décimo período foram eleitos. O Sr.(a) está entre essas pessoas e, caso aceite, a sua participação será através de uma entrevista presencial, coletada a partir de um roteiro, a qual será gravada, através **do gravador de voz digital “Tascam”, modelo “DR-05X”**.

O propósito dessa entrevista é verificar as influências externas relacionadas à escolha pela Medicina, assim como o conjunto de valores, percepções, desejos e temores atribuídos à profissão, que influenciam, na escolha por uma especialidade, na relação com os colegas de profissão e com os pacientes, no comportamento ético e perante a ciência. O(A) Sr.(a) poderá se recusar a responder qualquer questão que lhe traga desconforto, interromper a entrevista e também pode desistir de participar da pesquisa a qualquer momento, sem que isso lhe cause qualquer prejuízo.

Os riscos em participar da entrevista gravada podem ser considerados o estresse e/ou constrangimento, desconforto e/ou alterações de comportamento durante as gravações de áudio. Ademais, o participante, pode apresentar medo; vergonha; cansaço ao responder às perguntas; e quebra de anonimato. Existe um risco, que é passível de ocorrência a todas as pesquisas com seres humanos, mesmo com todos os cuidados tomados, o qual corresponde ao risco de quebra de sigilo involuntária e não intencional, na ocorrência de situações imprevistas, tais como, perda, roubo ou extravio do material utilizado na entrevista. Além disso, o equipamento de gravação de voz pode apresentar alterações no seu funcionamento e os dados da entrevista podem não ser armazenados na memória do aparelho eletrônico, conforme previsto, ficando indisponíveis para os resultados da pesquisa.

Quanto ao conteúdo dos roteiros semi-estruturados utilizados na entrevista, os riscos na participação da pesquisa são o aprofundamento de privacidade, uma vez que serão questionadas informações pessoais e familiares de estilo de vida, de trajetória acadêmica, de renda e de financiamento estudantil. Outros riscos possíveis são a discriminação e a estigmatização, a partir do conteúdo informado pelo participante sobre as influências (diretas e indiretas), no processo de escolha pelo curso de Medicina, podendo gerar perturbações das redes sociais dos participantes da pesquisa (famílias, amigos, associados, comunidades cívicas e religiosas) e/ou alteração nos seus relacionamentos com outras pessoas e podem envolver julgamento, vergonha ou perda de respeito. Discriminação e estigmatização são riscos que também podem ocorrer ao participante da pesquisa, quando responder sobre a cultura institucional de ensino de sua IES, podendo provocar perturbações no seu relacionamento com os colegas de turma, docentes e comunidade acadêmica. Ademais, podem ocorrer alterações na autoestima provocadas pela evocação de memórias ou por reforços na conscientização sobre uma condição física ou psicológica restritiva ou incapacitante, observada diante dos atendimentos às pessoas adoecidas, como, por exemplo, questionamentos reflexivos do tipo “o porquê da doença e da morte para aquela pessoa, daquela forma, envolvendo tais características?”.

Todo e qualquer ônus ao participante decorrente do estudo será de responsabilidade exclusiva dos pesquisadores.

Os benefícios de sua participação serão a contribuição à pesquisa, uma vez que os resultados servirão para a divulgação de dados, que subsidiem a elaboração de políticas públicas voltadas à educação médica, a fim de contribuir, cada vez mais, para o exercício de uma Medicina colaborativa com o cuidado de todos os grupos sociais.

Sua participação é muito importante e voluntária e, conseqüentemente, não haverá pagamento por participar deste estudo. Em contrapartida, o Sr.(a) também não terá nenhum gasto. Apesar disso, caso o Sr.(a) apresente necessidade de qualquer recurso financeiro para comparecer aos encontros com os pesquisadores na FADIP, os gastos com deslocamento estão previstos no orçamento da pesquisa e se darão a partir da compensação integral em dinheiro pelos pesquisadores. Além disso, o Sr.(a) tem assegurado também o direito à indenização e à assistência imediata e integral de acordo com a determinação do profissional de saúde, para atendimento de eventuais complicações e danos decorrentes direta ou indiretamente da pesquisa.

Todo material coletado durante a pesquisa ficará sob a guarda e responsabilidade da pesquisadora responsável pelo período de 5 (cinco) anos e, após esse período, será destruído.

Para todos os participantes, em caso de eventuais danos decorrentes da pesquisa, será observada, nos termos da lei, a responsabilidade civil.

Este Termo de Consentimento encontra-se impresso em duas vias originais, sendo que uma via será arquivada pela pesquisadora responsável, e a outra será fornecida ao Sr.(a). Essa deve ser guardada, pois nela constam os dados de contato da pesquisadora responsável, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Pesquisadora responsável: Márcia Farsura de Oliveira, telefone (031) 989181206.

Se o Sr.(a) tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor, entre em contato com a pesquisadora Márcia Farsura de Oliveira, pelo telefone (31) 989181206, no horário de 19:00 às 22:00 horas, de segunda a sexta-feira e de 08:00 às 19:00 horas aos sábados e domingos, pelo e-mail [marcia.farsura@sga.pucminas.br](mailto:marcia.farsura@sga.pucminas.br), ou ainda, entre em contato com o pesquisador Dr. André Junqueira Caetano, pelo telefone (31) 33194952, no horário de 08:00 às 19:00 horas de segunda a sexta-feira e de 08:00 às 12:00, aos sábados. Ainda, pelo e-mail [acaetano@pucminas.br](mailto:acaetano@pucminas.br).

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, que poderá ser contatado em caso de questões éticas, pelo telefone (31)3319-4517 ou e-mail [cep.proppg@pucminas.br](mailto:cep.proppg@pucminas.br).

O Comitê de Ética em Pesquisa é uma autoridade local e porta de entrada para os projetos de pesquisa que envolvem seres humanos, e tem como objetivo defender os direitos e interesses dos participantes em sua integridade e dignidade, contribuindo também para o desenvolvimento das pesquisas dentro dos padrões éticos.

autorizo gravação em áudio       não autorizo gravação

O presente termo será assinado em 02 (duas) vias de igual teor.

Belo Horizonte, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

Dou meu consentimento de livre e espontânea vontade para participar deste estudo.

---

Nome do participante (em letra de forma)

---

Assinatura do participante

---

Data

Eu, Márcia Farsura de Oliveira, comprometo-me a cumprir todas as exigências e responsabilidades a mim conferidas neste termo e agradeço a sua colaboração e sua confiança.

---

Assinatura do(a) pesquisador(a)

---

Data

**ANEXO 4 – TCLE DA ENTREVISTA GRAVADA UFV****TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA NA UFV**

N.º Registro CEP: 70541623.5.3001.5153

Título do Projeto: **O *HABITUS* MÉDICO NA FORMAÇÃO DISCENTE EM UMA ESCOLA DE MEDICINA PÚBLICA E UMA PRIVADA**

Prezado Sr.(a),

O Sr.(a) está sendo convidado a participar da pesquisa do curso de Doutorado do Programa de Pós-graduação em Ciências Sociais da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (PUC-MG), da doutoranda Márcia Farsura de Oliveira, sob a orientação do professor Dr. André Junqueira Caetano, intitulada “O *habitus* médico na formação discente em uma escola de Medicina pública e uma privada”. O objetivo desta pesquisa é analisar e compreender o papel das Instituições de Ensino Superior (IES) na conformação do conjunto de valores que orientam a formação médica, com subsequente escolha pela especialização e desenvolvimento de habilidades na relação médico-paciente.

O Sr.(a) receberá todos os esclarecimentos que se fizerem necessários ao início e no decorrer da pesquisa e lhe será assegurado que seu nome não será divulgado, sendo mantido no mais rigoroso sigilo, através do anonimato em qualquer fase da pesquisa, seja na coleta, análise e divulgação dos dados. Esse termo que o Sr.(a) está lendo é parte de uma série de critérios, descritos nas Resoluções CNS n.º 466/2012 e n.º 510/2016, que normatizam aos pesquisadores os procedimentos necessários, quando realizam pesquisas com seres humanos.

O Sr.(a) está sendo convidado(a) a participar da pesquisa, porque é graduando(a) do 1.º, 3.º ou 5.º ano do curso de Medicina na Universidade Federal de Viçosa (UFV) e participou da primeira etapa desse estudo, através do preenchimento do questionário. Após a análise dos dados da primeira fase, cinco discentes do primeiro período, cinco do quinto e sexto períodos e cinco do décimo período foram eleitos. O Sr.(a) está entre essas pessoas e, caso aceite, a sua participação será através de uma entrevista presencial, coletada a partir de um roteiro, a qual será gravada, através **do gravador de voz digital “Tascam”, modelo “DR-05X”**.

O propósito dessa entrevista é verificar as influências externas relacionadas à escolha pela Medicina, assim como o conjunto de valores, percepções, desejos e temores atribuídos à profissão, que influenciam, na escolha por uma especialidade, na relação com os colegas de profissão e com os pacientes, no comportamento ético e perante a ciência. A entrevista será realizada em uma sala reservada em sua própria IES, no melhor dia e horário combinados entre nós, de forma que não prejudique sua rotina. O(A) Sr.(a) poderá se recusar a responder qualquer questão que lhe traga desconforto, interromper a entrevista e também pode desistir de participar da pesquisa a qualquer momento, sem que isso lhe cause qualquer prejuízo.

Os riscos em participar da entrevista gravada podem ser considerados o estresse e/ou constrangimento, desconforto e/ou alterações de comportamento durante as gravações de áudio. Ademais, o participante, pode apresentar medo; vergonha; cansaço ao responder às perguntas; e quebra de anonimato. Existe um risco, que é passível de ocorrência a todas as pesquisas com seres humanos, mesmo com todos os cuidados tomados, o qual corresponde ao risco de quebra de sigilo involuntária e não intencional, na ocorrência de situações imprevistas, tais como, perda, roubo ou extravio do material utilizado na entrevista. Além disso, o equipamento de gravação de voz pode apresentar alterações no seu funcionamento e os dados da entrevista podem não ser armazenados na memória do aparelho eletrônico, conforme previsto, ficando indisponíveis para os resultados da pesquisa.

Quanto ao conteúdo dos roteiros semi-estruturados utilizados na entrevista, os riscos na participação da pesquisa são o aprofundamento de privacidade, uma vez que serão questionadas informações pessoais e familiares de estilo de vida, de trajetória acadêmica, de renda e de financiamento estudantil. Outros riscos possíveis são a discriminação e a estigmatização, a partir do conteúdo informado pelo participante sobre as influências (diretas e indiretas), no processo de escolha pelo curso de Medicina, podendo gerar perturbações das redes sociais dos participantes da pesquisa (famílias, amigos, associados, comunidades cívicas e religiosas) e/ou alteração nos seus relacionamentos com outras pessoas e podem envolver julgamento, vergonha ou perda de respeito. Discriminação e estigmatização são riscos que também podem ocorrer ao participante da pesquisa, quando responder sobre a cultura institucional de ensino de sua IES, podendo provocar perturbações no seu relacionamento com os colegas de turma, docentes e comunidade acadêmica. Ademais, podem ocorrer alterações na autoestima provocadas pela evocação de memórias ou por reforços na conscientização sobre uma condição física ou psicológica restritiva ou incapacitante, observada diante dos atendimentos às pessoas adoecidas, como, por exemplo, questionamentos reflexivos do tipo “o porquê da doença e da morte para aquela pessoa, daquela forma, envolvendo tais características?”.

Todo e qualquer ônus ao participante decorrente do estudo será de responsabilidade exclusiva dos pesquisadores.

Os benefícios de sua participação serão a contribuição à pesquisa, uma vez que os resultados servirão para a divulgação de dados, que subsidiem a elaboração de políticas públicas voltadas à educação médica, a fim de contribuir, cada vez mais, para o exercício de uma Medicina colaborativa com o cuidado de todos os grupos sociais.

Sua participação é muito importante e voluntária e, conseqüentemente, não haverá pagamento por participar deste estudo. Em contrapartida, o Sr.(a) também não terá nenhum gasto. Apesar disso, caso o Sr.(a) apresente necessidade de qualquer recurso financeiro para comparecer aos encontros com os pesquisadores na UFV, os gastos com deslocamento estão previstos no orçamento da pesquisa e se darão a partir da compensação integral em dinheiro pelos pesquisadores. Além disso, o Sr.(a) tem assegurado também o direito à indenização e à assistência imediata e integral de acordo com a determinação do profissional de saúde, para atendimento de eventuais complicações e danos decorrentes direta ou indiretamente da pesquisa.

Todo material coletado durante a pesquisa ficará sob a guarda e responsabilidade da pesquisadora responsável pelo período de 5 (cinco) anos e, após esse período, será destruído.

Para todos os participantes, em caso de eventuais danos decorrentes da pesquisa, será observada, nos termos da lei, a responsabilidade civil.

Este Termo de Consentimento encontra-se impresso em duas vias originais, sendo que uma via será arquivada pela pesquisadora responsável, e a outra será fornecida ao Sr.(a). Essa deve ser guardada, pois nela constam os dados de contato da pesquisadora responsável, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Pesquisadora responsável: Márcia Farsura de Oliveira, telefone (031) 989181206.

Se o Sr.(a) tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor, entre em contato com a pesquisadora Márcia Farsura de Oliveira, pelo telefone (31) 989181206, no horário de 19:00 às 22:00 horas, de segunda a sexta-feira e de 08:00 às 19:00 horas aos sábados e domingos, pelo e-mail [marcia.farsura@sga.pucminas.br](mailto:marcia.farsura@sga.pucminas.br), ou ainda, entre em contato com o pesquisador Dr. André Junqueira Caetano, pelo telefone (31) 33194952, no horário de 08:00 às 19:00 horas de segunda a sexta-feira e de 08:00 às 12:00, aos sábados. Ainda, pelo e-mail [acaetano@pucminas.br](mailto:acaetano@pucminas.br).

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, que poderá ser contactado em caso de questões éticas, pelo telefone (31)3319-4517 ou e-mail [cep.proppg@pucminas.br](mailto:cep.proppg@pucminas.br).

O Comitê de Ética em Pesquisa é uma autoridade local e porta de entrada para os projetos de pesquisa que envolvem seres humanos, e tem como objetivo defender os direitos e interesses dos participantes em sua integridade e dignidade, contribuindo também para o desenvolvimento das pesquisas dentro dos padrões éticos.

autorizo gravação em áudio       não autorizo gravação

O presente termo será assinado em 02 (duas) vias de igual teor.

Belo Horizonte, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

Dou meu consentimento de livre e espontânea vontade para participar deste estudo.

---

Nome do participante (em letra de forma)

---

Assinatura do participante

---

Data

Eu, Márcia Farsura de Oliveira, comprometo-me a cumprir todas as exigências e responsabilidades a mim conferidas neste termo e agradeço a sua colaboração e sua confiança.

---

Assinatura do(a) pesquisador(a)

---

Data

Rubrica do Pesquisador:

Rubrica do Participante:

## ANEXO 5 – Questionário do *survey*

### QUESITOS

Identificação: Instituição / Período / Nome / Telefone

1 Sexo: [1] Feminino [0] Masculino

2 Idade: \_\_\_\_\_

Data de nascimento: \_\_ (dd)/\_\_ (mm) / \_\_\_\_ (aaaa)

3 Origem étnica/cor da pele:

[1] Branca	[2] Preta	[3] Parda	[4] Asiática	[5] Indígena
------------	-----------	-----------	--------------	--------------

4 Você tem filhos?

[0] Não	[Passe para 6]	[1] Sim	[Prossiga]
---------	----------------	---------	------------

5 Quantos filhos você tem? \_\_\_\_\_

6 Qual é o seu estado civil:

[1] Solteiro(a)	[2] Casado(a)	[3] Em união estável	[4] Divorcido(a)	[5] Viúvo(a)
--------------------	---------------	----------------------	------------------	--------------

7 Em qual município/estado você nasceu?

Mun.: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

Por favor, leia a asserção abaixo e assinale, em seguida, se o conteúdo se aplica ao seu caso ou não:

8 *'Eu resido ou passo a maior parte do ano (mais de seis meses) em Ponte Nova/Viçosa para estudar medicina'*

[0] Não se aplica [1] Se aplica

9 Sua família (pais, irmãos, irmãs, outros parentes) reside em Ponte Nova/Viçosa?

[0] Não	[Prossiga]	[1] Sim	[Passe para 11]
---------	------------	---------	-----------------

10 Em qual município/estado sua família (pais, irmãos, irmãs, outros parentes) reside?

Mun.: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

11 Você trabalha ou faz estágio remunerado?

[0] Não	[1] Sim
---------	---------

12 Quem é o(a) principal responsável financeiro (total ou mais da metade) pelas mensalidades do curso de medicina e material didático?

[1] Eu mesmo(a)	[2] Pai	[3] Mãe	[4] Pais
[5] Outro parente	[6] Possui bolsa	[7] Outro _____	

13 Quem é o(a) principal responsável financeiro (total ou a maior proporção) pela sua estadia em Ponte Nova/Viçosa (moradia, alimentação, transporte e outros custos para subsistência)?

[1] Eu mesmo(a)	[2] Pai	[3] Mãe
-----------------	---------	---------

[4] Pais	[5] Outro parente	[6] Outro
----------	-------------------	-----------

Qual o grau de escolaridade do seu pai?

14	[1] Nível superior	[2] Nível secundário	[3] Nível primário	[4] Não estudou ou não terminou o nível primário
----	--------------------	----------------------	--------------------	--

Qual é a profissão/trabalho de seu pai?

15 [1] Meu pai já é falecido

[2] Registrar: \_\_\_\_\_

Qual o grau de escolaridade da sua mãe?

16	[1] Nível superior	[2] Nível secundário	[3] Nível primário	[4] Não estudou ou não terminou o nível primário
----	--------------------	----------------------	--------------------	--

Qual é a profissão/trabalho de sua mãe?

17	[1] Minha mãe já é falecida	[2] Dona de casa	[3] Outro, registrar: _____
----	-----------------------------	------------------	-----------------------------

Quantos irmãos e irmãs você tem?

18	[0] Não tenho irmãos(ãs) [Passe para a Questão 21]	[1] Um(a)	[2] 2	[3] 3	[4] 4 ou mais
----	--	-----------	-------	-------	---------------

Algum(a) irmã(ão) ingressou no ensino superior?

19 [0] Não [1] Sim

20 Quantos(as)? \_\_\_\_\_

Você tem automóvel?

21 [0] Não [1] Sim

Você já visitou e/ou morou no exterior?

22 [0] Não [Passe para a 27]

[1] Sim [Prossiga]

Quantas vezes você visitou e/ou morou no exterior?

23	[1] Uma vez	[2] Duas vezes	[3] Três vezes ou mais vezes
----	-------------	----------------	------------------------------

Qual foi o período mais longo, em meses, que você ficou, sem interrupção, em um país estrangeiro?

24 [1] Menos de 1 mês [Passe para 27]

[2] Entre 1 mês e menos de 60 meses [Prossiga]

[3] 60 meses ou mais [Prossiga]

25 Quantos meses você ficou nesse país? \_\_\_\_\_

26 Qual foi esse país? \_\_\_\_\_

Você tem fluência em alguma língua estrangeira?

27 [0] Não [Passe para a 29]

[1] Sim [Prossiga]

Em qual língua estrangeira você tem fluência? [Se mais de uma, marque a que tem maior fluência]

28	[1] Inglês	[2] Espanhol	[3] Francês	[4] Alemão	[5] Outra
----	------------	--------------	-------------	------------	-----------

Você tem o hábito de ler livros não relacionados à Medicina?

29 [0] Não [Passe para a 32]

[1] Sim [Prossiga]

30 Qual o tipo de literatura não especializada que você mais aprecia e lê?

[1] Romance	[2] Ficção científica	[3] Poesia	[4] Biografias	[5] História	[6] Outra
-------------	-----------------------	------------	----------------	--------------	-----------

Com qual regularidade você lê livros não relacionados à Medicina?

31	[1] Várias vezes por semana	[2] Algumas vezes por mês	[3] Ocasionalmente (uma vez por mês ou menos)
----	-----------------------------	---------------------------	---

Qual é a sua principal atividade de lazer?

32	[1] Churrasco	[2] Bar/Boteco	[3] Balada	[4] Encontrar com amigos/as
	[5] Filmes/cinema	[6] Teatro	[7] Camping/Cachoeiras	[8] Outra atividade

33 Quantos anos completos você tinha quando iniciou o 1º período de Medicina? \_\_\_\_\_

Você tem parente ou conhecido de sua convivência que é médico(a) e exerce ou exerceu a profissão?

34 [0] Não [Passe para a 36]

[1] Sim [Prossiga]

Quem, do círculo familiar ou de amizade, é médico(a) e exerce a profissão? [Se mais de um, marque o mais próximo]

35	[1] Avô e/ou avó	[2] Pai e/ou mãe	[3] Irmão e/ou irmã	[4] Tio e/ou tia	[5] Outro parente	[6] Amigo e/ou amiga da família
----	------------------	------------------	---------------------	------------------	-------------------	---------------------------------

Qual foi a principal razão para escolher o curso de medicina?

36	[1] Perspectiva de satisfação financeira e social	[2] A orientação de uma pessoa próxima	[3] Mercado de trabalho	[4] Ergonomia	[5] Vocação	[6] Não sei
----	---	--	-------------------------	---------------	-------------	-------------

37 Quais são as duas disciplinas que você considera as mais importantes para a formação de um(a) médico(a)?

1: \_\_\_\_\_ 2: \_\_\_\_\_

38 Quais são as duas matérias cursadas mais representativas de Medicina?

1: \_\_\_\_\_ 2: \_\_\_\_\_

39 Algum(a) docente o(a) influenciou, quanto ao que é importante em Medicina?

[0] Não [Passe para a 41] [1] Sim [Prossiga]

40 Os(as) docentes que mais te influenciaram no curso médico ministraram quais disciplinas?

1: \_\_\_\_\_ 2: \_\_\_\_\_

Gostaria que você marcasse a opção 'Concordo', 'Nem concordo, nem discordo' ou a opção 'Discordo' para as seguintes afirmações:

A) "O acesso aos serviços médicos de cuidados da saúde deve ser um dever do Estado e um direito de todos(as) cidadãos e cidadãs" (*Item da Constituição Federal de 1988*)

41 [ ] Concordo [ ] Nem concordo, nem discordo [ ] Discordo

B) "A **medicina da família** é uma área da saúde que tem um papel fundamental na construção de uma sociedade saudável e com elevada qualidade de vida" (*Item da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*).

[ ] Concordo [ ] Nem concordo, nem discordo [ ] Discordo

C) “O **Programa Mais Médicos (PMM)** é parte de um amplo esforço do Governo Federal, com apoio de estados e municípios, para a melhoria do atendimento aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS)” (*Item do portal maismedicos.gov.br*).

Concordo  Nem concordo, nem discordo  Discordo

D) “O Conselho Federal de Medicina (CFM), como instância de representação da classe médica, se pauta na Medicina baseada em evidências (científicas) para se posicionar e tomar decisões perante a sociedade civil e governo nacional” (*Item CFM*)

Concordo  Nem concordo, nem discordo  Discordo

E) “O aumento do tamanho do mercado de planos de saúde vai gerar a ‘desoneração’ do SUS” (*Item do Jornal O Estado de São Paulo*)

Concordo  Nem concordo, nem discordo  Discordo

F) “Paciente é cliente”

Concordo  Nem concordo, nem discordo  Discordo

Você vai se especializar ou planeja se especializar em qual área médica:

42  Não Sabe [Fim -agradecimento]

Sim. Em qual? \_\_\_\_\_ [Prossiga]

Você tem conhecimento sobre as oportunidades e possibilidades de trabalho nessa área de especialização?

43  Não [Fim - agradecimento]

Sim [Prossiga]

Qual das oportunidades de trabalho seguintes você considera que seria a **ideal**, para atuar com essa especialização?

	<input type="checkbox"/> Iniciar clínica em consultório particular	<input type="checkbox"/> Medicina de Família e Comunidade/Médico do Posto de saúde
	<input type="checkbox"/> Estabelecer uma clínica/hospital próprio	<input type="checkbox"/> Médico participante do Programa Mais Médicos
44	<input type="checkbox"/> Dar plantão em clínica/hospital	<input type="checkbox"/> Ministério/Secretaria (municipal, estadual) de Saúde
	<input type="checkbox"/> Trabalhar em/para Plano de saúde	<input type="checkbox"/> Docência e pesquisa
	<input type="checkbox"/> Trabalhar em clínica/hospital familiar	<input type="checkbox"/> Outro – Registrar: _____
	<input type="checkbox"/> Concurso para instituição pública como a Polícia Militar (PM), Exército, Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) etc.	

Em qual das oportunidades de trabalho abaixo, a sua inserção seria a **mais provável** nessa área de especialização, se você estivesse formando neste semestre?

45	<input type="checkbox"/> Iniciar clínica em consultório particular	<input type="checkbox"/> Medicina de Família e Comunidade/Médico do Posto de saúde
	<input type="checkbox"/> Estabelecer uma clínica/hospital próprio	<input type="checkbox"/> Médico participante do Programa Mais Médicos

[3] Dar plantão em clínica/hospital	[9] Ministério/Secretaria (municipal, estadual) de Saúde
[4] Trabalhar em/para Plano de saúde	[10] Docência e pesquisa
[5] Trabalhar em clínica/hospital de familiar	[11] Outro – Registrar: _____
[6] Concurso para médico/a de instituição pública (PM, Exército, INSS, etc.)	

## ANEXO 6 – ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

### Roteiro 1º ano

- a)** Família/Infância/Adolescência: explorar capital (K) econômico e capital (K) cultural e estilo de vida;
- ✓ Você se considera pertencente a qual classe social?
  - ✓ Durante a sua infância e adolescência, você realizava quais tipos de atividades culturais e de lazer?
- b)** Processo de escolha e decisão pela Medicina;
- ✓ O fato de querer ser médico está relacionado com o quê em sua vida? Algum acontecimento marcante determinou essa escolha?
- c)** Influências (diretas e indiretas) nesse processo;
- ✓ Como sua família viu a sua opção por tornar-se médico à época da sua decisão?
  - ✓ E como seus amigos e conhecidos viram isso?
  - ✓ Em que situação você decidiu entrar para o curso de Medicina? Foi uma escolha deliberada ou uma associação fortuita de oportunidades?
- d)** Explorar custos/gastos (curso e vida em outra cidade, quando for o caso) e seu custeio, identificação do(s)/da(s) principais responsáveis por financiar a formação médica do(a) entrevistado(a);
- ✓ Quem é o(a) principal responsável financeiro pelas suas despesas relacionadas ao curso de Medicina?
- e)** Percepções e valores sobre o profissional da Medicina;
- ✓ Na sua opinião, como a sociedade enxerga o profissional da Medicina?
- f)** O que significa ser médico(a): ganhos (tanto objetivos, tangíveis, materiais quanto subjetivos, intangíveis, sociais);
- ✓ Na sua opinião, o que há de bom no exercício da sua profissão?
- g)** O que significa ser médico(a): deveres (tanto objetivos, tangíveis, materiais quanto subjetivos, intangíveis, sociais);
- ✓ Para você, o que é obrigatório na carreira médica?
- h)** Expectativas com relação à medicina e à vida profissional como médico(a);
- ✓ O que você considera ser Medicina?
  - ✓ Quais características você atribui a um médico bem-sucedido?
  - ✓ O que leu a respeito disso? Onde buscou informações?
- i)** Ideal de inserção profissional na área de especialização pretendida *versus* inserção mais viável, considerando a realidade pessoal bem como a conjuntura social e econômica do país e a estrutura/circunstâncias do setor de saúde no momento da entrevista;
- ✓ Você pretende se especializar?
  - ✓ Se sim, em qual área?
  - ✓ Se sim, quais as motivações para essa escolha?
- j)** Aprendizagem que considera importante na faculdade;
- ✓ Na sua opinião, o que a instituição de ensino te ofertará de conhecimento mais importante para a carreira médica?
- k)** Cultura institucional de ensino

- 1- Proposta pedagógica no regimento da faculdade/plano de gestão;
- 2- Relação instituição de ensino / família / comunidade circundante / cidade
- 3- Registros, portfólios, relatórios, projetos etc.;
- 4- Observação e registro da presença da cultura de uso de informação na instituição de ensino (tipos de materiais expostos: impressos, digitais e outros, produzidos por professores e estudantes).
  - ✓ Você conhece o Projeto Pedagógico de Curso (PPC) da sua instituição de ensino? Se sim, o PPC é de conhecimento público?
  - ✓ Há projetos de extensão fomentados pela instituição de ensino?
  - ✓ Há metodologias ativas no ensino-aprendizagem?
  - ✓ Os editais, regulamentos e procedimentos operacionais padrão são de ampla divulgação?

### **Roteiro 3º ano**

- a)* Família/Infância/Adolescência: explorar K econômico e K cultural e estilo de vida;
  - ✓ Você se considera pertencente a qual classe social?
  - ✓ Durante a sua infância e adolescência, você realizava quais tipos de atividades culturais e de lazer?
- b)* Processo de escolha e decisão pela Medicina;
  - ✓ O fato de querer ser médico está relacionado com o quê em sua vida? Algum acontecimento marcante determinou esta escolha?
- c)* Influências (diretas e indiretas) nesse processo;
  - ✓ Como sua família viu a sua opção por tornar-se médico à época da sua decisão?
  - ✓ E como seus amigos e conhecidos viram isso?
  - ✓ Em que situação você decidiu entrar para o curso médico? Foi uma escolha deliberada ou uma associação fortuita de oportunidades?
- d)* Explorar custos/gastos (curso e vida em outra cidade, quando for o caso) e seu custeio, identificação o(s)/a(s) principais responsáveis por financiar a formação médica do(a) entrevistado(a);
  - ✓ Quem é o(a) principal responsável financeiro pelas suas despesas relacionadas ao curso de Medicina?
- e)* Influência de colegas e docentes no decorrer do curso até o momento da entrevista;
  - ✓ Há algum colega ou professor que te inspire mais na carreira médica?
- f)* Abordar se houve interferências externas na concepção do “ser médico”;
  - ✓ Alguma pessoas te inspirou a iniciar o curso de Medicina?
- g)* Vivência, experiências marcantes, mudanças (de “salvar vidas” para “ganhar a vida”, por exemplo; na percepção de importância das disciplinas, por outro exemplo), e suas razões, durante o curso até o momento da entrevista;
  - ✓ Alguma situação em especial te levou à concepção do que seja Medicina?
  - ✓ Quais disciplinas são as mais importantes na Medicina?
- h)* Percepções e valores sobre o profissional da Medicina;
  - ✓ Na sua opinião, como a sociedade enxerga o profissional da Medicina?
- i)* O que significa ser médico(a): ganhos (tanto objetivos, tangíveis, materiais quanto subjetivos, intangíveis, sociais);
  - ✓ Na sua opinião, o que há de bom no exercício da sua profissão?

- j)* O que significa ser médico(a): deveres (tanto objetivos, tangíveis, materiais quanto subjetivos, intangíveis, sociais);
- ✓ Para você, o que é obrigatório na carreira médica?
- k)* Expectativas com relação à Medicina e à vida profissional como médico(a);
- ✓ O que você considera ser Medicina?
  - ✓ Quais características você atribui a um médico bem-sucedido?
  - ✓ O que leu a respeito disso? Onde buscou informações?
- l)* Ideal de inserção profissional na área de especialização pretendida *versus* inserção mais viável, considerando a realidade pessoal bem como a conjuntura social e econômica do país e a estrutura/circunstâncias do setor de saúde no momento da entrevista;
- ✓ Você pretende se especializar?
  - ✓ Se sim, em qual área?
  - ✓ Se sim, quais as motivações para essa escolha?
- m)* Aprendizagem que considera importante adquirida na faculdade e que consegue reproduzir;
- ✓ Há alguma aprendizagem que considera importante adquirida na faculdade e que consegue reproduzir?
  - ✓ Se sim, qual?
- n)* Ensinos realizados, a partir de conhecimentos obtidos em alguma fase da graduação;
- ✓ Você foi monitor(a) de alguma disciplina?
  - ✓ Se sim, de qual?
  - ✓ Por qual motivo?
  - ✓ Você realizou alguma atividade educativa, a partir de conhecimentos obtidos em alguma fase da graduação?
- o)* Explorar situação e desfecho da mesma, em que foi necessário usar as habilidades de comunicação para definir uma conduta, considerando os riscos e benefícios;
- ✓ Em qual situação você realizou alguma atividade educativa, a partir de conhecimentos obtidos em alguma fase da graduação? Foi para uma única pessoa ou para um grupo de pessoas?
  - ✓ O que você achou dessa atividade?
  - ✓ Quais habilidades de comunicação foram utilizadas?
- p)* Cultura institucional de ensino
- 1- Proposta pedagógica/ regimento da faculdade/ plano de gestão;
  - 2- Relação instituição de ensino / família / comunidade circundante / cidade;
  - 3- Registros, portfólios, relatórios, projetos etc.;
  - 4- Observação e registro da presença da cultura de uso de informação na instituição de ensino (tipos de materiais expostos: impressos, digitais e outros, produzidos por professores e estudantes).
- ✓ Você conhece o Projeto Pedagógico de Curso (PPC) da sua instituição de ensino? Se sim, o PPC é de conhecimento público?
  - ✓ Há projetos de extensão fomentados pela instituição de ensino?
  - ✓ Há metodologias ativas no ensino-aprendizagem?
  - ✓ Os editais, regulamentos e procedimentos operacionais padrão são de ampla divulgação?

### Roteiro 5º ano

- a) Família/Infância/Adolescência: explorar K econômico e K cultural e estilo de vida;
- ✓ Você se considera pertencente a qual classe social?
  - ✓ Durante a sua infância e adolescência, você realizava quais tipos de atividades culturais e de lazer?
- b) Processo de escolha e decisão pela Medicina;
- ✓ O fato de querer ser médico está relacionado com o quê em sua vida? Algum acontecimento marcante determinou esta escolha?
- c) Influências (diretas e indiretas) nesse processo;
- ✓ Como sua família viu a sua opção por tornar-se médico à época da sua decisão?
  - ✓ E como seus amigos e conhecidos viram isso?
  - ✓ Em que situação você decidiu entrar para o curso de Medicina? Foi uma escolha deliberada ou uma associação fortuita de oportunidades?
- d) Explorar custos/gastos (curso e vida em outra cidade, quando for o caso) e seu custeio, identificação o(s)/a(s) principais responsáveis por financiar a formação médica do(a) entrevistado(a);
- ✓ Quem é o(a) principal responsável financeiro pelas suas despesas relacionadas ao curso de Medicina?
- e) Influência de colegas e docentes no decorrer do curso até o momento da entrevista;
- ✓ Há algum colega ou professor que te inspire mais na carreira médica?
- f) Abordar se houve interferências externas na concepção do “ser médico”;
- ✓ Alguma pessoas te inspirou a iniciar o curso de Medicina?
- g) Vivência, experiências marcantes, mudanças (de “salvar vidas” para “ganhar a vida”, por exemplo; na percepção de importância das disciplinas, por outro exemplo), e suas razões, durante o curso até o momento da entrevista;
- ✓ Alguma situação em especial te levou à concepção do que seja Medicina?
  - ✓ Quais disciplinas são as mais importantes na Medicina?
- h) Percepções e valores sobre o profissional da Medicina;
- ✓ Na sua opinião, como a sociedade enxerga o profissional da Medicina?
- i) O que significa ser médico(a): ganhos (tanto objetivos, tangíveis, materiais quanto subjetivos, intangíveis, sociais);
- ✓ Na sua opinião, o que há de bom no exercício da sua profissão?
- j) O que significa ser médico(a): deveres (tanto objetivos, tangíveis, materiais quanto subjetivos, intangíveis, sociais);
- ✓ Para você, o que é obrigatório na carreira médica?
- k) Expectativas com relação à Medicina e à vida profissional como médico(a);
- ✓ O que você considera ser Medicina?
  - ✓ Quais características você atribui a um médico bem-sucedido?
  - ✓ O que leu a respeito disso? Onde buscou informações?
- l) Ideal de inserção profissional na área de especialização pretendida *versus* inserção mais viável, considerando a realidade pessoal bem como a conjuntura social e econômica do país e a estrutura/circunstâncias do setor de saúde no momento da entrevista;

- ✓ Você pretende se especializar?
  - ✓ Se sim, em qual área?
  - ✓ Se sim, quais as motivações para essa escolha?
- m) Aprendizagem que considera importante adquirida na faculdade e que consegue reproduzir;
- ✓ Há alguma aprendizagem que considera importante adquirida na faculdade e que consegue reproduzir?
  - ✓ Se sim, qual?
- n) Ensinamentos realizados, a partir de conhecimentos obtidos em alguma fase da graduação;
- ✓ Você foi monitor(a) de alguma disciplina?
  - ✓ Se sim, de qual?
  - ✓ Por qual motivo?
  - ✓ Você realizou alguma atividade educativa, a partir de conhecimentos obtidos em alguma fase da graduação?
- o) Explorar situação e desfecho da mesma, em que foi necessário usar as habilidades de comunicação para definir uma conduta, considerando os riscos e benefícios;
- ✓ Em qual situação você realizou alguma atividade educativa, a partir de conhecimentos obtidos em alguma fase da graduação?
  - ✓ O que você achou dessa atividade?
  - ✓ Quais habilidades de comunicação foram utilizadas?
- p) Cultura institucional de ensino
- a. Proposta pedagógica/ regimento da faculdade/ plano de gestão;
  - b. Relação instituição de ensino / família / comunidade circundante / cidade;
  - c. Registros, portfólios, relatórios, projetos etc.;
  - d. Observação e registro da presença da cultura de uso de informação na instituição de ensino (tipos de materiais expostos: impressos, digitais e outros, produzidos por professores e estudantes).
- ✓ Você conhece o Projeto Pedagógico de Curso (PPC) da sua instituição de ensino? Se sim, o PPC é de conhecimento público?
  - ✓ Há projetos de extensão fomentados pela instituição de ensino?
  - ✓ Há metodologias ativas no ensino-aprendizagem?
  - ✓ Os editais, regulamentos e procedimentos operacionais padrão são de ampla divulgação?
- a) Explorar percepções sobre as atividades de ensino após o curso de graduação, dentro de seu cotidiano laboral.
- ✓ O que você pensa em fazer para o desenvolvimento profissional contínuo? Por qual motivo?
  - ✓ Como espera obter informações confiáveis de Medicina, após a graduação?
  - ✓ Você já pensou em se dedicar à vida acadêmica?