

Empreendedorismo médico: como construir uma carreira sustentável sem abandonar a vocação

Beatriz Fernanda da Silva¹, Natália Queiroz².

Texto baseado na aula da professora Natália Queiroz na plataforma SUMMA.

A formação médica tradicional é altamente eficaz na capacitação técnico-científica dos profissionais, ao consolidar competências essenciais como raciocínio diagnóstico, tomada de decisão em cenários de alta pressão assistencial, elaboração de condutas baseadas em evidências e responsabilidade ética inerente ao cuidado. Todavia, de modo geral, esse percurso formativo dedica atenção limitada à dimensão organizacional e estratégica da carreira, especialmente no que se refere ao desenho de um itinerário profissional sustentável, consistente e adequadamente valorizado.

Nesse contexto, o empreendedorismo médico deve ser compreendido menos como um tópico periférico associado ao “mercado” e mais como um componente contemporâneo de planejamento e governança da trajetória profissional. Não se trata, portanto, de afastamento da assistência, mas do emprego de instrumentos de gestão, posicionamento e estruturação de serviços capazes de ampliar o alcance do trabalho médico, fortalecer a autono-

¹Residente de Medicina de Emergência da Santa Casa de Barretos

mia decisória e reduzir vulnerabilidades relacionadas a sobrecarga, instabilidade de renda e desgaste psicossocial.

O desafio central, nesse sentido, não reside no compromisso do médico com a vocação de servir, mas nas limitações impostas por modelos de trabalho que frequentemente demandam elevada intensidade laboral, restringem a autonomia sobre tempo e processos e pressionam a remuneração por meio de intermediações e estruturas assimétricas de negociação. Frente a essa realidade, torna-se pertinente discutir, com rigor e responsabilidade, estratégias que permitam ao profissional alinhar excelência assistencial, sustentabilidade operacional e preservação de sua capacidade de entrega ao longo do tempo.

Quebrando paradigmas: ambição e gratidão podem coexistir

Um dos dilemas mais frequentes na cultura profissional médica consiste na tendência a associar o desejo de expansão, ter maior autonomia, melhor reconhecimento, maior disponibilidade de tempo, capacidade ampliada de escolha e espaço para iniciativas criativas, à uma postura moralmente questionável, como se tais aspirações fossem incompatíveis com a ética do cuidado. Em diversas trajetórias, essa percepção se traduz em culpa ou autocensura, ainda que o impulso por crescimento esteja vinculado à busca por melhores condições de exercício profissional e maior capacidade de gerar impacto assistencial.

Nesse cenário, torna-se relevante afirmar, de modo inequívoco, que **ambição não se opõe à gratidão**. É plenamente possível reconhecer conquistas e privilégios acumulados ao longo da formação e, simultaneamente, sustentar

um projeto de desenvolvimento contínuo. Quando orientada por princípios, finalidade pública e compromisso com a qualidade do cuidado, a ambição não se confunde com ganância; ao contrário, pode funcionar como vetor de aprimoramento, de ampliação de alcance e de incremento de valor entregue ao paciente e à sociedade.

Adicionalmente, deve-se considerar um aspecto cultural relevante: a formação e a socialização profissional frequentemente normalizam e, por vezes, enaltecem a exaustão como marcador de mérito. Jornadas prolongadas, privação de sono, hidratação inadequada, adoecimento físico e sofrimento psíquico são, não raramente, interpretados como “etapas inevitáveis” do processo de consolidação profissional. Essa narrativa, entretanto, impõe custos objetivos, tanto ao médico quanto ao paciente, na medida em que o desgaste crônico compromete desempenho, aumenta risco de falhas, reduz qualidade de comunicação e deteriora a sustentabilidade do cuidado ao longo do tempo. Em termos de saúde ocupacional e segurança do paciente, portanto, a romantização da exaustão deve ser criticamente revisada e substituída por modelos que conciliem excelência técnica, integridade psicofísica do profissional e continuidade assistencial qualificada.

Visão vale mais do que status: o crescimento exige mudança de ambiente

Outro eixo conceitual relevante diz respeito ao papel do ambiente na trajetória profissional. Em determinados momentos, é comum que o médico perceba ter alcançado posições de elevado reconhecimento dentro de um contexto específico, por exemplo ao ingressar em uma residência de excelência, ocupar funções acadêmicas, integrar serviços de referência ou manter agenda assistencial amplamente demandada. Tais marcos podem ser inter-

pretados como ápice de carreira, especialmente quando avaliados segundo parâmetros tradicionais de prestígio institucional.

Entretanto, do ponto de vista do desenvolvimento profissional, ambientes que não estimulam aprendizagem contínua, não impõem desafios progressivos e não ampliam repertório decisório tendem a operar como limitadores de crescimento. Em termos práticos, quando o contexto deixa de provocar e de expandir competências, ele passa a funcionar como um “teto”, isto é, como um espaço de manutenção, e não de evolução.

Uma diretriz pragmática pode ser útil: **quando o profissional se encontra sistematicamente na posição de maior competência relativa no grupo, deve considerar a possibilidade de reposicionar-se em contextos mais desafiadores.** A progressão consistente costuma ocorrer quando o médico se aproxima de indivíduos e ambientes em que existam modelos mais avançados de execução, gestão e construção de valor, não apenas na assistência, mas também na organização de serviços, no desenho de processos, na liderança de equipes e na estruturação de projetos com legado.

Importa ressaltar que essa mudança não se restringe a “trocar de hospital” ou migrar de instituição. Trata-se, sobretudo, de ampliar referências e incorporar novas matrizes de pensamento e ação. Isso inclui compreender como profissionais de alta performance estruturam carreira, clínicas, serviços, iniciativas educacionais, operações e modelos de negócios, integrando excelência técnica a competências organizacionais que sustentam crescimento, impacto e autonomia ao longo do tempo.

Técnica é essencial, mas não constitui um diferencial

A medicina exige excelência técnico-científica, e esse requisito é inegociável. A qualidade do cuidado, a segurança do paciente e a efetividade das intervenções dependem de formação sólida, atualização contínua e competência clínica consistente. Contudo, em contextos nos quais um contingente expressivo de profissionais alcança patamares técnicos elevados e relativamente homogêneos, a variabilidade de resultados profissionais tende a ser explicada por um conjunto adicional de competências, frequentemente subvalorizadas no percurso formativo.

Nessas circunstâncias, a diferença entre um profissional “tecnicamente excelente, porém cronicamente exaurido” e outro “tecnicamente excelente, com autonomia e sustentabilidade” raramente decorre do domínio do conteúdo clínico em si. Em geral, ela se relaciona à presença, ou ausência, de **habilidades não técnicas** que condicionam posicionamento, organização do trabalho, geração de valor e capacidade de manter desempenho ao longo do tempo.

Entre as competências não técnicas mais determinantes, destacam-se: **posicionamento profissional, comunicação, construção de redes (networking), estratégias de presença e alcance (marketing), liderança, gestão** (processos, pessoas, indicadores e operação) e, de modo particularmente sensível, **vendas**. Este último tópico costuma suscitar resistência, pois parte significativa da categoria associa vendas à mercantilização do cuidado. No entanto, em um enquadramento ético e profissional adequado, vendas não se reduzem a persuasão vazia ou indução de consumo; significam, essencialmente, **comunicar com clareza o valor de uma solução real, alinhar expectativas e conduzir a adesão informada** a um serviço que efetivamente produz benefício.

A ausência dessas competências aumenta a dependência do médico em relação a intermediadores institucionais como convênios, operadoras, escalas e estruturas hospitalares, que frequentemente definem parâmetros centrais da prática, como precificação, ritmo de trabalho e regras operacionais. Nessa condição, a autonomia profissional tende a se reduzir, e o trabalho médico passa a ser organizado prioritariamente por lógicas externas ao cuidado, com impacto potencial sobre a sustentabilidade da carreira e a qualidade da entrega assistencial.

Empreender amplificando o cuidado

Esse ponto é decisivo: **o médico que se torna empresário da própria carreira, em muitos casos, se torna um médico melhor**. Porque deixa de atuar no limite da exaustão, e passa a ter estrutura para cuidar com mais atenção, presença e estratégia.

Uma interpretação recorrente, e conceitualmente imprecisa, é a de que o médico que empreende necessariamente se afasta da assistência. Na prática, o empreendedorismo pode desempenhar função oposta: **proteger a assistência e incrementar a qualidade do cuidado**, ao permitir que o trabalho clínico seja sustentado por estruturas organizacionais mais estáveis, por processos mais consistentes e por maior autonomia decisória.

Quando o profissional estrutura sua trajetória como um modelo de negócio (com desenho de serviço, processos, equipe, precificação e estratégia), tende a ocorrer um conjunto de efeitos práticos relevantes. Em primeiro lugar, há **maior autonomia sobre agenda e formato de atendimento**, o que favorece a adequação entre demanda, capacidade instalada e qualidade de entrega. Em segundo lugar, observa-se **redução da dependência exclusiva de plantões**

e de intermediadores, como convênios e operadoras, com consequente diminuição da vulnerabilidade a regras externas de remuneração e produtividade.

Adicionalmente, a formalização de um modelo assistencial tende a estimular a **organização de processos e a padronização de rotinas**, o que promove consistência, previsibilidade e segurança operacional. Em muitos cenários, isso se associa à **constituição de equipes** (secretaria, enfermagem, profissionais multiprofissionais e suporte administrativo), ampliando a capacidade de cuidado e reduzindo a sobrecarga individual do médico. Por fim, a consequência mais substantiva é a possibilidade de exercer a medicina **por escolha, e não por necessidade, preservando o vínculo vocacional sem submissão a um modelo de trabalho intrinsecamente exaustivo**.

Esse aspecto é decisivo: ao tornar-se gestor e responsável pela arquitetura da própria carreira, o médico frequentemente melhora sua prática clínica. **A razão é objetiva: a presença de estrutura reduz a atuação no limite da exaustão e favorece um exercício profissional com maior atenção, disponibilidade cognitiva, continuidade de cuidado e estratégia assistencial**. Em síntese, o empreendedorismo, quando orientado por princípios éticos e foco em valor clínico, pode ser compreendido como um instrumento de sustentabilidade do cuidado e de aprimoramento da performance profissional ao longo do tempo.

Trocar tempo por dinheiro não é o bastante

Um dos argumentos centrais da discussão sobre empreendedorismo médico consiste em distinguir, com precisão conceitual, **trabalho remunerado por tempo** e **atividade estruturada como negócio**. Quando a renda do profissional aumenta somente mediante a ampliação direta da carga horária, isto é, quando o ganho é proporcional ao número de plantões, turnos ou consultas

individuais realizadas. Isso não se configura um modelo de negócio propriamente dito, mas sim um **arranjo ocupacional** que, embora possa ocorrer em regime autônomo, opera segundo a lógica de um **emprego disfarçado**.

Importa enfatizar que tal afirmação não constitui crítica à prática do plantão ou à assistência baseada em serviço. Trata-se, antes, de uma constatação estrutural: **a dependência exclusiva da venda de horas impõe ao médico uma restrição objetiva de crescimento**. O profissional fica submetido a uma equação rígida, na qual há apenas duas alternativas predominantes: **aumentar a carga de trabalho para elevar a renda** ou **manter a carga e aceitar estagnação financeira**. Em ambos os cenários, a autonomia tende a ser limitada e o risco de exaustão cumulativa se eleva, sobretudo em contextos de alta demanda e remuneração pressionada por intermediações.

Em contraste, um negócio, em sentido estrito, caracteriza-se pela existência de **estrutura operacional, margem sustentável, previsibilidade de receita e capacidade de crescimento mediante organização**, e não apenas por incremento de esforço físico. A expansão passa a depender de desenho de processos, padronização de entrega, gestão de recursos, posicionamento e estratégia, elementos que permitem maior estabilidade e escalabilidade relativa, preservando a qualidade assistencial e aumentando a sustentabilidade do exercício profissional ao longo do tempo.

O modelo de negócio na carreira médica: do insight à valorização

O conteúdo delinea um **itinerário lógico-operacional** para converter a trajetória profissional em um **modelo de negócio sustentável**, evitando abstrações conceituais e privilegiando uma sequência de decisões aplicáveis à

realidade médica. Trata-se, essencialmente, de um encadeamento de etapas que partem da identificação de valor clínico e culminam na construção de um ativo com relevância econômica e institucional.

1) Insight e proposta de valor: qual problema real é resolvido?

A origem de um modelo de negócio consistente reside na **capacidade de resolver um problema real**, seja por maior efetividade, maior integralidade, maior eficiência ou melhor experiência de cuidado. Em termos organizacionais, esse ponto corresponde à formulação da **proposta de valor**.

No contexto médico, o insight inicial deve ser traduzido em perguntas operacionais, tais como:

- Qual dor clínica ou necessidade do paciente é abordada com consistência e resultados verificáveis?
- Que tipo de transformação é proporcionada (melhora funcional, controle de sintomas, redução de risco, maior qualidade de vida, maior adesão terapêutica)?
- Qual componente do método de trabalho é distintivo, isto é, difícil de replicar por pares que atuam no mesmo segmento?

Esse conjunto de respostas constitui o início do **posicionamento profissional**, pois define a natureza do serviço, o perfil do público e a singularidade da entrega.

2) Mercado endereçável: há público suficiente para sustentar o modelo?

Mesmo quando a competência técnica é elevada, determinados nichos podem ser **insuficientes em tamanho** para sustentar crescimento, previsibili-

dade e expansão operacional. Assim, o segundo passo é mensurar o **mercado endereçável** (isto é, o universo de pessoas potencialmente elegíveis à solução).

A premissa é direta: **quanto maior a prevalência do problema, maior tende a ser o contingente de indivíduos que demandam aquela solução**. Esse diagnóstico é relevante para planejamento, pois mercados reduzidos podem aumentar a dependência do médico em relação a hospitais, convênios e intermediadores, limitando autonomia e poder de precificação.

Além de orientar a construção do consultório ou serviço, essa análise pode influenciar decisões estruturantes de carreira, inclusive a escolha de área de atuação e subespecialização.

3) Escala: potencial de expansão definido pelo tamanho do mercado e pela arquitetura da oferta

No modelo apresentado, “escala” não significa massificação indiscriminada nem perda de qualidade assistencial. Significa, de forma técnica, que o desenho do serviço possui **capacidade de crescimento sustentável**, com ampliação de alcance sem deterioração proporcional da entrega.

Na prática, a escala pode ser obtida por diferentes vias, entre as quais:

- ampliação racional do nicho (sem perda de coerência clínica);
- criação de programas estruturados (por exemplo, acompanhamento longitudinal com etapas definidas);
- organização de equipe e divisão de funções;
- oferta de serviços complementares alinhados ao desfecho do paciente (p. ex., suporte multiprofissional);

- desenvolvimento de protocolos que aumentem a eficiência e reduzam variabilidade sem comprometer a individualização;
- produtos educacionais ou serviços de treinamento, quando alinhados à expertise e ao mercado.

O ponto central é que a escala depende tanto do mercado quanto do **design operacional** da solução.

4) Receita e estrutura comercial: nenhuma operação se sustenta sem vendas

Um componente crítico do modelo é reconhecer que nenhum serviço se mantém sem geração contínua de receita. Em termos pragmáticos: para existir o primeiro paciente pagante, houve uma decisão comercial; para existir agenda, houve posicionamento e conversão; para sustentar equipe, precisa haver previsibilidade de caixa.

Há um erro recorrente na cultura médica: supor que “ser tecnicamente bom” é suficiente para sustentar crescimento. **A excelência técnica é condição necessária, mas não garante, por si só, sustentabilidade econômica e operacional.** Sem estrutura comercial, o consultório pode operar com baixa margem, baixa previsibilidade e elevada vulnerabilidade.

Importa também reconhecer que “vender” não é apenas “informar preço”. Em um contexto ético e profissional, vendas correspondem a:

- estabelecer conexão;
- compreender necessidades e expectativas;
- comunicar valor clínico de forma clara;

- conduzir decisão com transparência e adequação.

5) Storytelling e ROI: o paciente adere à transformação

Um elemento conceitualmente sofisticado apresentado é a noção de **ROI (retorno sobre investimento)** aplicada à percepção do paciente. A decisão do paciente não é puramente baseada em preço; ela decorre da avaliação do que se recebe em troca, isto é, do **benefício percebido**.

Quando o médico comunica apenas “consulta de X reais”, oferece um encontro pontual. Quando comunica transformação, segurança, continuidade, redução de crises, retorno ao trabalho e funcionalidade, além de melhora de qualidade de vida, ele comunica valor.

O storytelling, nesse enquadramento, não é retórica vazia: é a **tradução compreensível** do impacto clínico e do percurso assistencial. Quanto mais clara for a transformação e mais evidente o benefício, maior tende a ser a capacidade de precificação e de adesão.

6) Precificação: valor, custos, tributos e margem

A precificação baseada exclusivamente na “média da cidade” ou no comportamento de concorrentes locais tende a ser tecnicamente inadequada para fins de sustentabilidade. O modelo proposto defende que a precificação deve integrar variáveis objetivas:

- valor entregue (transformação e desfecho clínico);
- custos operacionais (estrutura, equipe, insumos, tempo médico);
- estrutura tributária e regime fiscal;
- margem necessária para funcionamento saudável e reinvestimento.

Sem margem adequada, não há sustentabilidade. Sem sustentabilidade, não há continuidade assistencial qualificada nem capacidade de aprimorar estrutura de cuidado.

7) Recorrência: continuidade assistencial como mecanismo de previsibilidade e melhores desfechos

A recorrência é tratada como terceiro pilar estruturante. Ela se estabelece quando a jornada do paciente é desenhada para acompanhamento longitudinal, com etapas claras, processos definidos e suporte de equipe.

Essa abordagem tende a:

- Melhorar desfechos clínicos (pela continuidade, adesão e monitoramento);
- Aumentar a satisfação do paciente (por previsibilidade e acolhimento estruturado);
- Gerar previsibilidade financeira (reduzindo volatilidade de receita).

Previsibilidade favorece investimento; investimento melhora estrutura; estrutura eleva qualidade; qualidade reforça reputação e adesão. Trata-se de um ciclo virtuoso em que organização e clínica se fortalecem mutuamente.

8) Equity para construção do seu ativo

Por fim, o objetivo não se limita a “ganhar bem em um mês”, mas a estruturar um ativo com relevância econômica e uma operação com valor de mercado (valuation), sustentada por:

- escala (capacidade de crescimento),

- margem (sustentabilidade econômica),
- recorrência (previsibilidade e estabilidade).

Quando esses elementos se combinam, o resultado ultrapassa o esforço diário. Forma-se um equity, isto é, um valor acumulado que distingue quem vive de picos de renda e exaustão de quem constrói uma trajetória durável, estruturada e progressivamente menos dependente da troca direta de horas por remuneração.

Quando iniciar? Ainda na formação, com estratégia

Não há atalhos legítimos para a excelência técnico-científica. A formação médica: graduação, internato, residência e educação continuada, constitui o alicerce da prática segura e efetiva e, portanto, deve ser preservada como prioridade. **A qualificação clínica permanece o principal determinante da qualidade assistencial e da credibilidade profissional**, sendo inadequado substituí-la por promessas de “crescimento rápido” desvinculadas de competência real.

Entretanto, **a introdução precoce de princípios de empreendedorismo e gestão de carreira pode produzir efeitos relevantes**, sobretudo por influenciar decisões estruturantes antes que se consolidem trajetórias de alta dependência e baixa autonomia. Compreender, desde a formação, noções como mercado endereçável, proposta de valor, posicionamento, estrutura operacional e lógica de geração de receita contribui para escolhas mais racionais de área de atuação, para a construção de autoridade progressiva e para o desenvolvimento de redes profissionais (networking) orientadas a oportunidades legítimas.

Além disso, o contato antecipado com essas ferramentas favorece a visão de longo prazo. Em vez de operar apenas em regime reativo, respondendo a escalas, convênios e demandas institucionais, **o médico passa a compreender as regras do sistema e a planejar, com maior intencionalidade, a forma como deseja exercer a medicina.** Em termos práticos, isso reduz a probabilidade de que o profissional seja absorvido, sem planejamento, por um modelo de trabalho que impõe exaustão crônica e restringe possibilidades de crescimento sustentável.

Conclusão: empreendedorismo médico gera autonomia

O empreendedorismo médico, quando compreendido e aplicado de maneira ética, não representa ruptura com a vocação assistencial. Ao contrário, pode ser interpretado como um mecanismo de **organização da vocação**, de modo que o cuidado seja exercido com maior consistência, maior proteção à saúde ocupacional e maior liberdade decisória. A racionalidade empreendedora, nesse contexto, não se orienta à mercantilização do ato médico, mas à construção de estruturas que sustentem qualidade, continuidade assistencial e capacidade de entrega ao longo do tempo.

Essa perspectiva também exige revisão crítica de narrativas culturalmente difundidas na medicina, que tendem a normalizar ou enaltecer a exaustão como requisito de mérito. Modelos que adoecem profissionais e degradam previsibilidade e autonomia não devem ser romantizados. É possível, e necessário, sustentar que prosperidade e autonomia podem coexistir com ética, propósito e excelência clínica, desde que a carreira seja desenhada com responsabilidade e compromisso com valor assistencial.

Em última instância, a questão se apresenta como uma decisão estratégica: permanecer em um arranjo profissional centrado exclusivamente na venda de horas, sob regras e precificação definidas por intermediadores, ou estruturar a carreira como um modelo de negócio, no qual o médico define a direção, a proposta de valor, a arquitetura da entrega e as condições de sustentabilidade do cuidado.

