

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE ECONOMIA, ADMINISTRAÇÃO E CONTABILIDADE
DEPARTAMENTO DE ADMINISTRAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO

GEORGIA TIEPOLO SCHMIDT ROGEL

Autogestão da carreira entre médicos:
uma abordagem sobre a dimensão subjetiva da carreira
dos profissionais do conhecimento

SÃO PAULO

2016

Prof. Dr. Marco Antonio Zago
Reitor da Universidade de São Paulo

Prof. Dr. Adalberto Américo Fischmann
Diretor da Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade

Prof. Dr. Roberto Sbragia
Chefe do Departamento de Administração

Prof. Dr. Moacir de Miranda Oliveira Júnior
Coordenador do Programa de Pós-Graduação em Administração

GEORGIA TIEPOLO SCHMIDT ROGEL

Autogestão da carreira entre médicos:
uma abordagem sobre a dimensão subjetiva da carreira
dos profissionais do conhecimento

Tese apresentada ao Departamento de
Administração da Faculdade de Economia,
Administração e Contabilidade da
Universidade de São Paulo como parte dos
requisitos para obtenção do título de Doutor
em Ciências.

Orientador: Prof. Dr.
Joel Souza Dutra

Versão Corrigida
(Versão original disponível na Biblioteca da FEA USP)

SÃO PAULO

2016

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Rogel, Georgia Tiepolo Schmidt

Autogestão da carreira entre médicos: uma abordagem sobre a dimensão subjetiva da carreira dos profissionais do conhecimento / Georgia Tiepolo Schmidt Rogel. – São Paulo, 2016.

211 p.

Tese (Doutorado) – Universidade de São Paulo, 2016.

Orientador: Joel Souza Dutra.

1. Administração de carreiras 2. Médicos 3. Autogestão de carreira
4. Profissionais do conhecimento I. Universidade de São Paulo. Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade. II. Título.

CDD – 658.409

Dedico esta tese
a meus amados pais, Flavio e Maria Helena
que tornaram tudo possível.
A meus filhos Arthur, Isabella e Clarissa,
que fazem valer a pena.
A Hugo, incansável presença de
amor e cuidado.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente ao meu orientador Prof. Joel Souza Dutra, inspiração acadêmica e de vida, sempre pronto a iluminar meus passos e ampliar a estrada do aprendizado com sua sabedoria.

Às professoras Graziella Comini e Liliana Vasconcelos, pela oportunidade de abertura de horizontes que representou a disciplina de metodologia qualitativa.

Ao querido amigo Flavio Gosling, pela disponibilidade, apoio incansável, estímulo, valiosas contribuições e por ser tão amigo!

Às colegas de jornada, amigas que ampararam nas dificuldades e estimularam o crescimento: Alessandra Quishida, Luciana Lima, Sandra Mara de Andrade, Angela Lucas e Gabriela Tiscoski.

Às queridas Gilse, Juciara, Lenira e Lucia, que puderam apoiar todo o processo, torcendo, ajudando a levar a carga e incentivando, mesmo nos momentos em que minha ausência significou sobrecarga.

Aos gestores Clemil Robles e Alexandre Garcia, pelo que representou o apoio à conclusão do estudo.

Agradecimento especial à amiga, e agora colega na trilha acadêmica, Vilma Caseiro, exemplo de generosidade e disponibilidade.

À Elaise, com sua competência ímpar em adivinhar o que precisamos e resolver as dificuldades, antes que elas apareçam.

Às professoras que tanto contribuíram no exame de qualificação, Graziella Comini e Elza Veloso.

Minha gratidão aos médicos e médicas que disponibilizaram seu tempo, sua história de vida, compartilhando generosamente seus anseios, preocupações, planos de vida, alegrias e tristezas, fazendo valer a pena.

À futura médica Clarissa, inspiradora, fonte de orgulho e alegria.

A gratidão eterna ao querido Hugo, alicerce da minha construção, e aos familiares e amigos que torceram por mim e entenderam minha ausência.

“Por convicção e amor,
Quero fazer o que faço e
deixar de fazer o que deixo de fazer.”

Rudolf Steiner

RESUMO

ROGEL, G. T. S. **Autogestão da carreira entre médicos: uma abordagem sobre a dimensão subjetiva da carreira dos profissionais do conhecimento.** 2016. 211 f. Tese (Doutorado) Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2016.

A pesquisa qualitativa teve como objetivo estudar a autogestão de carreira ao longo da trajetória profissional dos médicos e relacionar as dimensões subjetiva e objetiva para ampliar a compreensão sobre a importância da subjetividade nas carreiras dos profissionais do conhecimento na atualidade. Como objetivos específicos foram definidos: entender o processo de gestão da carreira em seus diferentes estágios; investigar a relevância dos valores pessoais para as decisões e a percepção de sucesso na carreira; identificar a percepção do médico sobre a influência dos fatores intrínsecos e extrínsecos no seu desenvolvimento, buscando identificar diferenças e semelhanças entre os vínculos concomitantes; explorar a percepção do médico sobre as razões que levaram à escolha da profissão e aos diferentes vínculos na história de vida e entender os fatores relacionados às decisões sobre a carreira, tanto no que se refere a mudanças de emprego quanto a mudanças no trabalho realizado. A metodologia qualitativa foi empregada a partir do paradigma interpretativista e da construção social da realidade, adotando o pressuposto epistemológico do subjetivismo. Participaram doze médicos de especialidades clínicas, formados há mais de dez anos. A coleta de dados ocorreu em três fases: *shadowing* inicial com um sujeito, seguido de exame microscópico de dados e codificação axial, que geraram categorias iniciais utilizadas como parâmetro na análise das entrevistas em profundidade com doze sujeitos, realizadas em duas fases: entrevistas fase 1 e entrevistas fase 2. Da análise das narrativas dos entrevistados na fase 1 foram refinados os nós definidos inicialmente a partir do referencial teórico e do *shadowing*. Após cada entrevista foi feita a codificação aberta e axial. Ao final da fase 1 de entrevistas foi feita a codificação axial do conjunto dos dados, gerando um parâmetro para as entrevistas focalizadas na fase 2. Os códigos definidos foram refinados na análise conjunta com o entrevistado, em uma relação dialógica de criação de conhecimento. Os resultados apontam a importância do SUS como campo de produção de conhecimento e formador da reputação do médico; dificuldades ligadas à questão de gênero, associadas à falta de amparo social à maternidade; escolhas autoguiadas por valores trazendo satisfação e sucesso subjetivo. Conclui-se que a autogestão da carreira motivada por valores ligados à empatia e cuidado com o outro resultou em sucesso subjetivo mais intenso, além daqueles ligados a reconhecimento social, status e desenvolvimento do conhecimento.

Palavras-chave: Administração de carreira. Médicos. Autogestão de carreira. Profissionais do conhecimento.

ABSTRACT

ROGEL, G. T. S. Career self-management among doctors: an approach to the subjective dimension of the career of knowledge professionals. 2016. 211 f. Tese (Doutorado) Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2016.

Qualitative research purpose is to study the career self-management along the physicians' professional journey and to relate the subjective and objective dimensions in order to broaden the knowledge on the importance of subjectivity in the career of the knowledge professionals nowadays. The specific objectives are: to understand the career management process in its different stages; to investigate the relevance of personal values in order to make decisions and to perceive the career success; to identify the perception of the doctor on the influence of intrinsic and extrinsic factors in their development in search of the identification of differences and similarities among several work contracts; to explore the doctors' perception of the reasons which drove them to choose the profession, and the different bonds in their history of life and to understand the factors related to the decisions about their careers, both with regard to job changes as the changes in the workplace. The qualitative methodology was employed from the interpretive paradigm and the social construction of the reality, adopting the epistemological assumption of subjectivism. Twelve physicians of clinical specialty, with over ten years of graduation, took part in this research. Data collection occurred in three phases: initial shadowing with a physician, followed by microscopic examination of data and axial coding, which generated initial categories deeply used with twelve volunteers above as a parameter in the analysis of the interviews, that were carried out in two other phases: interview phases 1 and 2. The nodes initially defined from the theoretical review and shadowing were refined from the analysis of the narratives of respondents in phase 1. An open and axial coding was created after each interview. At the end of the first interview phase, an axial coding of all the data was done, generating a parameter for the phase 2, when the defined codes were refined in cooperation with the respondent in a dialogical relationship of knowledge creation. The results show the importance of the Sistema Único de Saúde (Unified Health System), known as SUS, as a field of knowledge production and creator of the doctors' reputation; difficulties linked to gender, associated with lack of social support of motherhood; self-guided choices values by bringing satisfaction and subjective success. As a conclusion, the career self-management motivated by values linked to empathy and care for the other allowed a more intense subjective success, followed by social recognition, status and development of knowledge.

Key words: Career management. Physicians. Self-management career. Knowledge professionals.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Duas dimensões de carreiras sem fronteiras	31
Figura 2 – Efeito interativo das duas metacompetências: adaptabilidade e auto-consciência	37
Figura 3 – Quadro conceitual da pesquisa	55
Figura 4 – Quatro paradigmas para a análise da teoria social	60
Figura 5 – Distribuição de médicos, segundo atuação nos setores público e privado de saúde	178

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição dos médicos por regiões e Estados. Brasil, 2001.....	50
--	----

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 –	Combinações de carreira proteana e sem fronteiras: perfis e desafios de desenvolvimento	39
Quadro 2 –	Codificação axial do <i>shadowing</i>	75
Quadro 3 –	Caracterização dos entrevistados	77
Quadro 4 –	Códigos entrevista 1 fase 1	81
Quadro 5 –	Codificação axial entrevista 1 fase 1	82
Quadro 6 –	Códigos entrevista 2 fase 1	84
Quadro 7 –	Codificação axial entrevista 2 fase 1	85
Quadro 8 –	Códigos entrevista 3 fase 1	87
Quadro 9 –	Codificação axial entrevista 3 fase 1	88
Quadro 10 –	Códigos entrevista 4 fase 1	90
Quadro 11 –	Codificação axial entrevista 4 fase 1	91
Quadro 12 –	Códigos entrevista 5 fase 1	93
Quadro 13 –	Codificação axial entrevista 5 fase 1	94
Quadro 14 –	Códigos entrevista 6 fase 1	95
Quadro 15 –	Codificação axial da entrevista 6 fase 1	96
Quadro 16 –	Códigos entrevista 7 fase 1	99
Quadro 17 –	Codificação axial entrevista 7 fase 1	99
Quadro 18 –	Códigos entrevista 8 fase 1	101
Quadro 19 –	Codificação axial entrevista 8 fase 1	102
Quadro 20 –	Códigos entrevista 9 fase 1	104
Quadro 21 –	Codificação axial entrevista 9 fase 1	105
Quadro 22 –	Códigos entrevista 10 fase 1	106
Quadro 23 –	Codificação axial entrevista 10 fase 1	107
Quadro 24 –	Códigos entrevista 11 fase 1	108
Quadro 25 –	Codificação axial entrevista 11 fase 1	109
Quadro 26 –	Códigos entrevista 12 fase 1	110
Quadro 27 –	Codificação axial entrevista 12 fase 1	111
Quadro 28 –	Códigos entrevistado 1 fase 2	133
Quadro 29 –	Códigos entrevistado 5 fase 2	136
Quadro 30 –	Códigos entrevistado 8 fase 2	141
Quadro 31 –	Códigos entrevistado 6 fase 2	144
Quadro 32 –	Códigos entrevista 9 fase 2	148
Quadro 33 –	Códigos entrevista 10 fase 2	151
Quadro 34 –	Códigos entrevistada 4 fase 2	156
Quadro 35 –	Códigos entrevistada 2 fase 2	160
Quadro 36 –	Códigos entrevistada 3 fase 2	164
Quadro 37 –	Códigos entrevistada 7 fase 2	168
Quadro 38 –	Códigos entrevistada 12 fase 2	173

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
1.1 Tema e justificativa	15
1.2 Objetivos	20
1.3 Estrutura da tese	21
2 REFERENCIAL TEÓRICO	23
2.1 Contexto histórico e carreira	23
2.2 Carreiras sem fronteiras e as fronteiras na carreira	29
2.3 Carreira proteana e sua inter-relação com carreira sem fronteiras	36
2.4 Autogestão de carreira	44
2.5 Carreira do profissional médico	47
2.6 O contexto específico da carreira médica: sistemas de saúde e o SUS	51
3 METODOLOGIA	57
3.1 Identificação da questão de pesquisa	57
3.2 O paradigma adotado: pressupostos e abordagem	58
3.3 A coleta de dados	63
4 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS	69
4.1 <i>Shadowing</i>	69
4.2 Entrevistas fase 1	76
4.2.1 Entrevistado 1 fase 1	79
4.2.2 Entrevistada 2 fase 1	83
4.2.3 Entrevista 3 fase 1	86
4.2.4 Entrevista 4 fase 1	88
4.2.5 Entrevista 5 fase 1	92
4.2.6 Entrevista 6 fase 1	94
4.2.7 Entrevista 7 fase 1	96
4.2.8 Entrevista 8 fase 1	101
4.2.9 Entrevista 9 fase 1	103
4.2.10 Entrevista 10 fase 1	105
4.2.11 Entrevista 11 fase 1	107
4.2.12 Entrevista 12 fase 1	110
4.3 Codificação axial – análise das entrevistas fase 1	112

4.4 Entrevistas fase 2	128
4.4.1 Entrevistado 1 fase 2	130
4.4.2 Entrevistado 5 fase 2	134
4.4.3 Entrevistado 8 fase 2	139
4.4.4 Entrevistado 6 fase 2	142
4.4.5 Entrevistada 9 fase 2	146
4.4.6 Entrevistada 10 fase 2	149
4.4.7 Entrevistada 4 fase 2	153
4.4.8 Entrevistada 2 fase 2	157
4.4.9 Entrevistada 3 fase 2	162
4.4.10 Entrevistada 7 fase 2	165
4.4.11 Entrevistada 12 fase 2	168
5 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	175
6 CONCLUSÃO	193
REFERÊNCIAS	198
APÊNDICE 1	211

1 INTRODUÇÃO

A relação entre o indivíduo e seu trabalho é permeada pelas organizações e outras instituições sociais e inserida em um contexto social que funciona como complexo tecido em que os diversos fatores são interrelacionados e interdependentes.

Entender como isso ocorre tem sido buscado pelas ciências sociais por meio de variadas abordagens e campos do conhecimento, como a sociologia, antropologia, psicologia e administração. Estudar carreira é, portanto, tentativa de entender o ser humano tendo o trabalho como condição ontológica, atendendo ao desejo universal de entender as relações complexas.

Da definição tradicional de carreira como uma relação entre o indivíduo e o empregador aos novos conceitos de carreiras não tradicionais, aquelas mais independentes das organizações, observam-se alterações na sociedade como um todo.

As experiências vividas pelo indivíduo não estão relacionadas apenas à organização, mas ultrapassam suas fronteiras e sofrem influência de variadas instâncias e estruturas sociais. O sentido do trabalho para a construção da identidade é recriado, trazendo novas formas de lidar com a carreira na busca de autorrealização e autodesenvolvimento.

A mudança se deu de um ambiente de estruturas estáveis à enorme complexidade do contexto atual, em que suas variadas dimensões tais como política, econômica, estética, ecológica, dentre outras, dificultam estabelecer regularidades nas relações, dadas as estruturas instáveis (MALVEZZI, 2013).

É preciso contextualizar historicamente a interdependência da citada relação homem-trabalho na sociedade, reconhecendo sua complexidade.

A virtualização da realidade, imposta pela globalização, é de difícil gerenciamento, considerando as suas várias dimensões. Buscando ampliar o entendimento sobre o contexto do mundo do trabalho e da organização da sociedade pós-moderna, em que “tudo que é sólido desmancha no ar”¹ (BERMAN, 1998.), observa-se que a fluidez de fronteiras entre os países e organizações no capitalismo globalizado faz-se sentir igualmente desde o nível das relações entre pessoas e organizações, passando por pessoas entre si e com as instituições e grupos sociais.

Nas dimensões econômica e tecnológica a volatilidade do capital e a crescente produção de conhecimento exigem inovação em ambientes extremamente competitivos e

¹ O autor desenvolveu em sua obra uma crítica à modernidade, em alusão à frase de Marx e Engels no manifesto comunista escrito em 1848.

complexos. Como decorrências observam-se importantes alterações tanto nas empresas quanto nos profissionais, os quais colocam sua motivação e valores como fatores essenciais para as escolhas de carreira. A contínua demanda por qualificação é tentativa de dar conta da complexidade crescente. (MALVEZZI, *Op.cit.*).

Em sua dimensão sociológica a idéia de que as instituições sociais perdem a consistência e se liquefazem, trazida por Baumann (2001) traz luz ao entendimento das transformações pelas quais passam as organizações. A globalização provoca desmanche de estruturas, trazendo instabilidade aos movimentos sociais, políticos e culturais.

A dimensão antropológica diz respeito às mudanças nas relações provocadas pela crescente pressão do valor simbólico atribuído aos comportamentos e aparências. Essa pressão manifesta-se nas escolhas de carreira, moldadas pela necessidade de status e reconhecimento. (MALVEZZI, *Op.cit.*).

A dimensão psicológica manifesta-se em tendência a multiplicidade de experiências na busca por identidade, esta definida de maneira cada vez mais complexa e ampla. Desde a questão do gênero, antes apenas uma definição binária, biológica e hoje um complexo emaranhado de tons e possibilidades entre o feminino e o masculino, passando pelo estado civil, família e carreira. (*Ibid.*).

Considerar essas variadas dimensões permite ampliar a perspectiva de análise da relação homem-trabalho, considerando-a fator determinante para a definição da identidade na atualidade.

As carreiras não tradicionais surgem nessa sociedade em transformação, em que o significado inicial da palavra carreira como uma estrada em que o indivíduo se move não abarca a complexidade das relações, exigindo ampliação do referencial.

As mudanças no contexto geram problemas para as organizações, os quais dão origem a quadros referenciais teóricos que se materializam em respostas práticas como instrumentos para administrar os problemas (CHERNS, 1982). Os sistemas de carreira são um tipo de resposta aos problemas observados na relação homem-trabalho.

As novas racionalidades impostas pela instabilidade do contexto ensejam olhar investigativo sobre a maneira como os trabalhadores, e, neste caso, em especial, os do conhecimento, estão lidando com a carreira.

A pesquisa elegeu o médico a partir da proposição de que a compreensão sobre sua subjetividade pode trazer luz a aspectos importantes da relação dos trabalhadores do conhecimento com o contexto e as organizações, no presente e no futuro próximo.

1.1 Tema e justificativa

No atual contexto, em que as tradições perdem valor e a subjetividade ganha ênfase crescente, observa-se que indivíduo assume maior responsabilidade sobre si e seu planejamento de vida. Ao mesmo tempo em que a modernidade aumenta as possibilidades de escolha, traz um empobrecimento moral e crise de valores, com conseqüente busca da reconstrução da tradição (GIDDENS, 2003). Entender a autogestão da carreira médica neste cenário pode contribuir para a superação da crise de valores e identidade citada, uma vez que são profissionais que historicamente exercem a profissão com maior independência das organizações.

A reflexão sobre a evolução futura da relação homem-trabalho a partir da análise das múltiplas causalidades envolvidas em uma carreira específica é um dos motivadores da presente pesquisa. Os estudos sobre a profissão médica podem expressar as contradições que revelem caminhos para melhor entendimento da carreira.

Também é motivação para a escolha do tema de pesquisa as peculiares características da carreira médica. Desde os primórdios de sua atuação, quando passou a ser considerada ciência, no Século XVIII, a dependência do conhecimento técnico e exigência de constante qualificação e desenvolvimento determinaram constante especialização e, na atualidade, a conseqüente concentração do profissional em grandes centros urbanos.

As pesquisas com esses profissionais (LACERDA, 2008. RODRIGUES, J. V. C., 2007) apontam que tradicionalmente atuam em diversos empregadores, além de por conta própria em seus consultórios. O vínculo com a instituição empregadora é historicamente mais frágil do que na maioria das profissões.

Balassiano, Ventura e Fontes Filho (2003) apontam importante característica das carreiras focadas nas profissões, tais como de médicos e engenheiros, considerando-as como um meio termo entre, por um lado, a concepção tradicional, voltada para a empresa e, por outro lado, a concepção moderna, em que as decisões sobre a carreira são responsabilidade estimulada nos indivíduos. Além da necessidade de ter conhecimento técnico especializado, o médico lida com questões altamente complexas relacionadas à vida e morte, finitude, sofrimento e dor, as quais exigem ainda outras competências a serem desenvolvidas.

Quando, no desenvolvimento de sua carreira, o médico assume posições gerenciais, é possível observar que, ainda assim, sua identidade como médico é mantida, de maneira diversa das outras carreiras focadas nas profissões.

Na medida em que a concepção tradicional de carreira esgota a capacidade de explicar o contexto atual os estudos buscam novas explicações, na tentativa de identificar causas em um emaranhado de processos interdependentes.

Arthur e Rousseau (1996, p. 5) contrapõem os dois tipos de explicação – tradicional e moderna- quando definem “[...] em poucas palavras, carreira sem fronteira como o oposto de carreiras organizacionais – concebidas para se desdobrar em uma única configuração de emprego (tradução nossa)”.

Também considerando o significado da carreira sem fronteiras definido pelos autores em que o sucesso na carreira está mais relacionado a metas pessoais do que àquelas definidas pela organização, uma vez que os indivíduos constroem sua carreira de forma independente da organização, observa-se grande semelhança desse conceito com o histórico do desenvolvimento da carreira do profissional médico, já entre os médicos formados na primeira metade do século XX (SCHRAIBER, 1993).

A pesquisa realizada pela mesma autora (*Id.*, 2008) entre médicos formados entre 1980 e 1985, porém, aponta importantes alterações no exercício da medicina, tais como diminuição da autonomia, ampliação do assalariamento e aumento da dependência do médico em relação a setor público e medicinas de grupo.

Tais peculiaridades motivam a investigação científica, referentes ao tipo de contrato psicológico – aqui definido como o conjunto de expectativas recíprocas referentes a direitos e deveres (KIDDER; BUCHHOLTZ, 2002) – celebrado entre o médico e a organização, quer seja hospital, clínica, laboratório ou universidade. Há indícios de que esse tipo de carreira apresenta singularidades que podem ajudar a entender o contexto atual e lançar hipóteses sobre o desdobramento futuro.

Lacerda (2008), ao analisar o perfil dos médicos atuantes nas Unidades de Terapia Intensiva, observou que 61% trabalhavam em dois ou três empregos e que somente 40% trabalhavam exclusivamente na especialidade.

Outra pesquisa realizada por Rodrigues, J.V.C. (2007) com médicos atuantes na oncologia de um hospital público em Fortaleza, aponta que 86% exercem sua profissão em hospital público e consultório privado.

Sem dúvida os profissionais médicos também sonham em aliar seu prestígio ao de algumas instituições de ensino, pesquisa e atendimento, as quais podem oferecer em troca estabilidade no vínculo de pesquisador, docente ou chefe de departamentos médicos. O fato de ser carreira técnica centrada na especialização e competência do indivíduo, conforme Balassiano e Fontes Filho (2003) a definem, por um lado tende a aumentar a autonomia e

poder decisório no dia a dia, porém não exclui a influência das mudanças no cenário em que esses profissionais se inserem.

Um importante condicionante é o sistema de saúde, definido pela OMS (Organização Mundial de Saúde) como “o conjunto de atividades cujo principal propósito é promover, restaurar e manter a saúde de uma população” (WHO, *apud* VIACAVA *et al*, 2004). Mendes (2002) define-o como respostas sociais organizadas que visam atender às necessidades, demandas e representações de uma determinada sociedade e população e em determinado período histórico.

No Brasil, o SUS – Sistema Único de Saúde – criado pela constituição de 1988 constitui importante mudança no contexto de atuação desses profissionais. Define-se como função do Estado proporcionar acesso à saúde, tendo como objetivo primordial atender ao princípio social e definindo saúde um “direito de todos e dever do Estado” (BRASIL, 1988). A criação do SUS representou a reforma sanitária e construção de um modelo de saúde descentralizado no Brasil, voltado para a atenção primária, ou seja, considerando a necessidade de integrar ações preventivas e curativas. Na definição do SUS, saúde não é sinônimo de ausência de doença, mas o reflexo de fatores ambientais, sócio-econômicos e culturais (BRASIL, 2004).

Esse é um marco no estabelecimento do princípio da universalidade do acesso aos serviços de saúde, modificando estruturalmente a questão da saúde no Brasil e trazendo em seu bojo um processo de mudança nas relações de poder na sociedade, uma vez que:

O reconhecimento da saúde como bem-estar, satisfação, bem coletivo e direito configura um paradigma civilizatório da humanidade, construído num processo de embates de concepções e de pressões dos movimentos sociais por estabelecerem uma ruptura com as desigualdades e as iniquidades das relações sociais, numa perspectiva emancipatória, levando-se em conta, evidentemente, as diferentes culturas e formas de cuidado do ser humano (BRASIL, 2006).

No modelo vigente até então – o INAMPS – o financiamento do sistema de saúde era responsabilidade do empregador, e o público atendido era composto apenas pelos trabalhadores, ficando as pessoas fora do mercado de trabalho sob responsabilidade das Santas Casas e demais filantropias.

A universalização do acesso trouxe importantes alterações ao contexto, constituindo-se no princípio gerador da discussão sobre a necessidade de alocar profissionais de saúde em todo o território nacional, visando garantir o atendimento em saúde para toda a população.

Há na sociedade, porém, uma disseminada insatisfação com o atendimento prestado pelo SUS. Denúncias sobre não atendimento, condições precárias de trabalho, falta de profissionais, grande tempo de espera para agendamento e para atendimento no dia agendado somam-se às de má gestão, desvio de verbas, fraudes e desperdício do escasso recurso público.

O princípio da universalidade do acesso, ao mesmo tempo em que introduz milhões de usuários no sistema, antes totalmente excluídos do direito ao atendimento, evidencia a falta de condições para dar resposta às necessidades de saúde da população, conforme definição:

As condições de saúde podem ser definidas como as circunstâncias na saúde das pessoas que se apresentam de forma mais ou menos persistentes e que exigem respostas sociais reativas ou proativas, episódicas ou contínuas e fragmentadas ou integradas, dos sistemas de atenção à saúde, dos profissionais de saúde e das pessoas usuárias (MENDES, 2012, p.31).

A sociedade cobra dos profissionais de saúde, especialmente dos médicos, essas respostas, o que cria forte tensão.

A análise da criação, pelo governo federal, do Programa Mais Médicos, instituído pela Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013 (BRASIL, 2013) como tentativa de garantir a presença desses profissionais em localidades afastadas dos grandes centros deve considerar a complexidade dos fatores determinantes da concentração de profissionais do conhecimento em grandes centros urbanos.

Com grande repercussão na opinião pública e acirrado debate nacional, o programa atua nos dois fatores determinantes da atuação de médico: o modelo de atenção e o sistema de ensino. Objetiva suprir a falta de médicos em locais afastados pela abertura da possibilidade de contratação de médicos estrangeiros e altera a estrutura curricular dos cursos de medicina no Brasil, como tentativa de formar profissionais para atuação na Atenção Básica de Saúde.

O capítulo III da referida lei trata da formação médica e institui no seu artigo 4 que:

§ 1º Ao menos 30% (trinta por cento) da carga horária do internato médico na graduação serão desenvolvidos na Atenção Básica e em Serviço de Urgência e Emergência do SUS, respeitando-se o tempo mínimo de 2 (dois) anos de internato, a ser disciplinado nas diretrizes curriculares nacionais (BRASIL, 2013).

A influência sobre a atividade, formação e oferta desses profissionais no mercado de trabalho poderá ser observada de forma aprofundada ao acompanharem-se os desdobramentos da aplicação do programa, considerando-se as demandas sociais, políticas e demográficas.

A generalizada percepção da incapacidade do SUS em dar resposta às necessidades da população traduz-se em diferentes abordagens e explicações. O que se observa como ponto comum é que as discussões refletem um modelo de atenção centralizado no médico.

Garantir na constituição o acesso à saúde de toda a população cria demandas de gerenciamento de longo prazo que não foram supridas desde 1988. Segundo dados oficiais da Agência Brasil (ABDALLA, 2013) os governos federal, estaduais e municipais financiam 42% dos gastos com saúde no Brasil, ou 3,6% do PIB – Produto Interno Bruto. Enquanto o setor privado, famílias e instituições sem fins lucrativos financiam os restantes 58% ou 4,9% do PIB.

A luz lançada à carreira médica pela criação do referido programa trouxe novos desafios à pesquisa, constituindo-se em limitações e oportunidades. Por um lado à tendência à reprodução de conceitos produzidos pelo senso comum e os embates políticos relacionados às medidas podem dificultar a compreensão da subjetividade. Porém a necessidade de um conhecimento científico embasado teórica e metodologicamente pode cumprir o papel social da ciência, apontando caminhos para a reflexão.

Entender os fatores que impedem o preenchimento das vagas remotas destinadas a esses profissionais, a partir dos referenciais teóricos adotados e das pesquisas já realizadas, constitui-se em desafio adicional. Indispensável para isso considerar a complexidade dos fatores sociais envolvidos.

O crescente e incensurável acesso à informação no período atual ao mesmo tempo em que permite a difusão e geração de conhecimento, trazendo novas possibilidades, altera as expectativas e coloca em xeque valores (MALVEZZI, *Op. cit.*).

Os conflitos e tensões entre a necessidade de melhorar a qualidade do atendimento prestado à população e a demanda por condições de trabalho por parte dos médicos exigem reflexão e conhecimento sobre a subjetividade. O estudo qualitativo busca considerar as representações destes profissionais em suas narrativas, o que pode ajudar a entender como se dá a interdependência das diferentes dimensões explicativas e suas influências recíprocas.

Essa é uma tentativa de ultrapassar a controvérsia – conforme definida por Latour (2000) como a situação em que uma afirmativa feita é aceita ou não pela coletividade, o que pode ocorrer a partir dos argumentos da ciência – sobre a solução para o problema da falta de médicos em lugares distantes ou mesmo a necessidade de melhoria da qualidade do atendimento do sistema de saúde no país, a partir de um olhar mais de perto a essa complexa realidade. Nem vilões, nem heróis, nem culpados ou inocentes, mas imersos em uma rede de interações sociais complexas e multicausais.

Mudanças na construção da identidade profissional ocorrem em todas as carreiras na atualidade. Ao observar esse processo histórico na sociedade moderna, é possível constatar diferenças no ritmo dessa evolução, relativas ao tipo de organização, países, regiões e profissões.

Em relação ao profissional médico, esses modelos de carreiras mais abrangentes parecem ser mais antigos do que nas profissões em geral, sendo historicamente mais centrados no indivíduo e sua competência técnica.

Da idealização da prática médica baseada na autonomia técnica à discussão sobre o próprio Ato Médico – em que a lei foi aprovada em 11/07/2013 com sanções presidenciais, estas justificadas pela garantia da continuidade de programas do SUS que funcionam a partir de equipes multiprofissionais – insere-se o objeto de estudo da presente pesquisa.

1.2 Objetivos

A partir das especificidades observadas na carreira do médico, define-se como objetivo geral para essa pesquisa:

Estudar a autogestão de carreira ao longo da trajetória profissional dos médicos e relacionar as dimensões subjetiva e objetiva para ampliar a compreensão sobre a importância da subjetividade nas carreiras dos profissionais do conhecimento na atualidade.

Como objetivos específicos definem-se:

- Entender os determinantes internos (valores, competências de acumulação de capital de carreira, sucesso psicológico) e as influências externas (contexto do SUS, família, sucesso objetivo) para a decisão de estudar medicina;
- investigar a relevância dos valores pessoais para as decisões e a percepção de sucesso na carreira;
- identificar indícios de autogestão da carreira e seus determinantes;
- identificar a percepção do médico sobre a influência dos fatores intrínsecos – independência no comando da carreira – e extrínsecos no seu desenvolvimento, buscando identificar diferenças e semelhanças entre os vínculos concomitantes;

- entender os fatores relacionados às decisões sobre a carreira, tanto no que se refere a mudanças de emprego quanto a mudanças no trabalho realizado;
- verificar aspectos da mobilidade física e psicológica associados às mudanças no decorrer do tempo e entre os vínculos concomitantes.

Definições operacionais

Autogestão de carreira: processo associado à satisfação com a decisão de carreira em que o indivíduo passa pelos estágios de exploração, desenvolvimento de metas e estratégia de implementação (GREENHAUS, 1987; KING, 2004; SCHEIN, 1978; WENG; MCELROY, 2010).

Dimensão subjetiva: senso subjetivo do que seja sucesso que independe do empregador, da família, amigos e sociedade (SULIVAN; ARTHUR, 2006).

Dimensão objetiva: ligada à mobilidade física, percepção dos pares e da sociedade em geral sobre a carreira do indivíduo (ARTHUR; ROUSSEAU, 1996).

Fatores extrínsecos: aqueles percebidos como originários no ambiente, família, organização ou sociedade.

Fatores intrínsecos: valores e metas definidas pelo indivíduo.

1.3 Estrutura da tese

A tese é composta de capítulos, seguintes a este primeiro, da introdução.

No capítulo 2 será apresentado o referencial teórico sobre o contexto em que se insere a pesquisa e sobre carreiras.

O capítulo 3 traz a metodologia, explicitando a abordagem escolhida e as técnicas de coleta e análise dos dados.

No capítulo 4 são apresentados os dados coletados nas três fases, com a respectiva análise.

O capítulo 5 é composto da discussão dos resultados, seguido pelo capítulo 6, da conclusão.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

Nesse capítulo será feita revisão da literatura sobre carreiras, em paralelo com a análise do contexto do mundo do trabalho e da gestão de pessoas nas diferentes épocas.

2.1 Contexto histórico e carreira

Segundo Crespo (apud RODRIGUES *et al.* 2007) o termo carreira foi criado pelos franceses referindo-se a corrida competitiva, sendo mais tarde utilizado como estrada para carruagens.

A evolução do termo até o significado de carreira na atualidade pode ser melhor entendida situada na análise histórica mais ampla.

Cherns (1982) estudou a evolução da Gestão de Recursos Humanos através da história, considerando como unidades de análise o contexto, o problema gerado dentro das empresas, o modelo ou quadro teórico ideológico dentro do qual o problema foi estudado e a resposta prática e instrumental da administração. Sob essa perspectiva entendemos ser possível vislumbrar a interdependência entre as dimensões social, antropológica, psicológica, econômica e tecnológica enquanto determinantes das práticas de gestão de pessoas e, conseqüentemente, da carreira.

A análise do autor inicia-se no século XVIII, quando as significativas mudanças representadas pela perda do direito do trabalhador ao produto de seu trabalho, mesmo sem ser escravo trouxeram como reflexo a mudança da sociedade de rural para urbana, com a substituição da família patriarcal pela nuclear para suprir a necessidade de braços para a indústria. A filosofia vigente, o positivismo de Augusto Comte, pregava o conhecimento sobre a realidade consistente e ordenada por leis naturais como condição para o progresso. Este contexto de rápida industrialização sem a especialização do exército de trabalhadores inexperientes, até então artesãos, trouxe como resposta teórica a administração científica, que produziu leis sobre a motivação econômica.

O sucesso da indústria como meio de produção gerou, no período seguinte analisado, produção de massa e migração da agricultura, uma vez que o dinheiro, antes em poder dos nobres agora estava com os industriais. Houve febre de criação de novas indústrias e pressão por produção, trazendo a fadiga como problema a ser enfrentado. Extensas jornadas de trabalho de mais de 15 horas diárias para homens, mulheres e crianças levavam trabalhadores à morte, além da propagação da tuberculose. O positivismo vigente trouxe como resposta o

modelo do homem máquina que necessita de manutenção. As tarefas e o ambiente foram desenhados para controlar a fadiga e a saúde (*Ibid.*).

Dedecca (2009) analisa essa fase inicial da Revolução Industrial como de grande assimetria de poder em favor das empresas e em detrimento dos trabalhadores.

A demanda inicial para gestão de pessoas foi gerada na terceira fase analisada, quando houve a necessidade de especialização dos trabalhadores com o advento do motor a diesel, por volta de 1880. O aumento da capacidade não foi acompanhado pela estrutura, as fábricas criaram especialização e diferenciação ocupacional, o que gerou necessidade de alocar trabalhadores de acordo com sua capacidade. O modelo de homem funcional – o homem certo no lugar certo – trouxe como resposta a psicometria como instrumento (CHERNS, *Op. cit.*).

No intervalo entre as duas Guerras Mundiais os trabalhadores começaram a se organizar, na esteira da vitória trabalhista na Rússia. Em 1917 foi fundado o Partido Bolchevique na Rússia, em 1919 foi fundado o partido dos trabalhadores na França e em 1921 na Inglaterra. No Brasil o PTB de Vargas foi fundado em 1927. Os partidos começaram a ir às ruas brigar por direitos na Europa. Conquistaram contrato por 48 horas semanais – ao invés do tempo indeterminado até então, aposentadoria, seguro desemprego, fazendo balançar o modelo positivista. Na tentativa de resolver o problema experimentos, como o de Halthorne, foram feitos. As leis descobertas foram de grande relevância: o trabalhador não reage como indivíduo, mas no grupo, a capacidade de um trabalhador não é produto apenas de suas condições físicas, mas de sua competência e capacidade social, a identidade coletiva é desenvolvida por mimetismo. O modelo de homem emocional trouxe como resposta a técnica de Relações Humanas, intervenções que visavam produzir processos de comunicação e liderança no grupo (*Ibid.*).

Cherns (*Op.cit.*) define o quinto momento, situado na primeira metade do século XX, como o da rápida evolução tecnológica, em que a incorporação destes avanços pelas fábricas influenciou a produção: as máquinas tornaram-se complexas, aumentando a dificuldade em operá-las. Não havia técnicas eficazes de treinamento. Produtos da tecnologia defendidos como perfeitos, ou impossíveis de apresentar falha, falhavam devido à falta de adaptação entre homem e tecnologia. O modelo desenvolvido foi o sistema homem-máquina, em uma unidade de análise que teve como resposta a ergonomia.

Com o término da guerra em 1945 as economias destruídas, até então regidas por ditaduras, passaram a ser regidas pela lei da oferta e da procura, em transição para uma economia livre. O modelo vigente até então, que visava à adaptação do homem ao trabalho não resolvia os problemas trazidos pelas mudanças no ambiente. As contingências como

qualidade e preço do produto, natureza e agressividade da concorrência deveriam ser administradas, tendo sido desenvolvido o modelo teórico de organizações como sistemas abertos, o qual trouxe como resposta a engenharia das contingências. Ao holocausto, bomba atômica e horrores produzidos pela guerra seguiu-se, como consequência, acentuada ruptura de padrões, em todas as áreas. Este movimento de ruptura pode ser observado em várias áreas, como na música, com o advento do *rock`n roll* de Elvis Presley e, no momento seguinte com os Beatles (*Ibid.*).

Na literatura organizacional o conceito de sucesso foi introduzido por Argyris (1957) ao apontar o conflito intrínseco entre as necessidades dos indivíduos e os objetivos econômicos das organizações

A análise crítica de Dedecca (*Op.cit.*) é de que a relativa paz entre as partes foi observada até o final dos anos 60 – em que os ganhos foram distribuídos de forma mais equânime – sendo seguida por período de grandes reivindicações para que o Estado fizesse mais do que regular o contrato de trabalho: que interferisse na gestão das empresas. Ao período de grande crescimento no pós-guerra sucedeu-se outro em que a crise do petróleo trouxe a necessidade de diminuir custos de produção devido à queda dos lucros.

Dedecca (*Ibid.*) faz uma análise desse desenvolvimento no Brasil, que ocorreu mais tardiamente do que o anteriormente analisado. Do início do mercado no setor agrícola de trabalho – fim da escravidão – ao desenvolvimento de outros setores da economia no final do século XIX e estabelecimento do operariado imigrante nas cidades do Sudeste, até a Era Vargas, em que foi criada a CLT e salário mínimo, viu-se um aumento do poder do Estado como regulador dessa relação.

O desenvolvimento da tecnologia trouxe novo desafio no sétimo momento analisado por Cherns (*Op.cit.*): o computador desequilibrou novamente a equação. A informação deveria ser transformada em realidade binária, trazendo como problema nova inadaptação entre organização e tecnologia. O modelo desenvolvido foi o de organização como sistema sócio-técnico, em que se busca o equilíbrio entre sistemas com propriedades e regras diferentes. A resposta dada foi o redesenho da organização e das tarefas, considerando a multiplicidade de sistemas.

O advento dos veículos de comunicação de massa como radio transistor, televisão e jornal mudou o mundo de maneira semelhante ao ocasionado pela industrialização. A comunicação de massa impactou na subjetividade, uma vez que o acesso à informação altera expectativas e pode gerar satisfação ou frustração. Nas fábricas gerou insatisfação com o trabalho. As teorias desenvolvidas para esses problemas foram as da motivação, na tentativa

de estudar as necessidades humanas. A resposta foi o enriquecimento do trabalho, tendo a motivação como desejo, como necessidade ou como valor.

O final dos anos 50 viu um período de intenso crescimento econômico no Brasil e no mundo, com grande movimento pela democratização da relação estudada. O aumento da produção e da industrialização, a diminuição dos riscos, crescimento do setor de serviços e – especificamente no Brasil – a interiorização do mercado de trabalho trouxeram pressões pela democratização do contrato de trabalho e ampliação da proteção ao trabalhador. Como em todos os períodos de pujança econômica, a assimetria diminuiu em favor do trabalhador, sendo o poder do capital diminuído pela negociação coletiva (DEDECCA, *Op.cit*).

O nono momento analisado por Cherns (*Op.cit*) foi o do desafio à autoridade, o qual pode ser observado também nas manifestações culturais como, por exemplo, no cinema, Fellini e Antonioni e a angústia da falta de sentido da vida. No teatro *Oh, Calcutta!* expõe os conflitos da geração pós guerra e a contracultura, satirizando o padrão sexual vigente. A Guerra do Vietnã e o movimento hippie trouxeram a ruptura com os valores do capitalismo, com a autoridade e as corporações, em um movimento em busca de autonomia, em uma época de grande movimentação política.

Os trabalhadores das organizações como sistemas de poder demandavam por autonomia, pressionando por mudanças nos referenciais e paradigmas. A resposta por parte das empresas foi a criação da democracia industrial (*Ibid.*).

Malvezzi (*Op.cit*) prossegue no tempo da análise de Cherns, definindo o contexto das empresas entre 1960 e 1978 como marcado pelos movimentos sociais e sindicais. O problema eram os conflitos de poder entre capital e trabalho, em uma condição de pleno emprego que trazia a necessidade de participação política. Os modelos desenvolvidos como reposta foram Círculos de Controle de Qualidade (no Japão), Grupos Semi-Autônomos (norte da Europa), Autogestão (sul da Europa) e Cooperativismo (Espanha).

Segundo Dedecca (*Op.cit*), no Brasil a fase de pacificação da relação trabalhador capital iniciada nos anos 50 viu seu término no final dos anos 60 e início dos anos 70, em que o golpe militar trouxe elevada assimetria. Foi um período de aumento da pobreza em um contexto de explosão do crescimento econômico. No mundo, os anos 70 foram palco da crise do socialismo e de grande recessão nos Estados Unidos. A Europa adotou uma política fiscal e monetária conservadora.

A primeira grande greve no Brasil ao final dos anos 70 inseriu-se no contexto de redemocratização do país. As condições econômicas, porém perpetuaram a assimetria. A

extrema recessão fez com que os sindicatos se restringissem a lutar pelo emprego e salário, ao mesmo tempo em que o ocidente assistia ao fim das políticas de proteção ao trabalho.

No contexto brasileiro da década de 70, em que estabilidade econômica e perspectivas de crescimento contínuo eram compartilhadas, as empresas detinham o poder de movimentar seus profissionais sem participação dos mesmos (VELOSO; DUTRA, 2010). O papel das pessoas era apenas oferecer às empresas as informações sobre suas qualificações a serem aproveitadas. Datam dessa década os livros seminais de Hall (1976) e Schein (1978), em que os sistemas de carreira organizacionais aparecem como mediadores da interação dinâmica entre a identidade profissional do indivíduo e a operação da empresa, tendo como perspectiva temporal a vida profissional do indivíduo. Nesse período surge o conceito de sucesso psicológico, definido por Hall em 1976 a partir dos anteriores estudos de Kurt Lewin (1936), que primeiro trabalhou a psicologia do sucesso e fracasso, e de Argyris (1957). As teorias de carreira começam a aparecer nesse período, no contexto estável de grandes organizações com estruturas hierarquizadas.

Esses conceitos deram origem aos atuais de carreiras: objetiva e subjetiva, sem fronteiras e proteana, que serão analisados nesse trabalho.

A partir de 1978 a entrada dos japoneses na competição desbanca os mercados ocidentais e traz como problema a sobrevivência das empresas, em crise e diminuição de empregos. A participação agora é buscada não mais com objetivo político, mas na busca da eficácia. Dois modelos trazem diferentes respostas às necessidades do momento: Gestão por Qualidade Total – mudança nas propriedades – e Reengenharia – mudanças na estrutura. Segundo Arthur *et al* (1999) é na década de 80 que o modelo das grandes organizações hierarquizadas começa a declinar, sendo substituído por organizações mais ágeis e flexíveis, capazes de inovação. O feminismo ganha espaço, mas o machismo continua, como hoje, a dominar as relações institucionais (MALVEZZI *Op.cit*).

A constituição brasileira de 1988 traz importantes marcos a esse estudo: regulação do trabalho e criação do SUS – Sistema Único de Saúde, este último a ser desenvolvido em tópico posterior.

Nos anos 80 London e Stumph (*apud* DUTRA, 1996, p. 17) definiram carreira como uma “sucessão de posições ocupadas e de trabalhos realizados durante a vida de uma pessoa”.

Foi incorporada à definição do termo a visão sobre o papel das pessoas – entender e avaliar suas perspectivas profissionais – e da organização – gerenciar as oportunidades, definindo com transparência as competências necessárias a cada nível de complexidade, os

critérios de acesso entre os níveis e os instrumentos de gestão visando demonstrar as necessidades da organização.

Essa definição engloba as motivações e aspirações individuais, além da imposição da sociedade e das organizações. Nesse sentido a carreira é definida como a conciliação desses dois vetores: necessidades individuais por um lado e da organização e sociedade por outro lado (DUTRA, 1996).

A grande mudança analisada por Malvezzi (*Op.cit*) a partir de 1988 foi a globalização física a partir do celular e da web. A competitividade global permitiu a terceirização dos serviços, com conseqüente flexibilização das estruturas e descentralização. A resposta dada pelas organizações foram as células de manufatura.

Nos anos 90 a perspectiva de constante e ininterrupto crescimento e desenvolvimento cedeu lugar à escassez de recursos e conseqüente aumento da competitividade. As expectativas de longa permanência no mesmo emprego foram substituídas por decisões tomadas com base na busca de significado, propósito, identidade e aprendizado, ao invés de dinheiro, poder, ego e talento (HALL *apud* VELOSO; DUTRA, 2010, p. 10).

Segundo Inkson *et al* (2012) as mudanças nas décadas de 90 e 2000, em que as empresas passaram de espaço continente de pessoas – conseqüentemente de carreiras – para rede de múltiplas conexões em múltiplos níveis de fluxos, trouxeram como conseqüência maior peso ao papel da agencia individual, sob os efeitos do neo-liberalismo político e econômico.

Na mesma linha Malvezzi (*Op.cit*) analisa que o contexto a partir do ano 2000 foi a fragmentação da economia, a qual criou novo problema de identidade relacionado à labilidade global e parcerias. Os empregos migram das grandes para as pequenas empresas, trazendo a necessidade de prontidão para mudanças, com o desenvolvimento de competências chamadas pelo autor de portáteis e autogestão da carreira.

Em contraposição ao aspecto positivo representado pela democracia e mobilidade dos modelos atuais, observam-se dificuldades das pessoas atingirem o bem estar desejado, dadas a instabilidade e descontinuidade. As organizações não se comprometem com o crescimento do indivíduo, que assume integralmente os riscos, sem nenhuma garantia de crescimento dentro da empresa (BALASSIANO; VENTURA; FONTES FILHO, 2003). É nesse contexto que surge o conceito de Carreira sem Fronteiras, a ser analisado no tópico seguinte.

Briscoe e Hall (2006), ao estudar a interrelação entre a carreira sem fronteiras e proteana, considerando as oportunidades e a agência, defendem a necessidade de maior

atenção ao contexto em que se desenvolvem como condição necessária para o desenvolvimento de teoria que ajude a entender de fato o que ocorre com as pessoas.

2.2 Carreiras sem fronteiras e as fronteiras na carreira

O surgimento de modelos de carreiras mais abrangentes nas organizações relaciona-se, conforme mencionado anteriormente, às transformações observadas no ambiente, considerando a globalização, alteração nos contratos psicológicos entre pessoas e organizações, dentre outras várias transformações no mundo da economia do conhecimento.

A abordagem de carreira sem fronteiras, surgida nos anos 90, tem foco no indivíduo, considerando as oportunidades para além do limite da organização. Nos anos 2000 observou-se que as fronteiras ficaram ainda mais difusas, resultante do *downsizing*, *outplacement*, aumento do desemprego, contratos de trabalho alternativos e emergência de consultores externos. Esse cenário propiciou que o conceito de carreira sem fronteiras ficasse em evidência (VELOSO; DUTRA, 2010).

O contexto de incertezas altera a postura das pessoas em relação ao trabalho: ao invés de empregos de longo prazo apresentam-se projetos de curto prazo e necessidade de empreendedorismo, o que impacta nas relações de trabalho e nas expectativas das pessoas (SCALABRIN, 2008).

As escolhas das pessoas sobre a carreira são, portanto, influenciadas por aquilo que é definido pela sociedade como ocupação que confere prestígio. Também influenciam as decisões a família e a cultura, as quais concebem significado às opções possíveis (VELOSO; DUTRA, 2010).

Do contexto estável, em que emprego significava trabalho, passa-se à turbulência e instabilidade, em que o trabalho assume novas formas e significado.

Carreiras sem fronteiras (ARTHUR; ROUSSEAU, 1996) são definidas como uma seqüência de experiências do indivíduo não relacionadas apenas às oportunidades oferecidas pela organização. Considera-se que essa perspectiva é presente na carreira do profissional médico de forma intensa e historicamente observável.

Os seis sentidos da carreira sem fronteiras propostos pelos autores supracitados apontam as possibilidades apresentadas: 1) as oportunidades não são apenas as oferecidas pelos empregadores; 2) o valor é dado além do presente empregador; 3) as redes de relacionamento e informação externas à organização apoiam fortemente o profissional; 4) os limites organizacionais para as carreiras, especialmente os hierárquicos, são quebrados; 5) as

escolhas na carreira levam em conta aspectos os quais não estão limitados às fronteiras da organização e podem-se rejeitar oportunidades por razões familiares ou pessoais; 6) a interpretação do ator da carreira sobre o futuro sem fronteiras, independentemente das pressões da estrutura sentidas no presente, assim, na perspectiva do tempo o indivíduo é capaz de ultrapassar os limites atuais. Segundo os autores os significados 1 e 4 referem-se a percepção sobre a mobilidade além de limites físicos e os significados 2, 3, 5 e 6 referem-se a mobilidade além de limites psicológicos.

A abordagem de carreira sem fronteiras define o sucesso na carreira como relacionado a metas pessoais, mais do que àquelas definidas pela organização. Os indivíduos constroem sua carreira de forma independente da organização, o que guarda grande semelhança com o histórico do desenvolvimento da carreira do profissional médico.

Arthur *et al.* (2005) consideram, ainda, a carreira sob duas perspectivas, que são interdependentes, com múltiplas dimensões e sempre na perspectiva do tempo: percepção objetiva, ligada a mobilidade física, e subjetiva, esta ligada a mobilidade psicológica.

A carreira subjetiva é a percepção do próprio indivíduo sobre sua seqüência de experiências, metas, oportunidades e desafios a serem enfrentados na realização dessas metas, enfim, sobre sua situação na carreira. A objetiva refere-se à percepção da sociedade sobre a carreira do indivíduo, ou seja, à avaliação que grupos de iguais, superiores ou subalternos, dentro e fora da organização, fazem sobre a mesma situação da carreira desse indivíduo em questão. As duas perspectivas caminham em paralelo, sendo o êxito de uma afetado por outra.

A dificuldade em estudar e mensurar a mobilidade psicológica, entendida pelos autores como a percepção da capacidade de mover-se além das fronteiras – sexto significado definido – pode explicar a ênfase dos acadêmicos em estudar a mobilidade física. Como consequência, a potencialidade da utilização do conceito de carreira sem fronteiras para entender o aspecto psicológico em toda sua complexidade e dificuldade de mensuração, não é reconhecida (SULLIVAN; ARTHUR, 2006).

Na tentativa de entender essa complexidade os autores (*Ibid.*) desenharam uma representação de quatro quadrantes para examinar a variação nos níveis de mobilidade física e psicológica. Considerando que a mobilidade física é representada horizontalmente e a psicológica verticalmente, conforma figura 1.

O quadrante 1 é definido como de baixa mobilidade física e psicológica, por falta de opção ou por falta de desejo de mudança (exemplo de engenheiro da NASA que não encontraria oportunidade de aplicar seu conhecimento em outra empresa).

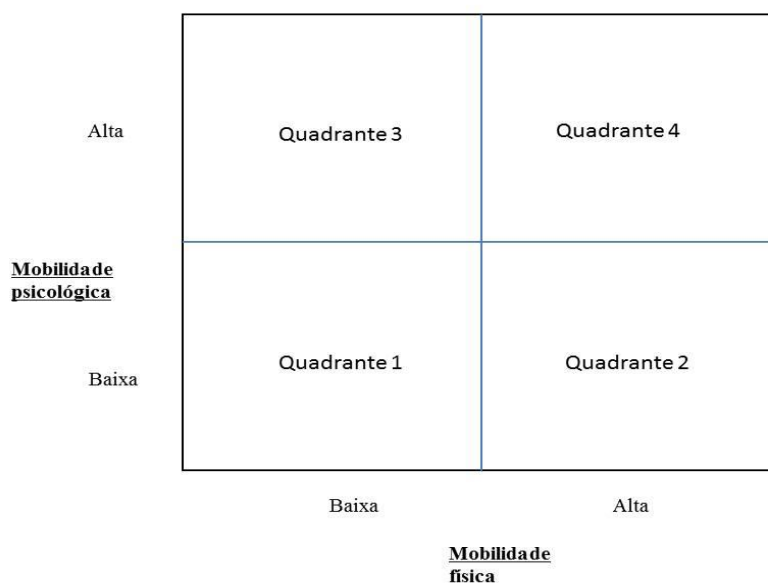


Figura 1: Duas dimensões de carreiras sem fronteiras
 Fonte: Sullivan e Arthur, 2006, p. 22

O quadrante 2 tem alta mobilidade física e baixa psicológica. O profissional nesse quadrante pode ter muitas mudanças de local de trabalho, sem que representem novos desafios.

Alta mobilidade psicológica e baixa mobilidade física caracterizam o quadrante 3, em que podem ser encaixados consultores experientes, enfermeiros especializados e acadêmicos, todos em carreiras com alta especialização e baseadas em conhecimento. Nesse quadrante os profissionais experimentam sempre novos desafios e crescimento, ainda que permaneçam no mesmo trabalho ou posição.

Os indivíduos do quadrante 4 apresentam alta mobilidade física e psicológica, com um senso subjetivo do que seja sucesso que independe do empregador, da família, amigos e sociedade.

As mobilidades física e psicológica se combinam em diferentes arranjos durante a vida do indivíduo, porém algumas carreiras apresentam maior mobilidade psicológica e/ou física do que outras. Reconhecer que os dois tipos de mobilidade são interdependentes permite analisar em profundidade e mensurar as mudanças (*Ibid.*).

Um aspecto determinante da mobilidade física e psicológica, que configura diferentes trajetórias para indivíduos que podem estar na mesma organização e ocupação, são as competências desenvolvidas pelo profissional sem fronteiras, as quais são definidas pelos autores em relação ao conceito de acumulação da capital de carreira. Este profissional

desenvolve as competências: *knowing why*, *knowing how* e *knowing whom*, as quais são interdependentes (*Ibid.*).

O *knowing-why* refere-se à primeira motivação ou propósito que levou o indivíduo à uma carreira. A experiência desenvolve, a partir dessa motivação, novos ativos técnicos, interpessoais ou conceituais, que são definidos como o *knowing-how*.

O *knowing-whom* refere-se às relações estabelecidas durante o desenvolvimento do *knowing-how*, à reputação adquirida a partir desse processo, tanto em relação aos superiores quanto aos pares e subordinados. Os três tipos de conhecimento são definidos como ativos de capital de carreira que devem ser fruto de investimento que gere acumulação de mais capital de carreira.

Tal acumulação de capital de carreira é possível na interdependência dinâmica entre o desenvolvimento das citadas competências, sendo o desenvolvimento de uma causa e consequência do desenvolvimento de outra. Por exemplo, as aspirações relativas ao *knowing-why* guiam a procura de novas relações – *knowing-whom*, ao mesmo tempo em que os *feedbacks* recebidos podem reafirmar as motivações – *knowing-whom* desenvolvendo *knowing – why* e sucessivamente.

O desenvolvimento inter-relacionado é definido como acumulação de capital de carreira, o qual aumenta as oportunidades de êxito, este considerado além dos limites da organização.

Sullivan e Arthur (2006) construíram algumas proposições, como sugestões para pesquisas, relacionando a mobilidade física e psicológica com outras variáveis:

1. indivíduos que desenvolvem as competências de carreira tem maior mobilidade física e psicológica, e mais oportunidades de mobilidade. O aumento da mobilidade, porém, é física ou psicológica, sendo, na maioria dos casos sequencial, mas não simultâneo;
2. gênero: mulheres têm mais oportunidades de mobilidade psicológica enquanto homens mobilidade física;
3. aspectos da cultura, segundo a definição de Hofstede (1980): culturas individualistas propiciam maior mobilidade física enquanto as grupais incentivam a psicológica;
4. individualismo-coletivismo como orientação individual determinando a mobilidade;
5. individualismo-coletivismo como orientação individual determinando o reconhecimento de oportunidades de mobilidade.

Essas proposições têm como objetivo ampliar as possibilidades de estudo para além da mobilidade física, considerando sua interdependência em relação à mobilidade psicológica.

Porém, o que se observa nas pesquisas, e os próprios autores reconhecem, é que, apesar da definição conter várias fronteiras a ser consideradas na análise, os estudos privilegiam os limites entre as organizações, tendo como foco os aspectos da carreira sem fronteiras relativos à percepção objetiva, ou movimentação física entre posições e empregadores, o que se constitui em limitação ao reconhecimento das possibilidades do conceito ajudar a entender a carreira na atualidade.

Um estudo que considerou apenas a mobilidade física foi o de Colakoglu (2010), em que foram analisadas as consequências de ter uma carreira sem fronteiras sobre a avaliação subjetiva do indivíduo relativa ao seu sucesso, a partir de dois fatores: autonomia e insegurança na carreira. A amostra foi composta de homens brancos, americanos, de uma universidade privada norte-americana, com média de idade de 42 anos. A partir do desenvolvimento de um modelo processual o autor analisou o papel da autonomia, insegurança e competências de carreira para explicar a relação entre carreira sem fronteiras e sucesso na carreira subjetiva, considerando mudanças físicas para caracterizar carreira sem fronteiras. O estudo quantitativo encontrou correlação positiva entre as três competências – *knowing how*, *knowing why* e *knowing whom* – e autonomia, e correlação negativa entre as três competências e insegurança na carreira. Também foi encontrada correlação positiva entre autonomia e satisfação com a carreira. O autor sugere que estudos futuros avaliem essas correlações considerando a carreira subjetiva.

O estudo de Lacombe (2005) também analisa a carreira sem fronteiras sobre o ponto de vista objetivo, da mobilidade física. A pesquisa realizada com professores universitários investiga a possibilidade de estabelecimento de autonomia e independência destes profissionais, analisando a relação do desenvolvimento das competências *knowing why*, *knowing how* e *knowing whom* com a carreira sem fronteiras desses profissionais. O resultado aponta que a causa da mobilidade e diversidade de fluxo está mais ligada à falta de oportunidades e necessidade de complementação de renda do que propriamente à independência em relação à organização. Também é determinante o tipo de vínculo estabelecido com a instituição de ensino. Novamente não foi analisada a mobilidade psicológica. Dadas as características similares entre a profissão de professor universitário e médico relativas à diversidade de vínculos e dependência do conhecimento, estes resultados inspiram a investigação.

Os profissionais de Tecnologia da Informação – TI- representam importante parte dos trabalhadores do conhecimento na atualidade. Estudo de Donnelly (2009) investiga a experiência e percepções de mobilidade na carreira desses profissionais. Foi encontrada uma ampla gama de comportamentos em relação às fronteiras organizacionais, dos mais identificados com carreiras organizacionais aos que ultrapassavam fronteiras com regularidade. Também com foco na mobilidade física, alto grau de mobilidade inter-organizacional foi percebido, ainda que com diferentes canais e degraus.

A mobilidade física entre médicos ocorre também de forma concomitante entre os múltiplos vínculos simultâneos que a maioria dos profissionais mantém. Não foram encontrados estudos que analisassem a mobilidade psicológica entre os vínculos, ainda que exercidos no mesmo período de tempo. À dificuldade em mensurar a mobilidade psicológica que possa ocorrer na trajetória de carreira dos profissionais com um vínculo ou atividade de trabalho, soma-se a de entender como os variados vínculos podem representar mobilidade psicológica em diferentes períodos e no mesmo período de trabalho.

Alguns estudos mais recentes criticam o termo sem fronteiras, defendendo o estudo das fronteiras como a grande possibilidade de avanço das pesquisas acadêmicas (INKSON *et al*, 2012; CURRIE, TEMPEST; STARKEY, 2011; RODRIGUES, GUEST, 2010).

Inkson *et al* (2012) propõem uma visão crítica sobre o tema carreira sem fronteiras, baseada em cinco aspectos: falta de delimitação clara do conceito; rotulagem imprecisa; ênfase no papel dos indivíduos, em detrimento das organizações e da sociedade; normalização do conceito (no sentido considerar um termo que é uma representação como sendo um fato); falta de base empírica para alegação da dominância desse tipo de carreira na atualidade. As fronteiras existem e são ou não ultrapassadas, devendo ser as próprias fronteiras o foco dos estudos acadêmicos, que poderão ser mais robustos dadas as possibilidades de entender aspectos restritivos, facilitadores e pontuais.

Os autores defendem que:

A carreira sem fronteiras desempenhou o seu papel no desenvolvimento da promessa inicial de estudos de carreira para fins de integração. Agora é o momento, sugerimos, para trazer de volta os limites, e usá-los para realizar essa promessa (*Ibid*, p. 335) (tradução nossa).

Currie, Tempest e Starkey (2011) também preconizam a necessidade de estudar a fronteira, e discutem o impacto das novas fronteiras sobre os empregados e empregadores. Foi feito estudo de caso comparativo, entre uma indústria televisiva (com perspectiva de carreira

sem fronteiras) e uma grande burocracia de varejo (com perspectiva de carreira organizacional), com foco nos profissionais da média gerência.

Apesar de aceitar o conceito de novas estruturas de carreira, o estudo conclui que os empregados têm a cultura das formas tradicionais, tendo dificuldade em aceitar as mudanças nos padrões de carreira, o que justifica o estudo de sistemas de carreira nas organizações. Nesse contexto as carreiras permanecem com fronteiras, as quais estão em processo de mudança.

Os autores supracitados apontam o declínio da importância das organizações em determinar as sequências de trabalho das pessoas, ao mesmo tempo em que outras estruturas sociais assumem maior influência sobre o sentido e direção da carreira. Portanto ao invés de sem fronteiras, as carreiras apresentam novos limites e fronteiras, sobre os quais os estudos devem debruçar-se (*Ibid.*).

Outro importante argumento apresentado pelo estudo de Currier (*ibid.*), com base em Van Buren (2003) e Waterman *et al.* (1994) é de que, por trás do discurso de flexibilização, rede e indivíduos empreendedores, presentes no conceito de carreiras sem fronteiras, há uma estratégia de corte de custos, em que as empresas transferem o risco para o empregado, o que representa perdas para a maioria dos empregados, exceto para os de alta empregabilidade com base no seu conhecimento.

A pesquisa concluiu que coexistem forças determinantes de carreira sem fronteiras e com fronteiras mais definidas, com aumento da mobilidade inter-organizacional e diminuição da mobilidade ocupacional, devendo ser o foco dos estudos entender como o contexto afeta e remodela os limites e fronteiras da carreira e quais respostas os indivíduos e organizações têm dado a isso. Também os achados do estudo de Currier (*ibid.*) reforçam a aplicabilidade do conceito para os profissionais da geração X, os quais aceitam melhor a mobilidade, enquanto que os profissionais da geração anterior sentem-se mais familiarizados com a carreira tradicional. Em suma, mais pessoas deslocam o *locus* da carreira de fora do limite da organização para a estrutura social ou profissão, em que novas instituições conferem senso e direcionam sua vida no trabalho. Essa mudança traz a necessidade de revisão das práticas de Recursos Humanos, readequando-as ao aumento da importância das estruturas sociais que modelam a carreira.

Rodrigues e Guest (2010) analisaram o conceito de carreira sem fronteiras de maneira crítica, apontando problemas conceituais e operacionais do conceito. Desenvolvem o argumento de que não há provas empíricas de que a carreira tradicional esteja em colapso e reconceitualizam os limites de carreira a partir da importância da análise das fronteiras. Há

diferenças entre os tipos de trabalho em relação à ausência de fronteira e enraizamento que afetam a mobilidade na carreira.

Estudar a carreira médica utilizando metodologia qualitativa interpretativa permite captar aspectos relativos às fronteiras e ao contexto, trazendo a percepção dos indivíduos sobre as estruturas sociais, fronteiras e barreiras determinantes para sua carreira. O objetivo deste trabalho é trazer luz a aspectos relevantes para a compreensão das carreiras baseadas no conhecimento.

Outro importante conceito definido para as carreiras ditas não tradicionais é o de carreira proteana, que será foco do próximo subitem.

2.3 Carreira proteana e sua inter-relação com carreira sem fronteiras

O termo carreira proteana foi primeiramente definido por Hall em 1976, em contraposição ao conceito de carreira tradicional. A análise do autor sobre o surgimento e evolução do termo, no contexto americano e mundial, considera a intercausalidade dinâmica e complexa das variadas dimensões envolvidas na criação da identidade a partir da relação homem-trabalho.

O surgimento do termo é situado no turbulento contexto americano da contracultura, em que os *baby boomers*, ávidos por liberdade, iniciam a carreira. O sucesso psicológico e a satisfação no trabalho aparecem como questões chave para análise da carreira (ver Quadro 1 Hall, 2004).

Com a crise econômica do petróleo nos anos 80 a necessidade de corte de custos levou às reestruturações e *downsizing*, com início da globalização da produção na busca por mão-de-obra mais barata nos países em desenvolvimento. As mudanças tecnológicas impactaram na relação organização-trabalhador, trazendo a questão-chave do comprometimento organizacional para as pesquisas acadêmicas. O foco estava em crescer dentro da organização, sobrevivendo aos processos de reestruturação.

Nos anos 90 o autor centrou seus estudos nas mudanças no contrato de carreira, tanto em relação às pessoas (expectativas não atendidas) quanto às organizações (a comunicação do novo contrato).

Apesar do surgimento do termo em 1976, apenas nos anos 2000 ele começa a aparecer de forma significativa nas pesquisas.

Na esteira dos estudos sobre as mudanças no contrato de trabalho de longo termo – relacional – para curto termo – transacional (ROUSSEAU, 1995) os estudos sobre como as

mudanças na economia transformaram as carreiras consolidaram a importância do contexto para entender a relação homem-trabalho.

Enquanto pesquisas apontam o crescimento do papel do indivíduo em sua busca por sucesso subjetivo, majoritariamente alcançado pelas pessoas com orientação proteana (MINTZ, 2003, *apud* HALL 2004) é possível também observar que o modelo de carreira tradicional é presente em muitos grupos de pessoas (como mulheres) e organizações (GRATTON; ZALESKA; DE MENEZES, 2002, *apud* HALL, 2004).

Ainda segundo Hall (2004), algumas características mais encontradas nas pessoas que apresentaram transformações na carreira com orientação proteana, como extroversão, abertura às novas experiências, afabilidade e consciência, permitem definir duas metacompetências necessárias para essa transformação: adaptabilidade e identidade – ou autoconsciência. Seu desenvolvimento permite que as pessoas aprendam com a experiência e desenvolvam as novas competências necessárias.

O desenvolvimento de ambas deve ser simultâneo, porém pode ocorrer de forma desnivelada, conforme aponta a figura 2.



Figura 2: Efeito interativo das duas metacompetências: adaptabilidade e auto-consciência

Fonte: adaptado de Hall, 2004, p. 7

Pesquisa realizada pelo autor com objetivo de medir orientação proteana apontou como fatores de maior relevância o quanto a pessoa era guiada por valores pessoais (em

detrimento de salários ou outros fatores extrínsecos) e o quanto se sentia independente e no comando de sua carreira. Também foi encontrada média correlação entre carreira proteana e sem fronteiras, sugerindo que, apesar de correlatos, são constructos independentes.

Briscoe e Hall (2006) definem os dois conceitos como sobrepostos, porém distintos. Os autores propõem que, ao invés da lógica dualista entre ser ou não proteana ou sem fronteiras, a criação de mais categorias de análise poderia ajudar os leigos na sua definição de identidade e percepção de oportunidades.

A possibilidade de combinação dos dois conceitos a partir dos estudos realizados é descrita no quadro 1.

Para substituir a definição dicotômica – ter ou não carreira proteana e sem fronteira – os autores propõem variadas combinações em uma matriz que considera duas características da proteana (guiada por valores e gerenciamento de carreira auto-dirigida) e duas da carreira sem fronteiras (mobilidade física e mobilidade psicológica). A partir das combinações os autores definem algumas categorias como arquétipos, assim como seus desafios, conforme quadro 1.

Os autores descrevem as características e desafios dos perfis definidos, sugerindo opções para o desenvolvimento, conforme segue:

- prisioneiro/ perdido: por não serem guiados por valores pessoais que possam direcionar suas escolhas e não terem perspectivas sem fronteiras que permitam descobrir opções, as possibilidades são restritas e com pouco controle. Reagem para sobreviver por não enxergarem além das fronteiras e seu sucesso depende da sorte e das circunstâncias exteriores. Podem ser estimulados com processos básicos de desenvolvimento de carreira que aumentem a clareza e auto-eficácia. Recomendada exposição a atividades de exploração externa e interna, como grupos, entrevistas e outros que estimulem o desenvolvimento de valores e a percepção do contexto.

Características proteanas		Características sem fronteiras			Arquétipo	Desafio pessoal	Desafios grupo de apoio e org.
Auto-dirigida	Guiada por valores	Mobilidade psicológica	Mobilidade física				
Pouco	Pouco	Pouca	Pouca	Prisioneiro/perdido	sobreviver	Expandir perspec.	
Pouco	Muito	Pouca	Pouca	Fortificado	Org. com valores correspondentes	Abrir a mente e percepção só fica em posição se for exata.	
Pouco	Pouco	Pouca	Muita	Andarilho	sempre achar novos caminhos	Identificar bons ajustes e desenvolver auto-direção	
Pouco	Muito	Muita	Pouca	Idealista	Sempre ter novos desafios, sem mudar fisicamente	Desenvolver adaptabilidade. Estimular que saia da zona de conforto	
Muito	Pouco	Muita	Pouca	Organizacional	Achar org para demonstrar boa performance	Aumentar auto consciência, não se iludir com performance	
Muito	Muito	Muita	Pouca	Cidadão sólido	Mobilidade física é ameaça	Manter diversidade de talentos e estimular cidadão sólido	
Muito	Pouco	Muita	Muita	Pistoleiro/mercenário	Identificar as oportunidades de crescimento através das fronteiras	desenvolver líder que possa realizar mudanças	
Muito	Muito	Muita	Muita	Arquiteto proteano	Alavancagem com impacto	Proporcionar situações em que brilhe e aprenda. Demanda paciência.	

Quadro 1: Combinações de carreira proteana e sem fronteiras: perfis e desafios de desenvolvimento.

Fonte: Adaptado de Briscoe e Hall, 2006, p. 11

- fortificado: valores claros e desenvolvidos, porém não enxergam oportunidades além das fronteiras psicológicas e físicas. Necessitam de estabilidade e sentem-se satisfeitos em condições que coincidem com seus valores, difíceis de ser encontradas ou sustentadas em médio ou longo prazo, no atual contexto. Podem ser estimulados a maior conscientização das oportunidades além dos limites, bem como a ter independência na busca por novas oportunidades.
- andarilho: sem fronteiras físicas, mas psicológicas e baixa orientação proteana. Por não serem auto-dirigidos em termos de valores são muito controlados pelas oportunidades, ao invés de dirigi-las. O desafio para o seu desenvolvimento é aprender a sintonizar-se com seus valores e não render-se à última oportunidade. Difícil para a organização conseguir mante-lo.
- idealista: guiados por valores, sem fronteiras psicológicas, porém não fazem autogerenciamento de carreira e não cruzam limites físicos. Buscam achar, manter e proteger (ou ser protegidos por) uma situação de carreira que possam ser idealistas, sem necessidade de mobilidade física. Precisam de organização com valores fortes,

mas que permita que olhem além dos limites. Devem ser encorajados a gerenciar sua carreira, expondo-os a oportunidades de mobilidade física, incentivá-los a agir.

- homem e mulher organizacional: forte habilidade em gerenciar a carreira, porém não possuem valores claros, enxergam mais as necessidades da organização, mas não têm clareza das próprias. Muito perigoso esse tipo, segundo os autores, porque, mesmo tendo sucesso e reconhecimento externo por cumprir metas organizacionais, nunca alcançam grande potencial pela falta de desenvolvimento de seus valores. Devem ser encorajados a reflexão.
- cidadão sólido: é proteano no sentido de ser auto-dirigido e guiado por valores, mas não ultrapassa limites físicos, por preferência ou circunstância. As organizações necessitam de pessoas guiadas por valores dispostas e curiosas a aprender, como as pessoas deste perfil, porém necessitam também da mobilidade física, mesclando esse perfil com outros.
- pistoleiro/ mercenário: não são focados em valores, buscam oportunidades que tragam vantagens e recompensas. Podem funcionar como excelente recurso e ferramenta de trabalho, mas não são líderes que propiciem mudança, devido à falta de valores. Devem ser estimulados a desenvolver valores.
- arquiteto de carreira proteana: todas as quatro dimensões desenvolvidas. Pessoa é auto-dirigida, guiada por valores, sem fronteiras físicas e psicológicas. Os autores citam dois exemplos emblemáticos desse perfil: Gandhi e Percy Barnevik, capazes de convicção, auto-regulação, mente aberta, respeito a outras culturas e com valores fortemente desenvolvidos. Grandes líderes, porém raros. O desafio para a organização é oferecer oportunidades para aplicar sua habilidade rara.

Essa classificação foi utilizada em estudo descritivo com profissionais da geração Y no Brasil por Cordeiro, H.T.D. (2012), em sua maioria jovens, solteiros, mulheres e com alta escolaridade. Além dos perfis definidos por Briscoe e Hall a autora definiu mais três perfis: proteano estável (autodirecionado a carreira, orientado a valores, baixa mobilidade psicológica e mobilidade física neutra); viajante orientado (baixo auto-direcionamento na carreira, alta orientação por valores, baixa mobilidade psicológica e alta mobilidade física) e buscador (baixo autodirecionamento na carreira, orientação por valores neutra, alta mobilidade psicológica e física). O perfil predominante foi o de arquiteto de carreira proteana,

sendo o perdido o menos encontrado entre a amostra. Os achados sugerem que, no Brasil, as pessoas mais jovens vivenciam as novas carreiras.

Algumas questões foram definidas por Hall em 2004 para que os estudos sobre carreira proteana possam trazer maior consistência empírica aos conceitos: como estudar o conceito e operacionaliza-lo; a combinação da característica proteana como um traço ao nascimento e seu desenvolvimento a partir das experiências; como mudar e preservar a identidade; quais eventos acionam as mudanças nos múltiplos ciclos de carreira; e qual o papel das organizações no desenvolvimento da carreira proteana.

Nessa linha definida pelo autor, pretende-se que a operacionalização do conceito seja feita a partir do histórico da carreira médica. As questões referentes à mudança na identidade do profissional médico serão estudadas na perspectiva histórica, eventos próprios e seus ciclos. O papel do SUS enquanto organização e agente que define o contexto do desenvolvimento da profissão médica será considerado neste estudo.

O conceito de carreira proteana foi explorado em estudo sobre transição de carreira de Baruch e Quick (2007). A pesquisa envolvendo almirantes aposentados da marinha dos Estados Unidos em transição para carreiras civis, ou seja, de carreira altamente estruturada em empresa muito hierarquizada para ambiente dinâmico e instável, caracterizou transformação proteana. A transição para segunda carreira, antes rara ou impensável, para esses profissionais que se aposentam ainda jovens e produtivos foi facilitada pelo desenvolvimento das três competências definidas na abordagem de carreira sem fronteiras (ARTHUR; ROUSSEAU, 2005) – *knowing why*, *knowing how* e *knowing whom*. Outro fator decisivo para o sucesso da transição suave foi o papel do sistema de gerenciamento de carreira da organização: a percepção de apoio foi positivamente relacionada com menor tempo até a recolocação. Segundo os autores as competências desenvolvidas por esses profissionais são desejáveis aos CEOs de grandes corporações. A transição na carreira não será fruto da pesquisa, porém o estudo tem como um dos objetivos entender os determinantes para a mudança de vínculos, para o qual o papel das três competências definidas pelos autores será importante.

A contribuição da orientação proteana de carreira na recolocação foi tema de estudo longitudinal de Waters, Briscoe, Hall e Lang (2014). Definida como “o grau em que um indivíduo administra sua carreira de uma forma pró-ativa, auto-dirigido, baseado em valores pessoais e critérios de sucesso subjetivos” (DIRENZO; GREENHAUS, 2011; HALL, 1996, *apud* WATERS *et al*, 2014). Pessoas com essa orientação apresentaram maior autoestima, maior atividade na busca por emprego, recolocação mais rápida, melhoria no trabalho e crescimento na carreira. Interessante achado da pesquisa refere-se à diminuição da orientação

proteana quando os participantes se realocavam, sugerindo que tem papel importante durante o período de desemprego, e que deveria ser objeto de estudo e desenvolvimento em períodos de crise como atualmente no Brasil, Europa e outras regiões.

Também importante estudar a carreira médica a partir do conceito definido por Hall e Chandler (2004) como chamado. Os autores apontam a interdependência entre carreira subjetiva e objetiva, em que a carreira subjetiva determina os resultados ou carreira objetiva. O chamado para o sucesso, o qual pode ser observado objetivamente, é o sucesso psicológico, definido por Hall (1976) com base nos estudos de Kurt Lewin (1936). Quando há um propósito na vida que soa como um chamado, e o trabalho serve a esse propósito o resultado é a satisfação profunda e o sucesso psicológico.

Nessa perspectiva, segundo os autores, a crença de que o trabalho deve trazer resultados para a humanidade, e não só para o indivíduo, amplia o desenvolvimento das metacompetências definidas e exige reflexão que permita definir seu papel. Assim como o conceito de *knowing why*, definido por Sullivan e Arthur (2005) como a primeira motivação ou propósito que leva o indivíduo a uma carreira, o chamado é intrínseco, porém com um significado mais amplo do que o individual. É quando a primeira motivação está relacionada à coletividade.

O *knowing-why* refere-se à primeira motivação ou propósito que levou o indivíduo à uma carreira. A experiência desenvolve, a partir dessa motivação, novos ativos técnicos, interpessoais ou conceituais, que são definidos como o *knowing-how*.

A carreira médica está imbricada com o conceito do chamado, pesquisas com estudantes de medicina revelam que esse chamado é presente na quase totalidade dos profissionais como fator determinante na escolha tanto da profissão médica quanto da especialidade. Soria *et al* (2006) pesquisaram sobre os fatores que levaram estudantes de medicina da Faculdade de Zaragoza a escolher curso. Os principais fatores de decisão encontrados foram altruístas/humanitários, o que levou os autores a concluir que esses estudantes possuem um alto grau de vocação social, com alto nível de exigência e motivação intelectual. Porém o artigo aborda também as condições do contexto, em que o crescimento do papel do Estado determina as condições do exercício da profissão, as tentativas de manter o prestígio e qualidade do profissional (recertificação na Espanha e Revalida no Brasil) e as características que parecem comuns aos dois países, relativas à vocação e inserção no sistema de saúde.

Observa-se que, apesar do chamado estar presente nas pesquisas com estudantes de medicina, o contexto tem atuado de maneira a diminuir sua importância. Sobrecarga, falta de

condições de trabalho, mercantilização, impotência ao lidar com a morte em condições adversas, diminuição do valor social e outros fatores podem ser citados como impactantes.

Utilizar o conceito de carreira proteana, definida por valores internos e auto guiada, associada ao conceito de carreira como um chamado e combinada ao estudo de características proteanas pode ser um caminho para entender a especificidade e complexidade da carreira médica.

Sullivan e Baruch (2009) apontam a reedição das carreiras tradicionais por alguns autores, a partir da observação de padrões mais tradicionais em indivíduos que permanecem longo tempo em organizações que oferecem estrutura estável que permite seu desenvolvimento. Também apontam a ocorrência de carreiras híbridas, com elementos de carreira tradicional e não tradicionais, combinados de variadas formas, o que pode ser considerado na análise dos múltiplos vínculos de trabalho concomitantes que o médico estabelece.

Uma variação na definição de carreiras não tradicionais é o conceito de carreira caleidoscópica (MAINIERO; SULLIVAN, 2006), em que o indivíduo muda seus padrões de carreira com a rotação de aspectos variados de sua vida, na tentativa de arranjar as relações e papéis. As mudanças podem ocorrer como resposta a estímulos externos ou internos. Os três espelhos do caleidoscópio, os quais viram criando padrões são representados por três parâmetros, a saber: autenticidade (promove mudanças para ser verdadeiro), balanço (equilíbrio entre aspectos do trabalho e os outros da vida) e desafio (necessidade de trabalho estimulante). Esses três fatores influenciam as decisões de carreira de maneira diferente nos gêneros e gerações. Os autores propõem que o tema carreira seja estudado considerando os efeitos de fatores como cultura, nação, gênero, economia, relações pessoais e família. Assim seriam abrangidos os modelos tradicionais e não tradicionais, os quais coexistem nos diversos contextos. Sugerem também que os estudos sobre as carreiras não tradicionais sejam feitos considerando um modelo integrativo que combine os dois conceitos – sem fronteiras e proteana.

O referencial teórico de carreiras sem fronteiras e proteana traz algumas características das carreiras não tradicionais que serão investigadas no presente estudo.

2.4 Autogestão de carreira

Autogestão de carreira é um processo, caracterizado por vários autores em diferentes abordagens, todas considerando haver variados estágios, tendo a exploração como importante componente.

O termo é utilizado na psicologia vocacional em modelo conceitual desenvolvido por Crites (1969) baseado no ajuste entre sucesso e satisfação: se não houver obstáculos para que as metas de sucesso sejam atingidas nenhum ajuste é necessário. Do contrário, havendo frustrações ou conflitos externos ou internos, o ajuste é necessário e ocorre por meio de mecanismos mais ou menos integrativos visando eliminar as condições frustrantes. A satisfação ou sucesso seria a medida do quanto o trabalhador conseguiu fazer estes ajustes.

O próprio autor reconheceu, posteriormente, que os dois conceitos são independentes: pode haver sucesso sem satisfação e vice-versa (CYTRYNBAUM; CRITES, 1989).

King (2004) considerou o modelo de Crites como ponto de partida para entender autogestão de carreira em carreiras tradicionais e não tradicionais, explicando o ajuste vocacional a partir de três componentes adaptativos: posicionamento, influência e gestão da fronteira, os quais são determinados por autoeficácia, desejo de controle e âncora de carreira. A autora, considerando os desafios trazidos pela instabilidade do ambiente, define autogestão de carreira como “a gama de comportamentos que se destina a prevalecer sobre as decisões tomadas pelos guardiães”, estes as pessoas que estão em posições-chave na organização ou estrutura social e têm o poder de influenciar o progresso na carreira. As carreiras que transcendem os limites da organização são afetadas por um número muito maior de guardiães, desde clientes a possíveis empregados, exigindo maior esforço. A autogestão da carreira é a maneira de navegar no ambiente turbulento e instável. Os comportamentos de posicionamento – desenvolver contatos, habilidades e experiências para atingir os resultados desejados na carreira- podem levar à satisfação com a vida e a carreira.

Schein (1978) definiu os ciclos de carreira e seus estágios, os quais se iniciam com a fase da exploração, quando do ingresso no mundo do trabalho. O aprendizado sobre a nova realidade e sobre si mesmo permite escolhas realisticamente embasadas. Stumpf *et al.* (1983) definem o estágio de exploração como a busca de informações sobre si mesmo e as oportunidades no ambiente. As pessoas engajadas na exploração podem ter um claro senso de autoconceito vocacional.

Greenhaus (1987) define autogestão de carreira como um processo que tem início com a fase da exploração, em que o indivíduo coleta informações sobre valores, interesses, forças

e fraquezas. Na segunda fase identifica meta de carreira e na terceira define estratégias que aumentem a possibilidade de atingir as metas.

Weng e McElroy (2010) estudaram o desenvolvimento da carreira sob a perspectiva do ajuste entre a pessoa e a mudança de emprego. Os autores diferenciam decisão sobre emprego e decisão eficaz sobre emprego, sendo a eficácia dada pela congruência ou ajuste entre as decisões, que levem a uma mudança na carreira. O estudo concluiu que a exploração, traduzida em autogestão da carreira com clareza do autoconceito, permite decisões de melhor qualidade quando mudam de emprego. Os resultados também corroboraram as três dimensões da autogestão da carreira: exploração, desenvolvimento de metas e estratégia de implementação, estando a exploração de carreira associada a satisfação com a decisão de carreira.

Raabe, Frese e Beehr (2007) utilizaram a teoria da autorregulação para promover ações de desenvolvimento de autoconhecimento, comprometimento com metas de carreira e melhoria da qualidade do plano de carreira, o que resultou em aumento de comportamentos de autogestão de carreira e conseqüente aumento de satisfação. A teoria da auto regulação define os passos para uma sequencia de ação: metas, coleta de informações, planejamento, execução e *feedback*. O monitoramento do ambiente permite recolher informação para planejar o curso da ação. Segundo os autores a autogestão de carreira pode ser estimulada pelos gestores, uma vez que metas, planos e feedbacks são parâmetros relevantes para regular ações.

Defendendo a necessidade de trazer às pesquisas sobre o tema uma perspectiva mais voltada ao indivíduo, Quigley e Timon Jr. (2006) desenvolveram um modelo de processo integrativo para explicar os mecanismos pelos quais a motivação intrínseca influencia a autogestão de carreira e o subsequente sucesso objetivo e subjetivo na carreira. O modelo descreve a contribuição dos quatro componentes da motivação intrínseca para a autogestão de carreira: significado, competência, escolha e progresso.

O sentimento de significado ocorre quando o indivíduo progride em um padrão que vale a pena seu esforço e tempo. O sentimento de competência é quando a pessoa se sente hábil para executar as tarefas que escolheu. O indivíduo tem o sentido da escolha quando se sente livre pra escolher atividades que façam sentido e para os quais se sente capaz de executar de maneira correta. O sentimento de progresso é quando a tarefa avança e as atividades realmente realizam algo importante (QUIGLEY; TIMON JR., 2006).

Os autores enfatizam a aplicabilidade do modelo aos profissionais que têm certo controle sobre sua mobilidade e escolhas, como os profissionais do conhecimento, foco do presente estudo. Apesar de reconhecer a importância que aspectos externos podem ter para a

autogestão da carreira, o senso subjetivo de sucesso na carreira é visto como o aspecto mais importante para o modelo que foca no desenvolvimento da carreira em um longo intervalo de tempo, através de várias ocupações, trabalhos e organizações. Estas características do modelo permitem sua aplicabilidade no presente estudo, que tem foco em profissionais do conhecimento formados há mais de dez anos, em sua trajetória na carreira desde a graduação até o presente momento.

Importante contribuição foi trazida pelos autores supracitados à discussão sobre autogestão de carreira o estudo sobre a relação entre sucesso objetivo e subjetivo: os indivíduos que buscam seguir um caminho voltado a atingir sucesso subjetivo, de acordo com suas aspirações, quando estão inseridos em um ambiente propício – uma organização– alcançam sucesso objetivo em longo prazo.

A mesma interdependência foi apontada por Hall e Chandler (2005), e ocorre desde que o indivíduo seja guiado por valores (orientação proteana de carreira).

O estudo teórico resulta em proposições, duas das quais serão objeto de estudo neste trabalho: de que a autogestão de carreira é positivamente relacionada com sucesso subjetivo na carreira e que as sensações de significado, competência, escolha e progresso levam a uma avaliação positiva do indivíduo sobre o efetivo engajamento na autogestão da carreira (QUIGLEY; TIMON JR., 2006).

Os autores sugerem, ainda, que entrevistas semiestruturadas podem investigar aspectos como (QUIGLEY; TIMON JR., 2006, p. 537):

- o quanto se envolveram na autogestão de carreira;
- o que consideram ser os maiores impulsos para sua autogestão de carreira (e se há diferenças quando a motivação intrínseca é identificada como um antecedente);
- se acreditam que as atividades de autogestão de carreira trouxeram como resultado maior sucesso subjetivo e objetivo na carreira.

Apesar de a metodologia proposta para este trabalho prever que o roteiro das entrevistas semiestruturadas da segunda fase será determinado pelas entrevistas abertas da primeira fase, os conteúdos da revisão teórica serão utilizados na análise do conjunto das entrevistas.

No próximo subítem será apresentada a carreira do profissional médico, inserida no contexto histórico e social.

2.5 Carreira do profissional médico

A identidade do profissional médico construiu-se a partir da cultura e do sentido atribuído a ele pela sociedade ao longo do tempo. Inicialmente como práticas ligadas ao conhecimento popular, seu surgimento enquanto prática relacionada ao conhecimento científico e regido por legislação relaciona-se à admiração da ciência pela sociedade, que reconhece a profissão. Portanto, “o título de doutor surgiu ‘legalmente’ no século XV quando apareceram as leis, os currículos, os exames que regulamentavam o exercício da medicina na universidade medieval.” (HOIRISCH, apud RODRIGUES, 2007, p. 42).

Dessa forma, a profissão do médico – entendida como a arte ou ciência de evitar, curar ou atenuar as doenças – é compreendida como produto da história e existente dentro de um contexto que emerge de uma antiga tradição de cura (RODRIGUES, 2007, p. 43).

Somente a partir da segunda metade do século XIX, com a complexidade dos problemas e intervenções, decorrente do constante crescimento da população, surgiu a necessidade do hospital, centro especializado de unidades e serviços. Esse fato marcou o início da valorização do conhecimento técnico e científico sobre o conhecimento não científico e emocional (RODRIGUES, 2007).

No Brasil, estudo desenvolvido por Kanikadan (2010) aponta que a profissão de médico desenvolveu-se a partir da legislação sanitária de 1892, em que foi consolidada a profissão e criada a condição para os profissionais adaptarem-se às necessidades da época. O fato gerador da criação de tal legislação foi a vinda da família real ao Brasil e a consequente necessidade de controle de doenças endêmicas e epidêmicas.

No século IX a febre amarela evidenciou a necessidade de saneamento e saúde, o que contribuiu para a consolidação da profissão, porém foi somente no final daquele século que houve o surgimento da medicina científica no Brasil (KANIKADAN, *Ibid.*).

Estudos mais recentes, já citados nesse trabalho (LACERDA, 2008; RODRIGUES, J.V.C. 2007) apontam para características atuais próprias da carreira do médico, tais como fragilidade dos vínculos com as organizações, independência e necessidade de liberdade para sentir-se realizado.

Considerando a medicina um trabalho social, Schraiber (1995) investigou a autonomia desses profissionais por meio de narrativas orais como testemunhos pessoais dos médicos formados entre 1930 e 1955. A pesquisa qualitativa buscou apreender as representações dos sujeitos sobre a profissão, buscando dados sobre o exercício da medicina. Foi observada neste período a perda de autonomia e assalariamento decorrentes da institucionalização e

massificação da medicina, com o crescimento do Estado como agente determinante do exercício.

A mudança da medicina liberal para a tecnológica trouxe mudanças na imagem do médico de “homem de vocação – homem esforçado” para “homem de empreendimentos”, que conquista sua independência profissional e econômica por meio da competência de se auto-empresariar, seja em seu consultório ou em instituições. A relação de produção do serviço, antes acionada pelo paciente, passou a ter intermediários – como o livro do convênio ou as políticas de credenciamento – que acabaram por afastar o médico de sua clientela. A autora fala desses intermediários como engrenagens na medicina, que substituíram a relação antes baseada na confiança e no aspecto técnico. As engrenagens explicitam a relação comercial e transformam o significado do serviço, restringindo a liberdade prática do médico (SCHRAIBER, 2008).

Schraiber (*ibid.*) destaca aspectos relativos às mudanças trazidas à relação médico-paciente pela tecnologia, para onde se viu transferida parte da confiança antes estabelecida na relação. Os exames complementares objetivam o raciocínio do médico, ao mesmo tempo em que intermediam e podem tornar-se o ponto central da relação. A autora aponta a criação de um círculo vicioso, em que os pacientes demandam mais exames, o médico responde solicitando-os e as instituições esperam que se peça maior número de exames. Funcionando como um fim, o exame distancia o médico de si mesmo, porém quando são parte de uma reflexão a partir do conhecimento clínico podem funcionar como auxílio do saber. “restituídos os exames à sua condição de meios, o médico também retornará a sua condição de sujeito detentor de conhecimentos e técnicas, reencontrando um saber que é seu” (*ibid.* p. 190).

A necessidade de reflexão crítica no cotidiano da prática da medicina gera desenvolvimento do conhecimento científico e “reencontro do médico com seu saber [...] com o paciente, através da revalorização da instância do agir e da dimensão prática na intervenção” (*ibid.*p. 195).

A tecnologia também pode tornar-se intermediária que substitua a comunicação verbal, ao invés de facilitar e aumentar as informações, criando barreiras e dificultando as decisões.

O estudo conclui que o médico deixou de representar a medicina liberal para tornar-se um intermediário entre a tecnologia e o paciente. Propõe superar a crise de confiança a partir da valorização da experiência clínica e das interações, ultrapassando a inversão de sentidos representada pela reificação da tecnologia, não só na interação do médico com o paciente, como nas interações humanas em geral, em que há “superabundância factual e espacial e a

individualização das referências” (*ibid.* p. 206). Relações entre indivíduos que reconhecem pertencer a um mesmo contexto, o qual constitui a sociedade, que é o lugar da identidade são definidas pela autora como o encontro identificador, ao invés de interações simuladas e ilusórias.

As interações ocorridas durante o processo de formação dos profissionais médicos são fundamentais não só para a formação técnica, mas para a formação da cultura e valores compartilhados. Além das mudanças curriculares em andamento, visando atender à necessidade de formação em atenção básica, é consenso a necessidade de mudança na formação do médico, a qual encontra barreiras que foram alvo de estudo de Costa (2007). Fatores tais como desvalorização do professor médico e atividades de ensino em detrimento da pesquisa, falta de identidade docente, deficiências pedagógicas na formação, resistência a mudanças e individualismo foram apontados como entraves para as mudanças necessárias. Algumas alternativas são apontadas pela autora, como o paradigma da integralidade, que enfatiza a saúde e não a doença, assim como a necessidade de capacitação do professor médico com ênfase na competência pedagógica, e não na técnica. Com isso a formação contemplaria aspectos éticos e humanísticos, com o desenvolvimento de postura reflexiva.

A importância dos valores dos professores médicos para a formação da identidade profissional dos estudantes foi alvo de estudo de Bulcão e Sayd (2003) que utilizou a metodologia de história oral em entrevistas com onze professores de diferentes especialidades de uma escola pública do Rio de Janeiro. A perda do prestígio e as restrições à autonomia liberal foram identificadas como determinantes de uma nostalgia e perplexidade desmotivadoras, com reflexos na socialização e formação dos valores éticos de seus alunos.

Essa característica da formação dos médicos é determinante para a carreira e formação da identidade desses profissionais. A importância do contexto e da subjetividade para a pesquisa qualitativa será detalhada no capítulo da metodologia.

Além das mudanças qualitativas na formação e exercício da profissão médica, os indicadores da relação médicos por mil habitantes tem sido alvo de controvérsias, tendo a distribuição geográfica irregular dos médicos no país sido a justificativa para a criação do Programa mais Médicos pelo governo federal (BRASIL, 2013). Estudo de Póvoa e Andrade (2006) buscou entender os determinantes da desigualdade, conforme consta em tabela 1. Corroborando as teorias de carreiras, os médicos são atraídos por oportunidades de aperfeiçoamento em grandes centros urbanos, sendo a oferta de vagas em programa de residência médica fator decisivo de atração.

Outras características importantes, além da concentração dos profissionais em grandes centros urbanos do Sudeste do Brasil foram identificadas em análise comparativa da força de trabalho em saúde entre as décadas de 1980 e 1990. Crescimento acelerado do número de profissionais; aumento da participação feminina; rejuvenescimento – este principalmente entre os de nível superior; aumento da participação do setor privado e diminuição do público na oferta de empregos para médicos, passando o privado de 22% para 37% do total; extensão da jornada de trabalho dos médicos, 46% trabalhavam mais de 50 horas por semana, como compensação de perdas salariais e substituição do trabalho autônomo (BORDIN; ROSA, 1998).

A seguir será abordado o contexto específico em que se desenvolve a carreira médica, com enfoque nos sistemas de saúde e SUS, Sistema Único de Saúde, criado pela Constituição Federal de 1988 e definido como ordenador do processo de formação dos profissionais de saúde no Brasil.

Tabela 1

Distribuição dos médicos por regiões e Estados. Brasil, 2001.

Região/Unidade da Federação	Percentual da população do Brasil	Percentual dos médicos	Médicos por 1.000 habitantes	PIB per capita (2000)
Norte	7,70	4,10	1,12	3.926
Rondônia	0,82	0,50	1,28	4.077
Acre	0,33	0,15	0,92	3.055
Amazonas	1,68	0,98	1,20	6.710
Roraima	0,20	0,14	1,49	3.443
Pará	3,68	1,90	1,07	3.054
Amapá	0,29	0,14	0,99	4.126
Tocantins	0,69	0,33	0,99	2.117
Nordeste	28,00	16,20	1,20	3.019
Maranhão	3,32	1,04	0,65	1.629
Piauí	1,67	0,71	0,88	1.875
Ceará	4,38	2,29	1,08	2.799
Rio Grande do Norte	1,63	1,20	1,53	3.347
Paraíba	2,01	1,48	1,53	2.682
Pernambuco	4,65	3,75	1,67	3.678
Alagoas	1,66	1,18	1,47	2.488
Sergipe	1,05	0,58	1,15	3.318
Bahia	7,67	3,98	1,08	3.688
Sudeste	42,60	57,70	2,81	8.788
Minas Gerais	10,52	9,75	1,92	5.934
Espírito Santo	1,83	1,80	2,04	6.951
Rio de Janeiro	8,45	19,59	4,82	9.581
São Paulo	21,83	26,57	2,53	10.013
Sul	14,80	14,20	1,99	7.708
Paraná	5,62	5,24	1,93	6.898
Santa Catarina	3,16	2,30	1,51	7.921
Rio Grande do Sul	5,98	6,62	2,30	8.357
Centro-oeste	6,90	7,80	2,34	6.576
Mato Grosso do Sul	1,22	1,09	1,84	5.708
Mato Grosso	1,49	0,88	1,23	5.362
Goiás	2,97	2,57	1,80	4.330
Distrito Federal	1,22	3,25	5,54	14.425

Fonte: IBGE (Censo Demográfico 2000); Ministério da Saúde (DATASUS – IDB 2002).

2.6 O contexto específico da carreira médica: sistemas de saúde e o sus

As condições de saúde podem ser definidas como as circunstâncias na saúde das pessoas que se apresentam de forma mais ou menos persistentes e que exigem respostas sociais reativas ou proativas, episódicas ou contínuas e fragmentadas ou integradas, dos sistemas de atenção à saúde, dos profissionais de saúde e das pessoas usuárias. (MENDES, 2012, p.31)

A criação do SUS representou a reforma sanitária e construção de um modelo de saúde descentralizado no Brasil, voltado para a atenção primária. Por outro lado, a adoção do modelo administrativo do “Estado mínimo” trouxe as contradições da opção por expandir a força de trabalho por meio da flexibilização dos vínculos, com todos os conflitos advindos (KOSTER, 2008).

Diferentes formas de contratação e de gestão têm sido utilizadas nas esferas federal, estadual e municipal em saúde no Brasil:

Contratação temporária, terceirização por meio de serviços prestados, bolsas de trabalho, estágios, contratos com entidades através de empresas ou cooperativas, contratos por órgãos internacionais, contratos privados lucrativos ou não lucrativos, contratos de gestão com organizações sociais, convênios com Organizações Sociais de Interesse Público (OSCIPS), etc. (BRASIL, 2011, p. 16).

No Brasil a aplicação destas modalidades a partir da década de 90 não se dá de forma hegemônica, sendo determinada por características do contexto regional. O maior determinante da adoção da flexibilização é a necessidade de respostas rápidas para a demanda por ampliação do serviço. Porém, problemas de ordem legal e gerencial são recorrentes, muitos devido ao tratamento desigual dado aos terceirizados (BRASIL, 2011). Também é adotada como forma de driblar as restrições impostas pela Lei de Responsabilidade Fiscal.

Mesmo tendo os estados e municípios como empresas contratantes, observa-se descumprimento da legislação de proteção aos trabalhadores. O debate sobre a necessidade de modelos gerenciais adequados à nova lógica é generalizado, abrangendo gestores, trabalhadores, legisladores, acadêmicos e sindicalistas, dentre outros (BRASIL, 2011).

A criação do SUS prevê a atuação do estado como regulador, sendo apontada a necessidade de bancos de dados com informações que permitam a tomada de decisão, monitoramento da força de trabalho e definição de padrão de regulação dos contratos para garantir condições de trabalho. Outra importante necessidade apontada é de estruturar-se

sistema de gestão de pessoas que permitisse a gestão integrada, orientado para resultados institucionais, organizacionais e individuais (BRASIL, 2011).

Essa necessidade esbarra na baixa capacidade gerencial, desconhecimento dos princípios e normas do SUS, falta de conhecimento dos trabalhadores em saúde sobre o SUS e baixa oferta de qualificação (BRASIL, 2011).

As formas de contratação direta utilizadas são:

- servidor estatutário (ingresso por concurso público);
- servidor celetista (contratado por prazo indeterminado e regidos pela CLT);
- regime especial/cargos comissionados (nomeados pela autoridade para o exercício do cargo, forte viés político).

As formas de contratação indireta são:

- terceirização – processo de trabalho na rede própria do SUS ou realizado em unidades cedidas pelo contratante;
- cooperativas – fornecem trabalho e fazem a gestão de uma ou mais unidades do SUS – a qual tem sido bastante criticada por burlar direitos dos trabalhadores;
- organizações sociais: associações civis sem fins lucrativos que devem ser habilitadas para prestar serviços que não são de competência exclusiva do estado;
- OSCIPs – Organizações Civis de Interesse Público: organizações do terceiro setor, reconhecidas pelo ministério público como de interesse público por promover saúde de forma gratuita, logo, por meio de recursos públicos.
- entidades filantrópicas e fundações privadas: parceiras certificadas, podem participar de convênios ou terceirização (BRASIL, 2011).

As Organizações Sociais, também conhecidas por OS's foram criadas pela medida provisória 1.591-2, de 4 de dezembro de 1997. Atuam em setores não exclusivos do governo a partir da transformação de instituições públicas em pessoas jurídicas de direito privado sem fins lucrativos, que podem ser fundações de direito privado ou associações civis sem fins lucrativos. Podem contratar pela CLT seguindo as regras do mercado de trabalho e recebem verba do governo por meio de contratos de gestão. São dirigidas por um conselho de administração, composto por membros do poder público, sociedade civil, membros eleitos e indicados (BRASIL, 1997).

Há vários questionamentos sobre esse modelo adotado. Franco (2008) aponta como contradições: a liberalidade de contratação com uso de verba pública pode gerar empreguismo

para “cabos eleitorais”, suas despesas custeadas por verba pública não são reguladas pelas normas do serviço público, recebem recurso público sem licitação e a falta de mecanismos de controle social sobre entidades de direito privado. O autor aponta ainda que a gestão de RH nesse modelo é “predominantemente centralizadora, autoritária e normativa [...] É garantida através do controle do trabalho por expedientes administrativos”. Para o autor um novo modo de lidar com gestão de recursos humanos em saúde parte da lógica solidária, em que a saúde é direito de cidadania, o que se contrapõe à lógica do mercado.

Alguns estudos apontam para resultados insatisfatórios da flexibilização no SUS, tais como:

diminuição do comprometimento, baixa estima do trabalhador, fragmentação do trabalho, e descontinuidade das ações de saúde; e por outro lado, não se colocaram em prática ações consistentes de educação continuada, e muito menos incentivos a programas de carreiras, cargos e salários para que se estimulasse os servidores do setor (CORDEIRO, 2001, p. 327).

Considerando o cenário internacional, os desafios referem-se a:

baixa remuneração, baixa motivação das equipes, iniquidades distributivas da força de trabalho, desempenho e responsabilidade (*accountability*) insatisfatórios dos profissionais, migração entre países, baixa capacidade de preparação e fixação da força de trabalho, sobrecarga no trabalho gerando aumento no absenteísmo (PIERANTONI *et al.* 2004, p. 54).

A análise pode apontar para uma globalização dos resultados insatisfatórios, apesar das diferenças existentes.

Estudo conduzido por Melo e Kviatkowski (2010) junto a administradores de unidades hospitalares no Brasil apontou que a terceirização não era conduzida de forma alinhada à estratégia devido à impossibilidade desses gestores identificarem o *core business* da organização hospitalar. Sendo o fator determinante para prática a redução de custos, não se identificavam os recursos humanos essenciais à estratégia, os quais acabavam sendo terceirizados. As conclusões do estudo corroboram a percepção de que a prática está relacionada à estratégia de baixo custo, ainda que as especificidades do trabalho em saúde exijam um olhar mais atento ao perfil de desenvolvimento dos profissionais.

Há uma discussão sobre o modelo de atenção à saúde e o papel dos médicos nesse modelo que não é exclusividade brasileira. Segundo Giovanella *et. all* (2009) o estudo comparativo dos sistemas de saúde em diferentes países permite compreender problemas que são comuns, assim como as soluções encontradas, ainda que o contexto social, político e histórico seja diferente.

Alguns aspectos relativos à perda de autonomia e terceirização dos vínculos, por exemplo, têm ensejado acirradas discussões sobre a privatização do modelo de atenção à saúde em vários países europeus. Maarse (2006) aponta uma tendência generalizada em enxergar a orientação da política pública reforçando ou diminuindo o peso da privatização. Identificar processos sociais espontâneos como resposta aos fracassos do sistema público pode ajudar a entender, por exemplo, o peso da insatisfação popular com as condições de assistência do SUS no apoio às iniciativas de privatização dos modelos de gestão ou ao Programa Mais Médicos.

Essa discussão afeta diretamente a carreira médica na atualidade. À medida em que os profissionais sentem a perda de autonomia e crescente importância do setor público na definição de sua área de atuação, revela-se uma mudança social em curso, a qual trará reflexos sobre sua inserção na sociedade.

Ao mesmo tempo em que a especificidade da realidade brasileira e do SUS são determinantes para a carreira médica, entender a posição do Brasil em relação a aspectos que são globais contribui substancialmente por ampliar o horizonte da pesquisa.

A tendência à privatização analisada em artigos referentes à situação em vários países trouxe a necessidade de reflexão sobre o papel do Estado nos sistemas de saúde, devido ao seu impacto direto na carreira médica estudada.

Encerrando este capítulo da revisão da literatura, base para focar o tópico de pesquisa, ao auxiliar no desenvolvimento do desenho da pesquisa a partir da identificação dos padrões correntes sobre o tema, será apresentada a definição do modelo conceitual que, conforme Miles e Huberman (1984), guia o trabalho de campo.

As evidências recentes sobre o tema a partir do olhar de diversos campos do conhecimento são apresentadas na figura 3.

A análise do tema iniciou-se pelo contexto, trazendo a evolução histórica da relação homem-trabalho, considerando as dimensões econômica, tecnológica, sociológica, antropológica e psicológica. Os conceitos carreira e gestão de recursos humanos foram entendidos de maneira integrada às características históricas. A evolução mostrou a natureza social do fenômeno estudado, com as implicações decorrentes.



Figura 3: Quadro conceitual da pesquisa
 Fonte: a autora, com base na revisão bibliográfica.

O aparecimento dos conceitos de carreiras não tradicionais ocorreu a partir das profundas mudanças no ambiente, referentes à globalização, enfraquecimento de estruturas e individualização, as quais trouxeram complexidade crescente e necessidade de entender aspectos relativos à mobilidade e valores como determinantes das escolhas e oportunidades.

O contexto específico da carreira médica, os sistemas de saúde e o SUS foram analisados também em sua multidimensionalidade histórica e social. Observaram-se profundas mudanças no exercício da profissão, inter-relacionadas com as diversas dimensões já citadas. O movimento de diminuição da autonomia e a mudança nos vínculos entre o médico e paciente, estes tendendo a ser intermediados pela tecnologia e por agentes institucionais como os convênios médicos e o SUS, trouxeram a necessidade de sofisticação dos constructos, conforme definido por Cuba e Lincoln (1994). Confronta-se essa diminuição de autonomia relatada nos estudos anteriores (SCHRAIBER, 1995) com o movimento de independência dos profissionais do conhecimento em relação às organizações, evidenciando uma lacuna importante a ser investigada.

A criação do Programa Mais Médicos e a mudança no currículo da graduação ocorridas em 2013 acenam como fatores de forte impacto sobre a carreira médica, tanto em um futuro próximo quanto nas expectativas atuais.

A definição da metodologia de pesquisa com base nos paradigmas assumidos será desenvolvida no capítulo seguinte.

3 METODOLOGIA

A pesquisa científica é realizada a partir de pressupostos ontológicos, epistemológicos e metodológicos, inserida em um contexto social da qual o pesquisador e os sujeitos são parte, criadores e criaturas. Bryman (2008) define a metodologia como o estudo dos métodos empregados, os quais levam em conta pressupostos que determinam os paradigmas. Os métodos são as técnicas e instrumentos empregados pelos pesquisadores na coleta de dados.

Neste capítulo serão evidenciados os pressupostos e paradigmas da pesquisa, assim como descritos e justificados os métodos utilizados.

3.1 Identificação da questão de pesquisa

Conforme será abordado neste capítulo, a construção do conhecimento partirá da relação dialógica entre a pesquisadora e os entrevistados sujeitos da pesquisa. O referencial teórico será retomado após a coleta de dados, a qual será guiada pela citada relação estabelecida.

Segundo Flick (2004, p. 63) “a formulação de questões de pesquisa, em termos concretos, é guiada pelo objetivo de esclarecer o que os contatos do campo irão revelar”. O contexto social tem papel importante na decisão do pesquisador, assim como seus interesses e envolvimento. Trata-se de decisão que circunscreve uma área específica de um campo complexo, ainda que o pesquisador deva permanecer aberto a novos resultados que a reformulem.

Há questões de pesquisa voltadas a descrição de estados e as voltadas à descrição de processos, em que o objetivo é entender o desenvolvimento de algo e como ocorrem as modificações (*Ibid.*). O presente estudo tem como preocupação os processos ligados à autogestão da carreira médica.

Strauss e Corbin (2008), ao classificar as perguntas de pesquisa em substanciais e teóricas, defendem que aquelas perguntas que levam o pesquisador a novas respostas que permitam formular teorias são as mais importantes para a produção do conhecimento.

Nesse sentido, será utilizado modelo conceitual dedutivo-indutivo, segundo a classificação de Miles e Huberman, (1984), o qual possibilita o enriquecimento e extensão da teoria a partir da captura e modelagem do significado atribuído pelos entrevistados à carreira. O diálogo entre teoria e dados ocorre ao longo do processo da pesquisa.

Entender a carreira médica, considerando suas especificidades históricas referentes à alta dependência de conhecimento, independência maior em relação às organizações, com vínculos menos leais, e a tendência ao estabelecimento de múltiplos vínculos concomitantes deram ensejo ao surgimento do problema de pesquisa:

Como o estudo da percepção subjetiva dos médicos sobre a carreira pode contribuir para entender a autogestão nas carreiras dos profissionais do conhecimento da atualidade?

O estudo, considerando as características da citada carreira em relação à dedicação, tipos e quantidade de vínculos simultâneos, necessidade de qualificação constante e alto grau de especialização, busca entender como se desenvolvem carreiras mais focadas no indivíduo e menos dependentes das organizações, com vistas à futura formulação de teoria. Justifica-se a investigação pelas peculiares características da profissão de médico e pela situação identificada no país, em que a falta desses profissionais em algumas regiões foi evidenciada pelas notícias da criação, pelo governo federal, do Programa Mais Médicos. A maior independência em relação à organização e os múltiplos vínculos concomitantes ensejam a observação das características dessa carreira.

3.2 O paradigma adotado: pressupostos e abordagem

Grof (1988) define paradigma como uma constelação de crenças, valores e técnicas que uma comunidade científica adota, o qual governa a produção científica em um determinado período de tempo.

Os pressupostos ontológicos, epistemológicos e metodológicos são a base do sistema de crença adotado pelo pesquisador, que é definido por Guba e Lincoln (1994) como paradigma.

Morin (1991) define o Grande Paradigma do Ocidente (GPO) como preponderante desde meados do século XIX e determinante de uma visão que separa o sujeito do objeto investigado, assim como a filosofia da ciência, criando uma polaridade também entre espírito e matéria, alma e corpo, qualidade e quantidade, finalidade e causalidade, sentimento e razão, liberdade e determinismo e entre existência e essência. Esta separação define o paradigma disjuntor-redutor, dominante nas ciências sociais e questionado pelo recente paradigma da complexidade.

No paradigma disjuntor-redutor duas linhas se apresentam: positivismo e fenomenologia. A ciência positivista busca conhecer os princípios reguladores inerentes às organizações, em uma causalidade linear exterior aos objetos – estes separados do sujeito – em que a contradição apresenta-se como erro, uma vez que a lógica estabelece a confiabilidade das teorias. A vertente fenomenológica define como argumento central a dimensão do sujeito, autorreflexiva, em contraposição aos fenômenos naturais, como necessária à compreensão das relações sociais (SANTOS, 2000).

Porém, ainda segundo Santos (*Ibid.*), ambas as vertentes – positivista e fenomenológica, contrapõem e distinguem natureza e ser humano, em uma visão mecanicista.

O presente estudo utiliza a relação dialógica entre pesquisador e sujeito, integrando contradições, considerando a retroação entre causa e efeito em um complexo tecido social organizado como um todo que não é dividido para ser entendido (contrariamente ao princípio cartesiano de dividir em pequenas partes o que é complexo para resolver as dificuldades) e que é maior do que a soma das partes.

Ao invés de reduzir o todo em partes separadas, fragmentadas – disjunção e simplificação – o paradigma da complexidade reconhece a coexistência de vários paradigmas, em um pensamento complexo:

...não se trata aqui de expulsar a certeza com a incerteza, a separação com o princípio holista-especulativo, a lógica com a abertura para todas as transgressões. Trata-se, antes, de um ir e vir constantes entre certezas e incertezas, entre o elementar e o global, entre o separável e o inseparável. A intenção, portanto, não seria abandonar os princípios da ordem, da separabilidade e de lógica- mas integra-los numa concepção mais rica e abrangente... (BOEIRA; VIEIRA, 2010, p.40.)

A entrevista foi evento de intercâmbio dialógico, segundo a definição de Godoi e Matos (2010), em que o significado baseia-se na comunicação humana. Os autores defendem que o paradigma dominante nas ciências humanas e sociais deve ser analisado em seu formalismo para que, em um segundo esforço após este, seja possível.

[...] ensaiar passos supostamente fora do paradigma de trabalho dominante, para recriar significados internos dessa ação comunicativa de pesquisa, mesmo que tais ensaios se apresentem ainda ‘soltos’, desarticulados de outras práticas e necessitando correções em sua ousadia (p. 302).

Fugir do paradigma dominante, apesar de arriscado, pode contribuir para o enriquecimento das perspectivas de pesquisa sobre carreiras. Foi utilizada a abordagem

interpretativista, de acordo com a classificação de Burrell e Morgan (1979), que definiram os paradigmas, a partir das dimensões objetividade/subjetividade e ordem/conflito, como: funcionalismo, interpretativismo, humanismo radical e estruturalismo radical, conforme figura 4.

Os autores definem o eixo horizontal como o da classificação entre subjetividade e objetividade e o eixo vertical como o da ordem – ou sociologia da regulação – e conflito.

Os dois paradigmas a esquerda são definidos a partir da subjetividade. O inferior considera a subjetividade a partir da regulação – interpretativismo – e o superior da mudança radical, ou conflito. Segundo esta classificação será utilizada a abordagem interpretativa, em que o significado das situações sociais é dado em grande parte pela interpretação e as intervenções buscam reformular e ajustar os padrões utilizados para regular o comportamento. A regulação da realidade nessa perspectiva é dada pelo sujeito em sua inserção em ambientes multiculturais, e pela interpretação dessa realidade pelo pesquisador. Os teóricos buscam entender a natureza fundamental das relações sociais, como um processo criado pelos indivíduos envolvidos.

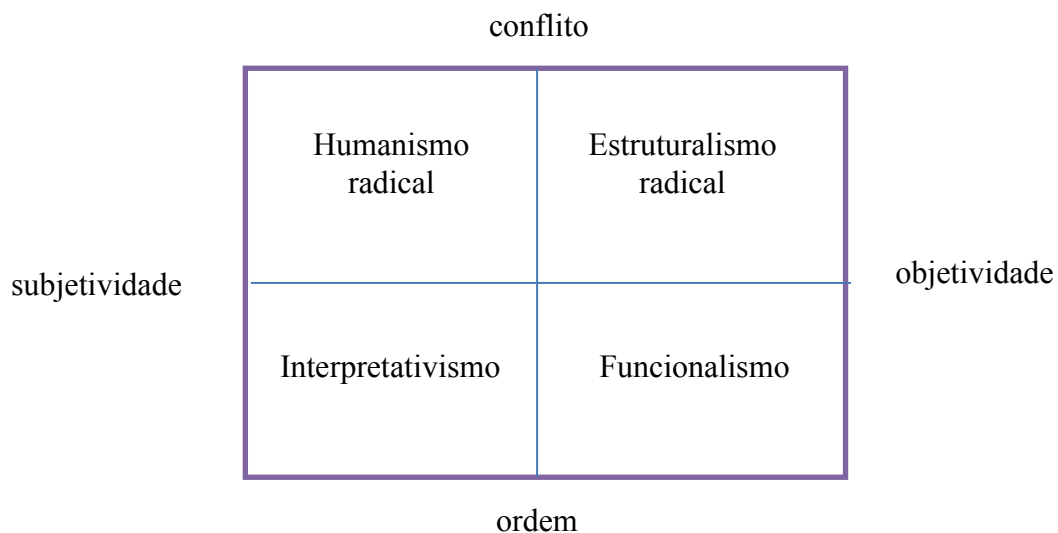


Figura 4: Quatro paradigmas para a análise da teoria social.

Fonte: Adaptado de Burrell, G., Morgan, G. (1979)

Também Gephart (1999) define a construção social da realidade como pressuposto no paradigma interpretativista em metodologia.

O comportamento dos indivíduos, grupos e organizações estudados é entendido considerando sua forma de vida e cultura, as quais podem originar-se de sua vivência

organizacional (VAN MAANEN, 1979). A idéia central na pesquisa com esse paradigma é a busca por padrões de significados que os sujeitos atribuem ao fenômeno, com o objetivo de descrever esses significados e entender as definições que os sujeitos atribuem à situação, podendo examinar como se dá a construção social da realidade (GEPHART, *Op.cit.*).

O objetivo da pesquisa é desenvolver teoria a partir da plausibilidade da interpretação do fenômeno estudado a partir de *insights*. Não se espera que os resultados sejam replicados ou a teoria testada, mas que a interpretação da experiência do fenômeno estudado permita aprofundar o conhecimento sobre autogestão de carreira. (SHAH; CORLEY, 2006). Nesse sentido a experiência do pesquisador contribui para entender e analisar os dados e processos sociais envolvidos (VAN MAANEN, 1979).

A produção do conhecimento se dá a partir da descrição do significado e definições das situações pelos sujeitos, no contexto social (GEPHART, *Op.cit.*).

Os métodos de pesquisa e análise estão alinhados ao paradigma interpretativista, tendo como critério de avaliação a confiabilidade e autenticidade, e como unidade de análise o significado e o ato simbólico (*Ibid.*).

A pesquisa buscará, portanto, a intersubjetividade da construção da realidade vivenciada, entender o significado atribuído pelos profissionais à sua trajetória, escolhas, perspectivas e barreiras vivenciadas, segundo a classificação do paradigma interpretativista de Gephart (1999) e a definição de pesquisa construcionista de Guba e Lincoln (1994).

O objetivo da investigação no paradigma construcionista é entender e reconstruir aquilo que é tido como consenso pelas pessoas, incluindo o pesquisador, abrindo-se a novas interpretações que reformulam e sofisticam o conhecimento, ampliando a visão também sobre os constructos concorrentes (GUBA; LICOLN, 1994).

A escolha do método justifica-se pela importância da subjetividade do pesquisador e dos entrevistados, conforme o referencial teórico adotado. Segundo Flick (2004) a reflexão do pesquisador é um dado a ser interpretado em conjunto com as ações e observações no campo.

[...] A pesquisa qualitativa estuda o conhecimento e as práticas dos participantes [...] considera que pontos de vista e práticas no campo são diferentes devido às diversas perspectivas subjetivas e ambientes sociais a eles relacionados (p. 22).

A base ontológica adotada será o relativismo: entende-se que o fenômeno é socialmente construído a partir do significado. Latour (1998) traz a necessidade de o pesquisador decidir entre duas portas de entrada: a da ciência acabada e a da ciência em

construção, esta a que inclui características sociais e de estilo. Nesta decisão desaparece a separação entre contexto e conteúdo. Optar pela ciência que ainda não sabe, ao invés da ciência que sabe é, segundo o autor, aprender a conviver com as contradições e incertezas do processo de construção coletiva do conhecimento. Assim se constitui o pressuposto metodológico deste trabalho: a crença de que a realidade é socialmente construída e deve ser entendida considerando a subjetividade e historicidade.

O pressuposto epistemológico é o subjetivismo, o conhecimento será construído a partir da busca da criação de significado. Ao invés da estratificação de que fala Latour (1998) em que as camadas sustentam-se mutuamente em gráficos, diagramas e tabelas separadas pelo critério estatístico, a análise da coleta de dados ocorreu em fases complementares em que a pesquisadora e os sujeitos buscam significados em uma relação dialógica.

Os estudos qualitativos são indicados para entender processos, uma vez que permitem capturar o fenômeno estudado em ricos detalhes, em profundidade. O processamento dos dados incorpora um mix de observações in vivo – tais como encontros, conversas, eventos e *shadowing*, objetivando a construção e o entendimento da realidade (LANGLEY; ABDALLA, 2011).

Considerando todos os pressupostos e o paradigma adotado, o estudo teve início com o shadowing em que a pesquisadora acompanhou um médico durante todas as atividades em um dia, seguido de entrevistas iniciais abertas, que serviram de base para, após reflexão e análise, definição de novas entrevistas, com os mesmos sujeitos, em que a relação dialógica estabelecida possibilitou a reflexão conjunta e criação de significado.

Ouvir o que os dados dizem, deixando que falem o que têm a dizer, exige do pesquisador uma postura mais relaxada, sem pretensão de controlar o processo de coleta dos dados, de maneira mais aberta e menos pré-planejada (STRAUSS; CORBIN, 2008, p. 67).

Os critérios de validade definidos são o da plausibilidade - definida por Walsham e Sahay (1999, *apud* Pozzebon, 2004) como habilidade de conectar-se com visão de mundo do leitor – e autenticidade, a partir de coleta de dados por entrevistas, observação, *shadowing*, no campo, com transcrição de notas e documentos. Perguntar-se sobre o que significa o material coletado, interpretar o sentido do que é dito permite ir além do uso comum inicial que a experiência confere às palavras e pode trazer associações novas que levem a novos conceitos e relações (STRAUSS; CORBIN, 2008).

As múltiplas construções da realidade não podem ser consideradas em partes, mas holisticamente, uma vez que se influenciam mutuamente, assim como o são pelo contexto. A ação é explicada apenas a partir da múltipla interação entre os fatores, eventos e processos,

que, ao mesmo tempo em que são parte da ação, a modelam. A natureza da verdade relaciona-se ao contexto estudado, que por sua vez relaciona-se ao conhecimento produzido. O pesquisador interage com os respondentes em uma relação de influência e aprendizado mútuos, negociada em controle conjunto. O papel dos valores é decisivo para a escolha do paradigma e da teoria, para guiar a coleta e interpretação de dados – estes os valores do pesquisador – e para a aceitação e utilização dos resultados – estes os do contexto (LINCOLN; GUBA, 1986).

3.3 A coleta de dados

a) Fontes de dados

A coleta de dados ocorreu em três fases: *shadowing*, entrevistas da primeira fase e entrevistas da segunda fase.

Pude observar a exigência de envolvimento com os respondentes no decorrer da coleta de dados. Aspectos importantes de suas vidas, sobre os quais não tinham conhecimento ou controle eram reelaborados durante as entrevistas e o *shadowing*, conforme seus próprios relatos. Estas são características das entrevistas em profundidade apontadas por Flick (2004), às quais se soma a possibilidade de reflexão sobre fatos familiares, que, ao serem revisitados, geram questionamentos. Esses fatos da vida cotidiana adquirem novo significado para o respondente durante a interação com a pesquisadora.

Segundo Flick (*Ibid.*) o ideal é que o pesquisador, visto a princípio como *outsider*, possa, no decorrer do contato assumindo uma postura de *insider*, envolvendo-se na cultura e compreendendo a partir das idéias do respondente, estabelecendo uma relação de confiança e mútuo aprendizado.

Apesar da dificuldade adicional do presente estudo, em que os entrevistados são acompanhados em sua atividade por profissional de outra categoria, uma vez que, conforme Schraiber (1995) os médicos confiam em médicos e têm uma cultura forte de diferenciação da identidade em relação aos outros profissionais, a metodologia empregada permitiu um progressivo entrosamento e familiaridade com os entrevistados.

Os próprios fatos de falar sobre sua carreira e de ser sua profissão considerada digna de um recorte em um estudo sobre carreiras dos profissionais do conhecimento contribuíram para isso. Também o fato de haver um acompanhamento longitudinal dos respondentes, suas mudanças na carreira e reflexões favoreceu o estabelecimento da relação dialógica.

A primeira fase da coleta de dados consistiu em um *shadowing* como técnica de pesquisa que envolve o pesquisador e um participante por um período de tempo extenso, em que o pesquisador acompanha todas as interações – a metáfora é da sombra – desde o momento da chegada ao trabalho até a saída, em todas as atividades desenvolvidas durante o período. O pesquisador pode fazer perguntas visando clarear aspectos ou revelar propósitos e intenções, registrando os relatos e as percepções sobre o ambiente e a linguagem corporal.

Uma contribuição importante do *shadowing* é o nível de profundidade da análise, uma vez que os dados de primeira mão são mais detalhados do que em qualquer outra técnica. Também é relevante o potencial para estender a unidade de análise, examinando os indivíduos de maneira holística, tendo acesso às opiniões e comportamentos de todos os envolvidos na observação, contextualizados na situação (McDONALD, 2005).

A coleta de dados pela técnica do *shadowing* é etnografia que permite a observação da influência de aspectos do contexto, especialmente não humanos, como estruturas e objetos, sobre o participante. Aspectos como o jaleco branco que diferencia os médicos, acesso a espaços reservados, mediação por objetos ou tecnologia, podem ser considerados na descrição e interpretação dos dados. A análise permite fazer a ligação entre os objetos em uso, os atores e as práticas cotidianas. Os diferentes atores envolvidos no processo de trabalho e seu significado podem ser percebidos no decorrer do processo. (BRUNI, 2005).

O acesso ao campo é negociado para que o pesquisador possa seguir o profissional durante todo o dia de trabalho e é a maior dificuldade no emprego da técnica, que tem potencializadas as dificuldades referentes ao acesso a conteúdos das pessoas e organizações. Leva-se em conta o óbvio efeito da presença do pesquisador, a exemplo do experimento de Hawthorne, podendo ser discutido com o participante. O sujeito é entendido a partir das relações que estabelece no contexto em que está inserido.

A técnica do *shadowing* foi utilizada, segundo a classificação de McDonald (2005), como um meio de compreender papéis e perspectivas, tentando ver o mundo sob o ponto de vista de outra pessoa.

A idéia inicial era que a técnica pudesse ser desenvolvida como coleta de dados inicial com três ou quatro sujeitos. Porém houve muita dificuldade na negociação da abertura do campo de pesquisa, dadas as particularidades da atuação profissional que envolve a relação com o paciente, a qual sofre uma interferência que pode inviabilizar tanto o trabalho do profissional quanto os resultados observados.

Após a primeira experiência pude refletir sobre o desconforto gerado em mim pela participação durante as consultas e procedimentos em que os pacientes relatavam detalhes

importantes de suas vidas, suas fraquezas, medos e dores, ainda que em hospital escola onde a observação do procedimento por alguém que está aprendendo é bem comum.

As duas dificuldades aliadas – acesso á organização e desconforto gerado pela sensação de invasão – levaram-me a repensar o método, limitando o *shadowing* a um procedimento, o qual serviu como piloto para exploração do campo de pesquisa e busca de definição dos nós iniciais, alinhados ao referencial teórico.

A análise inicial dos dados do *shadowing* piloto foi feita através do exame microscópico dos dados, que, segundo Strauss e Corbin (2008, p.65), é necessária para a geração de categorias iniciais e descobrir relações entre os conceitos. Em seguida foi feita codificação axial, definida pelos autores supracitados como “processo de relacionar categorias às suas subcategorias, é chamado de axial porque ocorre em torno do eixo de uma categoria, associando categorias ao nível de propriedades e dimensões”. (p. 123).

O exame microscópico dos dados é análise linha por linha, combinando codificação aberta e axial. No caso do *shadowing* referiu-se à análise dos registros feitos pela pesquisadora durante e após a observação, dos quais constaram, além dos relatos sobre o observado, as impressões e *insights*. As palavras citadas foram exploradas em suas múltiplas possibilidades de significados, considerando o leque de plausibilidade. O olhar para os dados no sentido analítico permite ouvir o que e como o entrevistado está dizendo. São feitas perguntas gerais e específicas, algumas teóricas, visando descobrir “propriedades, dimensões, condições e conseqüências do tipo quem, quando, o que, como e por que” (p. 73). A análise conceitua e classifica os fatos ações e resultados, surgindo daí categorias que, em conjunto com as relações, podem gerar teoria. Os autores sugerem que se inicie por classificação que agrupe conceitos a partir de propriedades evidenciadas, considerando diferenças e similitude. Estas categorias desenvolvidas foram analisadas em sua variação segundo suas propriedades e dimensão. As comparações permitiram à pesquisadora identificar variações nos padrões definidos.

A codificação axial feita em seguida iniciou o agrupamento dos dados que haviam sido seccionados na primeira fase, gerando subcategorias que explicaram mais precisamente o fenômeno estudado. As categorias representam condições. A associação de categorias foi feita no nível conceitual, a partir da organização das propriedades da categoria em dimensões, identificadas em sua variedade e relacionadas (STRAUSS; CORBIN, 2008).

Ainda de acordo com os autores, os dados foram analisados em dois níveis de explicação: as palavras utilizadas pelo informante e a conceitualização dessas pelo pesquisador.

As condições são definidas como “conjuntos de fatos ou acontecimentos que criam situações, questões e problemas pertencentes a um fenômeno e, até certo ponto, explicam por que e como as pessoas ou grupos respondem de determinadas maneiras” (STRAUSS; CORBIN, 2008, p. 130).

Esta análise foi empregada também nas entrevistas narrativas, que tiveram início com uma questão gerativa narrativa, a qual estimulou a investigação e abriu o campo para a coleta de dados (FLICK, 2004): conte para mim a história de sua carreira médica, desde a decisão de estudar medicina, o fato mais antigo relacionado a essa decisão que se lembre até hoje. Conte todas as coisas que achar que foram importantes para suas decisões, todos os detalhes que forem importantes para você me interessam.

Segundo o autor, esse tipo de entrevista permite entender os processos vividos na biografia do entrevistado em contraste com as condições concretas dada pelo contexto, permitindo construção de teoria.

A partir daí a entrevista foi conduzida de acordo com a interpretação do respondente, buscando os nós iniciais definidos no subitem posterior. Fragmentos da narrativa não explorados foram lançados como pergunta.

Riemann (apud Flick, 2004, p. 111) sugere tipos de perguntas que podem guiar a entrevista como narrativa dos eventos importantes. “Inicialmente perguntas do tipo ‘como’ e depois complementar com perguntas do tipo ‘por que’”.

A metodologia de entrevistas narrativas contempla como elementos (FLICK, 2004):

- orientar o entrevistado no início da entrevista a relatar sua história, oferecendo-lhe escopo para fazê-lo, pelo tempo necessário, utilizando a questão gerativa;
- adiar as intervenções para a parte final, restringindo sua participação ao início e final da entrevista e deixando o entrevistado livre durante a narrativa,
- a questão gerativa como elemento de estímulo e de concentração no tópico e período da biografia foco da pesquisa.

A seleção dos respondentes médicos se deu a partir de indicações e bola de neve, em que o sujeito entrevistado indica outros. O critério para eleição foi que fossem formados há pelo menos dez anos e atuassem na Grande São Paulo.

Busquei um recorte que me permitisse analisar profissionais com um histórico relevante de atuação na profissão escolhida. Todos os profissionais já haviam vivenciado, há um tempo considerável, a fase inicial de definição de especialidade, seguida de um período de prática que permitia a reflexão sobre as escolhas feitas.

As entrevistas foram gravadas e transcritas, tendo sua análise na primeira fase seguido, inicialmente, os mesmos passos da análise do *shadowing*: exame microscópico dos dados (Strauss e Corbin, 2008, p. 65) para geração de categorias iniciais e relações entre os conceitos e codificação axial.

As transcrições das entrevistas consolidadas e analisadas possibilitou, também, estabelecer categorias emergentes, com base no referencial teórico de Miles e Huberman (1984), que será detalhado a seguir.

As tabelas de codificação definidas pelos autores permitem análises completas que consideram apenas as informações que são importantes em uma organização coerente. São formadas redes de nós, os quais são conectados por links que mostram as complexas inter-relações entre as variáveis. Da análise das narrativas dos entrevistados na fase 1 foram refinados os nós definidos inicialmente a partir do referencial teórico. As inter-relações foram exploradas na fase 2. O critério de validade plausibilidade foi construído a partir da análise destes nós em suas inter-relações.

Os nós iniciais, definidos segundo o referencial teórico no quadro conceitual, foram:

- decisão de estudar medicina: influências e determinantes internos (valores, competências de acumulação de capital de carreira, sucesso psicológico) e externos (contexto SUS, família, sucesso objetivo);
- decisão e escolha sobre os diferentes vínculos: valores e autogestão da carreira;
- indícios de autogestão de carreira e seus determinantes;
- aspectos da mobilidade física e psicológica associados às mudanças no decorrer do tempo e entre os vínculos concomitantes.

A partir das interpretações construídas no processo inicial houve a definição dos nós para a fase seguinte de entrevistas. As entrevistas foram analisadas uma a uma, foi feito exame microscópico dos dados e codificação aberta no primeiro momento, o que gerou novos nós, já aplicados nas entrevistas da fase seguinte, em que houve o refinamento da codificação axial definida na fase 1.

A construção do conhecimento foi sendo realizada durante o trabalho e gerando reflexões importantes que fizeram de cada entrevista um passo adiante na complexidade da análise da condução da coleta de dados. A partir da codificação aberta, em que o texto é fragmentado e compreendido (Flick, 2004, p. 190), categorias foram sendo desenvolvidas e agregadas para a compreensão dos pontos obscuros e instrutivos nas entrevistas seguintes.

A codificação axial foi aplicada a cada entrevista em particular e ao conjunto das realizadas, gerando códigos com crescente precisão aos meus olhos de pesquisadora, que, já modificada pela experiência anterior, pude ressignificar os conceitos analisados a partir de *insights* e abrir-me para uma nova perspectiva de observação, análise e consequente construção social da realidade.

A análise do conjunto de doze entrevistas da primeira fase permitiu retornar ao *shadowing* inicial com uma amplitude de compreensão diversa daquela experimentada logo após a experiência. Enriquecida pela experiência no campo, nova análise trouxe elementos fundamentais que permitiram *insights* na compreensão do estudo e reformulação do método de coleta e análise dos dados, as quais serão detalhadas a seguir.

4 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Neste capítulo serão apresentados os dados coletados e sua análise, feita em cada etapa da coleta.

4.1 *Shadowing*

Pude acompanhar o sujeito em dois de seus vínculos por um dia inteiro, participando inclusive dos atendimentos e reuniões.

O contato e liberação para o procedimento foi feito com base em conhecimento pessoal e indicação. Mostrou-se sempre muito colaborativo e disponível, os dados foram coletados por anotações, sem gravação. Encontrei-o na porta do seu prédio e seguimos juntos em seu carro. No caminho foi me contando sua história e explicando o que achava importante eu ter conhecimento prévio.

Verbalizou sobre necessidade de ter maior liberdade, “não quero rabo preso porque não sei como vai ficar minha carreira na instituição”.

No primeiro vínculo que acompanhei entrava às 7h e ficava até às 11h, de segunda a sexta, em um grande hospital, no serviço de medicina do trabalho, atendendo a funcionários do hospital.

Atendia a casos de saúde ocupacional, ligados a psiquiatria, sendo incomum haver psiquiatras em saúde do trabalhador, segundo ele. Nunca havia pensado em ser médico do trabalho, mas havia feito o curso de especialização e tinha o título. No momento em que repensou o trabalho como clínico apareceu o concurso e foi justamente porque havia a demanda pela interface de psiquiatria e medicina do trabalho.

Estava em crise com a clínica e foi uma oportunidade de sair do trabalho clínico de consultório, com o qual estava tendo retorno importante, inclusive financeiro.

Também havia prestado, e iniciado anteriormente, um concurso público, quando foi chamado para escolher vaga viu a possibilidade de trabalhar como psiquiatra em um departamento de saúde do trabalhador.

Com isso foi se desligando do consultório e ficando com os dois vínculos como psiquiatra em departamentos de saúde do trabalhador. Os concursos foram prestados para fazer mudança na carreira, com a qual estava insatisfeito, apesar do retorno financeiro crescente.

Havia uma dúvida inicial sobre manter os dois vínculos em empregos públicos, ainda que um como concursado regido pelo estatuto do servidor e outro como concursado regido pela CLT.

Os motivos que levariam a optar por um ou outro dos vínculos públicos evidenciavam a peculiar característica da carreira médica, em que o prestígio de ter o nome ligado a um importante centro de pesquisa é mais importante do que o advindo de um salário maior em outra instituição.

Importante característica do profissional do conhecimento configura-se na escolha que não significa maior retorno financeiro, mas maior aquisição de conhecimento, este levando a maior status e prestígio na carreira.

Simultaneamente foi convidado a assumir posição gerencial nos dois vínculos. Declinou no hospital e aceitou no outro vínculo, apesar de haver declarado não gostar dessa atuação como gestor.

Chegou a essa conclusão por trabalhar com funcionários que faziam gestão, “acho que tem que ter uma blindagem que eu não tenho. Gente mais frágil pra isso fica mal, adoece. Eu sou uma pessoa de risco”.

Segundo Bruni (2005) é possível entender uma situação social a partir das pessoas, símbolos e aspectos não humanos observáveis no contexto, o que ficou evidente na observação, por exemplo, dos aspectos ligados à forte hierarquia profissional, em que apenas alguns médicos têm autorização para estacionar o carro dentro do hospital. Relata que sabia haver uma jogada política para tirar a vaga de outro profissional e não quis se envolver, não aceitou a vaga oferecida.

Observei o trabalho realizado em equipe multiprofissional, envolvendo reuniões com outros médicos, psicólogos, assistentes sociais e enfermeiro. Outro importante indício das relações estabelecidas foi a placa na porta da sala em que a equipe que coordena trabalha, em que está escrito psicologia-educadora. Percebo que há certa horizontalidade entre os profissionais, que parece ter a ver com uma característica do profissional, o qual demonstra ser muito aberto, acessível e tranquilo no contato com todos. Observo sua postura de proximidade com a equipe, tenta sempre reafirmá-la.

Outro importante artefato do ambiente hospitalar é o avental: ao chegar ele me explica que todos os profissionais que não são administrativos devem utilizar- e utilizam: médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais.

Relatou-me que, quando em crise com a clínica em 2007 pensou em ser professor, entrou na pedagogia na USP e desistiu quando o professor disse-lhe que o curso era para formar pessoas que iriam trabalhar com a burocracia do ensino.

Chegou a pensar em patologia, foi visitar o laboratório e, quando ouviu da patologista: “aqui a gente corta o fígado e os rins das pessoas. O que você quer fazer aqui?” Desistiu da patologia.

Em equipe multiprofissional atende sem agenda os pacientes triados pela assistente social. Observo alguns atendimentos e percebo uma postura muito acolhedora. Pude constatar a interferência da presença do pesquisador nas situações de atendimento, principalmente quando eram pessoas com quadro psiquiátrico grave.

Ele verbaliza que não é bom para estudo porque está muito indeciso e insatisfeito com a carreira, cheio de dúvidas. A observação participante permite uma proximidade importante para a percepção do contexto, além de trazer o pesquisador para dentro da história do sujeito observado. O contato vai derrubando barreiras e o entrevistado vai se abrindo.

Pude observar que ele é muito querido por todos, muito atencioso e respeitado, preocupa-se com os outros e as relações são carregadas de afetividade.

A insatisfação com o trabalho é muito presente em suas falas quando se refere às escolhas feitas, às mudanças e aos novos rumos buscados. Porém observo uma postura muito acolhedora quando no atendimento, muito humano com os colegas, subordinados e pacientes, o que deixa transparecer um valor nas suas ações.

O trabalho gerencial recusado no primeiro vínculo relaciona-se a questões da arena política, por não se enquadrar em posturas competitivas que exigiriam embate e desqualificação do trabalho de alguém. Tem comportamento ético e respeitoso.

Quando fala “odeio mandar nas pessoas” expressa escolha que não é a gerencial.

A questão salarial não se configura como crucial para suas escolhas, as quais são pautadas, segundo seu relato, por um desejo de colocar em prática conhecimento técnico de maneira que auxilie os funcionários em suas questões de saúde interligadas ao trabalho e que possa disseminar uma postura mais respeitosa que legitime o sofrimento humano no trabalho.

A frustração relatada em relação ao atendimento no consultório, por não acreditar na medicalização para resolver os problemas de saúde do paciente, leva a novos questionamentos e escolhas, numa tentativa de apaziguar os conflitos entre a ação e as crenças e valores.

Apesar de não buscar o poder da gerência é convidado nos dois lugares em que trabalha a assumir posição gerencial e fazer modificações nos serviços, o que o leva a vivenciar conflitos importantes, relacionados novamente a seus valores. Não quer assumir o

lugar da atual gerente no hospital porque enxerga manobra política por trás, da qual não quer participar. No outro vínculo público acaba aceitando, talvez por ser uma equipe menor, e o trabalho mais alinhado às suas crenças relativas à promoção de saúde. Sente que pode contribuir sem criar grandes conflitos.

As diferenças entre os dois contextos organizacionais, com seus atores e práticas distintas podem ser percebidas na observação e vivência dos ambientes pelo pesquisador. A técnica permite compreender os papéis e perspectivas em profundidade a partir da análise dos envolvidos na situação e entender o sujeito de maneira integrada ao contexto (MCDONALD, 2005).

É uma pessoa reconhecida pelo seu trabalho, que estabelece relações de respeito e confiança, as quais guiam suas decisões, como por exemplo, não aceitar a gerência no hospital.

Observo que é muito respeitado, relata-me ter auxiliado a montar o programa como hoje funciona, quando foi convidado a substituir a antiga gerente do setor, que permanece como membro de sua equipe. A arena política é fortemente influenciadora da atuação técnica, o que pode significar uma frustração para um profissional idealista preocupado com a saúde dos funcionários. Este é um dos fatores que percebi estar relacionado à sua insatisfação.

Em seu atendimento expressa o cuidado em frases como: “vou te levar pela mão até lá” quando vai encaminhar um funcionário ao setor que o atenderá. Verbaliza preocupação com o risco que o alcoolismo pode trazer ao funcionário e aos pacientes atendidos e chama a assistente social para que entre em contato com a família.

Já no outro vínculo a gerência não parece ter significado rupturas nas relações de confiança estabelecidas, mas uma possibilidade de realizar um trabalho que tem importantes pontos de contato com sua decisão inicial na medicina: promover saúde, cuidado integrado.

A gerência da promoção à saúde aparece, portanto como uma possibilidade de realizar um trabalho que atende a seus valores e princípios.

Após um bom período sendo seguido por mim como sua sombra acaba revelando aspectos de sua vida familiar ligados a gênero que explicam muito da insatisfação na carreira e permitem uma compreensão que o pesquisador não teria apenas com a entrevista. Foi possível entender melhor a crise com a clínica a partir da história de uma possibilidade de mudança de país, a qual permitiria desenvolver estudos acadêmicos fora, mas que acabou não se concretizando, o que gerou grande frustração e reconhecimento da falta de aderência de sua prática aos valores. Segundo ele, talvez não houvesse percebido a insatisfação de fundo sem essa nova possibilidade que acabou não se concretizando.

A análise do *shadowing* foi feita em dois processos: codificação aberta e codificação axial, definidas de acordo com Strauss e Corbin (2008).

A codificação aberta é o “processo analítico por meio do qual os conceitos são identificados e suas propriedades e suas dimensões são descobertas nos dados” (p. 103). A partir da nomeação dos conceitos é possível expor os pensamentos e ideias nele contidos. A codificação é feita pela rotulação das categorias dos fenômenos observados, permitindo agrupar o que é comum em relação a características e significados, estes dados pelo informante e percebidos pelo pesquisador. O conceito definido, ou código, é uma abstração que leva em conta a interpretação do pesquisador e o contexto da observação.

O exame minucioso dos registros da experiência permitiu chegar a códigos ou conceitos que serão apresentados em seguida. Após essa fase será feita a codificação axial.

Segundo Strauss e Corbin (2008) a codificação axial é “o processo de relacionar categorias às suas subcategorias, é chamado de ‘axial’ porque ocorre em torno do eixo de uma categoria, associando categorias ao nível de propriedade e dimensões” (p. 123). Os códigos definidos na etapa anterior serão agrupados e relacionados.

Ainda segundo os autores, há que se considerar a diferença entre as palavras reais usadas pelo informante a nossa conceituação dessas palavras.

Codificação aberta

Foram consideradas as observações e notas, assim como as palavras do sujeito, como processo conjunto de criação de significado e construção da realidade. Tanto o significado atribuído pelo profissional quanto a percepção da pesquisadora trouxeram a possibilidade de definição dos códigos no primeiro momento da busca de criação de significado. Em seguida os relatos do sujeito e a percepção da pesquisadora sobre decisões, conflitos, escolhas e perspectivas foram se complementando.

As primeiras anotações sobre a coleta de dados, ao serem apresentadas ao sujeito, permitiram que apontasse incoerências no relato e na percepção, as quais, após discussão e subsequente resignificação, geraram um novo relato e nova codificação, conforme relatada a seguir.

- Postura acolhedora, de muita proximidade, revelando um valor ligado ao cuidado com o outro, percebida na interação com os colegas, pacientes, funcionários e com a própria pesquisadora (eu vou te levar pela mão lá, quando encaminha para atendimento ao alcoolismo).

- Necessidade de independência em relação a organização: “Não quero rabo preso porque não sei como vai ficar minha carreira na instituição”
- Crise com a identidade de médico psiquiatra clínico. “Não sou um bom sujeito para estudo, porque estou muito indeciso e insatisfeito com a carreira, cheio de dúvidas”.
- Tentativas de mudança de carreira: pensou em ser professor (entrou na pedagogia USP e desistiu; pensou em ser patologista e desistiu).
- Mudança de técnico para gestor: convite feito nos dois vínculos, aceito em um e declinado em outro.
- Escolha em não transitar na arena das decisões políticas, preferindo a trajetória técnica à gerencial. “... acho que tem que ter uma blindagem que eu não tenho. Gente mais frágil pra isso fica mal, adoece, eu sou uma pessoa de risco”.
- Valores e busca de significado se sobrepõem ao retorno financeiro como motivador das decisões e escolhas na carreira. “Mas o emprego aqui é ruim em termos salariais”
- Papel da família nas decisões e explicando a crise profissional.
- Questão de gênero: necessidade de reconhecimento pela família;
- Relações de poder: estacionamento é só para médicos, uma enfermeira tem vaga, mas o chefe quer tirar. Tenta se distanciar da disputa, reusando-se a aceitar a vaga, também no trato com a equipe multiprofissional busca sempre se colocar em relação de igualdade. Em relação a assistente social, que é a porta de entrada para o serviço no hospital e, segundo seu relato, “é quem dá as cartas sobre o tipo de atendimento”.
- Mudança de ocupação técnica para gestor em um dos vínculos.
- Motivação para as escolhas: apresenta-se como em crise profissional, não satisfeito com o papel de médico psiquiatra clínico e buscando uma redefinição profissional e de carreira. Não quer ser clínico, não se identifica com o papel de gestor, mas busca uma posição em que desenvolva o conhecimento técnico.
- Carreira acadêmica e atuação como professor: muito bem avaliado, mas ainda há uma insatisfação de fundo.
- Hierarquia: artefatos (estacionamento para médicos, uso do jaleco pelos técnicos). Pelo fato de o pai ser psicólogo parece sempre tentar quebrar essa barreira e ser reconhecido como um “médico psicólogo”.
- Semelhanças e diferenças entre os dois locais de trabalho: sente-se mais exigido, tecnicamente falando, no vínculo com o hospital, é respeitado. Relata-me ter ajudado a montar o programa como hoje funciona, na ocasião em que foi convidado a substituir

a antiga gerente do setor, que permanece como técnica na equipe. No outro vínculo público tenta exercitar o cuidado.

- Mobilidade física e psicológica intensa, tanto no decorrer da carreira quanto em relação aos vínculos concomitantes. Talvez seja uma característica da carreira médica;
- Arena política *versus* valores de cuidado.
- Importância do cuidado: aceitar o papel de gestor em um vínculo público como uma tentativa de trabalhar em promoção a saúde, atendendo a seus valores e princípios;

Codificação axial

As categorias definidas foram agrupadas em torno de eixos, visando refinar a análise dos dados, conforme quadro 2.

Valores	Postura acolhedora. O cuidado com o outro. Busca de significado se sobrepondo ao retorno financeiro como motivador das decisões. Promover saúde, trabalhando na prevenção ao invés de no tratamento quando a doença já se instalou.
Figuras inspiradoras e família	O pai psicólogo, o oftalmo da infância e a professora do quinto ano influenciaram escolhas e decisões; Pensou em largar a faculdade de medicina para fazer psicologia; Busca desenvolver conhecimento técnico; Postura próxima dos outros profissionais e dos pacientes, definindo-se como um médico-psicólogo. A possibilidade de morar em outro país é vista como uma busca de redefinição de identidade profissional.
Motivadores da mobilidade física e psicológica	Carreira técnica em detrimento de gestor; Busca de significado ligada ao desenvolvimento da identidade;
Conhecimento técnico-Acadêmico	Prioriza desenvolvimento do conhecimento técnico em detrimento de escolhas gerenciais. Pensou em largar medicina e fazer psicologia, pensou em largar psiquiatria e fazer patologia, chegou a iniciar pedagogia com vistas a atuar em ensino. Ajudou a formular o serviço como é hoje oferecido no hospital autarquia estadual.

Quadro 2: Codificação axial do *shadowing*

Esta primeira etapa permitiu definir pontos iniciais de atenção que foram desenvolvidos na segunda etapa.

4.2 Entrevistas fase 1

Após o procedimento do *shadowing* foram realizadas as entrevistas em sua fase 1. Conforme definido no método, foi pedido que contassem sua história como médicos a partir do fato mais remoto relacionado à escolha da carreira. As perguntas elucidativas no decorrer das entrevistas foram enriquecidas a partir da reflexão e análise realizadas pela pesquisadora, interpretados em conjunto com as observações (FLICK, 2004).

As entrevistas na primeira fase caracterizaram-se como abertas, em profundidade, tendo como objeto de investigação a história da vida dos médicos, seus valores e determinantes para a escolha da profissão e dos vínculos, na tentativa de “construir um quadro geral e dinâmico da configuração vivencial e cognitiva do sujeito” (SIERRA, 1998, p. 229).

A primeira entrevista ocorreu com o mesmo profissional do *shadowing*, um ano e meio depois. Apesar da sobreposição de algumas informações no decorrer da entrevista, as diferenças entre as duas técnicas de coleta de dados trouxeram contribuições diversas, considerando que o contato anterior criou uma possibilidade para que a pesquisadora fosse vista como *insider* (FLICK, 2004).

Foi pedido que relatasse sua história como médico, desde o fato mais remoto que se lembrasse, relacionado à sua decisão de estudar medicina. No decorrer da entrevista várias questões importantes voltaram, algumas reelaboradas ou modificadas.

Pude notar, nesta e nas outras entrevistas subsequentes, uma mobilidade física significativa entre os profissionais, hora acompanhada de mobilidade psicológica, hora não.

Após a análise inicial da transcrição definiram-se códigos iniciais, os quais foram revisitados após a análise de cada entrevista realizada, gerando novos insights que levaram a um refinamento da percepção durante as entrevistas que se seguiram, em um processo cumulativo e constante de reelaboração e ressignificação.

A teoria teve um papel importante, tanto na definição inicial dos códigos como no aumento da complexidade da minha percepção sobre as correlações entre os códigos para o mesmo sujeito e entre os diversos sujeitos.

O critério de seleção dos sujeitos selecionados foi a indicação, tanto por conhecimento quanto por “bola-de-neve”, em que os próprios entrevistados indicam colegas.

Em seguida serão apresentadas as entrevistas realizadas.

O quadro 3 dá uma visão geral dos sujeitos entrevistados. Não há nenhum cirurgião na amostra, que consta de médicos com especialidades clínicas.

No subitem seguinte será apresentada a coleta de dados referente a cada entrevistado, identificados numericamente de um a doze.

Entrevistado 1	39 anos	Homem, casado com homem.	Psiquiatra médico do trabalho, mestrando
Entrevistada 2	39 anos	Mulher, casada com homem, dois filhos	Cardiologista, doutoranda (ou quase)
Entrevistada 3	38 anos	Mulher, solteira	Cardiologista e nutróloga
Entrevistada 4	39 anos	Mulher, separada, dois filhos	Pediatra, medicina antroposófica
Entrevistado 5	39 anos	Homem, homossexual, solteiro	Especialidade clínica, doutor e gestor
Entrevistado 6	39 anos	Homem, casado com mulher	Psiquiatra, mestrando
Entrevistada 7	40 anos	Mulher, solteira com uma filha	Homeopata, cursando medicina quântica
Entrevistado 8	39 anos	Homem, homossexual solteiro	Oftalmo, médico do trabalho, mestre e doutorando
Entrevistada 9	35 anos	Mulher, não relata estado civil.	Endócrino, mestre e doutoranda
Entrevistada 10	38 anos	Mulher, casada com homem, 2 filhas; na segunda entrevista, divorciada.	Clínica
Entrevistada 11	39 anos	Mulher, casada com homem.	Neurooftalmo, executiva indústria farmacêutica
Entrevistada 12	52 anos	Mulher, casada com homem, 3 filhos	Clínica, médica de família

Quadro 3: Caracterização dos entrevistados

Na primeira entrevista, realizada com o sujeito alvo do *shadowing* anteriormente, observei que a análise das transcrições trazia códigos mais restritos, fortemente referidos à experiência relatada e àquela observada anteriormente.

À medida que as análises foram ocorrendo, após cada entrevista, os códigos apresentaram-se de maneira mais robusta, sendo refinados pela experiência da pesquisadora, em um movimento que pode ser entendido como uma relação de criação de conhecimento, em que as etapas: relação com o sujeito – reflexão – análise – relação com outro sujeito se sucederam em uma espiral de criação de conhecimento a partir da interação, conforme definido por Nonaka e Takeuchi (1997). O processo de socialização definido pelos autores foi observado quando o conhecimento tácito, relacionado à experiência do respondente, foi compartilhado com a entrevistadora, transformando-se em conhecimento tácito para a mesma.

Ao realizar a codificação houve a externalização desse conhecimento, transformado em explícito. A reflexão sobre códigos definidos e experiência do respondente permitiu incorporar esse conhecimento que foi explicitado em novos conhecimentos tácitos sobre a pesquisa, gerando códigos cada vez mais aderentes à experiência dos respondentes e da pesquisadora.

Após o término das doze entrevistas da primeira fase as transcrições de cada entrevista sofreram novo processo de análise, buscando categorias comuns que permitissem definir os aspectos chaves a serem abordados na fase seguinte das entrevistas.

Cada entrevista da fase 1 foi analisada, em sua totalidade, três vezes, objetivando apurar a percepção da pesquisadora sobre o significado da decisão de estudar medicina, seus fatores influenciadores e determinantes internos e externos; sobre as decisões referentes aos diferentes vínculos, os valores e autogestão da carreira.

A primeira análise gerou códigos a partir da história daquele indivíduo, ainda que tenham sido incorporados o conhecimento e as percepções sobre os entrevistados anteriores. Na segunda rodada de análise foram definidos códigos mais abrangentes, já considerando o conjunto das entrevistas. Na terceira rodada de análise a releitura de todas as transcrições e códigos gerados possibilitou incorporar os insights gerados pelo conjunto completo das entrevistas, em um exercício de resignificação constante dos achados da pesquisa.

No subítim seguinte será apresentada a codificação de cada entrevista, da maneira como se apresentaram após as três rodadas de análise. Após um breve relato de cada entrevista serão apresentados os códigos definidos.

4.2.1 Entrevistado 1 fase 1

Médico psiquiatra, formado há 15 anos (na data da primeira entrevista). Um dos vínculos públicos havia sido interrompido por uma licença temporária, sem vencimentos, a princípio substituído por um grande hospital privado reconhecido pela excelência, onde foi convidado a atuar como médico do trabalho. Havia iniciado o mestrado e continuava trabalhando no hospital público.

No momento da entrevista atuando em um grande hospital- autarquia, em área de medicina do trabalhador como psiquiatra médico do trabalho, coordenando o serviço, composto por duas psicólogas e uma assistente social.

A licença sem remuneração em um dos vínculos ocorreu devido a convite para atuar em hospital de ponta, na área de saúde do trabalhador, em que ficou um ano e saiu devido ao foco muito voltado para questões que não tinham ligação com saúde mental e à falta de reconhecimento do setor na estrutura do hospital.

No intervalo entre a realização do *shadowing* e a primeira entrevista havia saído de licença da faculdade em que lecionava e iniciado o mestrado. Sua história apresenta intensa mobilidade física e psicológica, com crises importantes e constantes questionamentos sobre valores, que geram importantes reflexões e mudanças de vínculos. Verbaliza não ser um bom sujeito para pesquisa porque está em crise profissional, justamente o motivo que enriquece a pesquisa.

No primeiro momento de sua carreira, atuando como médico psiquiatra clínico em consultório, refere ter tido grande retorno financeiro, o qual não foi suficiente para fazer frente à sua frustração com o trabalho praticado e a carreira. De atendimento psiquiátrico gradativamente foi passando a psicoterapia familiar de base sistêmica.

Insatisfeito com a carreira de psiquiatra clínico apareceu a oportunidade de mudar de país, que o levou a uma profunda reflexão sobre sua insatisfação de fundo, amadurecendo a ideia de “largar o consultório”.

A mudança não se concretizou devido a fatores econômicos mundiais, o que gerou grande crise profissional. Segundo seu relato:

Acho que foi o primeiro momento que eu estabeleci uma crise importante, porque eu estava certo que eu ia abandonar todos esses meus locais de trabalho, e mesmo o meu consultório, para ir viajar para o exterior, e para mudar. E quando isso não se deu eu já não conseguia mais voltar e trabalhar com essas coisas. Daí eu comecei a entrar num processo em que eu não

estava me achando mais profissionalmente, era como se aquilo tudo para mim não fosse mais possível de eu resgatar.

Refletiu sobre a insatisfação, chegando à conclusão de que não se referia ao olhar de psiquiatria clínica, mas que estava relacionada ao cuidado e à clínica, que não poderia resolver a crise adotando um olhar mais psicanalítico, tornando-se um “psiquiatra mais psicólogo”.

Passou em dois concursos, assumiu como psiquiatra em saúde do trabalhador em um grande hospital, autarquia estadual, e em outra instituição pública, o que possibilitou um desligamento gradativo dos pacientes atendidos no consultório.

Nos dois vínculos foi convidado a assumir cargo de gestão, mas só aceitou em um, acumulando a atividade acadêmica como professor.

Foi convidado a ir para um grande e renomado hospital, no qual ficou um ano, após ter pedido licença. Saiu devido à falta de reconhecimento do setor e a não aderência ao seu valor de promover a saúde. Relata que era um setor bastante desprestigiado na estrutura, inclusive em relação às instalações físicas.

O mestrado trouxe-lhe a possibilidade de atuar, ainda que parcialmente, com pesquisa no vínculo do hospital público. Retornou ao consultório, agora a partir da área de pesquisa, atuando em orientação de carreira, unindo o conhecimento do mestrado com o anterior adquirido como psiquiatra e psicanalista.

eu vi uma possibilidade aí, que eu acho que isso tem muito a ver com a carreira médica, de fazendo essas composições, essas integrações, de unir a questão minha em algum modo, da clínica, e da história minha de psiquiatria, e de psiquiatria de desenvolvimento de criança e adolescente, e de mundo de trabalho, para orientação profissional, e acho que dá conta dessa minha união das questões. Então eu fui trabalhar com orientação profissional, aí deu possibilidade de eu fazer um projeto de mestrado, isso que eu estou fazendo, e daí minhas práticas agora foram mudando.

Relata que as mudanças de vínculo sempre foram pautadas internamente, atendendo ao desejo de desenvolver práticas aderentes a seus valores e interesses intelectuais. Refere nunca ter priorizado o retorno financeiro nas decisões. Percebo que o prestígio e o desenvolvimento são prioritários em suas escolhas.

Entende que essas possibilidades de mudanças frequentes são características da carreira médica, pois sabe que, na eventualidade de precisar recuar, sempre terá uma oportunidade de trabalho que possibilite seu sustento financeiro, que os médicos têm essa tranquilidade em relação ao mercado de trabalho.

A escolha de atuar em orientação profissional, ainda que traga menor retorno financeiro e social, traz a possibilidade de desenvolver-se, de ter o prestígio decorrente do mestrado.

Tem a percepção de que suas mudanças são muito mais amplas do que apenas de vínculo: entende como mudança de identidade.

A codificação da entrevista será apresentada no quadro 4.

Motivação para escolha da medicina e para vínculos (mobilidade)
Figuras inspiradoras
Reconhecimento social, prestígio, identidade respeitosa
Ajudar os outros, promover saúde
Motivação para escolha da especialidade e formações
Características do mercado de trabalho próprias da carreira
Família
Consultório
Vínculos
Relações entre os vínculos
O cuidado
Acadêmico
Valores
Visão sobre a própria carreira.

Quadro 4: Códigos entrevista 1 fase 1

A codificação axial da entrevista, os eixos em torno do qual podem ser agrupados os códigos definidos, é apresentada no quadro 5.

Valores	<ul style="list-style-type: none"> - promover saúde; - cuidado; - ajudar os outros - escolhas que possam preservar-se enquanto pessoa;
Autonomia	<ul style="list-style-type: none"> - mudanças sempre pautadas por mim - mudanças e decisões não privilegiam o financeiro
Valorização social da profissão	<p>O status da profissão parece ser uma busca de superar questões ligadas a problemas familiares, tanto na infância quanto na vida adulta. Como uma necessidade de valorização e reconhecimento que podem advir do status que o médico tem na nossa sociedade.</p> <p>Aliar o nome a uma instituição de respeito é mais importante do que aumentar ganho financeiro.</p>
Acadêmico	<p>O mestrado abre a possibilidade de integrar os vínculos e superar a insatisfação de fundo. Adquirir conhecimento, atuar como docente, promover saúde e o status advindo do mestrado trazem perspectivas positivas à sua carreira.</p>
Prestígio e reconhecimento social	<p>Desde a escolha da profissão um dos motivadores.</p> <p>Escolhe ficar no hospital público autarquia, mesmo com rendimento menor, devido ao reconhecimento profissional que gera.</p>

Quadro 5: Codificação axial entrevista 1 fase 1

4.2.2 Entrevistada 2 fase 1

Cardiologista, formada há 15 anos.

Indicada pelo entrevistado anterior, a entrevista é realizada no hospital onde trabalha no período da manhã, das 7 às 11h.

Foi chamada para ajudar a criar um setor no hospital, devido à experiência no hospital de ensino, onde atua no período da tarde como concursada. Neste último o salário é fonte de insatisfação, mas foi onde conheceu o academicismo. Tem a assistência, que é forte, o ensino e a pesquisa. Está no caminho de fazer o doutorado, tem muita publicação e pesquisa importante em andamento. Era estagiária neste hospital quando abriu o concurso para médico assistente, chefe indicou, fez e passou. No início vínculo de 30 horas semanais, quando o serviço expandiu e houve a necessidade aumentou para 40 horas semanais, depois diminuindo para 20 horas durante a licença maternidade. Em seguida assumiu 20 horas para montar ao serviço no hospital onde a entrevista é feita.

Continua, no hospital público, fazendo tudo o que fazia antes, só que em menor tempo.

Além desses dois vínculos ainda atua no consultório, no final da tarde e início da noite.

Foi fazer medicina porque era muito boa aluna para prestar um curso menos concorrido, queria o desafio. Nenhum médico na família, que é de engenheiros.

Casada com artista, tem dois filhos pequenos.

A questão do gênero aparece de forma importante durante toda a entrevista e nos relatos sobre as escolhas. Há um conflito intenso entre a atividade profissional e o papel de mãe. Sente-se cobrada por não dar a atenção necessária aos filhos e por manter o vínculo no hospital público, ao invés de dar plantões que trariam maior retorno financeiro. Ao mesmo tempo sente-se cobrada por não ter ainda iniciado o doutorado – o que se deve justamente à falta de tempo de dedicação – e por não dar mais atenção à parte acadêmica.

Define uma importante característica pessoal para suas escolhas profissionais: o seu jeito de cuidar, cumprimentar o paciente a hora que ele chega, abraçar quando ele sai, sofrer quando saía de um vínculo, mesmo que insatisfatório, porque sente falta das pessoas, se apega.

Na prefeitura trabalhou em um hospital público alguns dias, diz que não tinha condição psicológica de aguentar a falta de condições de trabalho. Quando foi pedir demissão o chefe ofereceu-lhe escolher outro lugar melhor para que não saísse. Não aceitou, tinha

opções em hospital privado, onde ficou por 6 ou 7 anos, parou de dar plantões porque estava grávida e precisava diminuir o ritmo.

Nos plantões atuava em Pronto Socorro e UTI.

A decisão de engravidar estava tomada desde que casaram, mas afirma nunca ter priorizado. Relata que várias colegas escolheram especialidades mais “tranquilas” para poder cuidar melhor de filhos, mas que sempre fez escolhas a partir do próprio projeto profissional. “Eu queria fazer uma boa carreira”.

“Se eu fosse pensar quando encaixar a gravidez nunca teria tido filho”.

O pai tem um imóvel fechado e ofereceu para que ela abrisse uma clínica, mas diz não ser uma boa administradora e não ter as condições necessárias: o empreendedorismo de montar a clínica e ganhar dinheiro.

Os códigos definidos para essa entrevista são apresentados no quadro 6.

Motivação para escolha da medicina e para vínculos (mobilidade)
Características pessoais
Medicina do jeito que a gente faz
Motivação para escolha da especialidade e formações
Características do mercado de trabalho próprias da carreira
Família
Consultório
Especialização
Vínculos
Relações entre os vínculos
O cuidado
Acadêmico
Valores
Visão sobre a própria carreira.
Gênero

Quadro 6: Códigos entrevista 2 fase 1

A codificação axial da entrevista 2 da fase 1 é apresentada no quadro 7.

Valores	- postura humana e acolhedora, - trabalhar com “gente boa”
Acadêmico	- pressão para fazer doutorado - exigência para progresso
Gênero	Apesar de não ter privilegiado a maternidade na escolha da especialidade sente-se cobrada por ter pouco tempo para os filhos. Algumas colegas da faculdade faziam a escolha considerando o tempo a dedicar aos filhos, em uma clara assimetria de condições. Mesmo a mulher já sendo maioria entre os médicos ainda há muitas barreiras para seu desenvolvimento. Para fazer o doutorado – cobrança forte no local de trabalho “porque todo mundo tem” – teria que deixar algo de lado, mas não conseguiu ainda decidir do que abrir mão. Também teria menos tempo para filhos. Há uma forte cobrança, em desigualdade de condições.
Mercado de trabalho para o médico	Ganha bem porque trabalha muito, plantões são moeda Longo tempo de formação. Diferenças entre ser empreendedor (abrir uma clínica) e ser o cuidador. Especificidades do trabalho em medicina preventiva (mais humana). Constante especialização e estudo criam uma trilha com passos que levam a afunilamento de escolhas.
Prestígio e reconhecimento	Ligar nome a instituição de pesquisa, ainda que isso signifique menor rendimento traz

social	reconhecimento e prestígio. Quem é estudioso não deve prestar vestibular ou seguir por carreira em que há menor concorrência no vestibular. Profissão de pessoas que são estudiosas
---------------	--

Quadro 7: Codificação axial entrevista 2 fase 1

4.2.3 Entrevista 3 fase 1

Nutróloga, cardiogeriatra, enfermeira (formação anterior à medicina).

Filha de médico ginecologista-obstetra, acompanhava o pai no trabalho desde criança, fala que achava encantadora a “mágica do bebê nascer”, o que teve grande influência na sua decisão. Tinha muita habilidade com desenhos, desenhava plantas de casas desde criança, mas relata que era sugestionada a fazer medicina. Quando disse ao pai que queria medicina ouviu dele que era muito sacrificante, que não era profissão para mulher, e sugeriu que ela fosse dançar ballet.

Entrou em enfermagem assim que saiu do colegial, não sabia o que fazia uma enfermeira, havia prestado medicina e não havia passado, quis enfrentar. Depois de uns meses quis mudar para fisioterapia, e ouviu da mãe que “aqui em casa quando a gente começa uma coisa vai até o fim”. Apaixonou-se por enfermagem, o que fortaleceu a decisão de fazer medicina. Ao término prestou medicina e entrou, com 21 anos.

A formação em enfermagem ajudou-a, já sabia como era o cuidado já tinha auxiliado médicos em cirurgias.

Fez cardiogeriatra e foi convidada por um professor renomado na área a trabalhar como assistente em sua clínica, assumindo o papel de “herdeira” ou sucessora. Ao mesmo tempo trabalhava em um hospital com cardiogeriatra e dava plantões em UTI. Chegava a trabalhar 36 horas seguidas, sem voltar para casa.

Após alguns meses no hospital não gostava mais do trabalho porque era pressionada por metas e não podia mais fazer a medicina do seu jeito. Eram muitos pacientes, foi perdendo o gosto pela medicina, questionou-se se queria ser médica. Fez curso de história da arte e pensou em dedicar-se a isso e deixar a medicina. Ficou 6 anos neste hospital.

Gostava muito do trabalho no consultório, mas era o hospital que pagava as contas. O chefe sugeriu que fizesse alguma formação na área de prevenção, fez pós-graduação em nutrologia, viu nutrição esportiva e gostou.

Para dedicar-se a essa nova área teve que deixar o consultório e abdicar da “herança”, não queria ter a vida que ele tinha sem tempo para a família.

Foi chamada para trabalhar na unidade de cardiologia do esporte em hospital de ensino, o que fez com que o “brilho nos olhos” voltasse para a medicina, mas ainda continuava no hospital que cobrava metas. Até que foi chamada para trabalhar em renomado hospital particular e pode deixar o trabalho que lhe tirava o brilho dos olhos.

Agora eu vi que eu estava fazendo realmente o que eu gostava, e que era isso que eu queria fazer para o resto da minha vida, talvez tenha demorado aí, muito tempo, para eu descobrir que era medicina mesmo que eu gosto, e que eu adoro ajudar as pessoas nesse sentido, a melhorar a qualidade de vida, fazer a prevenção, então, hoje, eu tenho certeza absoluta do que eu gosto na área de medicina, eu acho que todas as etapas que eu tive que passar só acrescentaram coisas na minha vida, a gente não perde nada estudando.

Fala que existe uma idéia, quando ingressam na medicina, de ajudar os outros e ganhar dinheiro.

Após decisões sobre mudança de ocupação, em que faz o que gosta com qualidade de vida, afirma estar muito feliz com o que alcançou na profissão.

Os códigos da entrevista 3 da fase 1 são apresentados no quadro 8.

Motivação para escolha da medicina e para vínculos (mobilidade)
Gênero
Características pessoais e de trajetória
Mudanças
Jeito de lidar com o paciente
O cuidado
Motivação para escolha da especialidade e formações
Características do Mercado de trabalho próprias da carreira
Família
Consultório
Especialização
Vínculos
Relações entre os vínculos

Acadêmico
Valores
Visão sobre a própria carreira

Quadro 8: Códigos entrevista 3 fase 1

A codificação axial, eixos em torno dos quais podem ser agrupados os códigos da entrevista 3 da fase 1 são apresentados no quadro 9.

Valores	Ajudar as pessoas, fazer a prevenção. A gente não perde nada estudando. Qualidade de vida. Fazer o que gosta. Significado do trabalho.
Acadêmico	Pouco citado, apesar de estar decidida a fazer o doutorado.
Gênero	Conselhos do pai sobre profissão ser para homens porque muito sacrificada. Sugeriu que fosse dançar ballet.

Quadro 9: Codificação axial entrevista 3 fase 1

4.2.4 Entrevista 4 fase 1

Médica pediatra da família, 41 anos.

Sempre foi cuidadora, desde pequena. Causou susto quando disse que iria fazer medicina, devido à falta de recursos financeiros da família.

Iniciou residência em pediatria na Santa Casa e desistiu para acompanhar o marido em mudança para o exterior. Chegando lá estudou para validar o diploma, mas engravidou, houve o atentado de 11 de setembro e não quis ter a filha naquele país, voltou com 34 semanas de gestação. Convidada pela antiga chefe a ser estagiária em pediatria no mesmo local, a diferença era que não haveria remuneração.

Fez várias mudanças em sua vida pessoal e profissional a partir da necessidade de integrar o papel de mãe com a carreira. Em algumas situações pude observar que isso trouxe

grandes prejuízos profissionais, por exemplo, quando desistiu da residência tão arduamente conquistada.

A gravidez fez com que desistisse de validar o diploma e morar nos Estados Unidos: ano do atentado de 11 de setembro, não queria ter a filha lá, também a mãe não poderia ir ajuda-la.

As escolhas pela medicina, pediatria e neonatologia foram sempre muito ligadas a valores, sentia o “chamado”.

A prática inicial em neonatologia trouxe a percepção de sentir-se distante do que havia sido a motivação para a escolha. Queria acompanhar o desenvolvimento da criança desde o nascimento, mas ficava na ultraspecialização, lidando com crianças com graves quadros ao nascer, sem acompanhar sua evolução.

Houve uma grande crise, em que cogitou desistir da medicina, quando se sentia uma empresária: trabalhava como gestora e também médica em um hospital, dava plantões em outro e trabalhava também na Santa Casa.

Após um período de elaboração, resolveu iniciar o consultório. Abriu um dia por semana, ia para lá, mesmo que não houvesse nenhum agendamento. Os pacientes foram aparecendo aos poucos. Diz ter sido a grande sacada que salvou sua carreira: descobriu um jeito de fazer com a sua cara.

Ao procurar escola para a filha conheceu a Waldorf e se encantou com a antroposofia, fazendo a formação e hoje se definindo profissionalmente a partir desse olhar: intervenção é pedagógica, pela via desse olhar da criança saudável.

Hoje atende só no consultório

Decisão significou diminuição de rendimento no primeiro momento, deixou de dar plantões para ficar três dias por semana disponível, mesmo que sem pacientes agendados.

Relata que não consegue separar a profissional do seu jeito. Diz estar inteira com o paciente. Define-se como pediatra da família, faz parte de equipe de parto humanizado e acompanha seus pacientes desde o nascimento, como era seu sonho.

Sente-se realizada trabalhando apenas no consultório, sem convênios, em uma casa com jardim e quintal e recebendo seus pacientes e a família, também recebe em casa quando necessário.

Desde a entrevista até a categorização das falas para análise senti que a história dessa médica é carregada de significados, tive a percepção de uma vida repleta de reflexão sobre seu sentido, valores que me são comuns, tais como: solidariedade e colocar-se na relação

profissional. A metodologia utilizada nessa pesquisa permite que o pesquisador se coloque na vivência.

Percebi uma coragem muito grande em fazer mudanças nos rumos da vida pessoal e profissional para atender aos apelos de valores internos fortes.

Propiciou-me muita reflexão sobre minha própria vida profissional, minhas escolhas enquanto pesquisadora, profissional no mercado, mãe e habitante do mundo, ampliando meu olhar e inspirando-me.

Os códigos da entrevista 4 da fase 1 são apresentados no quadro 10.

Motivação para escolha da medicina e para vínculos (mobilidade)
Gênero
Características pessoais e de trajetória
Mudanças
Jeito de lidar com o paciente
O cuidado
Motivação para escolha da especialidade e formações
Características do Mercado de trabalho próprias da carreira
Família
Consultório
Especialização
Vínculos
Relações entre os vínculos
Valores
Visão sobre a própria carreira

Quadro 10: Códigos entrevista 4 fase 1

A codificação axial da entrevista 4 da fase 1 é apresentada no quadro 11.

Valores	O olhar integral para a criança saudável, considerando a necessidade de estabelecer vínculos, laços fortes e tratar a partir do olhar pedagógico, não da doença. Enxergar a criança na integralidade, enxergar-se como médica, mãe e ser humano na integralidade, visão holística de si mesma, dos pacientes e da família.
O consultório	Foi o eixo de transformação, partindo da prática médica desvinculada de seus valores, fragmentada, até chegar a atual, holística.
Gênero	Desde as desistências (da residência para acompanhar o marido ao exterior, de ficar no exterior por conta da filha que iria nascer longe do apoio familiar) até a junção do papel de mãe que lhe indicou o caminho para estabelecer a identidade profissional satisfatória que tem hoje, em que se considera realizada e feliz com a medicina.
Integração entre profissional/ mãe/ valores	A visão integral de si mesma, do paciente, da relação trouxe-lhe a possibilidade atual de trabalhar e atuar da maneira satisfatória. Enquanto ia categorizando as falas da entrevista fui percebendo um significado muito grande na história dessa médica. Uma percepção de uma vida com reflexão sobre seu sentido, valores que me são comuns, como solidariedade, colocar-se na relação profissional. Percebi uma coragem muito grande em fazer mudanças nos rumos da vida pessoal e profissional para atender aos apelos de valores internos fortes. Propiciou-me muita reflexão sobre minha própria vida profissional, minhas escolhas enquanto pesquisadora, profissional no mercado, mãe e habitante do mundo.

Quadro 11: Codificação axial entrevista 4 fase 1

4.2.5 Entrevista 5 fase 1

Especialidade clínica, diretor do serviço em hospital de ensino.

A família teve grande influência em sua escolha pela medicina, assim como em toda a sua trajetória, apoiava escolha que trouxesse maior retorno financeiro.

Sentia grande necessidade de “mostrar que era viável”, pelo fato de ser o primeiro homossexual na família. Sempre muito estudioso, diz-se “nerd”, passou no vestibular para medicina no segundo ano e depois na federal de sua cidade em segundo lugar.

Veio fazer residência em São Paulo porque era a melhor, mas também porque queria sair de sua cidade natal. Laureado na faculdade, com a nota quase máxima, sempre muitas conquistas pelo esforço e dedicação, pelo estudo.

Em pouco tempo passou de residente a diretor do serviço, muito recente na instituição ainda, o que trouxe problemas de aceitação pelo grupo composto de profissionais com mais história. O estudo e a dedicação ao trabalho com os residentes foram, segundo sua visão, as principais explicações para esta trajetória rápida.

Iniciou clínica com mais quatro sócios, assim que terminou a residência, em atividade que é exigido como médico e como administrador, apesar de não ter tido nenhuma qualificação ou treinamento para a parte administrativa e de gestão.

Define sua atividade como muito diferente nos diferentes vínculos: diretor do serviço, ambulatório, preceptor e na clínica particular.

Apesar da falta de qualificação para a gestão entende que esse papel só pode ser ocupado por médico, que é necessário o conhecimento da medicina para ser gestor de uma clínica ou serviço em um hospital.

Escolheu a especialidade e o local para fazer a residência porque eram difíceis, precisa de desafios.

A função de diretor do serviço abre-lhe portas em todas as outras atividades: traz pacientes para o consultório, é convidado a participar de programas de TV e a representar o Brasil em congressos.

A residência foi uma preparação para a área acadêmica, foi direto para o doutorado com uma pesquisa inovadora e reconhecida, a qual também trouxe a possibilidade de vir a ser diretor do serviço ainda muito jovem.

Enfrentou dificuldades na arena política quando iniciou a preceptoria, tendo que vencer resistências até ser aceito e estabelecer-se como respeitado no meio acadêmico.

Sua carreira apresenta pouca mobilidade física, logo depois de formado veio para São Paulo no hospital onde atua até hoje, primeiro como residente, depois como assistente e diretor do serviço. A mobilidade psicológica é observada nessas mudanças que são uma evolução nos níveis de complexidade de sua atuação, tanto técnicos quanto administrativos.

A homossexualidade traz a necessidade de demonstrar capacidade e competência em várias situações, sendo vítima de preconceito e provocações.

A remuneração não é fator motivador das decisões sobre a carreira, já que o prestígio vem do vínculo como diretor do serviço e da vinculação de seu nome ao hospital, ainda que o salário seja insatisfatório. Os ganhos são secundários ao nome atrelado a instituição.

Os códigos da entrevista 5 da fase 1 são apresentados no quadro 12.

Motivação para escolha da medicina
Gênero
Características pessoais e de trajetória
Mudanças
Jeito de lidar com os residentes
Motivação para escolha da especialidade e formações
Características do mercado de trabalho próprias da carreira
Família
Consultório
Especialização
Vínculos
Relações entre os vínculos
Acadêmico
Valores
Visão sobre a própria carreira

Quadro 12: Códigos entrevista 5 fase 1:

A codificação axial da entrevista 5 da fase 1 é apresentada no quadro 13.

Valores	Necessidade de ser o melhor, de fazer o mais perfeito trabalho.
Gênero	A homossexualidade traz a necessidade de provar valor e competência.
Acadêmico	Fonte de valorização, reputação e rápida ascensão profissional.
Financeiro não é fator mobilizador para decisões	Abre mão de ganhar mais em outros lugares para ter o nome atrelado ao hospital, que lhe traz muitos ganhos secundários para a carreira e reputação médica.

Quadro 13: Codificação axial entrevista 5 fase 1

4.2.6 Entrevista 6 fase 1

Psiquiatra, 39 anos.

Sempre um bom aluno. Preparado para fazer exatas desde o início do ensino médio, teve um problema de saúde e viu que essa profissão era muito importante para os outros.

Reiniciou o preparo para o vestibular de medicina, mas acreditava que iria conseguir o que escolhesse, se estivesse motivado.

Mesmo tendo mudado a escolha terminou a formação técnica, passou em segundo lugar em concurso público para estagiário projetista na Eletropaulo, pode escolher ficar na sua cidade natal, no interior de São Paulo. Fazia cursinho à noite, depois de seis meses saiu do estágio para fazer cursinho em período integral, estudava muito além do cursinho e passou em algumas faculdades no único vestibular que fez, escolheu a faculdade mais perto de sua cidade natal.

Na faculdade nunca teve problemas com notas, destacou-se, foi presidente da liga.

Afirma que suas decisões são muito pensadas, apesar de ter mudado “aos 46 do segundo tempo” a escolha da profissão e da especialidade.

Queria fazer uma parte do curso em outro país, começou a estudar o idioma no primeiro ano para fazer a prova no sexto ano. No quinto ano fez intercâmbio de férias de um mês, ficou na casa de um médico no país escolhido. Fez prova de idioma e foi para último nível, viu que estava preparado. Passou na prova e fez parte do sexto ano lá.

Hoje avalia essa trajetória e conclui que

esse lado das coisas que eu não conheço me atrai, por um lado positivo também. Eu acho que isso foi muito motivador, pra mim, ao longo da minha vida. As coisas que talvez eu não conheça me motivam muito, no sentido positivo de buscar.

Não passou na prova da residência para neurocirurgia, faltava-lhe motivação, estava perdido. Avalia que foi bom não ter passado para poder amadurecer. Passou um ano trabalhando como clínico, no contato com as pessoas, era o que queria. Estudou e amadureceu. Prestou motivado, com convicção, e passou em várias bem concorridas, no interior e na capital, não por sorte, mas porque estava bem preparado.

Decidiu fazer em São Paulo porque a mulher com quem é casado hoje tinha mudado para cá, veio para ficar com ela e casar. Esposa é artista plástica.

Casou-se no primeiro ano da residência, complementava a renda com plantões em psiquiatria. Iniciou o consultório no segundo ano por convite de professores que reconheceram sua qualidade e precocidade. Sempre estudou e trabalhou ao mesmo tempo.

Até hoje trabalha no hospital onde fez residência, é professor lá, acompanha o internato dos alunos de faculdade conveniada. Identifica-se muito com a instituição, tem uma relação forte de reconhecimento, pertencimento, sente-se muito estimulado.

Assim que terminou a residência abriu concurso nesse mesmo hospital para médico assistente, passou em segundo lugar e emendou de residente para médico assistente, sem intervalo.

Pós-graduação em psicanálise, motivado pela necessidade de aprofundar o estudo sobre o contato com o paciente, sua motivação inicial. Refere que sempre faz as duas coisas juntas: trabalhar e estudar. No hospital pode juntar as duas coisas de maneira satisfatória, estuda para ser professor dos alunos do internato, organizou o início do internato, o conteúdo programático.

Dedica-se a área acadêmica como aluno especial, estudando para fazer o mestrado. Vai a congressos nacionais e mundiais, estuda sozinho.

Os códigos da entrevista 6 da fase 1 são apresentados no quadro 14.

Valores	Necessidade de ser o melhor, de fazer o mais perfeito trabalho.
Gênero	Casado com artista plástica, não há cobranças tarefas por domésticas ou de cuidado das filhas.
Acadêmico	Fonte de valorização, reputação e rápida ascensão

	profissional.
Financeiro não é fator mobilizados para decisões	Abre mão de ganhar mais em outros lugares para ter o nome atrelado ao hospital, que lhe traz muitos ganhos secundários para a carreira e reputação médica.

Quadro 14: Códigos entrevista 6 fase 1

A codificação axial da entrevista 6 fase 1 é apresentada no quadro 15.

Valores	Necessidade de ser o melhor, de fazer o mais perfeito trabalho. Profissão importante para o outro. Estudar, motivação pelo desconhecido.
Estudar	Curiosidade intelectual é motivação para escolhas e esforço em alcançá-las. Determina mudanças “aos 46 do segundo tempo” nas escolhas de profissão e especialização.
Planejamento de carreira	Fonte de valorização, reputação e rápida ascensão profissional. Em todas as fases, desde o colegial voltado a passar no vestibular de engenharia, à retomada dos estudos para prestar medicina, as escolhas dos vínculos e a preparação para o mestrado.

Quadro 15: Codificação axial da entrevista 6 fase 1

4.2.7 Entrevista 7 fase 1

Homeopata especializando-se em medicina quântica.

Lembra-se da festa de aniversário de cinco anos em que o tema era a medicina, porque já sabia que iria ser médica. Disse que nunca optou, é a única lembrança que tem “no meu caso é destino”. Durante a entrevista lembra-se que, também aos cinco anos, presenciou o pai se cortando em uma janela, havia sangue e ela saiu para pegar um pano para ajudá-lo, sem medo, queira ajudar. Sempre falou que iria ser médica.

Sempre estudou em escola pública, passou no vestibular para faculdade particular ao término do terceiro ano e não pode fazer. Fez um ano de cursinho e entrou em universidade pública federal, longe de sua cidade natal.

Durante esse ano de cursinho, quando pensava no que seria se não passasse em medicina e não se via em nenhuma outra ocupação, Pensou que, em último caso, poderia ser florista.

O estudo ocupa uma posição central na biografia dessa profissional:

[..] porque quando você vem de uma família pobre, sem recursos, mas cuja mãe é uma pessoa estudiosa, sabe, que dá o exemplo pelo estudo. Então acho que isso foi o grande... o grande presente que ela me deu. Essa herança de vontade de estudar. Eu sempre gostei. Sempre. Então era natural. Então não tinha condição financeira nenhuma pra fazer. No entanto, eu entrei pra faculdade federal. Então era um destino, acredito, no meu caso. Era o destino.

Aceita como estudante carente pode utilizar o alojamento da universidade, por ser muito estudiosa fazia monitoria e ganhava bolsas, que utilizava para comer e tirar cópias, não conseguia comprar livros, nem todos eram disponíveis na biblioteca.

Quando colegas pediam que desse aulas para eles ficava muito feliz, porque ia na casa deles e tinha acesso aos livros. Ensinava, lia e estudava.

Apesar de não ver-se como profissional de emergência fazia monitoria de ortopedia, auxiliando em cirurgias, o que lhe deu uma base muito boa.

Engravidou e teve a filha na faculdade, não passou na residência de oftalmologia e teve que trabalhar para se sustentar. Plantões, ambulatório e emergência, saúde pública o tempo todo. Experiência trouxe visão geral de medicina e do ser humano.

Utiliza muito a intuição, mas a prática cria a possibilidade.

Deu plantões e, locais violentos, desistiu porque saía tiro dentro do hospital. Após ter o apartamento invadido resolveu trabalhar em um programa do governo federal que havia, chamado Prolabor, em que os médicos eram convidados a trabalhar em cidades do interior. Em uma cidade perto da Bahia trabalhou alguns meses, mas denunciou um esquema de desvio de medicamentos pela secretária de saúde e saiu por medo de represálias. Ia sempre com a filha. Em outra cidade perto de sua cidade natal, levou “calote” de 4 meses, depois foi trabalhar na Santa Casa de uma cidadezinha do interior de Mato Grosso, chegando lá, com a filha, viu que o acesso era muito difícil, por estrada de terra. Quando foi conhecer o hospital, o padre responsável lhe disse:

olha, só vai ter uma coisa. Como você é mulher e não é casada, e tem uma filha, cidade pequena, no Mato Grosso, você não pode morar na cidade, você vai ter que morar aqui dentro. A gente vai ficar isolado. Você não pode ficar em contato com as pessoas. Pra sua segurança. Você só vai sair com os médicos daqui, com o grupo aqui.

Desistiu. Isso ocorreu há vinte anos, por volta de 1995.

Foi para cidade pequena perto de São Paulo, Atibaia e Campinas, onde ficou sete anos. Filha já exigia escolas boas, tinha qualidade de vida. Dava plantões em hospitais e trabalhava em posto de saúde. Foi para o Canadá, casou e o então marido – que era canadense e viria para o Brasil nos planos originais – acabou convencendo-a a ir para lá, com a filha, por um ano, até que ele se formasse. Acabou ficando quatro anos, o tempo de ter cidadania e a filha ficar maior de idade, voltou para o Brasil separada, a filha ficou.

Diz que ficou em São Paulo porque o avião desceu aqui. Reativou o CRM e em 20 dias estava trabalhando, com medicina do trabalho. Por ter ficado cinco anos sem atuar, só fazia exame físico e pedia alguns exames, não exigia atualização. Enquanto isso foi fazendo cursos, atualizando-se, tendo que recomeçar do zero a vida financeira.

Depois de alguns cursos foi trabalhar no Programa de Saúde da Família, após algum tempo foi dar plantões em emergência, em uma volta gradativa, sempre fazendo muitos cursos e participando de muitos congressos.

Fez especialização em homeopatia, em 2012, cinco anos após o retorno ao Brasil.

Na época da primeira entrevista dava plantões semanais, em emergência em hospitais públicos, em regime de CLT e OS, e em hospital particular. Chegava a emendar cem horas sem voltar pra casa. Queria recuperar o tempo perdido, havia acabado de mudar para o apartamento que havia comprado e estava começando a diminuir o ritmo dos plantões.

Havia pedido demissão de um que ficava em local perigoso, com roubo de carro de enfermeira e bandido apontado a arma pra médico.

E aí você fala assim: bom, isso é um desrespeito. É botar a vida em risco à toa, não vale a pena. Entendeu? Então tem locais que não vale a pena. Aí você acaba ficando, porque você gosta do outro colega: poxa legal ali, o fulano está aí, a fulana está aí, aí você acaba ficando pelo grupo que está junto, entendeu? Mas às vezes dá um medo, sabe? Falei: ah, não quero. Então vou me livrar do que não me faz bem.

Já havia saído de um vínculo por falta de segurança:

Não tem valorização a vida do profissional. Não tem. Isso tudo é normal. É aceitável. Então ninguém faz nada, todo mundo aceita. Ah, é assim mesmo. Falei: ah... não sei. Não é assim mesmo. Não é. Não é assim mesmo. Não deveria ser assim mesmo.”

Permaneceu em um vínculo em que há mais segurança, a relação com os colegas é boa e sente-se apoiada.

Pensa em investir em um consultório, atuar como homeopata.

Os códigos entrevistada 7 fase 1 são apresentados no quadro 16.

Motivação para escolha da medicina
Gênero
Características pessoais e de trajetória
Mudanças
Jeito de lidar com o paciente
Motivação para escolha da especialidade e formações
Características do mercado de trabalho próprias da carreira
Família
Consultório
Especialização
Vínculos
Relações entre os vínculos
Valores
Visão sobre a própria carreira
O paciente do SUS
Postura ética
Motivação para mobilidade física

Quadro 16: Códigos entrevista 7 fase 1

A codificação axial da entrevista 7 da fase 1 é apresentada no quadro 17.

Valores	Estudar é um valor passado pela mãe, que criou os filhos sozinha e fez faculdade depois.
Estudar	Valor forte, de família.

Gênero	<p>Dificuldades importantes, diversas barreiras quebradas pela sua mãe e por ela para sair de uma situação de abandono parental utilizando-se do estudo, da dedicação.</p> <p>Desiste de conquistas e de trajetória para acompanhar marido, não dá certo e recomeça.</p> <p>Discriminação na vida profissional por ser mulher e por não ter marido.</p>
O SUS	<p>Ampla gama de oportunidades desde o final da graduação, em vários vínculos.</p> <p>Dificuldade pela falta de segurança e de condições de trabalho.</p> <p>Campo de formação e desenvolvimento.</p>

Quadro 17: Codificação axial entrevista 7 fase 1

4.2.8 Entrevista 8 fase 1

Oftalmologista e médico do trabalho, fazendo doutorado, pesquisador no departamento.

Relata, durante a entrevista, o quanto era interessante falar para alguém sobre sua história e o quanto ia tirando conclusões a respeito.

Iniciou residência em oftalmologia, parou para fazer em anestesiologia. Na época passavam muito tempo na UTI, não aguentou ficar isolado. Prestou novamente para oftalmologia e retornou um ano atrasado em relação aos colegas. Durante a residência dava aulas em faculdade e juntou dinheiro, utilizado para, ao terminar a residência abrir consultório com colegas, logo descobriu que não era o que gostava.

Sempre gostou da docência, iniciou mestrado em oftalmologia no interior de São Paulo.

Prestou concurso para Marinha e entrou, foi diminuindo o tempo no consultório, mudou-se para o Rio de Janeiro e largou o mestrado.

Depois de um tempo na Marinha conseguiu mudar para perto de São Paulo. Nessa época iniciou a relação com a departamento onde hoje é pesquisador, com a especialização aí

reiniciada. Em nove anos chegou a coordenar o serviço de medicina do trabalho ligado a faculdade, o que define como muito importante para si mesmo.

Após a entrada como aluno prestou concurso para médico do trabalho, ao mesmo tempo em que para o instituto federal, como perito. Passou nos dois, largou a Marinha – após muitos conflitos internos sobre a aceitação familiar da mudança.

Problemas políticos e de relacionamento com superiores motivaram mobilidade física e psicológica, com sofrimento importante.

Ter duas especialidades – oftalmologia e medicina do trabalho – facilitou a mobilidade nos momentos de crise.

No momento da primeira entrevista o doutorado em curso, havia ficado dois anos afastado do INSS para poder dedicar-se, tendo o retorno coincidido com problemas com gestor no hospital que o levaram a ir para oftalmologia.

As atividades docentes ocupam uma noite, em curso de especialização *lato sensu* em medicina do trabalho.

Muito interessante a disparidade entre sua atuação em um vínculo – relação perito-segurado regida pela desconfiança – e no serviço que atende trabalhadores – defesa, tentativa de dar subsídios técnicos até para configurar assédio moral.

Tem guardiães, algumas pessoas definidas como “madrinhas”, que influenciam suas decisões e mobilidade. Atualmente ocupando muito o espaço deixado pela licença médica de sua orientadora, dá aulas na graduação, organiza grade e professores, mesmo abalado pela grave doença dela.

Apresenta intensa mobilidade física e psicológica, com muitas possibilidades de experimentar e definir novos rumos, o que pode ser característica da carreira médica.

Os códigos da entrevista 8 fase 1 são apresentados no quadro 18.

Motivação para escolha da medicina
Gênero
Figuras inspiradoras
Características pessoais e de trajetória
Mudanças
Motivação para mudanças
Hierarquia

Poder
Guardiães
Jeito de lidar com o paciente
Motivação para escolha da especialidade e formações
Família
Segurança/ estabilidade
Consultório
Docência
Acadêmico
Especialização
Vínculos
Relações entre os vínculos
Valores
Visão sobre a própria carreira
Motivação para mobilidade física
Características do mercado de trabalho próprias da carreira médica

Quadro 18: Códigos entrevista 8 fase 1

A codificação axial da entrevista 8 fase 1 é apresentada no quadro 19.

Valores	Segurança/Estabilidade Independência Hierarquia.
Guardiães	Possibilidades e dificuldades em vários momentos da carreira.
Poder e hierarquia	As relações de poder ocupam importante papel em sua narrativa, facilidades e alegrias, assim como as dificuldades e intenso sofrimento podem ser entendidas a partir dessas relações.

Quadro 19: Codificação axial entrevista 8 fase 1

4.2.9 Entrevista 9 fase 1

Endocrinologista formada há dez anos, em faculdade federal em outro estado.

Fez medicina porque queria ajudar os outros mais do que quem faz Direito ajuda: queria salvar vidas. Sempre muito estudiosa.

Veio para São Paulo fazer residência, em busca de crescimento na carreira.

Gosta da especialidade escolhida, mas arrepende-se de ter feito medicina devido às dificuldades da carreira: demora no crescimento, tempo longo de formação, ninguém ensina a fazer gestão, “ninguém te avisa que a residência é duríssima, que você é maltratado, sofre *bullying*, o residente mais antigo escraviza quem está entrando”.

A compleição física foi determinante para as escolhas. Mulher, pequena, pouca musculatura e magra, tendência a ter hipoglicemia se fica sem alimentar-se por longos períodos a impediram de ser cirurgiã, uma escolha inicial de especialidade feita ainda na faculdade e abandonada.

Sempre gostou de escrever, teve a oportunidade de enviar um texto para uma reportagem, assessora de imprensa ofereceu os serviços de divulgação, teve “fôlego financeiro” para custear três meses e depois continuou a divulgar-se.

Seu marketing é um grande diferencial: tem blog, participa de programas em TV e rádio, publica em sites e revistas renomados, tem três mil seguidores no facebook, tem *instagram*.

A diferença entre a consulta no SUS e consultório é o tempo: 10 minutos no SUS exigem criar fluxo de atendimento na unidade.

No consultório atende apenas pacientes particulares, no início atendia convênios. Parece ser o vínculo central em sua carreira, até houve dúvidas quando escolheu a especialidade devido a essa centralidade do atendimento em consultório, sem procedimentos, o que dificulta atingir estabilização no mercado e a consequente financeira.

Tem um vínculo com o SUS, em uma OS, um centro de especialidades com nível secundário de atenção, motivada pelo vínculo CLT que traz alguma estabilidade. Agiliza o atendimento fazendo um *checklist* e capacitando a equipe da unidade, orientando a linha de cuidados.

Teve muitos guardiões, com influência sobre sua carreira e decisões: professor que a recomendou; mãe que a orientou nas escolhas e inspirou no marketing pessoal; médica

endocrinologista famosa que a ensinou; cardiologista que era sócio do consultório e a indicou para escrever a matéria e depois rompeu a sociedade bruscamente.

Tem uma rotina de trabalho de seis dias por semana, mais de doze horas, muito estimulada a “ter um lugar ao sol”, ser reconhecida e respeitada.

Faz doutorado, o tempo no hospital de ensino traz crescimento na carreira, pretende fazer pós-doutorado e continuar a carreira em São Paulo, com o crescimento do consultório.

Defende o SUS como um sistema que dá mais a quem mais precisa, mas que tem seus níveis de complexidade que devem ser melhor compreendidos para que o atendimento seja melhor. A hierarquização não é clara e falta fluxo: “o que está errado é as pessoas não entenderem onde elas se encaixam no fluxo”.

Os códigos da entrevista 9 fase 1 são apresentados no quadro 20.

Motivação para escolha da medicina
Estudar
Gênero
Características pessoais e de trajetória
Mudanças
Acadêmico
Jeito de lidar com o paciente
Motivação para escolha da especialidade e formações
Características do mercado de trabalho próprias da carreira médica
Família
Consultório
Especialização
Vínculos
Relações entre os vínculos
Hierarquia
Marketing pessoal
Guardiães

Valores
Visão sobre a própria carreira
O paciente do SUS
Motivação para mobilidade física

Quadro 20: Códigos entrevista 9 fase 1

A codificação axial da entrevista 9 fase 1 é apresentada no quadro 21.

Valores	Reconhecimento. Ajudar os outros.
Hierarquia	Possibilidades e dificuldades em vários momentos da carreira. Sofrimento por <i>bullying</i> do mais antigo pelo mais novo; traz dificuldade em ter um lugar ao sol, mas ensina a trabalhar.
Consultório	É a atividade central da sua especialidade, as outras são complementares, ou para a renda (SUS e laudo para cirurgia bariátrica) ou para firmar sua reputação (SUS, marketing pessoal, mídias variadas e doutorado).
O SUS	Traz possibilidade de ensinar outros médicos a ajudar alguém, o que traz muita gratificação. Gosta de dar aulas e de ser reconhecida como alguém que tem conhecimento.

Quadro 21: Codificação axial entrevista 9 fase 1

4.2.10 Entrevista 10 fase 1

Clínica geral, 39 anos. Casada, duas filhas pequenas. A entrevista é realizada na sala de sua casa, com as crianças ao lado, brincando.

Feliz e realizada com a escolha de ser clínica médica no SUS demonstra a desvalorização social dessa escolha pela constante necessidade de justificá-la.

Altamente vocacionada para a medicina, não conseguia ter uma segunda opção de profissão.

Trabalha em três vínculos e ainda deixa dois meios períodos livres para cuidar e acompanhar as filhas, o que é um valor muito importante. A questão do gênero aparece nas escolhas que privilegiam o papel de mãe, evidenciando a desigualdade de gênero na família.

Mesmo vocacionada e certa da escolha, é confrontada com situações de falta de condições mínimas de atendimento, que levam ao óbito dos pacientes que poderiam ter sido salvos.

Com a prática foi estabelecendo um modo de lidar com a morte, no início questionava-se muito se havia feito todo o possível.

Sempre estudiosa, não faz o mestrado porque opta por acompanhar as filhas, além de ter papel principal no provimento da família.

Os códigos da entrevista 10 fase 1 são apresentados no quadro22.

Motivação para escolha da medicina
Gênero
Características pessoais e de trajetória
Mudanças
Jeito de lidar com o paciente
Motivação para escolha da especialidade e formações
Características do mercado de trabalho próprias da carreira médica
Visão sobre escolha de especialidades dos colegas
Família
Consultório
Especialização
Vínculos
Relações entre os vínculos
Gestão
Valores
Visão sobre a própria carreira
Estudar/ acadêmico

O SUS
O paciente do SUS
O óbito
Postura ética
Motivação para a mobilidade física

Quadro 22: Códigos entrevista 10 fase 1

A codificação axial da entrevista 10 da fase 1 é apresentada no quadro 23.

Gênero	Faz escolhas que privilegiam o cuidado com as filhas, em assimetria de papéis familiares. Deixa o mestrado para mais tarde, mesmo que tenha se definido desde o início da entrevista com a característica de gostar de estudar, ser estudiosa.
O SUS	Ampla gama de oportunidades desde o final da graduação, em vários vínculos. Dificuldade pela falta de infraestrutura e de condições de trabalho.
Altamente vocacionada - Perfil clínico	Não conseguia pensar em nenhuma outra profissão. Escolha da atuação clínica desvalorizada socialmente. Necessidade de justificar-se por seguir sua vocação com dedicação. “Eu gosto de ambulatório de clínica médica”.

Quadro 23: Codificação axial entrevista 10 fase 1

4.2.11 Entrevista 11 fase 1

Neuro-oftalmo, executiva da indústria farmacêutica, 39 anos.

Iniciou a carreira passando por todas as etapas “normais”: trabalhou em hospital do SUS, deu plantões, foi chefe de plantão.

A limitação física (ser ambidestra) atrapalhou o plano inicial de ser cirurgiã, buscou uma sub-especialidade em oftalmologia que houvesse poucos profissionais, não queria ficar na mesmice, descobriu a neuro-oftalmo.

Trabalhou em clínica desde o início da residência, depois abriu a clínica de neuro-oftalmo, no mesmo local, onde era chefe. Treinou funcionários, fez marketing e divulgação.

Tem uma visão de que se se chegasse a ser o Pitanguí ou o Zerbini, ainda assim iria bater no teto e ficar na mesmice. Foi fazer MBA em Gestão de Negócios, descobriu que poderia ser executiva em indústria farmacêutica, fez pós-graduação em medicina farmacêutica, concomitante.

Há três anos na indústria farmacêutica, iniciou com cargo técnico, foi para gestora e chegou a ocupar cargo de alta gestão. Grande possibilidade de mobilidade física e psicológica, as três mudanças foram ascendentes e por convite.

Mantém o trabalho na clínica como forma de preservar a identidade médica, aos sábados pela manhã, como neuro-oftalmo.

Uma visão muito crítica sobre o SUS, tanto em relação aos processos, como à gestão e aos pacientes.

Desde quando era criança queria ser médica, sempre pela vertente do conhecimento: abria a barriga das bonecas para conhecer o funcionamento. Todas as suas decisões, mudanças e planos estão ligados ao ganho de conhecimento.

Os códigos da entrevista 11 fase 1 são apresentados no quadro 24.

Motivação para escolha da medicina
Características pessoais e de trajetória
Mudanças
Jeito de lidar com o paciente
Motivação para escolha da especialidade e formações
Características do mercado de trabalho próprias da carreira médica
Hierarquia e poder
Família
Consultório
Especialização
Vínculos
Gestão em indústria farmacêutica

Relações entre os vínculos
Marketing pessoal
Gênero
Valores
Visão sobre a própria carreira
O SUS
O paciente do SUS
Postura ética
Motivação para a mobilidade física

Quadro 24: Códigos entrevista 11 fase 1

A codificação axial da entrevista 11 da fase 1 é apresentada no quadro 25.

Valores	Ganho de conhecimento
Carreira executiva	Tem planejamento de carreira para chegar a presidente de empresa. O que era ocupação secundária para sair da mesmice virou a profissão e a profissão virou <i>hobby</i> .
O SUS	Visão muito crítica sobre os processos de trabalho, a gestão e os pacientes.

Quadro 25: Codificação axial entrevista 11 fase 1

4.2.12 Entrevista 12 fase 1

Médica de Família e Comunidade, ou de saúde coletiva, casada três filhos jovens.

Vínculos muito duradouros no decorrer de sua trajetória, os dois no SUS: médica da família e comunidade em UBS (Unidade Básica de Saúde) desde 1990, quatro dias na semana, 10 horas diárias, e plantonista em hospital público, dois plantões de 12 horas, quartas e domingos (há 17 anos).

Muito vocacionada, sempre tocada pelo sofrimento, pensava em veterinária, mas o pai a estimulou a fazer medicina, para poder tratar de gente e bicho. Era de família com poucos

recursos financeiros, sempre estudou em escola pública, não poderia fazer faculdade particular. Fez um ano de cursinho e entrou na Escola Paulista de Medicina.

No terceiro ano teve crise forte de depressão ao entrar em contato com sofrimento e doenças muito graves. Diz não ter tido apoio e superado sozinha.

Tem valores muito fortes relacionados ao cuidado, é muito sensível ao sofrimento do outro e seu trabalho tem um profundo significado em sua vida, diz que é seu hobby, e que, mesmo ganhando pouco, ainda está no lucro, porque ganha para fazer o bem e ajudar as pessoas.

Apesar dos problemas do SUS diz que pelo menos é leal: o recurso é para todos. Nos convênios não aceitava a auditoria que brecava exames, condutas ou internações a partir de outros interesses que não a saúde do paciente.

Foi muito impactante a entrevista, ver uma pessoa tão aderente a seus valores, tão feliz com seu trabalho cheio de significado trouxe reflexões importantes para o trabalho da pesquisa.

Os códigos da entrevista 12 fase 1 são apresentados no quadro 26.

Motivação para escolha da medicina
Gênero
Características pessoais e de trajetória
Mudanças
Jeito de lidar com o paciente
Motivação para escolha da especialidade e formações
Características do mercado de trabalho próprias da carreira médica
Família
O SUS
Especialização
Vínculos
Docência com quinto anistas
Relações entre os vínculos
Valores

Visão sobre a própria carreira
Postura ética
Motivação para a mobilidade física

Quadro 26: Códigos entrevista 12 fase 1

A codificação axial da entrevista 12 é apresentada no quadro 27.

Valores	Ganho de conhecimento, empatia pelo sofrimento humano e animal. Trabalho tem significado profundo em sua vida. Vocacionada.
Postura ética	Não aceitou as condições de trabalho dos convênios.
O SUS	Vivência grande sobre os processos de trabalho, a forma como o sistema de saúde se organiza, forte aderência aos seus valores e ao significado do trabalho. Durante essa entrevista sentia o tempo todo uma motivação intrínseca exacerbada nessa médica. Os olhos brilhavam, a percepção sobre o sofrimento e a empatia transbordavam. Ao chegar à Unidade Básica de Saúde percebi um clima muito respeitoso, os estudantes referindo-se a ela com deferência. A sala onde a entrevista ocorreu, que depois eu soube ser a sua sala, cheia de vasos de flores exuberantes, um ambiente que denota cuidado extremo. Seu relato vai enchendo o ambiente de alegria, a qual eu não posso deixar de incorporar à análise dos dados. Suas escolhas sempre revelam aderência a valores muito presentes em sua vida, o que parece conferir-lhe uma enorme capacidade de fazer escolhas engajadas, desde a fase da exploração, em que refere depressão ao entrar em contato com o sofrimento humano, passando pela fase da identificação de sua meta e estratégias para atingi-la.

Quadro 27: codificação axial entrevista 12 fase 1

4.3 Codificação axial – análise das entrevistas fase 1

Diferentes histórias, especialidades, práticas, crenças, valores e visões sobre o que é a doença, a medicina, o papel do médico e a própria vida impõem a necessidade de análise que possa estabelecer nexos entre os diferentes significados que a profissão tem para os sujeitos da pesquisa e para a sociedade atual.

A percepção, após a análise das entrevistas da fase 1, é de que há muita possibilidade para escolhas, mudanças nas metas definidas e rearranjos, mesmo para os profissionais que não planejam. Em comum a todos o recomeço e as experimentações apontam para um contexto profissional favorável aos médicos na fase da carreira estudada.

Ampliar essa compreensão para entender a autogestão de carreira dos médicos enquanto profissionais do conhecimento é objetivo dessa pesquisa.

Após a codificação aberta feita em cada entrevista, nessa fase será feita a codificação axial, agrupando os dados em subcategorias a partir da interpretação da pesquisadora, considerando as histórias de vida, o referencial teórico e o contexto.

Nessa fase da análise a descoberta de relações entre as categorias responde a questões sobre por que houve a escolha da profissão, quais os processos que levaram às variadas decisões e escolhas na carreira, suas consequências e os envolvidos. A análise a seguir refere-se aos profissionais na época da fase 1 das entrevistas.

– **Decisão de estudar medicina**

Nesta categoria as perguntas a respondidas foram: por que a escolha de medicina, como se deu esta e as próximas escolhas na carreira, onde e quando. As respostas formam a estrutura ou conjunto de circunstâncias que levaram às condições atuais, interações e ações, e as consequências dessas interações e ações.

São diversas as condições definidas como causais que levaram à escolha da carreira. A partir das diferenças entre a motivação para a escolha há diferentes consequências, as quais se configuraram como novas condições causais para decisões no decorrer da carreira, explicitando diferenças de valores nas trajetórias. A análise do complexo entrelaçamento de causas, consequências e ações, estas desdobrando-se em novas causas, é o objeto da presente análise.

Em todas as entrevistas a questão familiar foi apresentada como importante: ou por haver um membro da família que era médico e inspirou a escolha ou a ausência de médicos na

família sendo justificada, como se fosse inexplicável a decisão do primeiro na família pela carreira, a exemplo dos artesãos na idade média, que deveriam aprender o ofício em família.

Segundo Godoi e Balsini (2010) os indicadores qualitativos são importantes para entender questões psicológicas que não sejam articulados com facilidade, ou mesmo reprimidas, referentes a “atitudes, motivos, pressupostos e quadros de referência” (p.97), as quais exigem que o pesquisador possa imergir no contexto em que o fenômeno social ocorre e assim interpretar o achado com isenção, tal qual um membro do grupo.

Entendendo a evolução histórica da profissão, o médico assume grande poder simbólico no século XVIII, a partir do momento em que o hospital transforma-se de espaço de confinamento em espaço de cura: o médico é o único que pode intervir para curar a doença, o paciente assume papel passivo de alguém que deve ser controlado, vigiado e submetido à intervenção médica (FOUCAULT, 1979).

Esse poder se vê ampliado com a ingerência da medicina em questões ligadas à vida, sem a demanda do paciente e por imposição autoritária, como em exames admissionais, perícias trabalhistas e criminais, vigilância epidemiológica e outros campos não ligados a doenças. Também a possibilidade de produção de riqueza por laboratórios e médicos, e de consumo por doentes potenciais e atuais, em um mercado econômico que vende saúde e bem-estar aos corpos suscetíveis à doença e sofrimento é fator mais recente na história, o qual amplia o poder médico (*idem*, 2010).

Poder, status social e intelectual e herança familiar são fatores importantes para a decisão.

A exigência de alto rendimento no vestibular dá aos aprovados um status social elevado logo no início da carreira, ao mesmo tempo em que exclui camadas menos favorecidas da sociedade que contam apenas com o sistema público de ensino, das quais emergem apenas alguns dos que são estudiosos desde a infância.

A característica pessoal de gostar de estudar é reconhecida por vários entrevistados como determinante da decisão, devido à exigência de alto desempenho intelectual em toda a trajetória, desde o vestibular, residência médica e especializações até a constante demanda por atualização. Alguns respondentes que não haviam pensado na carreira, buscaram aproveitar seu potencial intelectual com algo que fosse “difícil”, não iriam prestar vestibular para uma carreira menos concorrida e “desperdiçar” suas altas notas.

A pré-destinação a carreira aparece justificada por dois tipos de motivação originárias na primeira infância: ajudar os outros, cuidar e mitigar o sofrimento e também como curiosidade pelo funcionamento, sede de conhecimento manifesta em todas as fases da vida.

Outro importante fator de decisão apontado por vários dos entrevistados, definido por Hall e Chandler (2004) como um chamado para um propósito na vida a partir do trabalho. “Não poderia ter sido outra coisa” ou “não me lembro de ter tomado essa decisão, já nasci com ela” trazem importante característica, corroborada por estudo realizado por Soria, Guerra, Giménez e Escanero (2006) com estudantes de medicina em Zaragoza. Quando há um propósito na vida que soa como um chamado, e o trabalho serve a esse propósito o resultado é a satisfação profunda e o sucesso psicológico.

Também presente em várias histórias está o cuidado, a vontade de ajudar os outros, mitigar o sofrimento, trazer conforto, ser muito importante para o outro como motivação para a escolha da medicina. Uma doença em alguém próximo ou no próprio sujeito da pesquisa também possibilitou esse contato com a possibilidade de cuidar e ajudar. “Eu queria cuidar dos outros, (quem faz) direito cuida, mas eu queria cuidar mais ainda, por isso escolhi medicina”, relato de uma endocrinologista que escolheu após cuidar do avô que faleceu com câncer de pâncreas.

Ou ainda, o psiquiatra que iria ser engenheiro e adoeceu aos 17 anos e optou por medicina: “depois de ter passado por aquilo, eu falei: nossa, mas como isso é uma coisa importante para a vida de alguém!”.

O alto grau de vocação social pode ser entendido como o fator mais importante para a escolha inicial, independente da trajetória. No decorrer do exercício da profissão, no entanto, ao lidar de variadas formas com as frustrações e impotência diante da dor e sofrimento, a vocação social perdeu a importância inicial para alguns, ainda que tenham mantido o alto nível de exigência e a motivação intelectual.

O contexto do SUS foi determinante para este “ajuste” nas expectativas. Falta de condições mínimas para exercer o cuidado, problemas de segurança e outros fatores que serão analisados.

A valorização social do médico como detentor de conhecimento e poder sobre a vida foi motivação para a escolha como forma de superar problemas decorrentes de orientação sexual. Por exemplo: “eu precisava mostrar para minha família que eu era viável, não tinha ninguém na família que era médico, ninguém homossexual também e eu queria mostra que poderia ser alguém”. A escolha aparece como uma possibilidade de agradar à família e superar preconceitos.

Figuras inspiradoras na infância, na família ou próximas dela, criaram uma imagem de poder, cuidado e sabedoria a ser atingida que também interferiu na motivação para fazer medicina.

– Gênero

A questão de gênero aparece como condição causal importante para vários sujeitos. Conforme previsto na metodologia, as comparações entre os relatos são importantes para identificar variações.

Foram entrevistadas oito mulheres e quatro homens, dos quais três são homossexuais.

Em que pese a maior facilidade de realocação, de reconstrução de metas e objetivos pessoais para os profissionais médicos, que será analisada em subitem a seguir, a desigualdade de gênero é bastante significativa, até por considerar uma categoria profissional que sofreu rápida feminização desde 2009. Em 1980 as mulheres representavam 21,24% do total de médicos no Brasil. Em 2014 esse número pulou para 43,56%, e a previsão é que em 2028 elas sejam maioria (CFM/IBGE, 2015).

As médicas com filhos relataram grande peso do papel de mãe nas decisões, tanto próprias quanto de colegas. Há no relato de três delas a impossibilidade de fazer residência, mestrado ou doutorado para poder assumir vários vínculos de emprego e sustentar a família, ainda que o pai dos filhos fosse o cônjuge. Ou seja, assumem mais trabalho e também a maior responsabilidade em relação à criação dos filhos, em franca desigualdade de condições. Chama a atenção no relato destas três médicas o significado do trabalho em suas vidas: altamente vocacionadas, felizes com as escolhas, sentindo-se realizadas e satisfeitas. Uma delas verbaliza “E aí eu fui me apropriando da antroposofia, então eu tenho essa ferramenta da psicanálise aí, não é uma ferramenta, é um olhar para a criança, e a antroposofia. E eu falo: e eu sou mãe. Acho que ser mãe muda tudo”.

Os médicos homossexuais relatam importantes questões familiares ligadas à orientação sexual e trabalho. Além da já citada condição referente à necessidade de demonstrar valor e agradar os pais devido à homossexualidade, aparecem os conflitos ligados à possibilidade de sair do país que acabou não se concretizando e trouxe reformulação importante para a carreira.

A desigualdade de condições é fortemente influenciadora nas decisões das mulheres.

Abdicar de uma residência renomada para acompanhar o cônjuge ao exterior, refazendo os planos para revalidar o diploma lá e continuar a carreira médica, abdicar novamente porque a filha iria nascer em um país dominado pelo medo do 11 de setembro, retornar ao Brasil em condições profissionais menos favoráveis, refazer os planos novamente, vir a separar-se do cônjuge e replanejar a carreira. Essa história, apesar de não ter sido utilizado nenhum adjetivo feminino, é naturalmente lida visualizando-se uma médica, não se

encaixaria em nenhum profissional do sexo masculino. São causalidades para as escolhas das médicas, gênero feminino. Outra profissional também relatou abdicar da carreira para acompanhar marido ao exterior. Curiosamente, nos dois casos o casamento não se manteve, mas a carreira foi reconstruída satisfatoriamente.

Em outro relato o pai, médico, diz para a filha fazer ballet porque medicina é muito sacrificado. Também fica explícita a desigualdade de gênero no caso de dois profissionais médicos, casados com artistas. Um deles não cita em nenhum momento da entrevista conflitos relativos à família em suas escolhas: o médico homem heterossexual. A médica casada com artista relata conflito interior e cobrança diária para dar maior atenção aos filhos, por manter um vínculo em um hospital de ensino que traz satisfação e reconhecimento, mas pouco retorno financeiro, por não ter privilegiado, como as colegas de faculdade, uma especialidade mais tranquila que lhe permitisse dar mais atenção aos filhos.

Em uma entrevistada a questão do gênero aparece em várias vertentes: vinda de família pobre, em que o pai abandonou a mãe com os três filhos, que os criou sozinha e passou o forte valor e exemplo do estudo como possibilidade de superação, chegando, a mãe, a fazer faculdade enquanto sustentava a família. A médica sujeito da pesquisa conseguiu entrar em universidade federal pública, teve uma filha durante a faculdade, sustentada com a bolsa que recebia e as aulas particulares que dava aos colegas para ter acesso aos livros faltantes na biblioteca, realizando a única possibilidade que tinha na vida: ser médica, para a qual não fez escolha, nasceu determinada. Após a superação de todos esses obstáculos, em gritante desigualdade de condições, passou por diversas situações de discriminação por ser mulher, solteira e com uma filha, tendo que abrir mão de oportunidades que restringiriam sua vida social, restrições originadas do preconceito e sexismo, não poderia sair do hospital desacompanhada porque é mãe solteira. Abandonou a profissão para acompanhar o marido ao exterior por um ano, para que ele terminasse a formação, o que não ocorreu. Desistiu do casamento, retornou depois de três anos e recomeçou do zero. A possibilidade de recomeçar por conta das variadas possibilidades é sentida por todos os sujeitos entrevistados, sendo até definida como característica da carreira médica, condição a ser analisada neste estudo.

Em outro relato as opções para a médica mãe de duas filhas foram delimitadas pela necessidade de ficar dois períodos por semana acompanhando-as de perto, o que não representou restrição para ter vários vínculos de emprego, mas a impediu de fazer o mestrado, mesmo que o marido, que é engenheiro, tivesse se desligado da empresa e estivesse tentando empreender. É a mãe que abre mão de opções que poderiam trazer crescimento profissional para acompanhar as filhas, sem abrir mão de nenhum dos três vínculos de trabalho que

garantem o sustento da família.

Algumas condições físicas relativas ao gênero também foram apontadas como causais para as escolhas, como a médica que define sua especialidade clínica devido à compleição física: pouca musculatura, não aguentar longos períodos de tempo em pé, sem alimentar-se, o que levaria à hipoglicemia. Essas condições tendem a sofrer menos mudanças sociais no tempo, ao contrário das anteriormente citadas, das quais esperam-se grandes transformações.

– Poder e hierarquia

Na primeira coleta de dados da pesquisa, o *shadowing*, pude vivenciar, em conjunto com o sujeito, no próprio contexto de trabalho, questões relativas a poder em vários momentos da etnografia.

Estacionamento só para médicos, disputas pelo poder envolvendo estas vagas, espaços nos armários, as relações com os outros profissionais dentro da equipe e outros artefatos denunciam a posição privilegiada do médico em relação aos outros profissionais de saúde.

O sujeito nº 1 fala em vários momentos que não quer assumir cargos de gestão porque não tem a blindagem necessária para isso, tendo declinado do convite em um dos vínculos, no hospital, e aceitado no outro vínculo com instituição pública, esta uma tentativa de contribuir com a promoção de saúde. Quando ocorreu a primeira entrevista, um ano e meio depois, ele já havia desistido da gestão definitivamente. Ao definir-se como um médico mais psicólogo parece colocar-se fora do padrão esperado para esses profissionais, abdicando de exercer o poder. Sua postura acolhedora com a equipe, os pacientes e colegas cria uma relação diferente da que ele próprio reconhece como natural, sendo mais humano e próximo. Esta característica o leva a fazer várias tentativas de lidar com a insatisfação profissional, buscando atender ao “chamado” por um trabalho que possa atuar preventivamente ao sofrimento, antes da instalação da doença.

Uma importante característica para a ascensão na hierarquia da profissão é a relação que se estabelece entre os médicos mais experientes e os mais novos. A entrevistada nº 3 foi acolhida como aprendiz por um médico renomado, que a faria sua substituta por não ter filhos médicos, ela “herdaria” seu consultório e pacientes. Parece um processo de construção de reputação impensável para outras carreiras em uma organização, uma especificidade remanescente de um passado em que os artesãos eram aprendizes até firmarem-se no mercado.

Essa relação de poder se dá do mais para o menos, como define a entrevistada nº 9:

O *bullying* é do R + para o R-, chefes tratam você mal mesmo. [] sou o fitoplâncton da cadeia alimentar. Estou lá pra fazer o que der pra fazer, então não tenho o que reclamar ali.[] A hierarquia é muito forte, a mesma que se repete quando você entra na residência, o que de certa forma é muito cruel, mas também te ensina a trabalhar.

Outro entrevistado, nº 5, que chegou a importante cargo de direção em um grande hospital relata um caminho de afirmação pela competência técnica, construindo sua reputação junto aos residentes de que era preceptor como estratégia para ser indicado a diretor e superar os embates políticos e resistências.

A academia é caminho para o crescimento na hierarquia, o que corrobora a estratificação rígida dos profissionais em torno dos títulos, característica própria do meio acadêmico. A entrevistada nº 9, vinda de outro estado planejou seu crescimento na carreira a partir do título ligado à USP, visto como essencial para “conseguir um lugar ao sol em São Paulo”.

A trajetória do entrevistado nº 8 é determinada pelas relações hierárquicas: carreira na Marinha, crescimento no hospital de ensino ligado à aculdade pública, em que diz: “Então da onde eu comecei, do zero, eu cheguei a diretor. Isso pra mim foi muito importante. Muito importante”.

A entrevistada nº 11, neurooftalmo executiva na indústria farmacêutica, fala da visão a partir de inserção em uma organização. Fica clara a diferenciação na identidade em relação aos outros profissionais do conhecimento, afirmando que “o médico tem resistência maior do que os outros profissionais” e maior capacidade para estudar, ler, treinados desde o cursinho “enquanto para os outros profissionais na empresa ter 40 páginas para ler é um absurdo, falo dá isso aqui e leio em um instante”. Enxerga o médico em posição superior em relação ao conhecimento para o trabalho e defende que, para fazer a gestão na empresa farmacêutica, a formação médica é indispensável.

A posição hierárquica superior é mais uma vez relacionada ao conhecimento, é a médica que define o que as equipes de vendas e marketing podem ou não falar sobre o produto, tendo uma informação mais completa do que os outros profissionais, médicos ou não, terão e influenciando o médico que irá tratar o paciente. Participa de decisões sobre adequação do medicamento à população da América Latina e Brasil e da definição sobre locais para desenvolvimento de pesquisa com medicamentos.

É questão central em suas decisões sobre a carreira o poder: desiludiu-se do trabalho em hospital porque não tinha independência para chegar ao resultado de seu trabalho, uma

vez que, mesmo fazendo tudo o que é possível, não consegue impedir a morte do paciente: “e aí assim, quando você larga a guarda, o cara lá de cima vai lá e puxa de volta. Isso é injusto!”, fala sobre um paciente de que cuidava e morreu engasgado, depois de ter entrado em alta, após um descuido da enfermagem.

A morte tem uma centralidade em todas as relações de poder: por um lado é visto, por si mesmo, pelos pacientes e outros membros das equipes, como o profissional que pode desafiá-la e vencê-la, mas é o que tem a sua impotência revelada de forma mais avassaladora, porque perde batalhas.

A entrevistada nº 10 relata o processo de habituar-se à morte, fazendo o possível com o recurso escasso que possui. Relata caso de parente de funcionário que morreu por falta de cateterismo no SUS, definindo o trabalho em Pronto Socorro no SUS como “lidar com a morte em todas as suas nuances”. Nunca pensou em fazer pediatria pela dificuldade em aceitar a morte de crianças, por isso trabalha com geriatria.

Talvez a proximidade com o limite da existência traga essa identidade de maior poder do que outros profissionais, maior resistência, facilidade em estudar e ler, em um constante embate contra a morte que o qualifica a assumir o papel principal nos ambientes de trabalho, quer sejam hospitais ou empresas.

– O SUS e o paciente do SUS

O contexto para o exercício da profissão do médico no Brasil é determinado pelo sistema de saúde vigente, o qual organiza os serviços e ofertas de trabalho e influencia a formação. Nos entrevistados da pesquisa observei predominância dos vínculos com o SUS em detrimento dos convênios médicos, estes quase inexistentes, ou apenas no início da carreira.

Não há pretensão de generalização, conforme definido na metodologia qualitativa deste trabalho, mas sim de entender esse dado de maneira qualitativa, lançando reflexões que permitam aumentar a compreensão das interações sociais e seu significado.

Manter um vínculo com um grande hospital de referência, mesmo que com menor remuneração, traz possibilidades de crescimento na carreira por aumento na reputação, visibilidade e competência técnica, como nos casos dos entrevistados nº 1, 2, 3 e 5. Nestes casos o vínculo é sempre em hospitais do SUS. Observei, em alguns dos casos ligados ao percurso acadêmico, um movimento de crescimento dentro do hospital: início no atendimento ao paciente, preceptoria de outros médicos mais novos, supervisão no atendimento e, em um dos casos em que tornou-se diretor do serviço, apenas atividades de supervisão do

atendimento e atividades de desenvolvimento dos profissionais mais novos, em relações fortemente hierárquicas.

O vínculo com o SUS foi determinante para as oportunidades de carreira dos entrevistados nº 1, 2, 3, 5, 7, 9, 10 e 12.

O entrevistado nº 1 mantém um vínculo com um grande hospital escola para manter o nome ligado à instituição, o que pode facilitar as mudanças que pretende fazer na carreira.

A entrevistada nº 2 mantém o vínculo com o hospital de ensino, mesmo que isso signifique menor remuneração e conflitos pela pressão por menor jornada de trabalho e aumento do tempo de dedicação aos filhos. Para continuar a crescer sente forte pressão para fazer o doutorado.

A entrevistada nº 3 deixou de lado condição promissora de “herdeira” em um consultório particular para mudar de especialidade e, após formação e especialização, conseguir ter o nome de instituição pública aliado ao seu, como um ganho após um percurso. No momento da primeira entrevista sente-se plenamente realizada e feliz com as escolhas feitas.

A entrevistada nº4 passou pelo SUS como formação em gestão, muito valorizada para que chegasse à situação atual de satisfação e realização profissional.

O entrevistado nº5 tem o nome de grande hospital escola abrindo-lhe portas em todos os setores: convites para representar o Brasil em congressos, palestras e entrevistas, reputação que alavanca o consultório e uma carreira acadêmica que o coloca em posição hierárquica favorável.

A entrevistada nº7 pode ter vários vínculos com o SUS, desde o final da graduação, até a reorganização da carreira quando do retorno ao Brasil, que trouxeram a possibilidade de segurança financeira e campo de formação e desenvolvimento. A falta de segurança física nos locais de trabalho é fator de desestímulo para vários, conforme relata a entrevistada nº 2, que ficou um ou dois dias no hospital e desistiu após tiroteios, e a entrevistada nº7.

As entrevistadas nºs 10 e 12 encontraram no SUS a realização profissional, sendo o sucesso relacionado a metas pessoais, valores que trazem significado e consciência de seu papel nas escolhas feitas, fortes indícios de autogestão de carreira e sucesso subjetivo.

Em todos esses relatos a remuneração não é fator decisivo para as escolhas, constituindo-se o SUS como ambiente de formação e crescimento na carreira em todos os casos.

– Acadêmico

Constitui-se em fator decisivo para o crescimento na rígida hierarquia determinada pelo conhecimento. Diferentemente das organizações em geral, crescimento na carreira não está vinculado a aumento da remuneração, a qual aparece como fator indireto da medida do sucesso subjetivo, e por vezes até do objetivo.

Há uma visão crítica por parte de alguns entrevistados sobre a necessidade do título: “faço o doutorado pelo título, para ter um lugar ao sol”, ou, como afirma a entrevistada nº 2, em sua busca de significado na pesquisa para o doutorado:

Eu tenho colegas lá da unidade que estudaram a mitocôndria do rabo da lagartixa e estão fazendo consultório, hoje. Não acrescentou em nada, entendeu? Então assim, eu queria uma coisa que me acrescentasse na minha formação, que fosse uma coisa de impacto no meu currículo, mas, assim, só o fato de você estar lá, de você estar participando, estar publicando, estar fazendo, já está te dando esse *know how*, eu não sei se eu precisava do doutorado. Algumas coisas eu acho que são interessantes, que são as disciplinas...

O entrevistado nº 5, que chegou a diretor do serviço – sucesso subjetivo e objetivo – fez uma pesquisa inovadora no doutorado, com grande contribuição para seu campo de estudo, trouxe a possibilidade de ascensão no serviço ligado à academia, podendo prestar concurso para professor e ter o crescimento na carreira alavancado pela trajetória acadêmica.

Para o entrevistado nº 6 a carreira acadêmica está relacionada à motivação inicial para a escolha da profissão: entender em profundidade as relações e as pessoas. Sente a necessidade de estudar para atender a esse desafio presente em todas as fases de sua carreira.

A entrevistada nº 3, que refere ter dado passos para trás até chegar à situação atual de satisfação, pretende fazer o doutorado em breve, tem um projeto a ser realizado. Apesar de ter chegado onde achava que queria o doutorado representa continuidade em seu crescimento.

Para algumas entrevistadas em situação de desigualdade devido ao gênero a carreira acadêmica não se apresenta como opção. A entrevistada nº 12 declara que as duas palavras sagradas são “mãe” e “professora”, mas a possibilidade que teve desde que graduou-se foi trabalhar e cuidar da família. A entrevistada nº 10 relata que não faz o mestrado ou doutorado pela impossibilidade de deixar algum dos vínculos – fator financeiro – ou diminuir o tempo de dedicação às filhas – autogestão da carreira a partir de opções na vida. Refere gostar de estudar e que faria mestrado se fosse solteira, mas tem necessidade de renda e opta por deixar dois períodos livres para estar com as filhas. Comparando-se as duas entrevistadas, apesar da

diferença de idade e fase na carreira, apresentam a mesma opção. Vale a reflexão se é uma escolha – uma vez que as duas relatam satisfação com a profissão e a família- ou se é a única possibilidade percebida pela profissional que opta por ser mãe com dedicação parcial do tempo aos filhos.

O entrevistado nº 8 entrou duas vezes no mestrado, como parte do projeto de docência. Quando passou no concurso da marinha mudou de cidade e não pode dar prosseguimento. Após várias mudanças reiniciou a carreira acadêmica e hoje faz doutorado, o que não foi suficiente para o enfrentamento de embates na arena política, que trouxeram perda de posição com conseqüente necessidade de mudança de local de trabalho. Exerce a atividade docente.

A única entrevistada que segue carreira em organização não cita em nenhum momento a necessidade de mestrado ou doutorado para o crescimento. Os cursos de MBA em Gestão de Negócios e de Pós em Medicina Farmacêutica a habilitaram à trajetória executiva e ao planejamento de chegar a CEO da empresa. Fica evidente a diferença entre a carreira médica no setor de saúde – desde o atendimento primário até o terciário e carreira acadêmica – e na indústria. Ambas caracterizam-se como trajetórias dependentes do conhecimento, mas a especificidades não puderam ser exploradas porque não houve a entrevista 2 com esse sujeito.

– Valores

Aparecem com maior frequência dois valores fortemente determinantes da escolha da profissão: a necessidade de ajudar e mitigar o sofrimento – a mais significativa entre os entrevistados – e a sede de conhecimento e compreensão do indivíduo e do ser.

O chamado, conforme definido por Hall e Chandler (2004) define a necessidade de ajudar, mitigar o sofrimento, ser importante para o outro, e traz satisfação e sucesso psicológico.

Essa crença da necessidade do trabalho trazer contribuição para a humanidade, mais do que apenas a satisfação individual, é relatada por muitos dos entrevistados, sendo causa de reflexões sobre as escolhas e trajetórias que trazem conflitos importantes em várias fases da carreira. Estas reflexões se sobrepõem à remuneração como determinante das mudanças na trajetória.

No *shadowing* o sujeito, que é também o entrevistado nº 1, relata que os valores e busca de significado se sobrepõem ao retorno financeiro como motivador das escolhas, o que o faz manter o vínculo com o hospital de referência que é ruim em termos salariais.

Também os entrevistados nº 2 (hospital de ensino mesmo que com pressão para maior

remuneração em outro vínculo), nº 3 (dar passos atrás em busca de realização, sair do consultório em que seria herdeira), nº 4 (saiu da gestão para ficar no consultório mesmo sem paciente, esperando que desse retorno porque seu valor é cuidar do outro), nº 10 (atender paciente do SUS é o que gosta) e nº 12 (que diz que quer cuidar do outro, mesmo que o salário seja baixo) fazem as escolhas determinadas pelos valores em detrimento da remuneração.

Na segunda fase serão objetos da entrevista essas opções, buscando a interpretação dos atores sobre suas consequências para a vida e a carreira. Foram identificados indícios de autogestão de carreira relacionados ao auto-conceito vocacional (STUMPF *et al.*, 1983).

A compaixão é valor que define a opção pela carreira e as escolhas feitas por vários entrevistados (nºs 1, 2, 3, 4, 6, 10 e 12). Salvar vidas, ser importante para o outro, acolher, ouvir, ser sensível ao sofrimento são motivações recorrentes.

A autonomia aparece como determinante para as escolhas, a partir da necessidade de pautar as mudanças por valores e por “preservar-se enquanto pessoa”. Optar pelo consultório, mesmo que isso signifique diminuição da renda, ter diversos vínculos concomitantes e fazer mudanças com facilidade indicam maior autonomia e possibilidade de escolhas, fatores observados em todos os entrevistados.

O valor do estudo, desde a escolarização inicial, é forte para todos os sujeitos: são estudiosos desde o ensino fundamental. Adquirir conhecimento, ter novos desafios traz a possibilidade de reconhecimento e satisfação, definida como muito importante para os entrevistados nº 1, 5, 8 e 9.

– **Jeito de lidar com o paciente e o cuidado**

Talvez pela atividade clínica da totalidade dos entrevistados, nenhum cirurgião na amostra, a preocupação com o cuidado, com o jeito de atender apareceu de forma intensa em vários relatos e no *shadowing*.

Acompanhar de perto a atividade trouxe o dado de primeira mão: o médico realmente tinha uma preocupação com os pacientes, chegando a verbalizar “vou pegar você pela mão e levar até lá”. A postura acolhedora e atenta foi marcante.

O mesmo sujeito na entrevista da fase 1 revela a preocupação em ser um psiquiatra mais psicólogo, que ouvisse mais.

A entrevistada nº 2 fala da “medicina do jeito que a gente faz”, relatando:

a gente faz uma parte de reabilitação, é uma parte de medicina preventiva,

uma coisa educacional, então é uma coisa de paciência, de explicar, de conversar, de abraçar, de dar um... de fazer carinho, sabe, no paciente, isso é mais humanas do que biológicas, então, essa área que eu estou hoje, eu acho que a medicina preventiva, tem um lado mais humanista.

A entrevistada nº 3 refere a maior possibilidade de cuidar como característica pessoal, ligada a valores e motivação, mas também como tendo sido aprofundada na formação anterior como enfermeira.

A entrevistada nº4 fala de ajudar escutando, da necessidade de ter uma visão completa do paciente, da família. Esse fator do cuidado foi determinante na conscientização do seu propósito e significado: “Aquelas histórias de transferência contra transferência, imagina, você não pode se identificar, imagina... a hora que eu desvesti isso, a coisa começou a encaixar. Eu falei: Nossa, é para isso que eu nasci!”

O entrevistado nº 5 percebe que é respeitado pela atenção e dedicação, no caso aos residentes, que lhe valeram o convite para a diretoria do serviço. O cuidado com os colegas parece ser uma extensão desta característica.

O entrevistado nº 8 traz um conflito importante sobre o atender e lidar com o paciente. Relata não gostar da clínica, do atendimento, que mesmo tendo tido sucesso com o consultório não é algo que faça sentido o atendimento, que escolhia atividades que não envolvessem o contato com o paciente. Mas também refere uma situação de ter sido reconhecido na rua por uma pessoa que havia atendido, que diz a ele da importância do seu atendimento, e que um colega diz para ele que acha engraçado ele dizer que não gosta de atender, porque ele atende muito bem, com muito cuidado com o paciente.

A entrevistada nº 9 fala da diferença do seu jeito de lidar com o paciente no consultório particular e no SUS: “consulta é consulta, muda o tempo de atendimento”.

As entrevistadas nºs 2, 10 e 12 possuem várias características comuns: gostam muito de atender no SUS, têm uma atenção especial ao paciente, fazem por vocação, demonstrando muita compaixão e empatia pelo sofrimento humano, sentem um respeito grande dos pacientes pelo médico.

A entrevistada nº 11 optou pela carreira executiva em indústria farmacêutica, tem uma visão bastante desfavorável sobre o paciente do SUS, diz não querer ficar no atendimento médico, mas mantém vínculo como médica neurooftalmo clínica uma vez por semana, revelando uma necessidade de manter sua identidade médica, apesar de todo o planejamento de carreira executiva não contemplar essa atividade. Este ponto seria explorado no roteiro da entrevista da fase 2, que não ocorreu por falta de disponibilidade.

– **características da carreira médica**

Em todas as entrevistas fica clara a maior possibilidade de mobilidade física e psicológica para os profissionais médicos, a qual será foco de atenção da pesquisa na fase 2 das entrevistas.

Mesmo a médica que trabalha como executiva na indústria relata que tem ampla gama de possibilidades para mudar em qualquer momento que quiser, tendo feito três movimentações ascendentes em três anos, por convite.

Todos relatam certa “vantagem” na relação com a empresa de saúde a que se vinculam, quer seja pública, privada ou indústria farmacêutica: se não estiverem satisfeitos saem e têm várias opções. As histórias trazem várias possibilidades de experimentação, idas e voltas nas decisões, recomeços, desistências e mudanças de rumos. Segundo a entrevistada nº 10, referindo-se ao médico:

Ele não tem esse vínculo, essa necessidade de vínculo empregatício que as outras profissões têm. Ele tem uma facilidade de arrumar melhor, às vezes em condições não muito boas, mas ele tem... Então é diferente de muitas outras profissões em que o cara se agarra àquele serviço com unhas e dentes. O médico ele não se agarra com unhas e dentes, a verdade é essa. Eu vejo pouquíssimos se agarrando com unhas e dentes. A maioria, se eu não tenho aqui eu arrumo ali. Às vezes em condições melhores, em condições piores, mas ele se adequa.

Os plantões no início de carreira são a moeda que permite ganhar experiência prática, desenvolver habilidades técnicas, além de trazer retorno financeiro muito rápido após a formatura e residência, ainda que seja uma carreira com entrada tardia no mercado de trabalho, devido ao extenso tempo de formação e especialização, variável dentre as especialidades, mas sempre mais extenso do que em outras profissões.

Referem que as escolhas demoram muito para acontecer porque o tempo de formação é longo.

Essa característica, da demora para o retorno, é apontada como altamente desfavorável pela entrevistada nº 9, conforme relato:

Eu acho a carreira médica extremamente difícil, o tempo de formação extremamente longo, para você se estabilizar bem, eu sou formada, é... 2005, eu tenho hoje 10 anos de formada e eu ainda acho que eu estou muito longe do que eu imaginava que eu estaria com 10 anos de formada. Quando eu falo em termos de evolução profissional... e tem umas outras coisas de gestão que

ninguém te ensina a fazer. Administração de carreira, planejamento de carreiras, as dificuldades que você tem.

Há bastante insatisfação com o retorno financeiro, quando comparam ao de outros profissionais da mesma idade que são advogados (“meu amigo da minha idade está anos luz a minha frente em termos de retorno financeiro e reconhecimento, com o mesmo tempo de formado que eu”) ou engenheiros (“se você pegar 8 horas diárias ou 40 horas semanais a média (de rendimento) é menor que um engenheiro, bem menor que um advogado”). A percepção é que o médico tem a possibilidade de trabalhar mais para aumentar o ganho financeiro, o que em outras carreiras não ocorre. Os plantões são sempre utilizados para reforçar o rendimento.

Paradoxalmente o academicismo é apontado como muito importante para a profissão, apesar do tempo dedicado a instituições de renome trazer retorno financeiro insatisfatório.

O grande conflito que parece estar subjacente é o do sacerdócio versus o ganho financeiro, conforme relata a entrevistada nº 3:

a gente tem muita ideia de que quando vai fazer medicina, algumas pessoas, né, elas tem ideia de que ou vão ganhar dinheiro ou vão ser pessoas que vão ajudar as outras, e vc... só que não é assim, não é que você vai poder fazer exatamente como você quer, o cuidado não vai ser como você quer, você tem uma empresa, você trabalha, você é funcionária, você tem que prestar contas do seu serviço. Então medicina não é só aquela coisa linda, maravilhosa do sacerdócio, que de sacerdócio não tem nada, porque nenhum sacerdócio ganha e eu falava que eu achava que eu não deveria ganhar para fazer medicina, porque medicina deveria ser uma coisa... você deveria ajudar os outros sem precisar viver disso, mas não é verdade, é uma profissão.

Em comum a todos os sujeitos é a maior importância da possibilidade de reconhecimento, em detrimento do retorno financeiro: o status profissional está mais ligado à instituição de pesquisa à qual está vinculado o profissional do que ao retorno financeiro.

A falta de desenvolvimento das competências gerenciais e administrativas é sentida pelos entrevistados no geral. O diretor do serviço que precisou aprender sozinho a gerir as pessoas, assim como aprendeu sozinho a gerenciar sua clínica. A entrevistada nº2 tem um imóvel disponibilizado pelo pai para abrir uma clínica e rejeita, reconhecendo sua falta de capacidade para a gestão. A entrevistada nº4 trabalhou com gestão de equipes para aprender.

Estudar é uma característica própria da carreira, em todas as fases.

O SUS, como pano de fundo para o mercado de trabalho dos médicos, sofre falta de profissionais em especialidades clínicas, há muita dificuldade em reter o profissional, assim

como nos convênios.

As histórias trazem um desvinculamento dos convênios, presentes apenas no início de carreira de alguns e ocupando porcentagem bem pequena do tempo trabalhado. Parece que as condições do mercado de trabalho estão mais favoráveis aos médicos, que rejeitam os convênios por tirarem sua autonomia de tomar decisões com base no conhecimento, conforme relata a entrevistada nº12:

Você tem um paciente que você precisa internar mas você não pode internar porque o plano não cobre. Você tem um paciente que você precisa pedir uma ressonância mas você não pode pedir porque o plano não cobre. Já outro paciente vem o auditor que diz assim “não, você deve internar esse paciente porque o hospital ganha mais quando você interna o paciente deste plano de saúde. Então te força a barra pra você internar o que não precisa. Então isso na minha concepção é a prostituição da medicina. Então eu rompi com tudo isso de plano de saúde e fui trabalhar no SUS porque aqui pelo menos é leal: o que tem pra um tem pro outro. Quando eu trabalhava em convênio eu pensava assim ‘nossa, mas eu estudei tanto, aprendi tanto, agora pra vir esse auditor me falar o que eu vou pedir o que eu não vou pedir, se eu vou internar se eu não vou internar’. Então eu não me conformava com isso. Eu quero exercer meu saber de uma forma coerente, não determinada pelo interesse financeiro de outras pessoas.

– **Relações entre os vínculos e autogestão de carreira**

No geral as mudanças nos vínculos são motivadas por planejamento ou exploração, definidas pelo médico.

Há histórias de exploração em que a insatisfação inicial foi substituída por profunda satisfação, como o caso dos entrevistados nº 2, 3 e 4.

A entrevistada nº 2 optou pela reabilitação, e percorreu um caminho que confluuiu para essa atuação tanto no vínculo com o SUS quanto no hospital privado de renome. O consultório também atende a essa escolha profissional.

A entrevistada nº 3 percorreu um caminho de exploração e experimentação nos variados vínculos até chegar ao conjunto atual de vínculos que a satisfaz e traz qualidade de vida. Da fase exploratória no início da carreira passou a fazer, na época da entrevista 1, o que gosta em todos os vínculos: reabilitação e cardiologia do esporte.

A entrevistada nº 4 percorreu igualmente um caminho exploratório até chegar à satisfação observada.

Algumas histórias trazem essa fase de exploração na atualidade. O sujeito do

shadowing e da entrevista nº 1 fez várias mudanças motivadas por sua insatisfação com a clínica psiquiátrica. A entrevistada nº 7 havia acabado de sair de vínculos após conseguir comprar seu apartamento e se preparava para iniciar o consultório em homeopatia. O entrevistado nº 8 havia encontrado satisfação na carreira docente, mas ainda vivenciava embates na arena política que traziam grande sofrimento e alguma limitação. A entrevistada nº 9 estava em processo de ampliação da atuação no consultório, investindo na divulgação e marketing.

As metas para a carreira, assim como as estratégias para atingi-las estavam claramente definidas para os entrevistados nºs 2, 3, 4, 5, 6, 9, 10, 11 e 12.

O entrevistado nº 1 ainda não tinha definido suas metas para a carreira, vivendo conflitos importantes relativos à exploração de si mesmo e das possibilidades do ambiente.

O entrevistados nºs 7 e 8 haviam estabelecido algumas metas, mas ainda havia espaço para alterações, e as estratégias não haviam sido definidas.

As entrevistadas nºs 2, 3, 4, 10, 11 e 12 e os entrevistados nºs 5 e 6 relataram satisfação em relação às metas alcançadas e planejamento de estratégias eficaz. As histórias trazem clareza no conceito de carreira, na visão de si e do ambiente, sensação de congruência entre os vínculos e ajuste nas decisões, atendendo aos critérios definidos por Weng e McElroy (2010) como de autogestão de carreira associado a satisfação com as decisões.

No subitem seguinte serão apresentadas as análises da fase 2 das entrevistas.

4.4 Entrevistas fase 2

Após a análise dos dados das entrevistas da fase 1 foram realizadas as entrevistas focalizadas da fase 2, em que, conforme a definição de Sierra (1998) “existe um tema ou foco de interesse predeterminado que orienta a conversação”.

Na fase 2 as entrevistas foram realizadas em ordem diferente da fase 1, e serão apresentadas na ordem de realização, respeitando a metodologia que prevê a incorporação do conhecimento que é produzido a cada entrevista, em conjunto com o entrevistado. Para cada entrevistado foi definido um roteiro, com base na entrevista individual e na análise do conjunto das entrevistas apresentada no item anterior, o qual serviu de parâmetro inicial, sendo o contato com o entrevistado e suas contribuições o que prevaleceu. Pude observar que as entrevistas da fase 2 ocorreram naturalmente em torno dos códigos desenvolvidos com a participação dos entrevistados na fase 1. As perguntas muitas vezes levavam à repetição de frases já ditas na fase anterior, evidenciando a definição de explicações por parte deles para

questões importantes de sua vida. Após um período do contato aquelas frases repetidas desdobravam-se em percepções mais elaboradas e aprofundadas sobre a experiência.

Ouvi de vários médicos sobre a importância da participação na pesquisa para sua elaboração, “foi um presente”; “ao falar fui elaborando minha experiência”; “tive maior clareza após conversar com você”.

Em uma das entrevistas da fase 2 foi preciso interromper a gravação por várias vezes quando a entrevistada chorava muito dizendo que falar de sua carreira a fazia lembrar de fatos muito importantes de sua vida desde a adolescência, que tinham ficado adormecidos e vieram a tona com a reflexão. Falar da carreira, cuidado com o paciente, empatia com o sofrimento, conflito entre o papel de mãe e o profissional, a vida e a morte, a percepção sobre sua posição nas relações de poder traz para a entrevista muito mais do que a história da carreira: o indivíduo pode ter a percepção sobre o significado de suas escolhas para sua vida presente.

Conforme apontado por Flick (2004), a vivência anterior adquiriu novo significado durante a interação na entrevista. Os fatos e situações a princípio relatados com familiaridade e serenidade, foram, no decorrer das entrevistas, principalmente na fase 2, trazendo a tona conflitos importantes, gerando questionamentos e adquirindo novos significados.

Passar de *outsider* para *insider* neste processo de reflexão trouxe a possibilidade de aprofundamento e empatia, sendo esta uma das principais contribuições da metodologia empregada.

O objetivo de perceber complexas inter-relações entre as variáveis foi perseguido em todo o processo. Pude sair do estereótipo de perceber os médicos como pretensiosos em seu status e poder: vi pessoas tentando lidar com uma responsabilidade sobre a vida e a morte para a qual não foram devidamente preparadas. A maneira de lidar com essa angústia foi bem diversa, sempre relacionada com a motivação inicial para a carreira e os valores, e sempre desdobrando-se em diferentes formas de lidar com o paciente, metas para a carreira e os planos para atingi-las.

Aceitar as contradições e incertezas no processo de criação coletiva do conhecimento desta ciência em construção (LATOUR,1998) permitiu evidenciar a coexistência entre a grande necessidade de cuidado, de ser importante para o outro em paralelo com a busca por status e reconhecimento social como motivação central para as escolhas.

A partir da análise da fase 1 foram definidos códigos, segundo a definição de Strauss e Corbin (2008) ou nós, segundo a definição de Miles e Hubermann (1984) que foram refinados na análise conjunta com o entrevistado, na busca por estabelecer inter-relações entre as

variáveis a partir do critério da plausibilidade. Os links entre as redes de nós foram discutidos com os entrevistados em uma relação dialógica de criação de conhecimento.

No subitem seguinte serão apresentadas as entrevistas da fase 2, sua codificação axial e análise, feita a partir do conjunto de inter-relações entre variáveis que foi gerado na fase 1.

Não foi possível realizar a entrevista da fase 2 com a entrevistada 11.

As entrevistas semidirigidas nesta fase aprofundam a intersubjetividade da construção da realidade vivenciada pelos sujeitos, tanto em sua trajetória quanto na relação estabelecida com a pesquisadora.

Ao final dessa fase a análise feita foi enviada a cada entrevistado para aprovação e comentários, que foram considerados para a redação aqui apresentada. Após a apresentação final dos resultados a cada sujeito foi enviado o termo de consentimento esclarecido (apêndice 1).

4.4.1 Entrevistado 1 fase 2

Roteiro estruturante:

- Retomar a informação de que no decorrer da carreira houve várias fases de insatisfação, dúvidas e redefinições. Havia dito que não era um bom sujeito para estudo porque estava indeciso e cheio de dúvidas, buscando uma redefinição profissional. Entender como está esse processo atualmente;
- verificar como ficou a questão da trajetória gerencial versus a técnica;
- entender como vê as relações de poder e hierarquia na sua profissão;
- outros entrevistados relataram dificuldades ligadas à questão de gênero, quando mulheres ou homens homossexuais. Verificar como enxerga isso na carreira e se existe alguma relação com a escolha por uma profissão que traria prestígio;
- algumas mudanças de vínculos relacionam-se apenas a mudanças no local em que a profissão é exercida, outras representam mudanças na atuação que se refletem na identidade profissional. Verificar como enxerga as mudanças pelas quais passou:
 - psiquiatra clínico em consultório com importante retorno financeiro
 - concursos psiquiatra medicina do trabalho
 - licença em um dos vínculos

- hospital particular como médico do trabalho
- retorno ao vínculo público, mestrado e orientação profissional no hospital
- carreira como gestor: muda a atuação? Ainda como médico?

A entrevista

Acompanhar este entrevistado durante o período de três anos – desde o *shadowing* realizado – permitiu uma análise bastante aprofundada de sua experiência, favorecendo que a pesquisadora passasse de *outsider* a *insider*, envolvendo-se nas decisões e elaborando em conjunto o significado da experiência, em uma relação de mútua confiança e aprendizado, conforme preconiza Flick (2004).

O contato foi muito fluido, sendo definido pelas observações do entrevistado sobre sua carreira, trazidas de forma bastante elaborada, denotando reflexão em relação aos conflitos apresentados anteriormente.

A situação de crise profissional tratada no *shadowing* e na primeira entrevista havia sido elaborada e resultou em mobilidade física e psicológica.

Havia retornado ao vínculo público anterior, após dois anos e meio de licença não remunerada, tendo pensado em pedir exoneração e romper o vínculo, o que não concretizou porque recebeu um convite para atuar com capacitação para residentes do SUS. Estava em processo burocrático de movimentação, já tendo assumido a tarefa, muito satisfeito.

No vínculo com o hospital estava passando a atuar parcialmente com orientação profissional, concomitante ao mestrado.

A entrada no mestrado parece ter desencadeado uma série de mudanças em torno do significado da sua atuação profissional, propiciando uma relação entre todas as atividades, agora relacionadas ao seu projeto de mestrado e à atividade docente.

Relata ter passado por momentos de profunda insatisfação, mas que o mestrado havia dado um contorno e direcionamento para sua carreira, voltada ao ensino.

Da insatisfação com a clínica psiquiátrica pela característica de lidar com o adoecimento passou à satisfação de lidar com orientação profissional, um estilo de clínica que se alinha aos processos de trabalho, que tem a ver:

Com as outras coisas que eu faço, daí a clínica também vai se mudando. Então a clínica, principalmente, acho que da área psicológica, ela tem muito a ver com isso, com as construções da gente, pessoais também. Eu acho que

nesse sentido eu estou me sentindo mais integrado. Eu estou no meu momento disso, de construções com mais sentido.

A tentativa frustrada de trabalhar com práticas de promoção à saúde do trabalhador deu lugar ao trabalho de docência com residentes. O trabalho no hospital passou a ser com reinserção profissional, o do consultório com orientação profissional e a pesquisa no mestrado sobre médicos que mudaram de especialidades. Todas as atividades convergiram para a meta de trabalhar com promoção, em uma prática preventiva, a qual não sente ser legitimada pelo contexto, que privilegia ações curativas.

Pergunto que fatores contribuíram para essa nova construção da identidade profissional, e ele responde que foi o processo de autoconhecimento, que a mudança “tem a ver com um processo meu, individual [...] uma questão subjetiva”.

O fato de não ter filhos e poder se dar um tempo foi importante para que este processo ocorresse: abriu mão da remuneração de um vínculo público por dois anos e meio, abriu mão do ganho considerável que tinha no consultório.

Ao ser perguntado sobre a mudança da necessidade de prestígio como motivação para estudar medicina às opções atuais, que não levam em conta o reconhecimento quando pensa em um trabalho que diz não ser legitimado por ser voltado à prevenção e não à cura, afirma que houve mudanças sim, desde a adolescência, em relação os valores:

Eu não fui fazendo escolhas de carreiras de prestígio, não foram as minhas escolhas. Foram de respeito, eu me sinto um médico respeitado, eu acho que sou considerado, mas não de prestígio. Porque tem, digamos assim, áreas e campos de prestígios social e financeiro maiores, e que nós enquanto médicos sabemos que por ali a chance é maior. Um neurocirurgião sabe que ali tem um diferencial no campo, ou seja, um cardiovascular, esses contextos distintos de práticas médicas.

Os entrevistados referem uma percepção comum sobre as diferenças entre os clínicos e cirurgiões: jeito de lidar com o paciente – todos os entrevistados são clínicos e muitos valorizam o jeito de lidar com o paciente, o contato – status dentre os profissionais médicos, retorno financeiro e habilidades requeridas.

Mesmo com todas essas diferenças, optar pela clínica parece atender a um chamado, uma necessidade subjetiva.

O entrevistado elege como critério para o sucesso na carreira o sentido, do ponto de vista pessoal, que o trabalho executado traz para sua vida, em uma clara alusão à carreira subjetiva.

As escolhas privilegiam o significado em detrimento de remuneração ou prestígio.

Sua pesquisa no mestrado sobre médicos que mudaram de especialidade após algum tempo na prática trouxe-lhe a percepção de que estes profissionais têm muita liberdade para fazer novas opções, mudar de trajetória.

A questão da hierarquia é percebida pelo entrevistado como central para essa carreira, ainda que ele adote uma postura mais próxima dos outros profissionais, identificada no *shadowing* realizado.

A metodologia prevê redefinição e refinamento dos códigos a cada nova entrevista, sendo a construção feita em conjunto com o sujeito. No quadro 28 são apresentados os códigos redefinidos nesta primeira entrevista da fase 2, após refinamento.

Decisões sobre as mudanças	<p>Processo individual de autoconhecimento, questão subjetiva.</p> <p>Pode parar várias atividades para realizar essa reflexão. Desejo de trabalhar com promoção à saúde, e não em ambiente hospitalar ou terciário.</p> <p>Ter tido a possibilidade de enxergar trabalho além de tratamento para doente mental, de intervenção em doença psiquiátrica.</p> <p>Figura do médico é institucionalmente muito forte, é possível experimentar e fazer propostas.</p> <p>Mudanças trazem perdas financeiras e atendem a necessidades de satisfação pessoal (carreira subjetiva). Executar trabalho que tenha sentido.</p>
Valores	<p>Proximidade, promover saúde de maneira preventiva, ao invés de práticas curativas.</p> <p>Relações não hierárquicas com os profissionais das equipes de trabalho.</p>
Trajетória gerencial versus a técnica	<p>Médicos, em algum momento da carreira são convidados a fazer gestão, e sobram os fortes nisso.</p>
Gênero	<p>O fato de não ter filhos possibilitou pausas nos vínculos de trabalho.</p> <p>Vê modificação nas especialidades ocupadas por mulheres, saindo do estereótipo de mulher pediatra. Vê mulheres colegas que são chefes de família.</p> <p>Para os homossexuais a discriminação é diferente, dependendo da especialidade: em psiquiatria e saúde coletiva não percebe, mas sabe que em cirurgia é forte.</p>
Carreira subjetiva	<p>Decisões a partir de um processo de autoconhecimento, questões subjetivas.</p>

Características da carreira médica	Poder fazer experimentações e propostas
Poder e hierarquia	Não sentiu em sua carreira, mas percebe no atendimento a funcionários do hospital o estresse gerado pelas relações de poder. Entre os médicos o poder dos que detém a sabedoria, no meio acadêmico, determina a prática e a forma. Faz escolhas que fuja dessas relações muito hierarquizadas. Trabalhar com promoção e prevenção não o faz sofrer com isso. Percebe nos estudantes de medicina e médicos residentes uma preocupação maior com conforto e estilo de vida do que com posições.
Prestígio e status	Médico é visto como alguém que detém a sabedoria.
Relações entre os vínculos e autogestão de carreira	A satisfação atual decorre do alinhamento de todos os vínculos e atividades à promoção à saúde e docência.

Quadro 28: Códigos entrevistado 1 fase 2

4.4.2 Entrevistado 5 fase 2

Roteiro estruturante:

- a gestão: como é gerir pessoas e gerir o consultório, o que tem em comum com as outras funções, as várias nuances, as “carapuças diferentes”;
- investigar se o propósito de mostrar para a sua família que era viável foi atingido;
- como vê a questão de gênero: necessidade de reconhecimento relatada por mulheres e homossexuais, dificuldades adicionais (mulheres os filhos, homossexuais o preconceito);
- relações de poder e hierarquia na profissão e na academia;
- como vê a possibilidade de recomeçar, fazer várias composições;
- verificar se há planejamento dos próximos passos na sua carreira e o que são fatores auxiliares e obstaculizantes;
- pesquisar a percepção sobre o sucesso;
- como enxerga a situação atual na carreira e o que pretende para os próximos anos.

A entrevista

Chego ao hospital e ele está conversando com outro médico. Em seguida, quando entramos na sala, fala que aquele é seu diretor, apesar de terem o mesmo cargo, devido a ser mais antigo no serviço. Começa falando sobre como funcionam as relações de poder e hierarquia, em um ambiente determinado pelo acadêmico. Profissionais com o mesmo cargo formal ocupam posições muito diferentes na escala social do hospital.

Tem a percepção de ser visto como poderoso, ouviu por acaso falas sobre sua pessoa ditas entre outros colegas.

Fala sobre o salário, que não é motivador para ninguém, mas que alavanca o consultório e outras atividades que trazem retorno financeiro e na reputação.

Exploro a questão do nome ligado à instituição e ele relata que ainda faz plantões para reforçar o rendimento. Os ganhos indiretos referem-se a conhecer pessoas formadoras de opinião, possibilidade de atualização constante, estar ligado ao que é novo, aos residentes que são jovens.

A capacidade de estabelecer um bom contato pessoal é vista como determinante para ter chegado à posição atual: foram os residentes que influenciaram o então diretor a nomeá-lo chefe do serviço.

Traz como pontos fundamentais para suas escolhas as duas variáveis identificadas na pesquisa: o conhecimento – “saber coisas novas é o que me nutre” – e o contato com o paciente – “ontem recebi um bilhete de um paciente com recorte de entrevista que eu dei e um bilhetinho de agradecimento e elogio [...] isso é o que me nutre”.

Ainda que relate gostar da posição que ocupa, de sentir esse respeito e o certo poder de que é imbuído, não planeja fazer cursos de gestão hospitalar ou dirigir um hospital. Vê a gestão como transitória: “eu gosto mesmo é do contato com o paciente”.

Enxerga diferenças entre a gestão, o acadêmico e o atendimento, colocando esta última atividade, sua preferida, como operacional.

A falta de remuneração para a pesquisa acadêmica é fator desestimulante por ter de utilizar as horas que seriam de lazer e convivência social para isso: “Infelizmente no Brasil você não é pago para fazer pesquisa, e eu já ocupo muito tempo da minha vida com um trabalho operacional (aqui se referindo às questões administrativas ligadas ao cargo), com a gestão, com o contato com os pacientes”.

O quadro 29 apresenta os códigos refinados a partir desta entrevista.

Decisões sobre as mudanças	<p>Contato com os residentes é bastante desafiador. Permanece no hospital pelos ganhos indiretos de ter seu nome ligado à instituição e conhecer pessoas formadoras de opinião.</p> <p>Está na gestão mas não pretende ficar por longo tempo, mesmo que goste muito do poder.</p> <p>Foi convidado a assumir posições de mais poder e importância, mas não quer se afastar do atendimento.</p> <p>Reitera que não quer se distanciar da clínica.</p>
Valores	<p>Gosta de saber coisas mais novas.</p> <p>“O contato com o paciente é o que me move. Poderia ter saído do atendimento, mas é o que eu gosto”.</p> <p>Gosta do poder do cargo, mas é posição transitória. O lado fantasia é preenchido com o teatro.</p> <p>Quer preservar tempo livre para as coisas que gosta.</p>
Acadêmico	<p>O acadêmico traz a possibilidade de ser reconhecido; alavanca o consultório; traz satisfação pelo reconhecimento, tanto dos residentes quanto nos congressos e aulas, onde é muito requisitado.</p> <p>As duas atividades que define como prioritárias- cuidado do paciente (atividade clínica) e dar aulas aos residentes – relacionam-se ao acadêmico.</p> <p>Utiliza a estratégia de ser reconhecido academicamente para alavancar sua meta de dedicar-se ao cuidado e à atividade docente com os residentes.</p>
Trajétoria gerencial versus a técnica	<p>Gestão ocupa muito tempo, que poderia ser utilizado para produzir mais academicamente.</p> <p>Tempo utilizado no administrativo e no acadêmico operacional traz a possibilidade de ser chamado de professor, é ferramenta de hierarquia.</p> <p>Para ser professor na faculdade teria que dedicar-se muito às atividades operacionais de gestão.</p> <p>Não quer se distanciar da clínica.</p> <p>“Eu me vejo, sinceramente, no operacional, mas no operacional das duas frentes, tanto da parte assistencial como também na parte acadêmica”.</p>
Gênero	<p>Percebe preconceito por ser homossexual, mas sua competência, ser bom no que faz, quebra o preconceito.</p> <p>Medicina é muito machista, quem se destaca são os homens. É mais difícil para as mulheres do que para os homossexuais, porque mesmo sendo gay, é homem e pode ser reconhecido.</p> <p>Sua característica pessoal que traz maiores ganhos é ligada à homossexualidade: a possibilidade de ser carinhoso com paciente e estabelecer bom contato com as pessoas – incluindo residentes, subordinados e superiores.</p>

<p>Carreira subjetiva</p>	<p>“Eu me vejo como uma pessoa respeitada pelo que faz, pelo que ensina [...] porque quando você ensina residentes você está produzindo conhecimento, está disseminando conhecimento. Já hoje minhas aulas, minhas salas de aulas, você precisa ver, são sempre entupidas”.</p> <p>“É isso que eu quero, é isso que eu acho que me nutre, entendeu, produzir conhecimento, ser uma pessoa que as pessoas digam: olha, escute o caso dele. Depois dos congressos as pessoas vêm discutir os casos comigo, fica todo mundo querendo falar. É isso que eu gosto, não quero ser professor titular, dá muito trabalho”.</p> <p>Considera-se muito reconhecido no meio acadêmico, também devido a participação em congressos.</p> <p>Considera-se uma pessoa de sucesso, considerando a vida pessoal –ter muitos amigos- familiar e profissional.</p>
<p>Características da carreira médica</p>	<p>Médicos não são capacitados para a gestão, aprendizado autodidático.</p> <p>Médico não é pago para fazer pesquisa no Brasil, mas a pesquisa traz ganhos indiretos, traz mais pacientes.</p> <p>O dia a dia é traumático, muito pesado.</p> <p>Médico é muito narcísico.</p> <p>Médicos que trabalham em hospitais privados têm mais mobilidade do que em públicos, podem fazer composições, mudar.</p> <p>Sair do hospital público cria dificuldades de inserção na rede de relacionamento.</p>
<p>Poder e hierarquia</p>	<p>Seu diretor tem o mesmo cargo que o seu, mas, por ser mais antigo é considerado seu chefe.</p> <p>Por ser diretor tem flexibilidade de horário, pode cumprir suas horas semanais de trabalho como decidir.</p> <p>Relata problemas com subordinados resolvidos a partir de muito diálogo: “acho que eu sou mais do papo, eu sou mais do: escuta, não é bem assim”.</p> <p>“Eu acho que eu me comporto bem como chefe e como súdito”.</p> <p>No hospital de ensino a mistura entre o acadêmico e o poder é muito mais forte. Em hospitais particulares não.</p>

	<p>Seu chefe é o chefe do departamento, diretor da clínica, tem liderança na parte assistencial e no acadêmico. É avaliado na parte acadêmica e assistencial.</p> <p>Em hospital particular em que o chefe é assistencial, sem formação acadêmica, as relações hierárquicas são mais frágeis.</p> <p>As relações hierárquicas são ditadas pela validação do conhecimento.</p> <p>O poder político vem da capacidade de elaboração que a academia traz.</p> <p>A questão do poder e hierarquia é mais forte ligada ao mundo acadêmico do que à medicina.</p>
Prestígio e status	<p>“A gente não está na equipe do hospital pelo ganho financeiro, mas porque proporciona ganhos indiretos”. Conhecer pessoas formadoras de opinião.</p>
Visão sobre o futuro da carreira, planejamento	<p>Quer continuar ensinando residentes e atendendo clinicamente. Quer o reconhecimento dos alunos, salas de aula cheias, mas não quer abrir mão de seu tempo livre para galgar cargos como professor titular ou chefias ligadas ao poder acadêmico.</p> <p>“Eu quero ter trabalho, eu quero ter o meu trabalho, eu quero ter o reconhecimento dos pacientes, o reconhecimento dos alunos, dos residentes, eu quero ter um mínimo para eu viver, ter uma qualidade de vida boa, eu não quero ser milionário, de verdade, de coração, não quero. E eu quero, no fundo, no fundo, ter uma vida, eu sempre digo que eu gosto de ter uma vida plural, sabe? O resto disso tudo, que eu acho que para mim é o que me faz diferencial, é gostar de conversar, de ter amigos, de contar história, de ir para um teatro, de ir para um cinema...”.</p>
O SUS e o paciente do SUS	<p>O SUS é possibilidade de ser reconhecido profissionalmente devido à instituição a que está ligado. Mesmo em posições gerenciais escolhe continuar no cuidado clínico e se diz nutrido pelo retorno que os pacientes dão.</p>

Quadro 29: Códigos entrevistado 5 fase 2

4.4.3 Entrevistado 8 fase 2

Roteiro estruturante:

- investigar como ficaram os conflitos relatados na arena política;
- explorar o contato com o paciente, que não queria, mas achava que fazia bem;
- aprofundar a percepção do sujeito sobre as várias mudanças de ocupação, de vínculo, de cidade, o quanto credita à sua história particular ou a características da carreira médica;
- como vê a questão do gênero para a carreira, se nota diferença pelo fato de ser homossexual, se há dificuldades ligadas a essa orientação;
- investigar qual o papel da academia na sua carreira;
- verificar se há planejamento, como imagina os próximos passos na carreira.

A entrevista

Iniciei a entrevista perguntando sobre os conflitos políticos relatados e ele retomou toda a sua relação com o hospital de ensino, desde a entrada em 2006, passando pelos diversos conflitos já citados na entrevista anterior. Percebi que foi um momento de “aquecimento”, como uma nova aproximação. Em algum momento verbaliza que uma intervenção minha propiciou fazer relações entre fatos.

Ao citar novamente os conflitos parece fazê-lo com menor envolvimento, termina o relato com a notícia de que havia pedido demissão do hospital neste intervalo.

A saída foi relatada como uma vitória, por ter conseguido se desvencilhar do sofrimento e adoecimento causado pelas relações conflituosas. Acha que só melhoraria do quadro doente se sáísse, e descobriu que “há vida fora do hospital X”.

Há dois meses trabalhando pela primeira vez com carteira assinada, em um hospital privado reconhecido. Sua experiência em medicina do trabalho foi muito importante no processo seletivo. Sentia receio de ir para a área privada, mas a idade brevemente poderia impedir esse movimento na carreira.

Situa grande parte dos conflitos vividos na medicina do trabalho como relacionados à estrutura do setor: enquanto as outras especialidades, como por exemplo, otorrino, estão subordinadas à clínica correspondente, a medicina do trabalho está subordinada à área de gestão de pessoas, que funciona como empresa e é bem diferente. Não estar subordinado a

uma diretoria clínica ou médica caracteriza o médico do trabalho quase como um administrador, que deve cumprir a legislação. Cita a peculiaridade de ter uma chefe Assistente Social no hospital privado, fato incomum para médicos “imagina que um médico vai se acostumar com uma chefe assistente social”.

Acha mais fácil lidar com homens do que com mulheres, apesar de dizer ter “muitas madrinhas” que sempre o ajudaram. Sente-se sempre na obrigação de ser muito respeitoso e educado com mulheres – devido à educação e à marinha- mas refere não ter dificuldades, a não ser em um caso em que, quando estava na Marinha, a chefe sabia menos do que ele e competia, creditando a dificuldade a esse fato, e não a ser mulher.

Não tem problema no hospital privado porque sua chefe assistente social é competente: “claro que ela não é médica [...] porque hoje em saúde do trabalhador você pode ser psicóloga, assistente social, pode ser tudo, enfermeiro...”.

Pergunto se percebe sexismo na marinha e se isto não está ligado a esse comportamento atencioso, acha que sim, mas logo diz que ele não tem problemas com mulheres.

Ensinar é fundamental para sua carreira, percebe influência da família em que pai, mãe e irmãos são professores. Ser professor traz reconhecimento na família.

Esse é o principal fator motivador de sua permanência no hospital público, onde permanece como pessoa jurídica nas atividades docentes com os residentes e na pós-graduação. Planeja vir a ser docente no departamento, onde há uma vaga. Com o tempo descobriu que a aula precisa de prática para ser boa.

A entrada no hospital privado não foi motivada pela necessidade financeira, poderia ter permanecido com o vínculo como perito e como pessoa jurídica no hospital público, mas procurou atividade em que pudesse fazer o que gosta, ligado à docência. Parece ter relação com a busca de reconhecimento.

A relação com o paciente é ambivalente: diz não gostar, mas um amigo elogiou e disse que atende muito bem. Também relata grande satisfação ao ter gratidão e reconhecimento do paciente, em cultivar relações no ambiente de trabalho. Acha que foi para medicina do trabalho para negar sua atração por saúde pública ou psiquiatria: “a psiquiatria foi meu primeiro estágio prático, eu amei aquilo, amei! Mas eu não queria para mim [] eu não queria aquela relação muito próxima com os pacientes.”

Quando pergunto se tudo está assentado na relação com o paciente confirma. Este é o motivador das escolhas. Na marinha teve que ser médico do trabalho e achou mais tranquilo do que ser oftalmologista, faz com mais vontade, prefere o trabalho como médico do trabalho,

até porque para ser docente na área precisa da prática. Mas não se incomoda de fazer oftalmologia, apesar de não ser sua escolha.

Por outro lado há grande diferença na relação estabelecida como perito: não é paciente, é segurado, só haverá novo contato, se houver, depois de um ano.

Os dois vínculos – perito e hospital particular – estão a serviço da meta de ser docente.

O quadro 30 apresenta os códigos refinados a partir desta entrevista.

Decisões sobre as mudanças	Passou em concurso na Marinha e para ser perito, conseguiu mudar de cidade quando quis. Saiu da marinha para fazer a carreira acadêmica e está conseguindo, dá aulas em vários lugares, o que complementa seu orçamento.
Valores	Gosta do reconhecimento e prestígio. “Eu não queria fazer um trabalho ruim”. Amou a psiquiatria, mas não queria a relação próxima com o paciente.
Gênero	Educação familiar e na marinha para tratar as mulheres com muito respeito e educação, o que as coloca em posição inferior. Há sexismo na Marinha.
Carreira subjetiva	Relata estar satisfeito com a carreira médica, que as escolhas não são motivadas pela recompensa financeira. Mas há ambivalência quando diz nunca estar satisfeito.
Acadêmico	Exerce funções de chefe que está em licença médica e pretende vir a ser professor. Após concluir o doutorado irá se preparar para o concurso de professor. Escolhas privilegiam o desenvolvimento acadêmico.
Características da carreira médica	Várias possibilidades de mudanças.
Poder e hierarquia	Fonte de conflitos, motivador de mudanças importantes: pediu demissão do hospital público. Dificuldade em ter chefe não médica
Prestígio e status	Acha que está no caminho de chegar a uma satisfação, mas nunca está satisfeito. Sente muita satisfação quando há reconhecimento por parte de pacientes, colegas, professores e chefes.
Visão sobre o futuro da carreira, planejamento	Ao término do doutorado irá se preparar para concurso de docente, que será para professor temporário por dois anos.
Jeito de lidar com o paciente e o cuidado	Relação com o paciente ambivalente: gosta de ser reconhecido mas faz escolhas que não o envolvam no contato com o paciente. O paciente do vínculo como perito não é seu, “ele não é um paciente de verdade, ele é um trabalhador, estou fazendo a perícia dele”.

Relações entre os vínculos e auto-gestão de carreira	Atividades voltadas à meta de docência. Em associações participa de reuniões à noite. Dá aulas à noite uma ou duas vezes por semana, eventualmente aulas fora, em módulos.
---	---

Quadro 30: Códigos entrevistado 8 fase 2

4.4.4 Entrevistado 6 fase 2

Roteiro estruturante

- Vocação

A voca o para a medicina, tanto pelo aspecto de ajudar os outros como pela necessidade de conhecimento   muito forte em todos os entrevistados. (Como uma devolutiva)

- Estudar

Se percebe como uma característica sua ou da profissão;

- Gênero

Qual a percep o sobre diferença entre as oportunidades e condi es para os homens e mulheres;

- Poder e hierarquia

Como vivencia as rela es de poder dentro da profissão;

- Rela o com paciente

Entender se vê diferenças entre os pacientes do consultório e do hospital, se existe diferença na rela o;

- Acadêmico

Qual o papel da academia na carreira;

- Características da carreira médica

Verificar a percep o sobre a facilidade de mobilidade entre locais de trabalho (física) e na natureza do trabalho (psicológica) para o médico;

- Planejamento de carreira

O entrevistado parece ter como característica a facilidade de análise e planejamento, verificar se isso ajudou na carreira (Fases da autogestão: explora o, desenvolvimento de metas e estratégia de implementa o)

- Investigar carreira subjetiva.

- Investigar visão de futuro e se há planejamento.

A entrevista

Início dando devolutiva sobre a questão do chamado para a profissão, lembrando que ele havia mudado da engenharia para a medicina após sua doença, ao perceber que era uma profissão muito importante para o outro. Ele explica sua mudança de maneira diferente da que eu havia entendido: há várias maneiras de ajudar o próximo, não necessariamente como médico. O motivo principal não foi o outro, mas porque se sentiria bem fazendo isso, ajudando os outros. Não acha que nasceu vocacionado para ser médico, mas foi mudando o sentido do que seria bom para sua existência, valorizando a atribuição da profissão.

Sua colocação denota muita reflexão sobre o significado da profissão e da existência: ajudar os outros dá sentido à sua vida, e isso é o mais importante.

Coloca o estudo como fator primordial para a carreira, que exige atualização e especialização constantes para acompanhar o conhecimento técnico científico produzido. Sua escolha foi por uma carreira intelectual, sempre soube que iria estudar muito, desde o cursinho, e isso foi motivador.

A escolha da especialidade também foi motivada pela necessidade de estudar e entender as pessoas, a cultura geral, como se relacionam, os movimentos sociais e antropológicos: “O psiquiatra bem formado é uma pessoa que consegue olhar a situação de diferentes ângulos para poder intervir”.

Define-se como psiquiatra clínico, atende pessoas que necessitam e atendimento médico, a psicoterapia é mais um instrumento que utiliza quando avalia ser necessário.

O poder advindo do conhecimento médico é evidenciado em sua fala:

Na minha função de médico primeiro eu tenho que ver a necessidade e qual o diagnóstico do paciente [] não é o fato de a pessoa querer que vai ter um tratamento [] eu parto da perspectiva do médico, então eu aplico (a psicoterapia) como tratamento.

Entende que há diferenças na carreira para homens e mulheres devido às atribuições da maternidade: a necessidade de cuidar dos filhos impede algumas opções. Relata ter colega cirurgiã infantil, casada com um cirurgião, que adaptou-se, mas identifica diferenças entre os dois.

Sua visão sobre as relações de poder e hierarquia com o paciente demonstra uma reflexão aprofundada: sabe ter mais poder que o paciente na relação, trabalha com isso na

psicoterapia, coloca esse poder no papel e não na pessoa. Vê armadilhas na vaidade de acreditar que isso vá além do tratamento.

Com os colegas enxerga muita competitividade, as relações são permeadas por isso, mas não impedidas. Vê a competição como em qualquer ambiente corporativo.

Faz opções de longo prazo, não é de saltar de uma coisa para outra. No hospital há muito tempo porque encontrou inspiração teórica para fazer as coisas que gosta, encontrou espaço e foi respeitado, pelo que sente gratidão.

Enxerga diferenças entre sua vida como pessoa e os papéis que assume nos grupos, essa é uma forma de escapar das armadilhas do ambiente competitivo.

Lidera um grupo de estudos em associação da categoria, é presidente há 5 anos. Tentou sair porque não acha bom tanta continuidade, os colegas pediram para ficar. Tem atribuições de avaliar especialistas, além de contato político com o presidente nacional. Foi um desafio que aceitou, acha que aprendeu, mas diz não estar envaidecido.

A academia tem papel fundamental para a sua carreira, faz mestrado.

Apesar de concordar com as muitas possibilidades de mudanças para os médicos em geral, além de aumento das oportunidades em várias áreas, percebe que em sua carreira não mudou muito.

Está satisfeito com o que alcançou, consegue conciliar o trabalho com a atenção que quer dar à família, e esta é a grande fonte de satisfação. Apesar de ter um bom padrão de vida, não é o financeiro que motiva suas decisões: é a possibilidade de aprender. Não abriria mão de muitas coisas do que faz por uma oferta de dinheiro, mas para aumentar a possibilidade de conhecimento sim, desde que não se distanciasse das escolhas que fez em relação à família.

Seu planejamento para o futuro é muito próximo da situação atual. Não pensa em resultados quando estabelece metas, mas em como encara os problemas e dá soluções originais.

O quadro 31 apresenta os códigos refinados a partir desta entrevista.

Decisões sobre as mudanças	Atender à necessidade de ter tempo para a família. Ampliar conhecimento.
Valores	Aprendizado, trabalho intelectual. Não se acha superinteligente, mas estuda e trabalha muito, e isso é um valor que merece ser premiado. Ser importante para os outros dá sentido.

Trajétoria gerencial versus a técnica	Enxerga como um papel desempenhado, armadilha está em se identificar na pessoa do gestor. Aceitou a gestão como um desafio de desenvolver-se na arena política.
Gênero	Dificuldades para mulheres que precisam conciliar papel de mãe.
Carreira subjetiva	Sente-se satisfeito, ganhar conhecimento e ter tempo para a família o motivam.
Características da carreira médica	Possibilidades de mudanças têm aumentado para os médicos – professor, pesquisador, executivo, laboratórios, assessoria, funções em que não há atendimento ao paciente - mas planeja muito e escolhe a partir da possibilidade de atender aos seus valores.
Poder e hierarquia	Competitividade entre os colegas, como em qualquer ambiente corporativo, que não impede as relações. Pensa em hierarquia como papel ocupado. Em relação ao paciente há uma relação de poder assimétrica, em que o médico decide o melhor tratamento.
Prestígio e status	Alcançou prestígio, mas refere não ser seu foco. Distancia-se do papel.
Visão sobre o futuro da carreira, planejamento	Muito próximo do atual. Tem visão de longo prazo.
Jeito de lidar com o paciente e o cuidado	Na relação com o paciente detém o poder sobre a conduta a ser seguida. Ajudar os outros dá sentido à vida.
Relações entre os vínculos e auto-gestão de carreira	Consultório e hospital permitem desenvolver conhecimento e ter tempo para família.
Acadêmico	Central para a carreira e as escolhas, sentido da profissão ligado ao desenvolvimento de conhecimento, que não pode ser intuitivo, vindo da cabeça. A ciência propicia o desenvolvimento de conhecimento que é passado de geração a geração. “As pessoas não podem estar acima dos outros”.

Quadro 31: Códigos entrevistado 6 fase 2

4.4.5 Entrevistada 9 fase 2

Roteiro estruturante

- Investigar se houve mudança na motivação inicial, relatou que hoje não escolheria medicina, porque os resultados demoram e há dificuldades para fazer a gestão;
- Verificar como ficou a motivação inicial de salvar vidas, ajudar os outros, ser importante para os outros. Poder melhorar a vida de alguém, até quando um médico que treinou consegue melhorar o atendimento e ajudar outras pessoas;
- Como percebe a importância de estudar, gostar de estudar, que apareceu como característica importante para o médico em todos os entrevistados;
- Investigar se a questão do cuidado com o outro foi fator de decisão em algum momento;
- Como enxerga as diferenças entre as oportunidades e condições para os homens e mulheres. Muitos relataram diferenças que favorecem o homem na carreira, como vê isso;
- Falou das relações de poder, do mais antigo para o mais novo, de situações em que teve que assumir um papel de subordinação, falou da cadeia alimentar em que está inserida. Como você vê isso na carreira médica e qual o fator que determina sua posição na hierarquia;
- Como vê a possibilidade de recomeçar, fazer várias composições nos vínculos e mudar de atividade;
- Investigar o papel da carreira acadêmica para o médico em geral e para sua carreira;
- O marketing pessoal como um diferencial;

A entrevista

Fala da diferença entre a idealização da medicina e a vida real, que é um processo necessário. A motivação inicial de salvar vidas e ser importante vai sendo moldada pelas escolhas que faz. Apesar de o financeiro não ser o determinante das escolhas, às vezes tem que pegar trabalhos que “não são reconfortantes para o meu ideal”.

Percebo uma ambivalência entre a satisfação com o trabalho e a necessidade de aumentar a qualidade de vida. Trabalha muitas horas para ter o retorno financeiro que precisa,

gostaria de ter mais tempo livre. No início da carreira o valor ganho por hora era o maior determinante das escolhas. Hoje, estabilizada, busca qualidade de vida.

Passar o sábado atendendo no consultório das 8 as 17 é prazeroso, diferente de passar em um plantão em pronto socorro. Apesar de ter maior responsabilidade no acompanhamento do paciente (que se encerra com o plantão quando é pronto socorro) e de ter muitos desdobramentos, tais como responder e-mails, dar feedbacks, retornos telefônicos, sente-se mais realizada.

Identifica o poder ligado ao acadêmico, reforçando o que havia trazido na primeira entrevista. O empoderamento do cargo no hospital é determinante para as relações. No consultório tem poder total de decisão sobre tudo. Fazer o doutorado significa obedecer a ordens não muito sensatas, às vezes.

Na prefeitura também não tem poder de decisão. Desenvolve maneiras diferentes de atuar em cada vínculo, muito determinadas pelas relações de poder.

Gosta de estabilidade, mas reconhece que os médicos têm muita possibilidade de fazer mudanças importantes na carreira. Cita o caso de uma colega que era clínica médica, depois fez UTI e depois largou tudo para fazer nutrologia. Cada capacitação leva dois anos.

Sabia que nunca teria problema com dinheiro sendo médica, também a especialidade escolhida – endocrinologia – garante retorno financeiro, nunca pensou em mudar de especialidade.

Percebe uma mudança no mercado de trabalho devido ao aumento das faculdades de medicina, sem a valorização da qualidade da formação. O mercado diferencia os profissionais pela qualidade da formação, mas o grosso dos pacientes não. O leigo não consegue diferenciar se o médico que está atendendo tem uma boa formação.

O SUS foi determinante como excelente primeiro passo para a estabilidade na carreira. Toda a base que conseguiu na carreira veio do SUS, de onde vinha todo o seu ganho até um ano atrás.

Abriu o consultório sem convênios, juntamente com um trabalho de marketing em que escreve blog e utiliza redes sociais. Iniciou o investimento no consultório particular em 2010, hoje é a fonte de satisfação.

O doutorado é uma possibilidade de frequentar reuniões científicas, manter-se atualizada e fazer coisas bacanas, como frequentar grupo de obesidade. A possibilidade de vir a ser docente é vista como distante, devido à grande concorrência e pequeno número de vagas.

Pretende ficar no SUS por um bom tempo, devido à estabilidade que traz, mas o plano é fazer o consultório crescer. Estuda e escreve em qualquer intervalo que tem: baixa e lê artigos, escreve revisão teórica, artigos para blog e meios de comunicação.

Pensa que a maternidade pode ser conciliada com as horas de trabalho atuais, contratando babá para cuidar do bebê. Não entende mulheres que largam tudo para cuidar do filho, acha que o mercado não tem bons olhos para isso e que a volta é muito difícil. Cita amiga que parou e está tentando voltar um ano e meio depois, sem sucesso.

Defende o SUS como um sistema que tem tudo para funcionar bem, além de ser sua maior fonte de sustento até pouco tempo atrás.

O Quadro 32 apresenta os códigos refinados após esta entrevista.

Decisões sobre as mudanças	No início da carreira o financeiro era fator principal. Com a estabilidade a qualidade de vida pesa mais.
Valores	A autonomia que o consultório proporciona.
Gênero	Entende que é possível conciliar o papel de mãe com o profissional, não acha que afastar-se do mercado de trabalho seja necessário.
Carreira subjetiva	Apesar de relatar estar satisfeita há ambivalência entre a satisfação e a necessidade de aumentar a qualidade de vida.
Características da carreira médica	Muitas opções, retorno financeiro garantido se há qualidade na formação. Há muita valorização do diploma em detrimento da qualidade da formação. Muitas possibilidades de mudar e experimentar novas funções, de mobilidade física e psicológica.
Poder e hierarquia	Muito ligado à academia, o mais antigo domina o mais novo.
Prestígio e status	“Para ter um lugar ao sol é preciso ter um nome de instituição forte, como HC ou USP no currículo”.
Visão sobre o futuro da carreira, planejamento	Ficar por um tempo no SUS e depois ir aumentando o consultório. O doutorado e a prefeitura situam-se no planejamento como meios de vir a alcançar a posição desejada, que é no consultório.
O SUS e o paciente do SUS	Sistema que tem tudo para funcionar. Pacientes devem aprender os níveis de complexidade para não sobrecarregar o sistema. De onde veio toda a sua base profissional.
Relações entre os vínculos e autogestão de carreira	Voltados ao objetivo principal de ter o consultório como única atividade. Doutorado alavanca o nome, prefeitura dá estabilidade necessária para poder investir.
Acadêmico	Fonte de status, prestígio e reconhecimento. Caminho para exercer a autonomia no consultório.

Quadro 32: Códigos entrevista 9 fase 2

4.4.6 Entrevistada 10 fase 2

Roteiro

- _ Retomar o motivador para a escolha da profissão, referiu que não conseguiria pensar em outra profissão, investigar qual foi o determinante;
- _ Explorar a questão de gênero como determinante para as condições de sua carreira. Faz escolhas que privilegiam seu papel de mãe, ao mesmo tempo em que é responsável pelo provimento. Como vê isso na carreira médica: há diferenças entre homens e mulheres?
- _ Sobre sua escolha de ser clínica médica no SUS, quais os determinantes, facilitadores e dificultadores;
- _ Como vê a possibilidade de recomeçar, mudar, fazer novas escolhas, mudar de vínculos de trabalho e a natureza da atividade;
- _ O contato com o paciente, o jeito de lidar com o paciente, como isso determina suas escolhas;
- _ Explorar a dificuldade em fazer a gestão, devido à falta de formação para isso. Falou sobre a dificuldade de gerenciar médicos, que é tarefa muito difícil. Como enxerga a influência da hierarquia forte e das relações de poder;
- _ Investigar a visão sobre a hierarquia e o poder na carreira médica;
- _ Como vê a necessidade de estudar sempre, do valor do acadêmico na sua carreira e na carreira médica em geral;
- _ Citou peculiaridades importantes do paciente do SUS: falta de condições para atendimento, falta de apoio da família e condições sociais precárias, a relação de respeito que estabelecem com o médico. Explorar sua visão sobre o paciente do SUS;
- _ A morte: parece ter papel importante para este profissional, como percebe esta interferência na carreira do médico;
- _ O que a motiva a fazer mudanças.

A entrevista

Havia notado na entrevista anterior sobrecarga dos papéis de mãe e médica, acumulando o papel de provedora com a principal responsabilidade no cuidado com as filhas. Inicia a conversa contando que neste intervalo havia se divorciado do marido, muito motivada pela percepção de falta de divisão das responsabilidades. Além de trabalhar em três empregos ainda tinha todas as obrigações com a casa e as filhas, mesmo quando ele não estava trabalhando.

Relata outra mudança importante: havia sido demitida da Santa Casa, que administrava a unidade da prefeitura onde trabalhava e sido recontratada pelo outra O.S. que passou a administrar o Pronto Socorro. Com a mudança havia sido desligada do vínculo que tinha no Posto de Saúde.

No momento da segunda entrevista todos os dias pela manhã na OS – o Pronto Socorro – e até quatro tardes por semana no consultório, dependendo da semana. Nas semanas em que as filhas ficam com o pai – a guarda é compartilhada – também dá plantões para complementar a renda perdida com a saída de um vínculo.

Com esse arranjo tenta se adaptar à nova situação familiar, a qual a impede de assumir outro vínculo porque nas semanas em que as filhas estão com ela fica três meio períodos em casa.

Percebe que há boa oferta de empregos, que os médicos sempre trabalham muito.

Enxerga diferenças importantes entre os gêneros: a diferença na capacidade física e, principalmente, a sobrecarga da mulher com a casa e filhos.

Não imagina a carreira muito diferente do que é hoje, gosta muito do atendimento clínico no SUS e no consultório, gosta também de UBS, mas o que mais gosta é enfermaria. Após o divórcio tem mais tempo livre para trabalhar e dar plantões.

O cuidado com o paciente é determinante para esta escolha de ser médica clínica e atender muitos velhinhos: “no consultório abraço e beijo, são meus velhinhos”. No PS diz ter perfil de enfermaria: tem paciência com o acompanhante, de olhar o prontuário, dar informação. Define perfis diferentes para emergencista e médico de enfermaria.

Enxerga poucas possibilidades de evolução na carreira para uma médica de enfermaria, mas é o que gosta de fazer e isso a satisfaz, mesmo que tenha que se justificar muito por fazer essa escolha: “eu não acho normal”. Não tem pretensões de virar mestra doutora, o que a move é o cuidado. Estuda e lê muito como condição para estar atualizada.

Entende o SUS como grande oferta de oportunidades, apesar das dificuldades técnicas, falta de recurso, dinheiro, material e remédio, remunerando parecido com os particulares, sendo que não há formação ou plano de carreira em ambos.

Tem uma visão muito compadecida do paciente do SUS, estabelece relação empática com o sofrimento e a falta de condições, o que faz com que aceitem a conduta médica sem fazer exigências, ao contrário do paciente particular que exige exames.

As relações hierárquicas são mais brandas no SUS, quem aceita o cargo sabe que não tem mais poder que os subordinados, apenas exerce atividade administrativa. A única hierarquia que vê é a política, a qual parece não ser valorizadas pelos médicos.

Relata que tinha convite para voltar ao Pronto Socorro como chefia, mas que fez exigências quando da demissão dos seguranças que resultou em assaltos e ficaram ofendidos com sua postura. Não teria vantagens financeiras em aceitar o cargo, e teria que ter uma postura política que não tem: “o chefe do SUS ele tem que ser muito político e tem que ter um perfil complicado, não é muito o perfil do médico...”.

Já houve épocas em que as mortes eram chocantes, mas “as pessoas morrem tanto, morrem o tempo todo, viu? Eu acho que não tem assim grandes choques”. Por tratar de velhos perde muitos pacientes, às vezes erra achando que vai morrer e o paciente não morre.

Faz suas escolhas com base na necessidade de dedicar-se às filhas, não identifica mudanças na natureza do seu trabalho ao longo do tempo ou nas mudanças físicas.

Apesar de o financeiro não ser o fator primordial nas escolhas também não é o pior. Diz que não ganha mal e que sobra, não tem a pretensão de ganhar como um medalhão, mas “gosto de estar lá fazendo a diferença para aquele povo, porque eu gosto daquilo. É o meu dia a dia e eu gosto”.

Os pacientes falam “Doutora, a senhora nasceu para isso”.

Apesar das escolhas não validadas socialmente está satisfeita com seu trabalho e consegue atender à necessidade de dar atenção às filhas.

O quadro 33 apresenta os códigos refinados a partir desta entrevista.

Decisões sobre as mudanças	Mudanças políticas; estar perto das filhas.
Valores	O cuidado, ser sincera, gostar do que faz.
Trajatória gerencial versus a técnica	Na carreira que escolheu, no SUS, não há desenvolvimento, valorização ou recompensas financeiras, chefe é apenas um cargo administrativo.

Gênero	Viveu a sobrecarga das funções de mãe e médica estando casada. Além de trabalhar em três empregos ficava com a responsabilidade da casa e filhas, mesmo quando o marido não estava trabalhando. Após divórcio faz opções que permitam estar com as filhas quando não estão com o pai.
Carreira subjetiva	Continuar nas atividades atuais, mesmo que não haja valorização social, dentre os médicos, da escolha da especialidade clínica é o que gosta e escolhe. É perceptível sua satisfação quando fala do trabalho e dos pacientes, exala alegria.
Características da carreira médica	Muitas possibilidades de emprego, alguma elitização de determinadas escolhas, cita médicos considerados muito bons, que fizeram carreira acadêmica.
Poder e hierarquia	No SUS chefe não tem poder, é apenas cargo administrativo. O poder advém da reputação acadêmica.
Prestígio e status	Algumas especialidades trazem maior prestígio, mesmo sendo clínica tem um status social importante. É a doutora, é tratada por “senhora”.
Visão sobre o futuro da carreira, planejamento.	Continuar nas atividades atuais, mesmo que não haja valorização social, dentre os médicos, da escolha da especialidade clínica. É o que gosta e escolhe.
O SUS e o paciente do SUS	Retornos muito positivos: “a senhora nasceu para isso doutora!”. Compaixão pela falta de condições. SUS como grande fonte de possibilidades de emprego. Não há plano de carreira ou de desenvolvimento, mas no particular também não há.
O jeito de lidar com o paciente	Muito próxima, compaixão e empatia. Há diferenças entre o paciente do consultório e SUS. Na enfermaria dá atenção aos acompanhantes, explica os procedimentos. O cuidado é o que determina suas escolhas e planos futuros.
Relações entre os vínculos e autogestão de carreira	Não houve planejamento, mas quer continuar com vínculos com o SUS e consultório porque é o que gosta de fazer. Todos os vínculos convergem para atividade prazerosa, ainda que não ache normal gostar desse tipo de trabalho. Plantões para complementar renda também são na enfermaria do SUS.
Acadêmico	Não tem pretensões, escolha é dar atenção às filhas (questão de gênero), mas estuda por conta própria.

Quadro 33: Códigos entrevista 10 fase 2

4.4.7 Entrevistada 4 fase 2

Roteiro estruturante

- Investigar visão sobre possibilidades de arranjos na carreira, mudanças de vínculos e de metas definidas. Recomeçar e experimentar ;
- A questão de gênero ficou muito evidente: o papel de mãe parece ter sido determinante para a carreira em vários momentos como no retorno dos EUA, e a entrada na antroposofia. Como vê o conflito entre papel de mãe e profissional, cobranças familiares para atenção aos filhos, ainda que tenha papel fundamental no provimento da família;
- Como percebe diferenças entre as oportunidades para as mulheres e os homens na carreira médica;
- Percepção sobre o status do médico;
- O cuidado aparece como característica importante, o jeito de lidar com o paciente;
- O SUS parece ser muito importante para o desenvolvimento da carreira, ainda que não traga retorno financeiro importante;
- O paciente do SUS;
- Como percebe as relações de poder entre os médicos e no ambiente de trabalho e a hierarquia;
- O jeito de lidar com o paciente, a compaixão como característica determinante para a profissão;
- Chama a atenção em seu relato a satisfação com o exercício da profissão, os valores e o tratamento humanizado. Como a vocação para a medicina influenciou sua trajetória profissional;
- Percepção sobre essa característica ser comum ou necessária aos médicos;
- Metas aderentes aos valores trouxe muita satisfação. Mesmo nos momentos difíceis agia a partir desses objetivos, por exemplo, aumentar o tempo no consultório, abrindo mão de renda em outro vínculo, mesmo sem pacientes. Até quando foi ser gestora para atender a uma necessidade de aprimoramento pessoal;
- O que acha que a levou a tomar decisões que integraram sua atuação profissional com o papel de mãe e os valores.

A entrevista

A entrevista é novamente realizada em sua casa, em um clima muito acolhedor.

Como médica que trata de famílias, de mães que acabaram de ter bebê, tem muita sensibilidade para as questões de gênero, os conflitos entre a maternidade e a carreira.

No seu caso a procura de uma escola para a filha a levou a trilhar o caminho profissional de sucesso e satisfação como pediatra da família. Percebe que para as mulheres, de modo geral, e não só para as médicas, a cobrança é muito grande e geradora de conflitos. Percebe que houve um aumento da atribuição para as mulheres, sem divisão do trabalho com o homem.

As médicas têm facilitadores e dificultadores, em relação às demais profissionais: têm mais flexibilidade de horário do que a maioria das profissões, por exemplo, escolheu dar plantões noturnos quando a filha era bebê para deixá-la dormindo com o pai; desvantagens quando médicas são casadas com pessoas de outras profissões e viram arrimo de família, além de ter a maior responsabilidade sobre os filhos e casa. Essa percepção foi confirmada por vários dos entrevistados.

Da mesma forma que a entrevistada 10, só percebeu com clareza a sobrecarga após a separação. Nos dois casos a possibilidade de ter mais flexibilidade acabou trazendo maior sobrecarga.

Questão chave para entender o status social, as relações de poder e hierárquicas foi entender a responsabilidade atribuída a estes profissionais. No caso da sobrecarga havia um receio grande de falhar devido ao cansaço de emendar noites de trabalho em plantões com dias de trabalho em casa. A responsabilidade final, mesmo em equipes multiprofissionais, é do médico, e é sobre a vida e a morte.

Há nuances nesta responsabilidade, dependendo do trabalho exercido. Na UTI é muito claro o risco, mas no consultório ele existe e é estabelecido em uma relação contínua, a qual exige atenção constante.

Esta médica, a exemplo dos entrevistados que estabelecem maior vínculo com os pacientes em seu trabalho, relata esse peso de forma acentuada: “hoje eu olho e falo: gente, eu tenho 300 famílias sob o meu olhar, sob a minha responsabilidade”.

No hospital você tem que prestar conta a alguém, no consultório é a sua conta moral. Então ligam mães de 8 crianças que estão com tosse e você tem que ter a tranquilidade de falar: essa tosse aqui é tranquila, mas essa tosse

aqui eu preciso ver. É um peso maior porque quando você chega em casa tem que ensinar o pequeno a ler, a mais velha a fazer equação de segundo grau, ouvir ela ... e ainda tem 90 mensagens de pacientes, 10 emails, telefonemas.

Houve um caminho de crescimento profissional que desembocou em outra encruzilhada: não consegue mais absorver novos pacientes que são indicados, irá precisar reformular o modelo de atendimento, buscar parcerias para o consultório, mas o diferencial é esse atendimento hiper disponível e individualizado. “Como amplia um consultório que foi construído para ser particularizado, para ser esse jeitinho, sabe jeitinho caseiro?”

Tem disponibilidade total ao celular, quando tira uma semana de férias atende telefonemas e, no retorno, dobra o número de atendimentos para dar conta da demanda.

Saiu da equipe do parto humanizado devido à anterior reformulação de tempo, quando havia parto cancelava o consultório e depois tinha que remarcar os pacientes, sem secretária, esta recentemente contratada.

Percebe várias possibilidades de recomeço para o médico, sente alguma insegurança por ter apenas o consultório – dificuldade em tirar férias, por exemplo. Mas pensa que, se tudo der errado pode dar plantões para complementar a renda. A ampla possibilidade de atuação faz com que o financeiro não seja o fator mobilizador das decisões, porque de qualquer forma estará garantido.

Quando ouve relatos de médicos “passando perrengue” para se sustentar pensa que há alguma coisa interna atrapalhada para não conseguir minimamente se manter bem.

O SUS foi formador, trabalhou em hospital público em neonatologia por 10 anos, em pronto socorro, em posto. Não trabalharia hoje no SUS pela falta de tempo, teria que atender muitos pacientes em um tempo pequeno e precisa estabelecer relação de confiança com a criança antes de examina-la. Chegou a atender em um plantão de 24h, juntamente com dois outros profissionais, 200 pessoas.

Eu falo, olha eu tenho quase 20 anos de experiência, eu não consigo atender um paciente em 15 minutos, porque você precisa estabelecer um vínculo, né, olhar, escutar. Você não chega na criança e já pega e já vai examinando. Você fala: mas as crianças não choram quando você examina? Não. Mas claro, eu fico meia hora antes estabelecendo um vínculo, eu converso, eu escuto, eu sento no chão, monto bloco, entendeu? A criança não me vê mais como ameaça.

Entende que para um cirurgião e para médicos de áreas mais especializadas isso não é um problema.

Mas o volume de atendimento do SUS forma o profissional. Cita um diagnóstico que teve um caso no consultório em todos os anos, e no SUS tinha um por mês. A complexidade e o número de casos atendidos propicia experiência importante.

Ao final da entrevista agradece pela oportunidade de refletir em conjunto e chegar a conclusões sobre sua carreira, o que é um dos objetivos do método adotado.

Saio desta entrevista com uma percepção muito forte da validade do método na pesquisa da subjetividade. O agradecimento expresso pela entrevistada testifica a potência criada pela proximidade, a possibilidade de assumir postura de insider, segundo a definição de Flick (2004), em uma relação de confiança e mútuo aprendizado.

O quadro 34 apresenta os códigos refinados a partir dessa entrevista.

Decisões sobre as mudanças	Atender à necessidade de significado na atuação, busca da satisfação
Valores	O cuidado exige escuta e disponibilidade.
Trajetória gerencial versus a técnica	Aprendeu a fazer a gestão e definiu como foco a trajetória técnica.
Gênero	Mulheres sobrecarregadas com responsabilidades não divididas. Somam-se as atribuições de ser arrimo do lar com as da casa e filhos. A flexibilidade que as médicas têm agrava a sobrecarga.
Carreira subjetiva	Busca constante de atingir os objetivos traçados, ainda que as estratégias não tenham sido claras o tempo todo.
Características da carreira médica	Flexibilidade, ampla oferta de oportunidades, ganho financeiro garantido. Se tudo der errado pode fazer plantão.
Poder hierarquia	Não abordado.
Prestígio e status	Não abordado.
Visão sobre o futuro da carreira, planejamento	Ampliar a capacidade de atendimento no consultório por meio de parcerias. Dilema de como manter o atendimento individualizado e aumentar o fluxo de atendimentos.
O SUS e o paciente do SUS	SUS foi formador. Fluxo grande de atendimentos permite ter experiência que consultório não traz. Não consegue mais se encaixar no padrão de atendimento em 15 minutos, precisa estabelecer vínculo com o paciente.
Jeito de lidar com o paciente	Proximidade, escuta, empatia. Considera a família, e não apenas a criança, como seu paciente. Envolve-se nas relações, é disponível 24h por dia.
Relações entre os vínculos e autogestão de carreira	Fez uma trajetória em busca da satisfação com o trabalho até chegar ao único vínculo, o qual atende a seus objetivos.
Acadêmico	Não citado.

Quadro 34: Códigos entrevistada 4 fase 2

4.4.8 Entrevistada 2 fase 2

Roteiro estruturante

- Como enxerga diferenças entre as oportunidades para as mulheres e os homens na carreira médica;
- Investigar a percepção sobre status do médico;
- O cuidado aparece como característica importante, o jeito de lidar com o paciente;
- O SUS parece ser muito importante para o desenvolvimento da carreira, ainda que não traga retorno financeiro importante;
- O paciente do SUS;
- Como percebe as relações de poder entre os médicos e no ambiente de trabalho. É uma carreira altamente hierarquizada;
- O acadêmico aparece como fundamental para o crescimento na carreira, vários colegas também citaram isso;
- O que motiva suas escolhas;
- O jeito de lidar com o paciente, falou de uma medicina mais humana, vários falaram da compaixão, como vê isso;
- Como avalia sua carreira hoje: a posição em que está, o trabalho que realiza e a satisfação;
- Verificar como se enxerga no futuro, se faz planos.

A entrevista

Não se sente vocacionada, no estrito termo, para a medicina. Desejava carreira ligada ao social, mas não porque queria salvar o mundo ou as pessoas. Acha que a maioria dos médicos escolhe pelo status, porque vai ser melhor do que os outros, e que poucas pessoas são vocacionadas.

Apesar de reconhecer a facilidade de mudar de vínculos e atividades que os médicos em geral têm, não tem essa possibilidade. Cria muito vínculo nos lugares, e sofre mesmo quando quer sair de um local que não está bom.

Por ter uma carreira estabelecida, com uma posição que faz parte de um planejamento de médio e longo prazo não enxerga a possibilidade de fazer mudanças sem desperdiçar o esforço já feito. Ter uma subespecialidade definida restringe as opções, ao mesmo tempo em

que possibilita crescimento. Nestes casos a mobilidade psicológica refere-se a ganho de complexidade e visibilidade técnicas.

Parece haver uma clara diferença entre os médicos que atendem a um planejamento com metas e os que podem mudar mais facilmente.

As metas traçadas guiam suas escolhas. Escolheu ficar no hospital de ensino há 10 anos com 40 horas semanais abrindo mão de ganhar mais. Escolheu parar os plantões aos finais de semana e noite em certo momento da carreira.

Sente satisfação com o momento atual em que, apesar de ter ex-alunos da residência colocados em vários hospitais que poderiam abrir as portas com um ganho maior do que tem hoje, escolheu ficar nos dois hospitais pelo que representam para sua carreira.

Faz parte da coordenação médica no hospital. É trabalho administrativo pelo qual não recebe a mais. Mas sempre teve liderança e as coisas foram acontecendo. Não tem problemas em fazer a gestão de colegas porque nunca tenta impor nada, reconhece a dificuldade de gerir médicos e faz apenas escalas, férias, dá nota e cuida dos residentes. Tem um chefe que resolve tudo, é vista pelos médicos como “chefe que não manda”.

Na equipe multiprofissional em que as pessoas são envolvidas nos processos de trabalho entrou uma médica que não aceita que outros profissionais dêem sugestões ou discordem, sentindo-se ofendida. Apesar de relatar que no geral as opiniões são bem aceitas tem clareza de que qualquer problema que ocorra com o paciente será, em última instância, responsabilidade do médico, o que lhe confere status. A responsabilidade sobre a vida e a morte diferencia o médico dos outros profissionais na equipe. Se o médico pode mais do que os outros ele interfere mais. “Os educadores físicos é que vão fazer a ginástica lá com o paciente, mas se o paciente cair lá e tiver alguma coisa é o médico que responde. Se tiver qualquer intercorrência é o médico que responde, se tiver atestado de óbito é o médico que vai assinar”.

Também no consultório essa questão do poder sobre a vida e a morte aparece: quando um paciente idoso morre em casa a família liga para que ela dê o atestado de óbito. Percebe que há uma superioridade desde a época da faculdade e cursinho: quem quer fazer vestibular para medicina precisa estudar mais e fica na sala A, quem passa na faculdade teve a melhor nota.

Quem entra na faculdade pública sente-se superior porque foi muito bom, quem faz a particular sente-se superior porque o pai tem dinheiro para pagar. Apesar de lidar bem com a equipe multiprofissional percebe que pessoas mais velhas a chamam de doutora ou senhora, e se não chamarem será estranho.

A hierarquia no hospital é claramente definida: médica é doutora e chamada de senhora pelos outros profissionais, independente do cargo que ocupe.

Reconhece a hierarquia ligada ao acadêmico como mais forte no hospital de ensino. Quem publica muito assume posições de liderança, são considerados os “top” da área, ainda que muitas vezes não sejam bons gestores. O requisito para o crescimento na instituição ligada à faculdade é o currículo acadêmico. Por este motivo ter o nome ligado ao hospital de ensino alavanca a carreira em vários aspectos, ainda que o rendimento seja menor. “As pessoas não estão lá por filantropia, as pessoas estão porque você criando a sua carreira lá dentro, seu nome forte, você vai ter as portas abertas em outros lugares”.

Sua história no hospital de ensino abriu as portas para o convite para trabalhar no outro vínculo atual, em hospital particular de ponta.

O SUS possibilita publicações e crescimento acadêmico. Os pacientes do hospital particular não são sujeitos de pesquisa, já o paciente do SUS até agradece. Estar ligado a uma instituição confere status, além do acadêmico, também pela maior possibilidade de manter-se atualizada.

Recomenda que se alguém sofrer um acidente insista para ser levado ao SUS, e não a um hospital particular. É no SUS que está o maior desenvolvimento para lidar com trauma, apesar de não ter a técnica mais avançada de robótica, os médicos “têm a mão para aquilo”, justamente pela possibilidade de treinar.

Nesse sentido enxerga que algumas especializações poderiam acrescentar mais para o médico do que um doutorado que estude “a mitocôndria do rabo da lagartixa”.

Cita o caso de uma colega que fez doutorado, com sanduiche na Alemanha e hoje escolheu trabalhar em Osasco para ter tempo para cuidar da filha (a questão de gênero novamente).

Opta por continuar com estas atividades porque tem planos para a carreira, está há dez anos criando a situação atual. Prioriza a carreira, mesmo que o ambiente não facilite sua escolha e que sofra muita pressão por isso.

Refere que o marido a ajuda, mas a responsabilidade sobre os filhos, reunião em escola é dela. O próprio verbo ajudar situa a responsabilidade em si e confirma a desigualdade percebida. Também cita o conflito que representam os quatro meses da licença maternidade, devido à interrupção e à falta de amparo social para o retorno. Essa desigualdade é indicada no Relatório da ONU Mulheres (UN WOMEN, 2015) divulgado em abril de 2015: no mundo todo as mulheres fazem duas vezes e meia mais trabalho doméstico não remunerado que os

homens, incluídos cuidado com os filhos, familiares idosos ou doentes e tarefas da administração do lar.

Por tratar-se aqui de um grupo socialmente privilegiado pode-se concluir que não é a falta de acesso a direitos econômicos e sociais que fragiliza a mulher, mas uma condição cultural dominante, independente do nível sócio-econômico.

Percebe a escolha da especialidade, envolvendo ou não o cuidado com o paciente, como uma percepção que vai sendo revelada durante o curso e a residência. Quem gosta mais de sangue e trauma direciona a escolha para um lado, quem gosta mais do contato com o paciente para outras especialidades.

Sente-se satisfeita com sua carreira no geral, apesar de algumas insatisfações pontuais. Trabalha muito, mas ganha bem, considera ter qualidade de vida boa.

Pergunta se o perfil do eixo da Av. Paulista não é diferente do perfil de quem trabalha na periferia, acha-se privilegiada e que pode haver outros perfis em locais com menos condições de trabalho. Relato a percepção das entrevistadas da periferia que se sentem realizadas trabalhando no SUS, mesmo com a falta de condições de trabalho já referida por ela na primeira entrevista.

É descontente com a remuneração, ganham pouco em vários lugares e trabalham muito, então o dinheiro acaba vindo. “O médico que não está bem, não estou dizendo rico, mas que não tem a sua casa é porque é um mau gestor, não conseguiu administrar os seus bens. Mas você tem essa oportunidade, realmente, porque você trabalha três vezes mais que os outros”.

Não percebe facilidade para fazer mudanças grandes: estudou muito para chegar onde está, investiu na subespecialidade e se mudar perde dez anos desse investimento. Está colhendo os frutos deste investimento, tanto no hospital de ensino quanto no hospital particular, planeja alterações para o futuro.

O quadro 35 apresenta os códigos refinados a partir desta entrevista.

Decisões sobre as mudanças	Poucas mudanças, carreira segue o planejamento dentro da subespecialidade.
Valores	O cuidado valorização do contato. Investimento na carreira
Trajatória gerencial versus a técnica	Assume a gestão de forma branda, não é considerada com poder de fato, mas refere ter vocação para liderança. Gosta da atividade gerencial: “é uma troca, eu preciso deles e eles precisam de mim”.

Gênero	Sobrecarga papel mãe e profissional, falta de amparo social à maternidade. Responsabilidade sobre os filhos e casa não é dividida, “ele ajuda”. Conflitos e pressões para fazer mudanças que não deseja na sua carreira.
Carreira subjetiva	Satisfeita com o resultado atingido até o momento.
Características da carreira médica	Grande possibilidade de mobilidade física e psicológica, quando há investimento na subespecialidade não compensam, significariam perdas.
Poder e hierarquia	Muito forte a visão da superioridade do médico em relação aos outros profissionais. Poder baseado na responsabilidade sobre a vida e morte. Hierarquia muito mais forte no hospital ligado à faculdade: quem publica assume cargos de gestão, mesmo não tendo competência para isso.
Prestígio e status	Determinante para escolha de muitos profissionais. Desde o cursinho, quando ficam nas classes de melhores alunos. Ou tem status por ter passado na faculdade pública ou porque o pai pode pagar a particular. Visão da profissão como muito elitizada.
Visão sobre o futuro da carreira, planejamento	Diz não estar planejando, mas espera que as coisas continuem a acontecer no rumo que traçou, em continuidade ao atual. Considera 40 anos o auge da carreira.
O SUS e o paciente do SUS	Campo de desenvolvimento, paciente propicia pesquisa e publicações, que se revertem em aumento do poder e ascensão na hierarquia. Casos muito graves formam profissionais que “têm a mão para aquilo”.
Jeito de lidar com o paciente	Fator determinante das escolhas por áreas clínicas voltadas ao cuidado.
Relações entre os vínculos e autogestão de carreira	Os dois vínculos fazem parte do planejamento ligado à subespecialidade. Ter o nome ligado ao hospital de ensino e os contatos propiciou o convite para o hospital particular. O consultório depende do nome feito nos dois vínculos para prosperar.
Acadêmico	Fator determinante para toda a carreira: subespecialidade, nome ligado a hospital de ensino, rede de relacionamentos, oportunidades.

Quadro 35: Códigos entrevistada 2 fase 2

4.4.9 Entrevistada 3 fase 2

Roteiro estruturante

- por ter a formação anterior em enfermagem a característica do cuidado é bastante forte, mas ela aparece em vários relatos, verificar em que medida percebe esta característica como importante;
- a questão do sacerdócio X profissão, como era e se mudou. Explorar o fato citado de que trabalhar para uma empresa é limitador da ação;
- Sua história traz muitas mudanças de vínculo e de natureza do trabalho, o que motiva suas escolhas;
- Em que medida percebe a possibilidade de mudança como característica da profissão;
- O acadêmico aparece como fundamental para o crescimento na carreira, vários colegas também citaram isso;
- Verificar a percepção sobre diferenças entre as oportunidades para as mulheres e os homens na carreira médica;
- O SUS parece ser muito importante para o desenvolvimento da carreira, ainda que não traga retorno financeiro importante;
- O paciente do SUS;
- Como percebe as relações de poder entre os médicos e no ambiente de trabalho. Percebi como uma carreira altamente hierarquizada;
- Verificar percepção sobre status do médico;
- Relata que faz o que gosta hoje, reabilitação e cardiologia do esporte, explorar a visão que tem de sua carreira na atualidade;
- Explorar como você se vê no futuro, se faz planos;
- Caso não fale, perguntar sobre qualidade de vida como fator importante.

A entrevista

Tem o cuidado pelo paciente como característica muito forte, até pela formação anterior em enfermagem. É um grande motivador para escolha inicial e as demais. Mas não acha que seja comum:

As pessoas que fazem medicina estão olhando a medicina muito mais como uma profissão, como uma maneira de você ter o seu sustento, de você desenvolver um trabalho, do que propriamente como uma necessidade de desenvolver algo pessoal em relação ao cuidado.

Escolheu enfermagem para sair da cidade pequena, mas o cuidado é uma característica pessoal importante. Não vê a medicina como um sacerdócio, é uma profissão em que devem ser unidas as aptidões, habilidades, o que gosta como disciplina e o que pretende no futuro como trabalho para o sustento. O cuidado é uma das características, também existem as metas que devem ser cumpridas.

As mudanças que fez na carreira representaram mudança de subespecialidade: cardiogeriatría, depois cardiologista em hospital, reabilitação e cardiologia do exercício. As oportunidades sempre aparecem a partir dos contatos: “em medicina as pessoas te conhecem pelo que você faz, não é pelo seu currículo”.

A história desta médica é muito determinada por pessoas influentes: o primeiro cardiologista que a preparou para sucedê-lo, o convite para o serviço de cardiologia do exercício no atual local, em um hospital de ponta.

Mesmo nos momentos em que buscou mudar fez cursos nas áreas desejadas, conheceu pessoas e daí surgiram os convites. Parece ter uma boa capacidade de estabelecer relações, além de demonstrar sua competência para os pares e superiores.

Na primeira entrevista estava em um momento muito feliz na carreira, satisfeita com o rumo em direção à cardiologia do exercício e fazendo planos futuros. Estava fazendo o que gostava e pensando em como abrir mão de alguma coisa para ter o filho. Apareceu o conflito importante:

Eu tenho desejo de ser mãe, mas não sei se quero abrir mão de meu trabalho. Também não quero só ter o filho, quero cuidar, estar presente. Será que o desejo de ser mãe é tão maior do que o que faço? Eu não tenho esse tempo pra falar que vou cuidar da minha carreira e depois parar. Eu vou fazer 40 anos.

Outro conflito importante apareceu no intervalo entre as duas entrevistas: um importante profissional a convidou para ser sua assistente no consultório particular, em uma atividade que não deseja, mas que tentou recusar e não conseguiu.

De 26 horas semanais de trabalho, em que conseguia ter qualidade de vida e satisfação, havia passado para 60 horas semanais. Foi indicada pela médica coordenadora deste professor que a conheceu na época da residência. Declinou dizendo que não tinha

tempo, mas o chefe atual ajustou seu horário, em deferência ao importante colega. O convite inicial era para ir com ele para o hospital e consultório, conseguiu liberar para ir para o consultório apenas, com uma carga horária de 20 horas semanais. Não é diferente do que fazia antes no consultório, em cardiologia geral, mas não é o que quer para sua vida. O ganho financeiro é substancial, o volume de trabalho também. A dificuldade nos relacionamentos é fator de estresse importante, aliada à falta de aderência com seu planejamento e metas de carreira.

Repete-se aqui a história de ser muito considerada tecnicamente pelos superiores: o professor disse que ela é a melhor assistente que já teve, oferece para ela montar seu consultório de cardiologia do exercício junto ao dele, com possibilidades de ganhos financeiros importantes. Não tem interesse neste trabalho em consultório e de novo abriu mão da “herança”, apesar de todos os acenos de que ele iria investir na sua carreira. “Eu quero ser a dona do meu destino, entendeu?”.

Havia escrito o projeto para o doutorado e, no dia anterior à entrevista havia decidido desistir e recomeçar, com outro assunto e orientador.

Coloca em primeiro lugar as suas metas e enfrenta o guardiões.

Para engravidar em breve precisa primeiro estar com o projeto do doutorado encaminhado. Acha que tem bastantes orientadores que gostariam de tê-la como orientanda.

Nunca saiu estremecida de um lugar, está costurando sua saída em nome do doutorado. Quando saiu de um vínculo preparou um trabalho para um congresso em que promovia o nome da instituição, ficaram agradecidos. Em outro local deu várias aulas para a equipe do chefe, procura sempre deixar as portas abertas.

O quadro 36 apresenta os códigos refinados a partir desta entrevista.

Decisões sobre as mudanças	Atender à necessidade de satisfação: mudanças de subespecialidade. Busca de autonomia e independência.
Valores	Autonomia, o cuidado com o paciente.
Trajatória gerencial versus a técnica	Não apareceu como possibilidade a trajetória gerencial, tem muito claras as metas.
Gênero	Conflitos sobre o momento de engravidar.
Carreira subjetiva	Estava muito satisfeita com o trabalho apenas preventivo, foi “intimada” a voltar para o consultório, mas tem as metas claramente definidas, age para retornar à trajetória definida.
Características da carreira médica	Possibilidades de recomeço. Muitas horas de trabalho.

Poder e hierarquia	Relações de poder determinadas pela reputação acadêmica. Hierarquia rígida.
Prestígio e status	Teve várias oportunidades de aumentar seu status a partir de aliar o nome a profissionais emblemáticos na área, mas busca autonomia.
Visão sobre o futuro da carreira, planejamento	Voltar ao plano traçado de trabalhar apenas com medicina preventiva. Compor com os guardiães para que o projeto do doutorado contribua para sua carreira.
O SUS e o paciente do SUS	Não foi abordado nesta entrevista.
Jeito de lidar com o paciente	Mobilizador de escolhas, valoriza o contato.
Relações entre os vínculos e autogestão de carreira	Retorna ao plano traçado e procura recompor os vínculos de acordo com seus valores.
Acadêmico	Doutorado é rede de relacionamento determinantes para o planejamento.

Quadro 36: Códigos entrevistada 3 fase 2

4.4.10 Entrevistada 7 fase 2

Roteiro estruturante

- venceu muitas barreiras sociais e de gênero para chegar a ser médica. Como vê essas dificuldades para a escolha da carreira;
- pude perceber uma diferença importante nas oportunidades para homens e mulheres, inclusive pela sua história, quando não quis ficar na cidade em que não poderia sair sozinha. Como vê isso?
- explorar a importância do cuidado, do jeito de lidar com o paciente, que apareceu como característica importante da profissão para muitos;
- como é lidar com a morte?
- o papel do SUS na sua carreira e a sua visão sobre o paciente do SUS;
- verificar percepção sobre as possibilidades de escolha e trabalho para o médico em relação às outras profissões. Sua trajetória fala de vários recomeços.
- importância de estudar ;
- investigar o que percebe como motivador para fazer mudanças;
- explorar valores importantes;

- verificar visão sobre a carreira atual e sobre o futuro.

A entrevista

Caso emblemático sobre a questão de gênero, muito presente na primeira entrevista.

Início a entrevista perguntando sobre essa questão, confirma que sempre foi um conflito importante. Apesar de definir a carreira como prioridade sempre as escolhas levavam em conta o que era melhor para a filha. A falta de amparo social gera culpa:

Eu sempre fui médica, eu não era mãe, entendeu? Então primeiro tinha que trabalhar, mas na hora de fazer uma escolha de trabalho eu pensava na maternidade: ó, essa cidade é meio perigosa, esse local não dá, não tem oportunidades de estudo, nessa faixa etária não vai dar.

Ser a provedora do lar exigia muitas horas de trabalho, também tinha que estudar muito, gostaria de ter dado mais atenção à filha. Tentou vivenciar esse cuidado quando foi para o Canadá e trabalhou como *baby sitter*, acompanhando o crescimento de uma criança por dois anos.

O estudo é definido como muito importante, está sempre estudando, oficialmente ou extraoficialmente.

Relata que saiu de um vínculo e quando foi a homologação o sindicato viu que havia sido trapaceada “a gente não entende nada nessa parte legal, a gente se deixa trapacear”. Já tomou muito calote porque há muito empregos como PJ (Pessoa Jurídica), sem vínculo. O CLT é o único vínculo que protege o trabalhador, muitas prefeituras oferecem vínculo como PJ e se não pagam é difícil receber juridicamente.

Atualmente está com dois vínculos, como plantonista. O consultório ainda está paralisado, “preciso organizar a casa para ir adiante”, o que significa mais do que a arrumação física. Parece haver questões pessoais importantes subjacentes.

Pergunto sobre as possibilidades de recomeço na carreira e relembra que, ao voltar do Canadá, em 20 dias estava trabalhando, ainda que em função menos complexa, com medicina do trabalho, que não oferecia risco ao paciente.

Não tem perfil empreendedor, refere sentir muita dificuldade em gerenciar a própria carreira: “o médico não tem plano de carreira no Ministério do Trabalho, ele tem que gerenciar a própria carreira”.

A entrevista mobiliza muito conteúdo: falar sobre a carreira traz aspectos importantes de vivência pessoal, o que às vezes causou alegrias, e muitas vezes dores.

Quando diminuiu os vínculos pode perceber que a carga horária excessiva funcionava como válvula de escape. A primeira vez que parou foi no Canadá, pode perceber-se melhor. No retorno ao Brasil voltou a trabalhar muito e agora novamente diminuiu o ritmo e pode entrar em contato com pendências que trazia desde a infância.

Entrar em contato com a própria dor desenvolve a empatia para com a dor do outro. Alguns pacientes chegaram a falar que tem algo diferente, que é mais humana. Não quer anestesia para sua dor: “eu não estou entorpecendo a minha dor, ela é real, a gente sente dor, a gente é humano, o outro é humano. Quando ela vem, deixa ela vir, sabe? Assim como a alegria também faz parte de mim.” Não perder a sensibilidade ajuda muito.

Entende que faz parte do trabalho ouvir quando o paciente, mesmo em consultório de ambulatório público, quer se abrir.

Relata várias situações em que, por ter empatia pode ajudar o paciente, via muita dureza em outros funcionários.

Este grau de envolvimento gera muito desgaste, por isso não pode trabalhar muito por longo tempo. Pergunto se já fez tentativas de perder esse grau de envolvimento e diz que sim, mas não gostou do que se tornou, não é a pessoa que escolheu ser como médica.

Planeja montar o consultório de homeopatia, mas tem um alto grau de exigência consigo mesma, acha que tem que estar melhor em relação aos conflitos já citados para poder efetivamente ajudar os outros. Entende que a escolha de especialidade em que há necessidade de contato com o paciente traz em si a exigência de ser um espelho límpido, de ter resolvido as pendências. No momento atende em AMA (Assistência Médica Ambulatorial), em que não acompanha os casos, são urgências menores e em plantão, que não exigem acompanhamento, portanto não forma vínculos e tem desgaste menor.

As mudanças sempre são motivadas por uma crise: ambiente de trabalho insatisfatório, falta de aderência das práticas aos seus valores, infraestrutura ruim, falta de segurança. Muda para não ser conivente.

O SUS, apesar das dificuldades, é o gerador de possibilidades de trabalho e desenvolvimento. Percebe que em alguns hospitais particulares as condições de trabalho também não são boas.

Pode decidir sair quando a situação chega ao seu limite porque percebe haver muitas outras possibilidades de trabalho, sempre. Em algumas situações estabeleceu um vínculo com a população que dificultou muito sua saída: “se eu for embora essa população vai ficar sem médico”.

Tem como valores sempre falar a verdade para o paciente.

O quadro 37 traz os códigos refinados a partir dessa entrevista.

Decisões sobre as mudanças	Quando há problemas relacionados a infraestrutura, segurança, falta de recursos.
Valores	Falar a verdade para o paciente.
Trajetória gerencial versus a técnica	Não houve menção à trajetória gerencial
Gênero	Questão fundamental: limitador de oportunidades e grande conflito entre papel de mãe e profissional provedora do lar, carregando muita culpa.
Carreira subjetiva	Sente-se paralisada, tentando resolver conflitos internos.
Características da carreira médica	Muitas possibilidades de vínculo, ainda que precários, sem a proteção ao trabalhador.
Poder e hierarquia	Não cita
Prestígio e status	Não cita
Visão sobre o futuro da carreira, planejamento	Conseguir montar o consultório de homeopatia.
O SUS e o paciente do SUS	Celeiro de oportunidades e formação. Problemas de infraestrutura, segurança e falta de segurança para os profissionais.
Jeito de lidar com o paciente	Empatia, sente a dor do outro por poder sentir a própria.
Relações entre os vínculos e autogestão de carreira	No momento em vínculos que não geram acompanhamento do paciente para tentar proteger-se do desgaste e resolver seus conflitos internos, em uma tentativa de seguir com o consultório de homeopatia.
Acadêmico	Não citado, mas estuda sempre.

Quadro 37: Códigos entrevistada 7 fase 2

4.4.11 Entrevistada 12 fase 2

Roteiro estruturante

- Percepção sobre muitas possibilidades de arranjos na carreira, mudanças de vínculos e de metas definidas;

- Explorar valores para decisões;
- A questão de gênero ficou muito evidente: as mulheres mães sentem dificuldade em exercer as escolhas devido à cobrança por dar atenção aos filhos, em situações de desigualdade de oportunidades. Conflito entre papel de mãe e profissional, cobranças familiares para atenção aos filhos, ainda que tenha papel fundamental no provimento da família;
- Como enxerga as diferenças entre as oportunidades para as mulheres e os homens na carreira médica;
- Verificar percepção sobre status do médico;
- O cuidado aparece como característica importante, o jeito de lidar com o paciente;
- O SUS parece ser muito importante para o desenvolvimento da carreira, ainda que não traga retorno financeiro importante;
- O paciente do SUS;
- Como percebe as relações de poder entre os médicos e no ambiente de trabalho;
- O jeito de lidar com o paciente, a compaixão como característica determinante para a profissão;
- Chama a atenção a satisfação com o exercício da profissão, os valores e o tratamento humanizado. Verificar percepção sobre a importância dessa característica, se percebe como comum aos médicos.

A entrevista

Enxerga muitas possibilidades de mudanças para o médico, mas compara a profissão ao casamento e, caso não haja nenhum defeito proibitivo, acha melhor aprender a conviver, lidando com as situações que aparecem. Apesar das muitas possibilidades existentes, não adianta mudar porque sempre irá encontrar problemas.

Sua escolha pela profissão e pelos vínculos é muito centrada na autogestão da carreira: gosta muito de partilhar do cuidado, tem a vocação do cuidar.

Repete a sua alegria de poder trabalhar com o que gosta, que escolheu trabalhar no SUS, na atenção básica, porque é onde é possível prestar o cuidado.

Dou retorno sobre o quanto a entrevista anterior havia trazido os valores e a vocação como importantes para ela, o que havia me propiciado reflexões sobre as minhas escolhas, vocação e trabalho e ela reforça a necessidade de dar significado para a vida, que é a única que temos, de deixar um legado e contribuir com os outros.

É muito forte essa consciência:

A questão dos alunos também é uma troca, se reclamamos da qualidade dos médicos que estão se formando, o que fazemos para melhorar? Eu penso que a gente que é mais vivido tem que mostrar o caminho para os que estão vindo atrás, porque a gente também aprendeu com alguém que estava na nossa frente.

O SUS é a possibilidade de aprender e se desenvolver. A medicina privada é mercantilista, o médico é fornecedor de mão-de-obra e o paciente é a mercadoria, com vistas ao lucro, o que não permite o desenvolvimento.

O SUS é também a possibilidade de excelência. Um dos princípios fundadores é a educação continuada, fez muitos cursos de especialização, de atualização, de revisão, no hospital e na prefeitura. Aprende muito.

Reforça o que outra médica havia dito: que os pacientes do SUS ficam muito felizes de ter os alunos junto com o médico, visitando a casa, recebem bem e sentem-se contemplados com o olhar de vários profissionais.

Apesar das deficiências, o SUS não tem caráter mercantilista, é mais leal: os recursos disponíveis são os mesmos para todos.

Em relação à condição formadora do SUS, identificada nos profissionais desta pesquisa, formados há mais de dez anos, vê uma mudança grande nos alunos que estão se formando agora. Percebe uma crise preocupante quando os futuros médicos afirmam não querer vir a trabalhar no SUS. Entende isso a partir de vários fatores, desde os problemas de falha de estrutura e gerenciamento no SUS, passando pela crise política do país, que identifica como uma crise moral que atinge também os serviços de saúde. Muitos dos alunos não se interessam pelo estágio, que é obrigatório para concluir a graduação na Escola Paulista de Medicina. Faz um trabalho de conscientização da importância de aprenderem a ter o cuidado com o paciente, até se escolherem ser cirurgiões.

Falo para eles: não adianta você fazer uma cirurgia linda, perfeita maravilhosa, que você aprendeu lá no Canadá, se o seu paciente não tiver um bom pré-operatório, um bom pós-operatório. A sua cirurgia não vai ter um bom resultado. E esse paciente vai ser cuidado provavelmente por uma equipe de posto de saúde no pré e pós-operatório. Então tem que aprender,

primeiro, a trabalhar em equipe e, segundo, a saber de onde esse paciente vem. Então é importante vocês conhecerem isso aqui.

Vê o médico como muito individualista, sendo treinado desde a universidade a pensar que os outros não sabem nada, que o médico que manda e os outros obedecem. Mas percebeu um dia que o saber dos outros profissionais é tão ou mais importante para a recuperação do paciente. Cita o exemplo da importância do fisioterapeuta e da enfermagem em situações de recuperação.

Percebo uma possibilidade de compreensão das relações humanas nesta profissional que é capaz de gerar transformações importantes em seu ambiente de trabalho, além de ser uma influência muito positiva para os alunos em formação. A questão do cuidado é central e traz uma possibilidade de atender ao chamado, integrando valores e objetivos.

No posto de saúde as relações de poder e hierarquia não são importantes, o que pode ser entendido a partir de seu relato sobre a importância da equipe multiprofissional, em que faz um trabalho de reconstrução dessa cultura.

No hospital há forte diferenciação entre o clínico e o cirurgião. É emergencista clínica e, quando necessário, dá o primeiro atendimento e chama o cirurgião para assumir. Tinha muitos problemas com os cirurgiões no começo, ia passar o caso, ia falando e quando via estava falando sozinha, como se não pudesse acrescentar nada ao trabalho deles: “[...] eles achavam que a clínica não sabe nada. Então mesmo entre os médicos tem essa questão, a gente fala que o cirurgião se acha o irmão de deus, e o neurocirurgião se acha o irmão mais velho de deus”.

A questão de gênero é vista como muito importante. Não há divisão de responsabilidades no lar, com os filhos, o marido às vezes falava: “vou te ajudar hoje”. Por conta dessa sobrecarga escolheu ficar por muitos anos apenas no posto de saúde perto de casa, passando para pegá-las na escola na hora do almoço e retornando depois para o posto. Ampliava o horário de almoço e ficava até mais tarde. Isso dificultou fazer uma especialização, trabalhar em hospital, dar plantão, as crianças pequenas eram sua responsabilidade e exigiam sua supervisão.

Refere um bom relacionamento conjugal, de muito apoio e cumplicidade, mas permeado por essa cultura dominante. Uma época em que teve seu horário remanejado pela prefeitura para das 13 as 22h, houve muita desorganização na família e no atendimento às crianças. Conseguiu, felizmente, retornar ao horário das 8 às 17h.

Não há igualdade de oportunidades, mas não sente discriminação pelo fato de ser mulher.

Percebe o status social do médico em todas as relações. Na padaria é chamada de doutora: “eu falo não precisa me chamar de doutora, eu sou a Fulana. Daí eu chego no outro dia e o dono da padaria fala `bom dia doutora””.

Também seria muito estranho se, nas equipes multiprofissionais, alguém não chamasse o médico de doutor.

Sente-se completamente realizada “como mãe, como mulher, como profissional”.

Quando teve o tumor refletiu muito sobre sua trajetória e concluiu que se morresse estaria realizada, está em paz.

Continua firmemente dedicada à formação dos alunos. Busca dar sentido às suas ações e valorizar cada dia. Começa a pensar na aposentadoria daqui a dois anos e meio.

Percebe o médico como tendo a responsabilidade final sobre a vida e morte, mesmo que a equipe multiprofissional atue: “se o paciente morre ou se dá algum problema o enfermeiro vai falar: não, mas eu fiz o que o médico prescreveu. O fisioterapeuta fala: não, mas eu segui a orientação que ele deu”, citando quase a mesma frase que ouvi de outros médicos.

Quem decide encerrar as manobras de reanimação cardiopulmonar e dar a pessoa como morta é o médico. Acha que o peso das decisões confere esse poder, ao mesmo tempo em que causa muito sofrimento, cita o fato de ser a categoria profissional com maior número de suicídios e abuso de álcool e drogas. A pressão diária nas tomadas de decisão é o que pesa, não o trabalho em si.

Quando chega em casa reflete sobre o que fez e isso provoca uma crise existencial: será que poderia ter feito mais do que fez? Mesmo após 30 anos de formada, quando acontece um resultado que não é satisfatório questiona-se se falhou. Tenta evitar, mas a coisa acontece como tinha que acontecer.

No início não chorava no trabalho, chegava chorando em casa. Foi melhorando “a gente vai entendendo que faz o que pode e vai ficando cauterizada, mais conformada”. Não fica em crise mais, mas fica triste, uma tristeza que faz parte da vida, que é feita de alegrias e tristezas.

Conto para ela a fala da entrevistada anterior sobre ter que sentir o sofrimento e a tristeza para poder entender o paciente e ela concorda. Isso é positivo porque vê o paciente como uma pessoa que poderia ser seu filho ou um ente querido. Identificar-se é inevitável e

traz peso maior, ao mesmo tempo em que ajuda a entender o paciente e seu sofrimento, ter empatia.

Dar a resposta adequada ao paciente envolve percebê-lo em sua totalidade, com todos os medos, angústias, preocupações e inseguranças. Às vezes a resposta adequada é uma palavra, não é necessário procedimento ou remédio. Conta o caso de uma orientação dada uma mãe que havia voltado a trabalhar e estava preocupada com a alimentação do bebê.

Essa fala foi capaz de tranquilizar a mãe porque há um poder conferido ao médico pela sociedade, o status social que um pajé tem em uma tribo.

Penso que mesmo que outra pessoa tivesse o mesmo conhecimento sobre alimentação na primeira infância poderia não ser capaz de tranquilizar essa mãe. O médico de família tem essa inserção social muito grande na comunidade que atende, o que, por si só, já é terapêutico.

Cita outro caso em que explica a gravidade do caso de uma idosa sequelada de AVC à sua filha, que acaba agradecendo e aceitando a morte como possível desfecho.

O quadro 38 traz os códigos refinados a partir dessa entrevista.

Decisões sobre as mudanças	Poucas mudanças, “seria trocar seis por meia dúzia”. Quando mudou foi para atender a valores.
Valores	O cuidado com o outro, empatia, compaixão.
Trajectoria gerencial versus a técnica	Não citada.
Gênero	Responsabilidade sobre a casa e os filhos é da mulher, que acaba restringindo suas opções para atender a essa demanda.
Carreira subjetiva	Sente-se plenamente realizada.
Características da carreira médica	O médico é treinado desde a faculdade para achar que sabe tudo e os outros profissionais nada.
Poder e hierarquia	Cultura de mandar e sentir-se superior aos outros profissionais. Cirurgião sente-se superior ao clínico.
Prestígio e status	Até na padaria do bairro é tratada por doutora, mesmo que peça pra ser tratada pelo nome. Nas equipes multiprofissionais o médico tem o poder sobre as decisões, o que traz maior prestígio, mas também muita ansiedade, a que se deve o grande número de suicídios e uso de drogas nesta categoria profissional.
Visão sobre o futuro da carreira, planejamento	Após a aposentadoria, que será em dois anos, pretende fazer cursos e ter tempo para outras atividades, que não o trabalho.

O SUS e o paciente do SUS	Possibilidade de aprendizado, de desenvolvimento. Possibilidade de usar seu saber a serviço de outros, ganhando para fazer o que gosta.
Jeito de lidar com o paciente	Entende-lo. Dar a resposta adequada ao paciente envolve perceber-lo em sua totalidade, com todos os medos, angústias, preocupações e inseguranças.
Relações entre os vínculos e autogestão de carreira	Em um vínculo faz o papel educativo e preventivo para evitar que as pessoas cheguem ao estado em que recebe os pacientes na emergência. Nos dois vínculos trabalha alinhada aos seus valores. Satisfeita com o que faz.
Acadêmico	A sobrecarga do cuidado com os filhos e casa, sem divisão de responsabilidades não permitiu fazer essa opção. Abriu mão.

Quadro 38: Códigos entrevistada 12 fase 2

No capítulo seguinte será feita a discussão dos resultados.

5 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

O paradigma adotado e a escolha do método de produção de conhecimento dialógico, prevê que, após a experiência do campo e contato com as histórias e percepções dos sujeitos o referencial teórico seja revisitado para avançar na produção de conhecimento.

De acordo com a revisão teórica (BALASSIANO; VENTURA; FONTES FILHO, 2003; BRISCOE; HALL, 2006; BRUNI, 2005; CHERNS, 1992; FLICK, 2004; GODOI; BALSINI, 2010; HALL, 2004; GEPHART, 1999; LATOUR, 1998; LINCOLN; GUBA, 1986; MALVEZZI, 2013; MCDONALD, 2005; RODRIGUES, 2007; RODRIGUES, 2007; SCHRAIBER, 2008; STRAUSS; CORBIN, 2008; VELOSO; DUTRA, 2010) entender o contexto é ponto de partida para poder analisar a percepção dos entrevistados sobre a autogestão da carreira.

O contexto: o SUS

Atendendo ao objetivo de contribuir para o entendimento das carreiras dos profissionais do conhecimento, verifico o papel que o SUS, como sistema de saúde, ocupa na criação de conhecimento, uma vez que foi citado por quase todos os entrevistados como pano de fundo para o exercício da profissão, assim como celeiro de oportunidades de trabalho e desenvolvimento na carreira. Mesmo aqueles profissionais que acabaram desistindo de vínculos por conta da falta de condições mínimas de trabalho referem a importância do sistema de saúde vigente como formador e campo de aprendizado.

Dos 12 entrevistados, apenas dois não tiveram a formação e aprendizagem vinculada ao SUS: um deles vinculou-se a uma instituição governamental voltada ao atendimento de funcionários públicos estaduais e outra investiu na carreira executiva em organizações, em busca de obter conhecimento.

Em uma época de grande vinculação da produção científica a laboratórios e instituições privadas o que se vê é que é no sistema de saúde público, no SUS, que o conhecimento se desenvolve.

O status do profissional médico é construído a partir de interações em instituições de ensino e pesquisa, as quais oferecem a oportunidade de atender muitos casos de altíssima complexidade.

Os entrevistados atribuem essa característica do atendimento em serviço público a dois fatores: o elevado número de atendimentos aumenta a possibilidade de entrar em contato com

doenças mais raras; também as doenças mais raras e as mais complexas são mais comuns nas instituições ligadas à pesquisa acadêmica.

A médica que atualmente atende apenas pacientes particulares, no consultório, relata:

É onde você tem volume, no consultório você não vê a amplitude de coisas que aparecem no SUS. O caso do SUS você não esquece. O paciente que a mãe me ligou hoje de Belo Horizonte é um caso que eu falei: hum, isso está me cheirando ser atresia de piloro. Onde eu vi isso? Não foi no consultório. Eu tenho um paciente com atresia de piloro no meu consultório esses anos todos, um! No SUS tinha um por mês. Quando eu fui para a Santa Casa eu olhava e falava: é mentira que isso existe. Você tem um ambulatório com 200 casos de fibrose cística. O que é raro você vê 50 casos.

Há diferenças na percepção sobre a falta de recursos do SUS: especialidades mais clínicas, mais centradas na relação do médico com o paciente, ressentem-se menos da falta de recursos ditos tecnológicos do que da falta de tempo para dedicar ao paciente. Há relatos de uma equipe de quatro pediatras realizarem 400 a 500 atendimentos e de uma equipe de três médicos atenderem 200 pessoas em um plantão de 24 horas.

A médica cardiologista em hospital de ensino e em um hospital privado de ponta fala de sua satisfação com a carreira e com a qualidade de vida e sugere entrevistar profissionais que trabalhassem na periferia, tinha a percepção de que a realidade seria muito diferente da dela. Trago a ela o relato de colegas que escolheram atuar no SUS na periferia como possibilidade de realização na carreira, muito satisfeitos. Percebemos que o SUS é importante para aqueles profissionais que têm a questão do cuidado como essencial: o SUS ensina e propicia campo para o exercício.

Uma dessas profissionais atua somente no SUS, em dois vínculos, e tem uma percepção de sucesso e satisfação na carreira que pode ser sentida no contato: “[...] eu ganho para fazer o meu hobby. Me sinto completamente realizada como mãe, como profissional, como mulher’. A outra médica citada entende que o SUS sempre abriu portas, além de oferecer possibilidades de trabalho perto de sua casa, facilitando o cuidado com as filhas. São carreiras auto-dirigidas e guiada por valores (BRISCOE; HALL, 2006).

Pude perceber uma gama considerável de perfis e escolhas, além dos altamente guiados pelo valor do cuidado e pelo chamado, em que o SUS assume papel importante e diverso.

Profissionais com consistente planejamento de carreira acadêmica precisam do SUS como campo de desenvolvimento de pesquisas, uma vez que o paciente do hospital particular não é sujeito de estudos. O paciente do SUS sente-se lisonjeado com a atenção que um

professor com um grupo de alunos dá ao seu caso. Médicos altamente qualificados trabalham por retorno que não é a remuneração: é o conhecimento.

Só é possível atingir patamares importantes de reconhecimento na carreira, para assim usufruir do retorno financeiro de um consultório, clínica ou hospital particular, atendendo e pesquisando no SUS, com um salário abaixo do mercado ou, às vezes, sem remuneração.

Como define a situação Chomsky, em entrevista gravada (2015?), o contribuinte assume os riscos (neste caso financiado pelo sistema de saúde e possibilitado pela contribuição dos pacientes deste sistema) e o privado (no caso, os médicos em seus consultórios particulares ganhando notoriedade e aumentando os rendimentos e os pacientes particulares recebendo atendimento de ponta) usufrui do avanço do conhecimento.

Também para os médicos que não almejam carreira acadêmica ou não apresentam indícios claros de autogestão da carreira o SUS é decisivo: oportunidades para ter um retorno financeiro considerado bom, ainda que haja exigência de maior dedicação de tempo. O plantão é moeda, e sempre pode ser um recurso. Profissional que ficou afastada do exercício da profissão quando morou fora do país por cinco anos pode, em duas semanas, voltar à ativa e, em três anos, comprar um apartamento, apenas com vínculos no SUS.

Neste contexto altamente favorável é possível atender a valores pessoais, ter maior independência e comando, características de carreiras apontadas como proteanas (HALL, 2004). Porém nem sempre há autogestão da carreira: as condições favoráveis do contexto não exigem definição de metas e estratégias para atingi-las. A fase de exploração (SCHEIN, 1978), quando recém-formados, traz a percepção de facilidade em obter uma ou várias ocupações que garantem rendimento satisfatório, o que pode não evoluir para as fases de definição de metas e estratégias para alcança-las, estágios da autogestão da carreira definidos por Noe (1996) e Greenhauss (1987).

O sucesso psicológico (HALL, 1976) alcançado pelos profissionais ligados ao SUS foi muito significativo.

O entrevistado 1 sai de uma crise profissional importante organizando seus vínculos em torno da atividade ligada a seus valores: trabalhar com prevenção, desenvolver pesquisa sobre carreira no mestrado e trabalhar na capacitação de residentes do SUS em um vínculo público.

A entrevistada 2 desenvolveu a trajetória a partir da experiência no hospital de ensino, tanto no atendimento quanto no acadêmico. Sente-se no auge da carreira.

O entrevistado 5 vê o SUS como a possibilidade de ser reconhecido e crescer no consultório. Sua pesquisa de doutorado foi feita com os pacientes do SUS e abriu-lhe as portas para a carreira.

Para a entrevistada 9 o SUS foi determinante como primeiro passo para a estabilidade na carreira e hoje, ainda, é vínculo importante na sua identidade profissional. Mesmo com o crescimento no consultório ainda pretende ficar no SUS por muitos anos por conta da estabilidade. Defende o sistema como tendo todas as características necessárias para funcionar, se os pacientes aprenderem a lidar com os níveis de complexidade. Mas também relata a dificuldade dos médicos em relação a essas diferenças de complexidade, recebe casos que deveriam ser resolvidos em um nível menos complexo de atendimento.

A entrevistada 10 tem o SUS como fonte de possibilidades de emprego, tanto na clínica quanto na gestão. Escolhe trabalhar com esse paciente a partir de seus valores e fala: “o pior é que eu gosto de trabalhar lá”, como se fosse uma insanidade (afirma que é).

A entrevistada 4 passou 10 anos trabalhando no SUS para aprender a lidar com os casos que hoje recebe no consultório. Grande volume de atendimento, casos de alta complexidade e fazer a gestão de pessoas sob sua responsabilidade desenvolveram suas competências atuais. Mas não consegue mais se encaixar nos padrões de consulta em 15 minutos, o que não permitiria que exercesse a medicina do jeito que acredita, estabelecendo contato com o paciente e a família.

Estes resultados devem ser considerados à luz do contexto da carreira médica no Brasil.

De acordo com Scheffer et al. (2015) mais da metade dos médicos no Brasil atuam tanto no setor público quanto no privado e 78% dos profissionais têm dois ou mais empregos. Os que atuam nos dois setores, público e privado, são os que têm maior número de vínculos, 73,7% têm três ou mais, conforme figura 5.

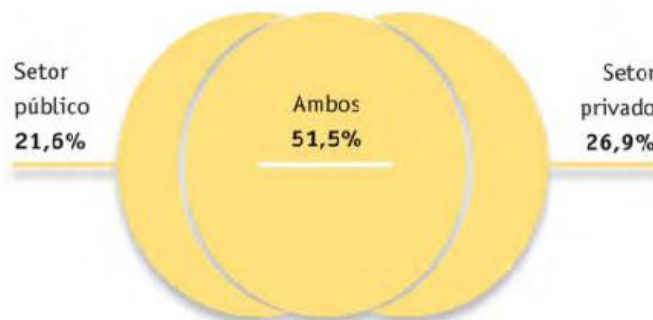


Figura 5 distribuição de médicos, segundo atuação nos setores público e privado de saúde, em 2014

Quando perguntados sobre a preferência entre o público e privado, considerando a hipótese de terem o mesmo salário e condições de trabalho, 58,2% disseram que escolheriam o setor público, contra 41,8% que prefeririam o privado. Apesar disso, a pesquisa aponta um crescimento de postos de trabalho no setor privado desde 2009. Para cada médico registrado no CRM em atividade no país houve crescimento de 1,35 médico no setor público, contra 1,86 no setor privado (SCHEFFER et al., 2015).

Entender o significado destes números à luz da história de vida dos entrevistados é um exercício que justifica a pesquisa qualitativa. É o setor público, o SUS, que permite o desenvolvimento de competências, o contato com os casos mais graves, o acesso aos sujeitos de pesquisas importantes para a medicina, isso move a carreira dos profissionais do conhecimento. Mas a falta de condições de trabalho, de gerenciamento adequado, de suporte ao desenvolvimento dos médicos enquanto gestores dificulta ou impede a permanência de profissionais altamente vocacionados.

Permanecem os que têm metas definidas para o crescimento na carreira ligado à pesquisa e os de especialidades mais generalistas (clínica médica e saúde da família), guiados por valores. Neste momento de discussão sobre a necessidade de fixar médicos em locais de extrema necessidade, tanto no país como nas periferias da cidade de São Paulo, a pesquisa traz a possibilidade de contribuição efetiva para o sistema de saúde. Como relata a entrevistada 10: “As equipes de clínica médica estão sempre abertas, e o governo sabe disso”, abertas no sentido de não serem preenchidas as vagas.

A entrevistada 12, que trabalha exclusivamente no SUS e participa da formação de alunos de quinto ano da graduação da Escola Paulista de Medicina, percebe uma crise importante. Os alunos referem que não querem trabalhar no SUS quando formados, justamente pela falta de gerenciamento e estrutura. Por ter esse valor muito forte ela insiste na importância de aprenderem o cuidado com o paciente, que impacta no resultado de qualquer especialidade clínica ou cirúrgica. Reforça com seus alunos a necessidade de saber onde vivem os pacientes, quem são, entender o contexto em que estão inseridos como condição para o tratamento. Talvez a pesquisa de intenção aplicada aos médicos formados trouxesse resultados diferentes dos 58,2% que prefeririam o público ao privado se as condições de trabalho e salários fossem os mesmos, caso aplicada a esse público de estudantes.

Mello et. All (2009) citam a dificuldade enfrentada por vários países, como Estados Unidos, Inglaterra, Canadá e Cuba, em atrair médicos para a carreira de Medicina de Saúde e da Família. Os autores explicam o declínio a partir da insatisfação com as opções políticas e administrativas envolvidas na área, ainda que os médicos tenham visão muito positiva sobre o

exercício da clínica generalista, a exemplo do observado nas entrevistas. Países como Canadá, Estados Unidos e Inglaterra, preocupados com a diminuição do número destes profissionais, adotaram medidas de valorização da carreira.

No Brasil houve a reestruturação do currículo da graduação, com grande ênfase na formação em Atenção Básica, incluindo a necessidade de estágio no SUS para a obtenção do diploma. As medidas podem ser inócuas se não houver uma maneira de atrair e reter os médicos nessa especialidade após a formação.

O contexto: questão de gênero

A feminização da medicina foi muito intensa nos últimos cinco anos. Até 2010 era maior, no Brasil, o número de entrada masculina (registros nos conselhos). Desde 2011 a entrada feminina é maior: 54,4% naquele ano até chegar a 54,8% em 2014.

Dos doze entrevistados oito eram mulheres e três dos homens eram homossexuais. A amostragem por “bola de neve”, sem nenhuma pretensão de representatividade ou de validade estatística, conforme já discutido neste trabalho, trouxe muito claramente a diferença de oportunidades, expectativas e condições de acesso.

Uma das entrevistadas passou pelo processo de divórcio durante a pesquisa, entre a primeira e segunda entrevistas. Sentia-se sobrecarregada: além dos três empregos que eram a fonte de renda da família, ainda assumia quase integralmente o cuidado com as filhas e com a casa. Na primeira entrevista relatou que o marido estava tentando empreender, mas que a renda da família era a dela e que ainda teria que, naquele dia, dar conta de várias tarefas da casa. Fez escolhas que privilegiassem ter o tempo livre para cuidar das filhas, trabalhar mais próximo de casa. Deixou de fazer escolhas que interferissem no papel de mãe. Na segunda entrevista havia mudado de casa, após a separação. Percebe que sua geração de mulheres tem uma forte cobrança por participar do orçamento, junto com o estereótipo de cuidar da casa, no que eventualmente os maridos ajudam”. Havia cansado de “ser ajudada” pelo ex-marido.

A entrevistada 2 declara ter optado pela carreira, mas sente uma forte cobrança do marido, que é artista, pela falta de atenção aos filhos. Interessante que o entrevistado 6, casado com uma artista plástica, em nenhum momento refere nenhuma cobrança. Trabalha muito, é aluno especial no mestrado e coloca seu papel de pai como central para suas escolhas: é realizado por poder sentir-se um pai presente e a família é fonte de satisfação em sua vida. A diferença entre a percepção do que é ser presente é muito grande entre o pai médico e a mãe médica casado com o artistas.

A entrevistada 3 recebeu do pai, médico ginecologista e obstetra, o conselho de fazer ballet, porque medicina não era profissão para mulher.

A entrevistada 4, a exemplo da já citada situação da entrevistada 10, assumia as tarefas de provedora e mãe, até desistir do casamento, um ano antes da entrevista, em condições análogas.

A entrevistada 12, de uma geração anterior – tem 52 anos – fez escolhas que possibilitaram, da mesma forma que as anteriores, assumir o cuidado com os filhos. Não fez residência porque os filhos eram pequenos, escolheu trabalhar perto de casa, sentindo-se restrita nas opções e no desenvolvimento na carreira. Cita a própria expressão utilizada pelo marido “vou te ajudar hoje” como sintomática da diferença de gênero. Conta que foi transferida para o horário das 12 as 22h em uma época e que, quando chegava em casa, encontrava as crianças de uniforme e sem jantar, e o marido, ao qual se refere como excelente pai e companheiro, lendo ou vendo TV. Profissionalmente, como médica de família, vê os mesmos conflitos nas suas pacientes.

A entrevistada 7 assistiu a mãe tornar-se mulher quando, abandonada pelo marido, criou os filhos sozinha e chegou a fazer faculdade, enfrentando todas as condições adversas. Estudou desde sempre – valor que a mãe passou-lhe como imprescindível para a realização da sua trajetória – entrou em faculdade federal, sustentava-se, a si e à filha que teve durante a faculdade, com a bolsa e as aulas particulares que também lhe rendiam a oportunidade de acesso aos livros. Relata a mesma culpa por ter trabalhado muito e ter tido pouco tempo com a filha, mesmo enxergando ser esta a possibilidade que tinha de sustenta-la. Da mesma forma sentiu restrição das oportunidades de trabalho e formação: escolhia o que permitia o tempo mínimo para o cuidado com a filha, que, a exemplo de sua mãe, criou sozinha.

A entrevistada 9 planeja ter filhos e continuar com as atividades acadêmicas e profissionais. Relata o caso de uma colega que largou o trabalho quando o filho nasceu e agora enfrenta dificuldades de recolocação. Também relata outro caso de colega que fez doutorado sanduiche na Alemanha e hoje atende em um consultório na periferia para poder ter tempo para a filha, o que considera ser uma sub-ocupação.

A entrevistada 3 vivencia conflito pela urgência biológica em ser mãe, o que deseja muito, mas tem planos para a carreira e tenta conciliar.

O entrevistado 6, único homem heterossexual, percebe o conflito que as colegas médicas que são mães vivem na tentativa de conciliar carreira e maternidade.

Apenas a entrevistada 11, executiva da indústria farmacêutica, não citou a interferência da questão de gênero nas escolhas e na carreira. Não foi possível investigar sua percepção porque não houve a entrevista na fase 2.

Nenhum dos entrevistados relata diferenças de oportunidade ou remuneração entre os gêneros, tanto dentro das organizações quanto em instituições de pesquisa acadêmica. A questão apresentada foi a falta de amparo social para a maternidade devido à falta de equidade na distribuição das tarefas domésticas e de criação dos filhos.

Conforme estudo de Lucas (2015) a tendência social de enxergar na mulher o papel de mãe e esposa traz consequências para as escolhas, progressão na carreira e remuneração. O obstáculo à carreira representado por essa construção social é evidenciado pelas mulheres nesta pesquisa.

Os três homens homossexuais vivenciaram a necessidade de afirmação social como motivador para a escolha da profissão. Mostrar para a família que era viável, escolher uma profissão com elevado status social e ocupar posição de destaque foram estratégias para superar o preconceito e desvalorização ligados a orientação sexual. Mesmo o médico muito respeitado ouve muitos comentários jocosos.

Interessante notar que essa barreira social é menor do que a sentida pelas mulheres. Um dos entrevistados refere ter podido fazer uma pausa para repensar sua carreira justamente pelo fato de não ter filhos e poder abrir mão de ganhos financeiros por um tempo. O entrevistado 5 relata caso de colega que, mesmo reconhecido por comportamento homofóbico, declara publicamente reconhecer seu talento e o parabeniza. O entrevistado 8 pode fazer mudanças físicas e psicológicas importantes, passando pela marinha, sem relatar barreiras devido à orientação sexual. Quando perguntados sobre sua percepção sobre a questão de gênero na medicina ouço deles que é uma profissão masculina, e que percebem maiores dificuldades para as mulheres do que para os homens homossexuais.

Sullivan e Arthur (2005) sugerem considerar a influência da questão de gênero para entender melhor a inter-relação entre mobilidade física e psicológica a partir de proposição de que mulheres teriam mais oportunidades de mobilidade psicológica e homens de mobilidade física. Não pude observar essa inter-relação nos médicos e médicas da pesquisa, ambos os gêneros tiveram oportunidades de mover-se através de fronteiras organizacionais e de ultrapassar limites, em uma relação trabalhador-organização altamente favorável ao trabalhador.

Inter-relações entre os códigos definidos nas entrevistas das fases 1 e 2

Em seguida serão analisadas inter-relações entre os códigos definidos a partir das entrevistas nas fases 1 e 2 com o objetivo de utilizar a reflexão como catalisadora da criação de conhecimento sobre a autogestão de carreira.

O paradigma construcionista adotado permite incessante ir e vir aos dados, ressignificando e percebendo novas ligações entre os códigos na busca de ampliar a visão sobre os constructos e abrir-se a novas interpretações (GUBA; LICOLN, 1994).

Percebo que os códigos definidos constituíram-se em pontos de atenção às histórias desses sujeitos, os quais, vistos em profundidade, trazem pistas sobre a autogestão de carreira dos profissionais do conhecimento. Não esgotaram a explicação, tampouco sintetizaram o conhecimento, ainda, mas, ao abrir novas portas para a continuidade da investigação permitem avançar em direção ao objetivo proposto.

Motivação para escolha da medicina e da especialidade e valores

Há influência de fatores pessoais, profissionais, acadêmicos e ideológicos.

O chamado, conforme definido por Hall e Chandler (2004).

Presente em todos os entrevistados, em maior ou menor grau, mas a escolha é definida integrando aspectos que não se esgotam nas possíveis condições de êxito. A percepção sobre a grande possibilidade de retorno financeiro satisfatório e status social da carreira quando da escolha feita, há mais de 15 ou 20 anos, influenciou, mas não foi determinante para a escolha.

Figura inspiradora de médico na infância ou adolescência

Em comum a imagem de um médico como modelo na infância (pai, tio, o médico da família) ou na adolescência (o médico que tratou de uma doença grave) é inspiradora para a escolha da carreira.

Hierarquia

Há diferenças entre as especialidades médicas no que se refere à valorização social e hierarquia. Os médicos que se identificam com o cuidado e a promoção de saúde percebem menor valorização social, se comparados a especialidades em que há mais procedimentos e tratamento, e são tratados por estes colegas como menos importantes.

O clínico emergencista é tratado pelo cirurgião como se não tivesse nada a acrescentar. “A gente fala que o cirurgião se acha o irmão de deus, e o neurocirurgião se acha o irmão mais velho de deus”, segundo as palavras da clínica emergencista.

O cuidado

Contudo, os valores ligados ao cuidado, a ser importante para o outro e fazer o que gosta definem escolhas que trazem muita satisfação aos profissionais, mesmo atuando em condições adversas.

Empatia

O reconhecimento do sofrimento humano em si e nos outros é condição determinante para as escolhas dos profissionais ligados à prevenção e aos cuidados da atenção primária (clínicos, médicos de família e comunidade, cardiologistas do exercício).

Reconhecimento e status

Este poder para aliviar o sofrimento humano tem como contrapartida uma forte necessidade de reconhecimento e prestígio social, autodefinem-se como narcísicos e de difícil gestão.

Individualismo

Decorrente da necessidade de reconhecimento e status que o poder sobre a vida e morte confere.

Valorização social da profissão

Um dos grandes motivadores para escolha da profissão. Segundo Veloso e Dutra (2010) o prestígio conferido pela sociedade, família e cultura a uma ocupação é grande influenciador para as escolhas de carreira.

Também nas equipes multiprofissionais ocupam posição de alto prestígio: são a categoria profissional sobre a qual recai a responsabilidade sobre a vida e a morte, mais uma variável que pode ajudar a entender o individualismo e a posição superior na hierarquia que enxergam ocupar nestas equipes.

Entrar na faculdade de medicina já diferencia o estudante e confere valor social. São educados desde a faculdade para enxergar-se como superiores: maior conhecimento, mais estudiosos e/ou inteligentes.

A gente é treinado na universidade com a seguinte conotação: que o médico sabe tudo e os outros não sabem nada, o médico que manda e os outros obedecem.[...] a gente sai da faculdade com essa impressão, só que no dia-a-dia a gente percebe que o saber dos outros profissionais é tão importante quanto o nosso, e tem momentos que até é mais importante do que o nosso. Porque, às vezes, o paciente para se recuperar depende muito mais do fisioterapeuta ou da enfermagem do que da gente. Até na padaria me chamam de doutora.

Autonomia

Valor muito forte, desenvolvida em parte pela posição de decidir sobre questões importantes relativas à saúde, à vida e à morte. A percepção sobre a falta de qualificação para a gestão impede, em muitos casos, exercer essa autonomia empreendendo. A mudança de homem de vocação para homem de empreendimentos, definida por Schraiber (2008) em pesquisa com médicos formados entre os anos de 1930 e 1955 não foi percebida entre estes profissionais formados nos anos 90. A intermediação do livro do convênio não apareceu nos relatos, os médicos ou são demandados pelos próprios pacientes, em relação de confiança e construção de reputação amparada pelo SUS, ou são demandados pelo próprio SUS. Uma das profissionais, formada no final dos anos 80, a mais velha da amostra, recusou-se a colocar seu conhecimento a serviço dos planos de saúde devido à interferência de decisões “financeiras” nas condutas médicas.

Apenas uma médica planejou seu marketing pessoal de maneira consistente e eficaz, como parte de seu planejamento de carreira autônoma e empreendedora.

Conhecimento e relações de poder

Foram relatadas interações baseadas na confiança, assumindo o médico o papel de detentor do saber. Na consulta a relação de poder é assimétrica em favor do médico, o qual define as condutas, a partir de seu conhecimento.

Inserida como gestora em indústria farmacêutica enxerga o conhecimento médico como diferencial importante, que coloca o profissional em posição hierárquica superior. Pretende ser presidente da empresa e defende a necessidade desta formação para o bom desempenho da função. Ter acesso ao conhecimento produzido e poder influenciar os médicos – “os principais”- que utilizarão esse conhecimento é fator de satisfação.

Promoção à saúde versus ações curativas

Escolha ligada a valores e ideologia. Apesar da maior valorização social das especialidades ligadas a procedimentos, como cirurgias, observo grande satisfação dos que

escolhem especialidades ligadas à promoção de saúde, que pode ser vista como orientação proteana, em que os critérios de sucesso são subjetivos.

O entrevistado 1 fez mudanças físicas e psicológicas importantes até atingir a satisfação com a atuação ligada a promoção de saúde, abrindo mão de ganhos financeiros importantes que o consultório de psiquiatria garantia.

A entrevistada 3 abriu mão da “herança” de médicos conceituados duas vezes na sua trajetória.

A entrevistada 4 abandonou atuação gerencial e ultra especializada em UTI neo natal para iniciar a atividade que define a partir do olhar para a criança saudável.

A entrevistada 7 refez a carreira ao voltar ao Brasil de um casamento desfeito no exterior e fez curso de especialização em homeopatia.

A entrevistada 10 relata grande satisfação na atuação com os idosos, em que ouvir e acolher é parte importante e competência necessária.

A entrevistada 12 atende ao chamado de ajudar os outros a partir de ações preventivas e educadoras em saúde da família e comunidade.

Qualidade de vida

A flexibilidade de horários, abundância de oportunidades e multiplicidade de vínculos traz a possibilidade de realizar composições para administrar a carreira de forma pró-ativa, auto dirigida e baseada em valores pessoais (WATERS; BRISCOE; HALL; LANG, 2014), porém com uma carga horária de 60 a 80 horas semanal.

A relativa independência em relação à organização e a ampla gama de opções permitem escolher horários de trabalho para atender às demandas geradas pela falta de equidade na distribuição das tarefas domésticas e de criação dos filhos, o que pode trazer aumento ou diminuição da qualidade de vida.

Gestora em indústria farmacêutica tem mais qualidade de vida do que quando se aborrecia na relação com o paciente.

O SUS e o paciente do SUS

Fonte de sucesso subjetivo para os profissionais que têm como valor a busca de conhecimento e o cuidado e empatia pelo sofrimento.

Alavanca o crescimento na carreira acadêmica, com conseqüente melhoria da reputação e ganhos nos consultórios e hospitais particulares.

A gestora na indústria farmacêutica aponta conflito entre suas necessidades e os objetivos econômicos da organização (ARGYRIS, 1957): desistiu do SUS pelas dificuldades na relação com o paciente e pela desilusão com a gestão: o bem-estar do paciente é preterido, o controle sobre procedimentos é feito com base em custos. “Falta gaze, mas o dinheiro vai para outro lugar”.

Acadêmico

Possibilita o crescimento da reputação a partir de conhecimento produzido em pesquisas com os pacientes do SUS, com conseqüente aumento de ganhos financeiros.

Carreira executiva

Atraída pela possibilidade de ganho de conhecimento:

Quando você trabalha de um lado do laboratório você é a primeira pessoa a ter aquela informação sobre o produto. E você tem a informação mais completa possível. Então assim, de uma forma que às vezes não vai chegar a muita gente que está do outro lado. [...] todas as coisas que você aprende no dia a dia é muito rico, não tem preço, isso faz valer a pena acordar todo dia porque tem sempre alguma coisa nova que eu vou aprender.

Em seguida será analisada a trajetória dos profissionais estudados, à luz das teorias sobre carreiras não tradicionais.

A mobilidade psicológica e a autogestão de carreira

A primeira relação analisada para entender a dimensão subjetiva da carreira dos profissionais do conhecimento será entre mobilidade psicológica (SULLIVAN; ARTHUR, 2006) e autogestão de carreira – exploração, identificação de metas e oportunidades e definição de estratégias para atingir as metas (SCHEIN, 1978; GREENHAUS, 1987; NOE, 1996).

As opções de mobilidade física foram muito abundantes para os médicos que não tinham metas bem definidas. É possível fazer plantões a qualquer tempo em hospitais privados ou terceirizados pelo setor público. A precarização dos vínculos com prejuízo ao trabalhador é frequente, mas é possível trocar de empregador com facilidade. Ou seja, mesmo os trabalhadores do conhecimento estão sujeitos à vulnerabilidade da flexibilização dos vínculos. Observei que os profissionais que não estabeleceram o planejamento para a carreira

ainda assim garantiram ganhos consideráveis com os plantões, mesmo sem aumento do nível de complexidade da atuação ou da reputação.

A mobilidade psicológica ocorreu quando a amplitude de ofertas, facilidade de recomeços e de novas composições entre os vínculos ensejou nova fase de exploração sobre interesses e habilidades (GREENHAUS, 1987), autoguiada por valores.

Puderam abrir mão de vínculos quando necessário, por motivos variados: acompanhar cônjuge ao exterior, repensar a carreira a partir de valores pessoais, atender a valores, superar crises com gestores e/ou conflitos com colegas, retornando às etapas de exploração, definição de metas e estratégias de implementação.

Profissionais guiados por valores abandonaram trajetórias definidas, ainda que com ganhos financeiros consideráveis, e reformularam a carreira obtendo acentuada percepção de satisfação e realização pessoal e profissional.

Os médicos que não refizeram a etapa da exploração por terem definido metas e estratégias no início da trajetória apresentaram baixa mobilidade física. Quem sai de um hospital escola de referência é mal visto entre os pares. Voltar a dar plantões é jogar fora a trajetória construída para atingir as metas. Também as competências necessárias são diferentes: investir na formação em cardiologia do exercício por dez anos, por exemplo, cria uma ultraespecialização que restringe as oportunidades na área. Poderia mudar de área, mas teria que investir novamente no processo de desenvolvimento de novas competências e habilidades.

As metas que esta categoria de profissional do conhecimento define para sua carreira exigem alto investimento na formação e desenvolvimento de competências que podem dificultar a mobilidade física e psicológica.

Por outro lado, a percepção sobre a oferta de oportunidades favorece decisões e mudanças importantes, que representam intensa mobilidade psicológica na busca de atender a valores, o que caracteriza orientação proteana de carreira (HALL, 2004).

Observei nestes casos alta adaptabilidade e autoconsciência, caracterizados no quadrante de proatividade e performance inteligente na classificação de Hall (2004) (Cf. figura 1, p. 30).

Autogestão de carreira e sucesso subjetivo

Os dois conceitos estão profundamente imbricados.

Hall e Chandler (2004) definem o sucesso subjetivo a partir do sentido do chamado. Pessoas que possuem esse senso de propósito, de que foram feitas para este trabalho, podem

atingir o sucesso objetivo – percebido pela sociedade – a partir da realização do sucesso subjetivo- satisfação profunda em seguir seu propósito na vida.

O propósito leva a ações guiadas por valores que prevalecem sobre as decisões dos guardiães, definição de King (2004) de autogestão de carreira.

A sensação de satisfação com a carreira, mesmo quando as escolhas, em atitude autoguiada por valores, não levaram em conta o sucesso objetivo, foram vivenciadas por vários sujeitos:

- abandonar atividade rentável no consultório de psiquiatria para trabalhar com promoção a saúde e iniciar mestrado, aglutinando todos os vínculos em torno do chamado e atendendo aos valores;
- renunciar duas vezes à “herança” de médicos renomados que a elegeram como assistente, para, atendendo ao chamado que traz qualidade de vida e significado, preservar o valor da autonomia;
- abandonar emprego com renda garantida, em que era gestora, para abrir consultório e ficar parte do tempo lá, mesmo sem pacientes agendados. Ir aumentando esses períodos até que a atividade profissional fosse inteiramente dedicada aos valores;
- abandonar o cargo em que era concursado na marinha para atender ao chamado da docência;
- escolher trabalhar no SUS por ideologia, com profunda satisfação pessoal e profissional.

A avaliação positiva que todos esses indivíduos fizeram sobre sua satisfação profissional e pessoal é o sucesso subjetivo decorrente das ações de autogestão.

Trabalho com significado, competências desenvolvidas, escolher caminho a trilhar e sentir progresso nesse caminho confirmaram a proposição de Quigley e Timon Jr. (2006) sobre o engajamento na autogestão da carreira.

Visão sobre o futuro, planejamento e autogestão de carreira

Observei mudanças na visão sobre o futuro, no decorrer do contato.

A contribuição do entrevistado 1, acompanhado por um período de 2 anos, foi consistente.

Demonstrou no *shadowing* a crise profunda com a carreira, relacionada a questões familiares e a valores. Na entrevista 1 havia realizado movimento autoguiado, trocando

vínculos que não haviam atendido ao seu propósito de trabalhar com promoção a saúde e iniciado mestrado. Apesar de não ter havido clareza durante a coleta de dados inicial, para a pesquisadora e o sujeito, já havia iniciado um movimento de autogestão.

A fase da exploração trouxe-lhe o conhecimento sobre a falta de “blindagem” para exercer posições gerenciais. Também experimentou posições que poderiam estar ligadas à promoção de saúde e o frustraram. Afirmou que o motivador da mobilidade física e psicológica foi a busca de significado, ligada ao desenvolvimento da identidade.

Na primeira entrevista havia passado por mobilidade física e psicológica importante desde o contato anterior, explorando estratégias para atingir as metas já definidas: desenvolver a carreira acadêmica e docente e atuar em promoção a saúde. Entendia suas mudanças como de identidade profissional.

Na entrevista 2 relatou grande satisfação decorrente do alinhamento de todos os vínculos e atividades à identidade profissional escolhida. Iniciei o estudo acompanhando um profissional indeciso quanto à validade das escolhas passadas e ao futuro. Encontrei uma pessoa profundamente transformada e satisfeita ao final do processo da pesquisa, tendo passado pelas fases de exploração, definição de metas e estratégias no decorrer do processo, inclusive atingindo estas metas definidas.

Pude constatar em vários entrevistados opções autoguiadas, determinadas por valores e propósito de vida. O cuidado, a empatia, assim como a necessidade de reconhecimento social e qualidade de vida ensejaram definição de metas e estratégias claras.

Condições adversas no ambiente de trabalho, como relações conflituosas, geraram correção de estratégias para atingir meta definida, com mobilidade física facilmente realizada.

Em alguns casos as metas muito definidas desde o princípio permitiram desenvolvimento de estratégias que implicaram em baixa mobilidade física e psicológica. Em outros houve mobilidade física na busca dessas metas.

A visão sobre o futuro na carreira está associada ao alinhamento percebido entre a atividade e as metas e valores.

Apesar de haver pontos de contato e semelhança entre os motivadores busca de conhecimento, necessidade de valorização social e cuidado com o sofrimento humano, estes impactam de maneira diversa no planejamento de carreira, mesmo que presentes em quase todos. O que diferencia é o grau em que um ou outro é o principal valor.

Escolhas independem da valorização social e do retorno financeiro. Talvez porque já haja, mesmo nas especialidades menos valorizadas, a garantia do reconhecimento (ser tratado

por Doutor ou Doutora nas equipes e na padaria) e do retorno financeiro (médico que não tem sua casa é porque fez alguma coisa muito errada).

Também o planejamento deve contemplar a desigualdade de gênero. Buscar reconhecimento profissional e acadêmico em uma profissão definida pelos médicos entrevistados como masculina, e em uma sociedade que coloca a mulher no imaginário de mãe e esposa, implica sofrimento, por culpa ou sobrecarga, ou por ambos. Nesta geração entrevistada isso apenas foi possível para as médicas com um planejamento de carreira muito bem definido desde o início, concretizado em detrimento do esperado, pela família, de sua atuação como mãe e esposa. Ou para as que não foram mães.

Sobre o método

A possibilidade de reflexão sobre a subjetividade foi potencializada nos encontros, em que os sujeitos puderam ouvir-se e ser ouvidos. Por um lado, ao falar sobre sua história entram em contato com sua motivação, por outro lado, o ouvinte enriquece a reflexão individual, trazendo o que pode elaborar de um conjunto de sujeitos que compartilham de aspectos importantes dessa trajetória.

A história de cada um foi importante para a reflexão de todos, quando compartilhada por meio de códigos elaborados e, muitas vezes, trazida como elemento explicativo da vivência que, até aquele momento era individual.

O papel do pesquisador pode ser de catalizador da reflexão, ao proporcionar para cada sujeito o contato com aquilo que foi “extraído” de um conjunto de reflexões. A cada compartilhamento percebi que havia aprofundamento e ampliação.

As várias etapas de aprofundamento foram assim entendidas:

- cada sujeito em algum momento havia refletido sobre alguns aspectos de sua história, individualmente;
- para relatar sua história foi necessário organizar a reflexão e aprofundá-la, entrando em contato com o conjunto dos aspectos, interligados;
- quando pude refletir sobre a história de cada um, levando em conta a de todos, novas possibilidades se me apresentaram;
- retornar ao sujeito levando sua reflexão enriquecida pelo conjunto de reflexões dos sujeitos ampliou o significado de sua história, possibilitando, na segunda entrevista, novo aprofundamento;

- minha própria subjetividade, moldada por experiências pessoais, profissionais e acadêmicas, foi importante para entender o conjunto dessas experiências e encontros à luz do objetivo proposto para a pesquisa.

Como resultado, percebo a experiência que era individual e isolada, conectar-se, em variadas dimensões individuais e coletivas, gerando significados que puderam ser ainda ampliados a partir do conhecimento científico, gerando nova espiral de criação de conhecimento.

No capítulo seguinte serão apresentadas as conclusões do estudo.

6 CONCLUSÃO

A pesquisa qualitativa teve como objetivo estudar a autogestão de carreira na trajetória profissional dos médicos, relacionando as dimensões subjetiva e objetiva para ampliar o conhecimento sobre a carreira dos profissionais do conhecimento na atualidade.

A amostra foi composta por profissionais formados há mais de 10 anos, todos em especialidades clínicas.

Atendendo ao objetivo específico proposto pude entender o processo de autogestão da carreira em diferentes estágios nesta profissão que tem como características marcantes alta valorização e reconhecimento social, traduzidos em relações de poder e hierarquia muito claras, explicitadas quando são chamados de “Doutor” ou ‘Doutora” na padaria do bairro em que moram e nas equipes multiprofissionais.

A escolha da profissão foi determinada por três motivações, que se inter-relacionam de maneira dinâmica para cada indivíduo, apresentando-se com variados matizes e composições ao longo da carreira, separadas ou em conjunto:

- o cuidado – derivado da empatia com o sofrimento humano;
- ser importante para o outro – derivada da necessidade de reconhecimento social;
- sede de conhecimento – entender o funcionamento do ser humano e satisfazer necessidade de desenvolver e desafiar o intelecto.

A fase exploratória do ambiente e das potencialidades internas trouxe, no início da carreira, a percepção do contexto de variadas oportunidades de trabalho com ganhos satisfatórios, em uma trajetória iniciada com os plantões.

Nas fases seguintes as decisões sobre as mudanças foram muito relacionadas a fatores intrínsecos, dada a leitura sobre a facilidade proporcionada pela ampla gama de oportunidades trazidas pelos fatores extrínsecos. Os variados vínculos de cada profissional alinhavam-se aos valores intrínsecos na medida em que as metas eram traçadas e atingidas.

A possibilidade de ajustes, recomeços, mudanças, novas composições entre os variados vínculos é percebida por todos os profissionais e constitui-se em facilitador na trajetória.

A percepção de sucesso subjetivo é clara: mesmo fazendo escolhas que privilegiem especialidades tidas como menos importantes dentre os médicos, a sensação de satisfação é atribuída às três motivações iniciais definidas: o cuidado, ser importante para o outro e o conhecimento.

Pude observar, ao final do estudo, profunda satisfação com a carreira em quase todos os entrevistados, relacionada ao propósito inicial para a escolha da profissão e fruto da reflexão autoguiada.

Acompanhei, em alguns casos, o processo de crise seguido de nova exploração e definição de metas, as quais foram traduzidas em estratégia e alcançadas durante o produtivo contato que representou este trabalho, tanto para mim enquanto pesquisadora quanto para os sujeitos, segundo seu relato.

A carreira deste profissional do conhecimento desenvolve-se em um contexto determinado pelo sistema de saúde, o SUS, formador, campo para pesquisa e para construção da reputação do médico.

O avanço do conhecimento científico em medicina é bancado pelo SUS: pesquisas são propiciadas pelo acesso aos casos de maior complexidade, em hospitais de ensino vinculados à universidade.

O financiamento público garante o acesso aos casos, os pacientes do sistema de saúde público viabilizam a pesquisa, mas quem colhe os frutos são os médicos em seus consultórios particulares – ganhos financeiros e de prestígio – e os pacientes que pagam pela aplicação do conhecimento que foi produzido a partir de pacientes do SUS que provavelmente terão pouco acesso aos avanços.

Também para os profissionais que não planejaram desenvolvimento na carreira acadêmica o SUS é celeiro de oportunidades: é possível dar plantões e garantir uma renda satisfatória quando as metas são repensadas, ou quando uma crise relacionada a valores enseja mudanças importantes. Ressalva importante foi feita sobre a vulnerabilidade a que estão sujeitos pela precarização dos vínculos com Organizações Sociais – OS`s – que terceirizam os serviços.

Uma terceira fonte de satisfação relacionada ao SUS é a percepção de sucesso subjetivo que o sistema propicia aos profissionais que são autoguiados por valores ligados ao cuidado e a compaixão.

Outro importante fator do contexto percebido como de grande impacto sobre a autogestão de carreira foi a questão de gênero. Apesar da intensa feminização dos últimos cinco anos, é uma profissão definida, principalmente quando relacionada à área acadêmica, como masculina.

Parafrazeando Simone de Beauvoir (1980), ninguém nasce médica, mas torna-se médica. Tornam-se mulheres e tornam-se médicas em um contexto que privilegia a ascensão masculina, tanto dentro da família como nos hospitais, clínicas, unidades de saúde e

consultórios. À responsabilidade pela família e cuidado com os filhos soma-se a de provedora.

A barreira social foi fortemente percebida pelas mulheres: sobrecarga, culpa, desigualdade na distribuição das tarefas domésticas e cuidado com os filhos restringem as oportunidades e as escolhas, e conseqüentemente a progressão na carreira. Mas elas são, paradoxalmente, o principal provedor do lar, uma vez que o retorno financeiro é satisfatório, à custa de jornadas de trabalho maiores do que as dos outros profissionais, inclusive dos pais de seus filhos. A desigualdade de oportunidades, realidade em todas as profissões, aqui é reforçada pela sobrecarga da flexibilidade de horários e múltiplos vínculos.

Não foi percebida diferença de remuneração entre os gêneros, a maior dificuldade foi conciliar o papel de mãe ao profissional. Marcante a falta de amparo social à maternidade, mesmo em uma categoria profissional elitizada e com amplo acesso a serviços.

Os homossexuais da amostra perceberam barreiras sociais relacionadas ao preconceito, mas enxergam menos dificuldades quando se comparam às mulheres: puderam abrir mão de vínculos sem a preocupação de sustentar filhos. A motivação inicial para a escolha da profissão, uma carreira que trouxesse reconhecimento e prestígio social, foi concretizada. Um deles chega a verbalizar que deve seu sucesso profissional a uma característica pessoal ligada a homossexualidade: ser muito carinhoso e próximo dos pacientes permite estabelecer bom contato com residentes, subordinados e superiores.

O forte senso de hierarquia e diferenciação em relação aos outros profissionais – e aos outros seres humanos – quando explorado em profundidade e entendido em uma relação dialógica de criação de conhecimento, traduziu-se em desamparo ao lidar com as questões relativas à vida e à morte. Se o paciente que é atendido pela equipe multiprofissional morre, o fisioterapeuta, o educador físico, a enfermagem, o psicólogo e o assistente social assumem papel secundário. É o médico que assina o atestado de óbito e pode ser eventualmente responsabilizado. Também é do médico a decisão sobre quando parar o processo de ressuscitar o paciente em parada cardíaca. Assumir solitariamente a responsabilidade sobre a vida e a morte exige preparo e gera sofrimento.

Há, como decorrência, uma tendência ao individualismo. Definem-se como narcísicos e de difícil gestão. Também sentem falta de qualificação para assumir postos gerenciais e têm a autonomia como valor importante, talvez como consequência deste solitário poder de decisão.

A carreira acadêmica, ligada a instituições de ensino e pesquisa que atendem pacientes do SUS, é central para integrar vínculos em torno de valores e fazer autogestão da carreira,

em um contexto de rígida hierarquia determinada pelo conhecimento. É porta para docência, aumento da reputação com consequente aumento do ganho financeiro e ascensão profissional.

As médicas da geração estudada que são mães encontram barreiras quase intransponíveis para seguir esse caminho.

A dificuldade apontada pelos que enveredaram pela carreira acadêmica, relativa à falta de verbas para pesquisa, poderia ser estendida a todos os profissionais do conhecimento. No caso específico dos médicos traz a necessidade de estabelecer variados vínculos para ter retorno financeiro satisfatório. O ganho indireto é percebido na atividade em consultórios e clínicas particulares, alicerçada pelo aumento da reputação, advindo da associação ao nome da instituição.

O filósofo Espinoza define bom encontro como uma boa relação em que há sintonia, o que aumenta a potência do pensar e do agir (GOMES; SILVA Jr., 2013). O agradecimento recebido de vários entrevistados testifica a potência criada nos bons encontros desta pesquisa, em que saímos, pesquisadora e sujeitos, com maior clareza. Também vivenciei essa sintonia como potencializadora do pensar sobre carreira.

Qualquer paisagem vista de grande altura é plana (fonte desconhecida). O método utilizado neste estudo permite chegar perto da paisagem representada pela carreira médica, proporcionando uma visão de relevos, cores e formas só possível na proximidade do bom encontro.

Nos três anos transcorridos desde a primeira coleta de dados pelo *shadowing* pude vivenciar, em conjunto com os sujeitos da pesquisa, importantes transformações na carreira e na vida destas pessoas.

Ouvir o testemunho do sujeito sobre suas dores e incertezas, elaborar o conteúdo da entrevista, retornar ao contato e perceber um avanço nas ações autoguiadas e na percepção de valores foi muito gratificante. Trouxe-me a possibilidade de refletir sobre valores e sobre o significado da pesquisa para minhas metas de carreira acadêmica.

Vivenciar em conjunto com as entrevistadas a sobrecarga dos variados vínculos de trabalho somados à atividade acadêmica e de mãe possibilitou a empatia necessária à criação dialógica do conhecimento. São relevos muito conhecidos nas minhas viagens profissionais e acadêmicas, jamais vistos como planícies em que não houvesse novas descobertas a ser feitas.

Assistir ao empoderamento das médicas durante o relato de suas histórias e no decorrer da própria entrevista foi altamente gratificante e transformador. Refletir sobre a carreira traz a possibilidade de transformar relações insatisfatórias em recomeços.

Também assisti à superação de sofrimento psicológico importante trazido por relações de trabalho que puderam ser rompidas, tendo recebido agradecimento pelo auxílio que a reflexão da pesquisa proporcionou.

Os valores determinaram a trajetória a ser seguida por estes profissionais do conhecimento e o sucesso subjetivo. Quando mobilizados pelo cuidado com o outro e empatia pelo sofrimento humano relataram satisfação e realização profissional, independentemente do sucesso objetivo.

A importância da necessidade de reconhecimento e status para as escolhas de carreira é amplamente comprovada pelas teorias que estudam a carreira em várias ciências, como psicologia, administração, psicologia e sociologia. São determinantes comuns aos profissionais do conhecimento, assim como a própria sede de aumentar o conhecimento e ter desafios intelectuais.

A contribuição do presente estudo situa-se na esfera da importância de valores ligados à empatia e cuidado com o outro – derivado da compaixão – para o sucesso subjetivo. Independente do sucesso objetivo e do status, profissionais que fizeram escolhas alinhadas a estes valores, e isso sempre após um processo de exploração e tentativas de seguir pelos caminhos mais fáceis do reconhecimento social, foram os que apresentaram o nível mais intenso de satisfação com a carreira.

Em tempos de crises de valores e identidade, de instituições e relações sociais líquidas e de empobrecimento moral, pessoas superaram barreiras sociais determinadas pela maternidade, pela orientação sexual, pela falta de estímulo à pesquisa no Brasil, por relações hierárquicas rígidas, dentre outras, atendendo a seus valores e contribuindo com o bem-estar do outro, em uma fase de carreira com rendimentos financeiros satisfatórios, os quais não foram suficientes para a percepção subjetiva de sucesso.

Espera-se que essa reflexão contribua para o debate sobre a retenção de médicos em localidades distantes ou periféricas, fortalecendo o papel do SUS na criação de conhecimento.

A pesquisa apresenta como limitação a elitização social da carreira estudada, que traz maiores facilidades para a busca de sucesso subjetivo, uma vez que a necessidade de retorno financeiro não obstaculizou escolhas mais aderentes aos valores.

Estudos futuros sobre a autogestão da carreira de outros profissionais do conhecimento podem ampliar a pesquisa sobre a importância de valores mais ligados ao bem estar coletivo para o sucesso subjetivo, contribuindo para a discussão sobre a crise de valores e identidade da modernidade.

REFERÊNCIAS

- ABDALLA, V. Setor público responde por apenas 42% dos gastos com saúde no país. Em Agência Brasil - Empresa Brasil de Comunicação.
<http://memoria.ebc.com.br/agenciabrasil/noticia/2013-06-29/setor-publico-responde-por- apenas-42-dos-gastos-com-saude-no-pais>. 29/06/2013. Acesso em: 04/03/2014.
- ARTHUR, M.B.; SVETLANA, N. KHAPOVA and WILDEROM, C. P. M. *Career success in a boundaryless career world*. **Journal of Organizational Behavior**. n.26. p.177-202. 2005. Acesso em: 15/09/2011.
- _____. INKSON, K.; PRINGLE, J. K. *The new careers: individual action and economic change*. London: Sage Publications, 1999.
- _____. ROUSSEAU, D. M. *Introduction: the boundaryless career as a new employment principle*. In: ARTHUR, M.B.; ROUSSEAU, D. M. (Ed.). *The boundaryless career: a new employment principle for a new organization era*. Oxford: Oxford University Press, 1996.
- BALASSIANO, M. VENTURA, E. C. FONTES FILHO, J. R. Carreiras e cidades: existe um melhor lugar para se fazer carreira? In: **Encontro Anual da Associação Nacional de Programas de Pós-Graduação em Administração – ENANPAD**, 27, 2003, Atibaia. Anais... Atibaia: ANPAD, 2003. Acesso em: 15/09/2011.
- BARUCH, Y. *Career development in organizations and beyond: Balancing traditional and contemporary viewpoints*. Human Resource Management Review 16 (2006) 125-138. Disponível em: http://ac.els-cdn.com/S105348220600026X/1-s2.0-S105348220600026X-main.pdf?_tid=034ca1f8-fa40-11e3-b331-00000aacb360&acdnat=1403464039_dcbbd294b6ec4cdfb044ebed78cb554 Acesso em: 02.jun.2014.
- _____. QUICK, CAMPBELL, J. (2007). *Understanding second careers: lessons from a study of u.s. navy admirals*. *Human Resource Management*, 46(4), 471-491. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1002/hrm.20178>. Acesso em: 21 jul 2014.
- BAUMAN, Z. (2001). **Modernidade Líquida**. Título Original: *Liquid Modernity*. Tradução: Plínio Dentzien, autorizada da edição inglesa publicada em 2000 por Polity Press, Oxford, Inglaterra. Jorge Zahar Editor, 2001. 258 p.
- BEAUVOIR, S. **O segundo sexo**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1980.
- BERMANN, M. **Tudo o que é sólido desmancha no ar**. São Paulo: Companhia de Bolso, 2007.
- BORDIN, R.; ROSA, R.S. Médicos: quem somos. In: AGOSTO, F.M.; PEIXOTO, R.; BORDIN, R. Organizadores. **Riscos da prática médica**. Porto Alegre: Dacasa Editora, 1998.

BRASIL. **Lei Nº 12.871, de 22 de outubro de 2013.** Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis nº 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e nº 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/Lei/L12871.htm. Acesso em: 23/10/2013.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. A Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde / **Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. Brasília: CONASS, 2011. 120 p. (Coleção Para Entender a Gestão do SUS 2011, 9)

_____. **Medida Provisória nº 1.591-2, de 4 de Dezembro de 1997.** Dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/medpro/1997/medidaprovisoria-1591-2-4-dezembro-1997-376725-publicacaooriginal-1-pe.html>. Acesso em: 10 out. 2014.

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil.** 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm. Acesso em: 23/10/2013.

BRISCOE, J. FINKELSTEIN, L. M. *The new career organizational commitment: Do boundaryless and protean attitudes make a difference?* Career Development International, 14: 242-260. Disponível em: <http://www.emeraldinsight.com/doi/full/10.1108/13620430910966424>. Acesso em: 24/08/2014.

_____. HALL, Douglas T. *The interplay of boundaryless and protean careers: Combinations and implications.* **Journal of Vocational Behavior** 69 (2006) 4-18. Disponível em: http://ac.els-cdn.com/S0001879105001065/1-s2.0-S0001879105001065-main.pdf?_tid=48c00724-fa41-11e3-a675-00000aacb361&acdnat=1403464585_6941a7c4c5c45789a1d2eb1e63836b93. Acesso em: 19 jun.2014.

BRUNI, A. (2005) *Shadowing Software and Clinical Records: On the Ethnography of Non-Humans and Heterogeneous Contexts.* Organization, Vol. 12, No. 3:357-378
Burrell, G. & Morgan, G. (1979) *Sociological Paradigms and Organization Analysis.* London: Heinemann.

BRYMAN, A. **Of methods and methodology.** Qualitative Research in Organizations and Management: An International Journal, Vol. 3 Iss: 2, pp.159 – 168. Disponível em: <http://www.emeraldinsight.com/doi/pdfplus/10.1108/17465640810900568>. Acesso em 01 jun. 2014.

BULCÃO, L. G.; SAYD, J. D. **As razões da escola médica:** sobre professores e seus valores. Os valores dos médicos e os impasses da escola médica. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 13(1):11-38, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v13n1/a02v13n1>. Acesso em: 19/01/2014.

BURRELL, G., MORGAN, G. **Sociological Paradigms and Organisational Analysis. Elements of the Sociology of Corporate Life** (p. 22). Vermont: Ashgate, 1979. 432 p.

CHERNS, A. A Evolução da Gestão de Recursos Humanos. In: **Organizational Psychology, Theory and Practice**, 1982.

CHOMSKY, N. Entrevista gravada. 4'43'. [2015?] Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=ahQIp3i1ZQM> . Acesso em: janeiro de 2016.

CHUDZIKOWSKI, Katharina. Career transitions and career success in the new career era. **Journal of Vocational Behavior** Vol. 81, Issue 2, October 2012, Pages 298-306. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0001879111001424> Acesso em: 21 jul 2014.

COLAKOGLU, Sidika N. *The Impact of Career Boundarylessness on Subjective Career Success: The Role of Career Competencies, Career Autonomy, and Career Insecurity.* **Journal of Vocational Behavior**, v. 79 n. 1 p. 47-59 Aug 2011. Disponível em: <http://eric.ed.gov/?id=EJ928697>. Acesso em: 02 jun. 2014.

CORDEIRO, H. T. D. **Perfis de carreira da geração Y** . 2012. Dissertação de Mestrado em Administração. Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/12/12139/tde-07112012-201941/pt-br.php>. Acesso em: 05/08/2014.

CORDEIRO, H. 2001. **Descentralização, universalidade e equidade das reformas da saúde.** *Ciência & Saúde Coletiva* 6(2) p.319-328.

COSTA, N. M. S. C. Docência no ensino médico: por que é tão difícil mudar? **Revista Brasileira de Educação Médica**. 2007; 31(1)21-30. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v38n1/18.pdf> Acesso em: 16/07/2014.

CREMESP. **Demografia médica no Brasil: cenários e indicadores de distribuição.** V2. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo: Conselho Federal de Medicina, 2013. Disponível em <http://www.cremesp.org.br/pdfs/DemografiaMedicaBrasilVol2.pdf>

CRESWELL, J. W. **Qualitative Inquiry and research design: choosing among five approaches.** Chapter 6: Introducing and focusing the study. p. 129-144. 2013.

CRITES, J. O. **Vocational psychology.** New York: McGraw-Hill, 1969.

CURRIE, G.; TEMPEST, S.; STARKEY, K. (2006). New careers for old? Organizational and individual responses to changing boundaries. **International Journal of Human Resource**

Management, 17, 755-774. Disponível em:
<http://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/09585190600581733>. Acesso em: 02. Jun 2014.

CYTRYNBAUM, S. CRITES, J. O. The utility of adult development theory in understanding career adjustment process. In: ARTHUR, M. HALL, D. T. **Handbook of career theory**. New York, NY, US: Cambridge University Press Handbook of career theory.1989. Disponível em: <http://psycnet.apa.org/index.cfm?fa=search.displayRecord&id=3FFC03F9-C753-43B1-5C28-2FD5EB70DCBF&resultID=7&page=1&dbTab=all&search=true> Acesso em: 11 jul.2014.

DEDECCA, C. S. Flexibilidade e regulação de um mercado de trabalho precário: a experiência brasileira. Em: GUIMARÃES, N. A.; HIRATA, H.; SUGITA, K. (orgs.). **Trabalho Flexível, Empregos Precários?** Uma comparação Brasil, França, Japão. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2009.

DeFILLIPPI, R.J.; ARTHUR, M.B. Boundaryless Contexts and Careers: A Competency-Based Perspective. In: ARTHUR, M.B.; ROUSSEAU, D. M. (Ed.). **The boundaryless career: a new employment principle for a new organization era**. Oxford: Oxford University Press, 1996a.

DONELLY, R. Career behavior in the knowledge economy: Experiences and perceptions of career mobility among management and IT consultants in the UK and the USA. **Journal of Vocational Behavior** 75 (2009) 319-328. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S000187910900061X> Acesso em: 02 mai. 2014.

DRIES, N. VERBRUGGEN, M. Fresh perspectives on the 'new' career: Introduction to the special section. *Journal of vocational behavior*. Vol. 81, Issue 2, October 2012, Pages 269-270. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0001879111001485> Acesso em: 22 jul 2014.

DUTRA, J. S. **Administração de Carreiras**: uma proposta para repensar a gestão de pessoas. São Paulo: Atlas, 1996.

_____. Carreiras paralelas. In: DUTRA, J.S. org. **Gestão de Carreira na empresa contemporânea**. São Paulo: Atlas, 2010.

FLEETWOOD, S. HESKETH, A. **Explaining the Performance of HRM**. UK, Cambridge University Press, 2010.

FLICK, U. **Uma introdução à Pesquisa Qualitativa**. São Paulo: Bookman, 2004.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.

_____. **As palavras e as coisas: uma arqueologia das ciências humanas.** São Paulo: Martins Fontes, 2010.

FRANCO, T. B. **Criação das Organizações Sociais: as organizações sociais e o SUS.** Disponível em: www.datasus.gov.br/cns. 2008. Acesso em: 10 de ago de 2015.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **A saúde no Brasil em 2030: diretrizes para a prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro.** Fundação Oswaldo Cruz... [et al.]. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2012.

GEPHART, R. **Paradigms and Research Methods.** Academy of Management. Research Methods Forum. V. 4 (summer 1999). Disponível em: http://division.aomonline.org/rm/1999_RMD_Forum_Paradigms_and_Research_Methods.htm Acesso em: 28 set 2013.

GIDDENS, A. **Modernidade e Identidade.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003.

GLUBER, M. ARNOLD, J. COOMBS, C. Reassessing the protean career concept: Empirical findings, conceptual components, and measurement. **Journal of Organizational Behavior.** J. Organiz. Behav. 35, S23-S40 (2014). Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/job.1908/pdf> Acesso em: 07 ago 2014.

GIOVANELLA, L. et al. **Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral à saúde no Brasil.** *Ciência & Saúde Coletiva* 2009; 14:783-794. Disponível em: <http://pt.slideshare.net/SESMG/tendencias-de-reformas-de-ateno-primria-sade-em-pases-europeus> Acesso em: 03.out.2013.

GODOI, C. K. BALSINI, C.P.V. A pesquisa qualitativa nos estudos organizacionais brasileiros: uma análise bibliométrica. In: SILVA, A. B. GODOI, C.K. BANDEIRA-DE-MELLO, R. **Pesquisa Qualitativa em estudos organizacionais: paradigmas, estratégias e métodos.** São Paulo: Saraiva, 2010.

GODOI, C. K. MATTOS, P.C.L. Entrevista qualitativa: instrumento de pesquisa e evento dialógico. In: SILVA, A. B. GODOI, C.K. BANDEIRA-DE-MELLO, R. **Pesquisa Qualitativa em estudos organizacionais: paradigmas, estratégias e métodos.** São Paulo: Saraiva, 2010.

GOMES, L. G. N. SILVA JR, N. Experimentação política da amizade a partir da teoria dos afetos de Espinosa. In: Cadernos Espinosianos. **Estudos sobre o século XVII.** N. XXVIII, jan-jun 2013 – ISSN 1413-6651. Disponível em: <http://www.fflch.usp.br/df/espinosanos/ARTIGOS/numero%2028/cadernos%2028.pdf> Acesso em: 13 dez. 2015.

GÓMEZ-GARCÍA MT, GONZÁLEZ-MIRASOL E, LOBO-ABASCAL P, GONZÁLEZ-MERLO G. **Evaluación por los tutores de la formación adquirida por los licenciados en**

medicina en la Universidad de Castilla-La Mancha. [Internet] disponível em: www.fundacioneducacionmedica.org FEM 2013; 16 (1): 13-21.

GRANROSE, Cherlyn Skromme. BACCILI, Patricia A. **Do psychological contracts include boundaryless or protean careers?** Career Development International Vol. 11 No. 2, 2006 pp. 163-182. Emerald Group Publishing Limited. Disponível em: <http://www.emeraldinsight.com/journals.htm?articleid=1550353&show=abstract> Acesso em: 21 jul 2014.

GREENHAUS, J. H. **Career Management.** New York: Draden Press, 1987.

GROF, S. **Além do cérebro.** São Paulo: McGraw-Hill, 1988.

GUBA, E. LINCOLN, Y. S. Competing paradigms in qualitative research. In: **Handbook of Qualitative Research**, DENZIN, N. K., 1994. p. 105-117. Thousand Oaks: Sage Publications.

GUBA, E. G; LINCOLN, Y. S. “But Is It Rigorous? Trustworthiness and Authenticity in Naturalistic Evaluation.” In: D. Williams (ed.), **Naturalistic Evaluation.** New Directions for Evaluation, no. 30. San Francisco: Jossey-Bass, 1986.

HALL, D. T. **Career in organizations.** Pacific Palisades, CA: Goodyer, 1976.

_____. The protean career: A quarter century journey. Journal of vocational behavior, 65 910 (2004) p. 1-13. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com.ez67.periodicos.capes.gov.br/science/article/pii/S0001879103001647>. Acesso em 01. Jun 2014.

_____, CHANDLER, D. **Psychological success: When the career is a calling.** Technical Report. Boston University Executive Development Roundtable. 2004. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/job.301/pdf>. Acesso em: 01.jul.2014.

_____. “Psychological success: When the career is a calling.” **Journal of Organizational Behavior.** 26.2 (2005): 155-176.

HAUER KE, DURNING SJ, KERNAN WN, et al. **Factors Associated With Medical Students' Career Choices Regarding Internal Medicine.** JAMA. 2008; 300(10):1154-1164. doi:10.1001/jama.300.10.1154. Disponível em: <http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=182531#ArticleInformation>. Acesso em: 23/08/2014.

HESS, Narelle. JEPSEN, Denise M. Dries Nick. Career and employer change in the age of the ‘boundaryless’ career. **Journal of Vocational Behavior** 81 (2012) 280-288. Disponível em: http://ac.els-cdn.com/S0001879111001461/1-s2.0-S0001879111001461-main.pdf?_tid=16c51df8-208a-11e4-afb4-

00000aacb361&acdnt=1407673999_2a80142623baab1522ac8323570ff9f3. Acesso em: 21 jul 2014.

HOEKSTRA, H. A. A career roles model of career development. **Journal of vocational behavior**. V. 78 Issue 2, abr.2011, p. 159-173 (2011). Acesso em 01 fev.2015. Disponível em: http://ac.els-cdn.com/S000187911000165X/1-s2.0-S000187911000165X-main.pdf?_tid=b5695e64-afa1-11e4-8066-00000aab0f01&acdnt=1423407159_237bd84fe63288027f698a351a69c0d6

HOFSTEDE, G. **Culture's consequences: international differences in work-related values**. *Thousand Oaks (CA)*: Sage Publications, 1980. v. 5.

INKSON, Kerr., GUNZ, Hugh, GANESH, Shiv, ROPER, Juliet. **Boundaryless Careers: Bringing Back Boundaries**. *Organizational Studies*. 2012 33: 323 originally published online 27 February 2012. Disponível em: <http://oss.sagepub.com/content/33/3/323.full.pdf+html>. Acesso em: 02.jun 2014.

_____. ARTHUR, M. B. **How to be a Successful Career Capitalist**. *Organizational Dynamics*, v. 30, n1, p. 48-61. 2001.

_____. Rewriting career development principles for the new millennium. **Contemporary challenges and new directions in organizational behaviour and management**. Sydney: Wiley, 2000.

JANASZ, S. C., S., SHERRY E. and WHITING, V. **Mentor networks and career success: Lessons for turbulent times**. *Academy of Management Executive*, 2003, Vol. 17, No. 4.

KANIKADAN, P. Y. S. **Médicos e farmacêuticos na terapia popular: uma trajetória de suas profissões no estado de São Paulo e na Inglaterra. (1815-1930)** Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutor em Saúde Pública. São Paulo: 2010. Disponível em: <http://www.dominiopublico.gov.br/download/texto/cp132618.pdf> Acesso em: 15/09/2011.

KHAPOVA, Svetlana N. VINKENBURG, Claartje J. ARNOLD, John. Careers research in Europe: Identity and contribution. **Journal of Occupational and Organizational Psychology** (2009), 82, 709–719. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1348/096317909X475505/pdf>. Acesso em: 21 jul 2014.

KIDDER, D. L.; BUCHHOLTZ, A. K. **Can excess bring success?** CEO compensation and the psychological contracts. *Human Resources Management Review*, New Orleans, v.12, n.4, p.599-617, Winter 2002.

KING, Z. Career self-management: Its nature, causes and consequences. **Journal of Vocational Behavior**, v. 65 n1. p.112-133 Aug. 2004.

KOSTER, I. **A Gestão do Trabalho e o contexto da flexibilização no Sistema Único de Saúde.** Dissertação de Mestrado apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca para obtenção do título de Mestre em Ciências na área de Saúde Pública. Rio de Janeiro: 2008.

LACERDA, J. C. **Perfil dos médicos intensivistas pediátricos no Rio de Janeiro.** Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Clínica Médica, setor de Saúde da Criança e do Adolescente, Centro de Ciências da Saúde, Faculdade de Medicina da UFRJ para obtenção do título de Mestre em Ciências (Clínica Médica/ Saúde da Criança e do Adolescente). Rio de Janeiro: 2008.
http://www.dominiopublico.gov.br/pesquisa/DetalheObraForm.do?select_action=&co_obra=128180 Acesso em: 15/09/2011.

LACOMBE, B. M. B. **O modelo da carreira sem Fronteiras no contexto Organizacional:** pesquisando a Carreira do professor Universitário no Brasil. FGV-EAESP/GVPESQUISA. Relatório de pesquisa nº8/2005. In:
http://www.eaesp.fgvsp.br/AppData/GVPesquisa/P00320_1.pdf Acesso em: 10/08/2011.
LAKATOS, E. M. e MARCONI, M. A. **Fundamentos de Metodologia Científica.** São Paulo: Atlas, 2009.

LANGLEY, A.; ABDALLA, C. Templates and turns in qualitative studies of strategy and management. In: **Building Methodological Bridges – research Methods in Strategy and Management**, 2011, v. 6, p. 105-140.

LATAACK, J. C. **Career transitions within organizations:** an exploratory study of work, nonwork and coping strategies. *Organizational Behavior and Human Performance* 34, 296-322.1984.

LATOURETTE, B. **Ciência em ação:** como seguir cientistas e engenheiros sociedade afora. São Paulo: Editora UNESP, 2000.

LEIBOWITZ, Z. B. **Designing career development systems:** principles and practices. *Human Resource Planning*, v. 10, n. 4, p. 195-208, out./dez. 1987.

LÓPEZ-VALCÁRCEL B G. **Formación y empleo de profesionales sanitarios en España.** Un análisis de desequilibrios. 2000. [Internet] disponível em: <http://gacetasanitaria.elsevier.es> el 21/10/2013.

LUCAS, A. C. **Justiça organizacional de gênero nas empresas:** os sentidos atribuídos pelos profissionais de recursos humanos. 2015. Tese de doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação da FEA USP para obtenção do título de Doutora. São Paulo, 2015.

MAARSE, H. **The privatization of health care in Europe:** an eight-country analysis. *Journal of health politics, policy and law*, v. 31, n. 5, p. 981-1014, 2006.

MACHADO, M. H. **Os médicos no Brasil: um retrato da realidade.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1997.

MAINIERO, L. A.; SULLIVAN, S. E. **The opt-out revolt: how people are creating kaleidoscope careers outside of company.** Davies-Black: New York, 2006.

MALVEZZI, S. (2013). **Disciplina O Homem e o trabalho na Administração.** Programa de Pós Graduação do Instituto de Psicologia da USP. São Paulo: primeiro semestre de 2013.

McDONALD, S. (2005). **Studying actions in context: A qualitative shadowing method for organizational research.** *Qualitative Research*, 5, 455-473. doi:10.1177/1468794105056923. Disponível em: <http://qrj.sagepub.com/content/5/4/455>. Acesso em: 20/02/2014.

MELLO, G.A. et al. **Médico de família: ser ou não ser? Dilemas envolvidos na escolha desta carreira.** *Rev. bras. educ. med.* [online]. 2009, vol.33, n.3, pp. 464-471. ISSN 1981-5271. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022009000300017>. Acesso em: 12 jan. 2016.

MELO, P. L. R. KVIATKOWSKI, M. A. **Terceirização do Corpo Médico em Instituições Hospitalares Privadas: um Estudo de Casos Múltiplo.** Anais do ENANPAD, 2007.

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família.** Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. 512 p.: il. ISBN: 978-85-7967-078-7.

_____. **A atenção primária à saúde no SUS.** Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002. 89p.

MILES, M. B.; HUBERMAN, A.M. **Qualitative data analysis: a sourcebook of New Methods,** Sage: Newburg Park, CA, 1984.

MORÁN BARRIOS J.; GAUNA-BARRILO P. R. Reinventar la formación de médicos especialistas? Principios y retos. [Internet] Em: **Revista Nefrologia.** *Nefrologia* 2010; 30(6):604-12 doi:10.3265/Nefrologia.pre2010.Jul.10559. Disponível em: <http://www.revistanefrologia.com/modules.php?name=articulos&idarticulo=10559&idlangart=ES>. Acesso em: 26.10.2013.

NOE, R. A. Is career management related to employee development and performance? **Journal of Vocational Behavior**, v. 17, 119-133. 1996.

NONAKA, I; TAKEUCHI, H. **Criação de conhecimento na empresa: como as empresas japonesas geram a dinâmica da inovação.** Rio de Janeiro: Campus, 1997.

OLTRAMARI, A. P. Carreira: Panorama de Artigos Sobre o Tema. In: **Encontro Anual da Associação Nacional de Programas de Pós-Graduação em Administração – ENANPAD**, 2008, Rio de Janeiro. Anais... Rio de Janeiro: ANPAD, 2008. Acesso em: 15/09/2011.

PARKER, P. Khapova, S. N. ARTHUR, M. B. The intelligent career framework as a basis for interdisciplinary inquiry. **Journal of vocational behavior**. V. 75 issue 3. Dec. 2009, p. 291-302.

PIERANTONI, C. R.; VARELLA, T. C. SANTOS, M. R. FRANÇA, T. GARCIA, A. C. **Gestão do trabalho e da educação em saúde: recursos humanos em duas décadas do SUS**. 2004: 54) **Physis**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 685-704, 2008. Available from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312008000400005&lng=en&nrm=iso. access on 12 Jul. 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312008000400005>.

POVOA, L.; ANDRADE, M.V. **Distribuição geográfica dos médicos no Brasil: uma análise a partir de um modelo de escolha locacional**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 22(8):1555-1564, ago, 2006.

POZZEBON, M. **Conducting and evaluating critical interpretive research: examining criteria as a key component in building a research tradition**. IFIP International Federation for Information Processing Volume 143, 2004, pp 275-292.

QUIGLEY, N. R. TYMON JR, W. G. **Toward an integrated model of intrinsic motivation and career self-management**. Career Development International, Vol. 11 Iss 6 pp. 522 – 543. 2006. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1108/13620430610692935>. Acesso em: 14/01/2016.

RAABE, B. FRESE, M. BEEHR, T. A. Action regulation theory and career self-management. **Journal of Vocational Behavior** 70. 297-311. 2007.

RODRIGUES, C. L. M.; BOUZADA, V. C. P. C; KILIMNIK, Z. M. 2007. **Estilo de vida e segurança - Seriam essas as âncoras dos futuros detentores de “carreiras proteanas, ou sem fronteiras? Um estudo comparativo entre alunos de graduação e de mestrado em Administração**. Artigo apresentado no Congresso Virtual Brasileiro de Administração, 2007. In: <http://www.convibra.com.br/2007/congresso/artigos/160.pdf>. Acesso em 15/09/2011.

RODRIGUES, F.G. **Médicos em Minas Gerais: projeções para o período 2010-2020**. Dissertação apresentada ao Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional da Faculdade de Ciências Econômicas da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do Título de Mestre em Demografia. Belo Horizonte: 2008. Acesso em: 15/09/2011.

RODRIGUES, J. V. C. **A síndrome de Burnout em médicos que trabalham nos serviços de oncologia de um hospital da cidade de Fortaleza: um estudo sobre o sofrimento psíquico no trabalho**. Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado em Psicologia do Centro

de Ciências Humanas da Universidade de Fortaleza – UNIFOR, como requisito para obtenção do título de Mestra em Psicologia. Fortaleza: 2007.

http://www.dominiopublico.gov.br/pesquisa/DetalheObraForm.do?select_action=&co_obra=142328 Acesso em: 15/09/2011.

RODRIGUES, Ricardo. GUEST, David. **Have careers become boundaryless?** Human Relations, 63, 1157–1175.2010. Disponível em:

<http://hum.sagepub.com/content/early/2010/04/30/0018726709354344.full.pdf>. Acesso em: 20/07/2014.

ROUSSEAU, D. M. **Psychological contracts in organizations**. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, 1995.

SACARDO, D. P.; FORTES, P. A. C.; TANAKA, O.Y. **Novas perspectivas na gestão do sistema de saúde da Espanha**. Saúde soc. [online].2010, vol.19, n1 pp170-179. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902010000100014&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 18 set. 2013.

SCALABRIN, A. C. **Carreiras sem fronteiras e trajetórias descontínuas: um estudo descritivo sobre decisões de opt-out**. Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Administração PPGA da FEA-USP para obtenção do título de Mestre em Administração. São Paulo: 2008. Acesso em: 18/07/2011.

SCHEFFER, M. et al. **Demografia médica no Brasil 2015**. Departamento de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina da USP. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Conselho Federal de Medicina. São Paulo: 2015, 284 páginas. ISBN: 978-85-89656-22-1.

SCHEIN, E. **Career dynamics**. Reading, MA: Addison-Wesley, 1978.

SHAH, S. K. CORLEY. KEVIN G. Building Better Theory by Bridging the Quantitative-Qualitative Divide. **Journal of Management Studies**. 148(8), 1821-35.

SHRAIBER, L. B. Pesquisa Qualitativa em Saúde: reflexões metodológicas do relato oral e produções de narrativas em estudo sobre a profissão médica. **Revista de Saúde Pública**. 29910 63-74. 1995.

SIERRA, F. Función y sentido de la entrevista cualitativa en investigación social. In: CÁCERES, L. J. G. (Coord.) **Técnicas de investigación en sociedad, cultura e comunicación**. México: Prentice Hall, 1998.

SORIA, M. GUERRA, M. GIMÉNEZ, I. ESCANERO, J. F. **La Decisión de estudiar medicina: características**. Educación Médica 2006; 9 (2): 91-97.

STRAUSS, A, CORBIN, J. **Pesquisa qualitativa: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento da teoria fundamentada.** Porto Alegre: Artmed, 2008.

STUMPF, S. A.; COLARELLI, S. M. HARTMAN, K. Development of the career exploration survey. **Journal of Vocational Behavior** 22. p. 191-226, 1983.

SULLIVAN, S.E. ARTHUR, M. B. The evolution of the boundaryless career concept: Examining physical and psychological mobility. **Journal of Vocational Behavior** 69 (2006) 19-29. Disponível em: http://ac.els-cdn.com/S0001879105001053/1-s2.0-S0001879105001053-main.pdf?_tid=748d52ea-ee56-11e3-bd18-00000aacb35e&acdnat=1402154264_840355d465ef4666e581c1839a925a5c Acesso em: 02/06/2014.

_____. BARUCH, Y. (2009). Advances in career theory and research: A critical review and agenda for future exploration. **Journal of Management**, 35, 1542-1571. Disponível em: <http://jom.sagepub.com/content/35/6/1542>. short. Acesso em: 23/08/2014.

UN WOMEN. **Progress of the World's Women 2015-2016: Transforming economies, realizing rights.** Abr. 2015. Disponível em: <http://progress.unwomen.org/en/2015/#collapseThree>. Acesso em: 12 dez. 2015.

VAN MAANEN, J. (1979) **Reclaiming Qualitative Methods for Organization al Research: A Preface.** Administrative Science Quarterly, 24: 520-524.

VELOSO, E. F. R; DUTRA, J. S. Evolução do conceito de carreira e sua aplicação para a organização e para as pessoas. In: DUTRA, J. S. org. **Gestão de Carreira na empresa contemporânea.** São Paulo: Atlas, 2010.

VELOSO. E. F. **Carreiras sem fronteiras na gestão pessoal da transição profissional: um estudo com ex-funcionários de uma instituição com características de empresa pública.** Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Administração PPGA da FEA-USP para obtenção do título de Doutor em Administração. São Paulo: 2009. Acesso em: 02/03/2011.

VERBRUGGEN, Marijke. **Psychological mobility and career success in the 'New' career climate.** Journal of vocational behavior. V. 81. Issue 2. Out 2012. p. 289-297. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0001879111001473#>. Acesso em: 20 jul 2014.

WATERS, L. BRISCOE, J. P., HALL, D. T., WANG, L. **Protean career attitudes during unemployment and reemployment: A longitudinal perspective.** Journal of Vocational Behavior 84 (2014) 405-419. Disponível em: http://ac.els-cdn.com/S0001879114000463/1-s2.0-S0001879114000463-main.pdf?_tid=b9b06a5a-202a-11e4-af6d-00000aacb35d&acdnat=1407633040_1a5a2ee329f0d43cb9f6cbbd0461a771 Acesso em: 24 jul 2014.

WENG, Q. McELROY, J. C. **Vocational self-concept crystallization as a mediator of the relationship between career self-management and job decision effectiveness.** *Journal of Vocational Behavior*, 76 234-243. 2010.

APÊNDICE 1

Termo de Consentimento Informado

Convido-o a fazer parte da pesquisa para minha tese de doutorado pela Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade da FEA-USP de São Paulo.

O estudo consta de entrevista qualitativa com médicos atuantes na cidade de São Paulo, tendo como objetivo geral estudar a autogestão de carreira ao longo da trajetória profissional dos médicos e relacionar as dimensões subjetiva e objetiva para ampliar a compreensão sobre a importância da subjetividade nas carreiras dos profissionais do conhecimento na atualidade.

As entrevistas gravadas serão transcritas e codificadas pela pesquisadora, e, por tratar-se de procedimento em que o entrevistado tem total liberdade em expressar-se não são previstos riscos para os voluntários.

Você tem garantido o seu direito de não aceitar participar ou de retirar sua permissão, a qualquer momento, sem nenhum tipo de prejuízo ou retaliação, pela sua decisão (voluntariedade).

As informações desta pesquisa serão confidenciais, e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos voluntários, sendo assegurado o sigilo sobre sua participação (confidencialidade).

Responder a este email concordando será a expressão de sua aceitação aos termos aqui expostos

Autorização:

Após a leitura deste documento e ter tido a oportunidade de conversar com o pesquisador responsável, para esclarecer todas as minhas dúvidas, acredito estar suficientemente informado, ficando claro para mim que minha participação é voluntária e que posso retirar este consentimento a qualquer momento sem penalidades ou perda de qualquer benefício. Estou ciente também dos objetivos da pesquisa, dos procedimentos aos quais serei submetido, dos possíveis danos ou riscos deles provenientes e da garantia de confidencialidade e esclarecimentos sempre que desejar. Diante do exposto expresso minha concordância de espontânea vontade em participar deste estudo, ao enviar por email esta autorização.

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste voluntário para a participação neste estudo.

Dados da pesquisadora:

Georgia Tiepolo Schmidt Rogel grogel@usp.br

Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade da USP

Avenida Professor Luciano Gaulberto, 908. Sala C17, térreo.

Cidade Universitária - São Paulo/SP