Flávio José Gosling

Reescolha de especialidade médica: estudo exploratório de
fatores envolvidos no processo de mudança

Dissertação apresentada à Faculdade de
Medicina da Universidade de São Paulo para
obtenção do título de Mestre em Ciências

Programa de Medicina Preventiva

Orientadora: Profa. Dra. Patrícia Lacerda
Bellodi

São Paulo

2017

Flávio José Gosling

Reescolha de especialidade médica: estudo exploratório de
fatores envolvidos no processo de mudança

Dissertação apresentada à Faculdade de
Medicina da Universidade de São Paulo para
obtenção do título de Mestre em Ciências

Programa de Medicina Preventiva

Orientadora: Profa. Dra. Patrícia Lacerda
Bellodi

São Paulo

2017

DEDICATÓRIA

Aos meus queridos e saudosos pais que sempre me permitiram a
liberdade de experimentar, de mudar e de sentir

AGRADECIMENTOS

À Eliana Curátolo, minha primeira professora de psiquiatria e querida amiga, que me ensinou a beleza da Medicina e a importância do cuidado ao universo psíquico

Ao Departamento de Medicina Preventiva, especialmente à Lilian e Goreti, que me viabilizou a realização da dissertação

Às professoras Lilia Blima Schraiber e Marcia Thereza Couto Falcão, pelos ensinamentos da disciplina de metodologia qualitativa

À minha eterna e terna orientadora Patrícia Bellodi, por uma convivência tão repleta de aprendizagem, poesia e sensibilidade. Foi um processo muito especial e um privilégio estar ao seu lado

Ao Claudio, por tudo e, sobretudo, pela enorme tolerância e apoio constante

Aos meus entrevistados, que dividiram comigo generosamente suas histórias corajosas e me ensinaram que as mudanças são sempre possíveis, ainda que envolvam dores e riscos

“Não, Tempo, não zombarás de minhas mudanças!

As pirâmides que novamente construístes

Não me parecem novas, nem estranhas;

Apenas as mesmas com novas vestimentas.”

Shakespeare

RESUMO

Gosling FJ. Reescolha de especialidade médica: estudo exploratório de fatores envolvidos no processo de mudança [Dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2017.

Transições profissionais são cada vez mais comuns no mundo do trabalho. Para o médico, estas tomam uma dimensão maior considerando o tempo e o custo da formação, sendo ainda tema pouco estudado. O objetivo deste trabalho é compreender as vivências de médicos que reescolheram a especialidade, investigando os fatores envolvidos e o significado da mudança. Em uma abordagem qualitativa, foram realizadas entrevistas com médicos que mudaram de especialidade depois de trabalhar na área pelo menos um ano. Foi observado que poucos médicos trocaram sua especialidade por mudança ou ampliação de interesse. A maioria ficou insatisfeita com a primeira área escolhida já com pouco tempo de prática. Sobrecarga, organização do trabalho, estresse com o cotidiano da prática e estilo de vida decorrente da área foram os fatores de desgaste. Apesar das críticas do meio social, a transição foi possível, com rápida empregabilidade. Referiram grande satisfação com a nova prática e não representaram a mudança como falência na trajetória profissional. Como estratégia individual para lidar com a insatisfação, a mudança de especialidade parece positiva. Por outro lado, é importante refletir se com a reescolha não existe o risco de um vazio de significações, para o próprio sujeito e as práticas médicas como um todo.

Descritores: escolha da profissão; especialização; educação médica, satisfação no trabalho; ocupações; psicologia médica

ABSTRACT

Gosling FJ. Medical specialty change: exploratory study on factories involved in change process [Dissertation]. São Paulo: "Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo"; 2017.

Professional transitions are complex and more frequent in the work environment. The professional change gets a greater importance to doctors due to the cost and duration of the study period. This is a subject still with few studies. The objective of this study is to understand doctors experiences from the ones submitted to redefinition of their medical specialties, analyzing the issues involved and the meaning of the change. The method used was a qualitative study based on speeches of doctors that concluded the first graduation and worked at least one year in one medical specialty. The results show that few doctors changed specialties considering development in other areas of interest. Excessive workload, stress with daily activities, work organization, lifestyle were the main reasons for wear. Despite of experienced social criticism, quickly obtained another job and described their new experience with great satisfaction. It does not mean failure in the career path. Conclusion: As a strategy to deal with dissatisfaction, the change on medical specialty is positive. On the other hand, it is important to evaluate whether or not the new choice involves risk of no meanings to individual or to medical practices.

Descriptors : career choice; specialization; education,medical ; job satisfaction; occupations; psychology,medical

NORMALIZAÇÃO ADOTADA

Esta dissertação está de acordo com as seguintes normas, em vigor no momento desta publicação:

Referências: adaptação de *International Committee of Medical Journals Editors* (Vancouver).

Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina. Divisão de Biblioteca e Documentação. *Guia de apresentação de dissertações, teses e monografias*. Elaborado por Anneliese Carneiro da Cunha, Maria Julia de A. L. Freddi, Maria F. Crestana, Marinalva de Souza Aragão, Suely Campos Cardoso, Valéria Vilhena. 3a ed. São Paulo: Divisão de Biblioteca e Documentação; 2011.

Abreviaturas dos títulos dos periódicos de acordo com *List of Journals Indexed in Index Medicus*

.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO

1 INTRODUÇÃO.....	14
1.1 Mudanças profissionais.....	14
1.2 Reescolher na Medicina.....	15
1.3 Transformações no trabalho médico.....	18
1.4 A formação médica e as especializações.....	20
1.5 Trabalho, identidade e sofrimento.....	23
2 JUSTIFICATIVA.....	26
3 OBJETIVOS.....	27
3.1 Objetivo Geral.....	27
3.2 Objetivos Específicos.....	27
4 METODOLOGIA.....	28
4.1 Desenho do estudo.....	28
4.2 Sujeitos.....	28
4.3 Método.....	29

4.4 Análise dos dados.....	30
5 RESULTADOS.....	32
5.1 Os médicos que reescolheram.....	32
5.2 A reescolha na trajetória profissional.....	39
5.3 Escolhendo ser médico.....	40
5.4 A primeira especialidade.....	43
5.5 A reescolha e suas razões	45
5.6 A transição.....	50
5.7 O pós-reescolha.....	51
6 DISCUSSÃO.....	53
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	66
8 REFERÊNCIAS.....	67

APRESENTAÇÃO

Acredito que dificilmente a escolha de um objeto de estudo não tangencie a história e a vida de um pesquisador. Assim como a escolha profissional nunca é despersonalizada, entendo que motivações a estudos também não sejam arbitrárias.

Digo isso porque uma das características do meu percurso profissional como médico é a transição. A transição entre campos, conhecer áreas novas e a interface entre áreas diferentes sempre me estimularam. Gosto da possibilidade de novas experiências e novos desafios no campo do trabalho.

Me formei médico e me especializei em Psiquiatria. Não mudei especificamente de especialidade, mas optei por trabalhar em várias áreas: no campo da Saúde Mental, na área da Infância e Adolescência e no campo da Saúde do Trabalhador. Meu percurso sempre foi influenciado pela Psicanálise e também marcado pelas práticas de Ensino. Havendo propostas interessantes nas quais eu pudesse desenvolver trabalhos distantes do discurso medicalizante bem como do hiperdiagnóstico, lá estava eu. Desse modo, meus trabalhos, invariavelmente, acabaram me convocando ao campo do coletivo e me aproximaram das práticas ligadas a promoção e prevenção em Saúde. Confesso que foi custoso emocionalmente, uma vez que sempre necessitei justificar, para o meio e para mim mesmo, este percurso. A demanda pela clínica em Psiquiatria geralmente tende a ser grande e a figura do psiquiatra prescritor ainda permanece como a principal no imaginário das pessoas.

Nos últimos anos, acabei me dedicando a trabalhar com reinserção profissional de trabalhadores com quadros psiquiátricos e orientação profissional de adolescentes para escolha profissional. A fim de aprimorar meus conhecimentos no campo, optei por fazer um curso de especialização em orientação profissional. Mesmo como médico, achava que tinha a contribuir com pessoas com dúvidas em sua carreira. Inicialmente meu interesse era ajudar pessoas que possuíam limitações no campo do trabalho em função de algum adoecimento psíquico.

Neste percurso formativo, encontro minha orientadora que trabalhava há muitos anos no campo da educação médica e da escolha de especialidade

médica. Inicialmente pensamos em estudar motivações pela escolha de algumas áreas médicas específicas, mas acreditávamos que poderíamos avançar também com temas ligados ao trabalho médico propriamente dito. Na área da Medicina Preventiva já havia uma tradição importante na investigação do trabalho médico, mas poucos eram os estudos especificamente sobre carreira médica na perspectiva da escolha profissional.

Pensamos, então, que poderíamos buscar compreender processos de mudança no percurso profissional realizados por médicos em fases mais avançadas de sua carreira. Mudar na carreira envolve um trabalho psíquico que vem a ser bastante considerável e entender as linhas de força neste processo pode contribuir no repertório de vários campos. Espero que este trabalho possa auxiliar profissionais do campo da saúde coletiva, educação médica, orientação profissional e, sobretudo, aos que se interessam em entender a psicologia do médico.

Fazer este trabalho me emocionou. Ouvir histórias de vida de pessoas que fizeram um movimento profissional permitiu-me evidenciar fatores do mundo interno e também do contexto de suas práticas. Mas, sobretudo, permitiu-me legitimar histórias de pessoas que não se acomodaram e foram atrás de novas especialidades, ainda que lidando com adversidades, talvez a maior delas a desaprovação do meio social. “Mudança não significa derrota”, escutei dos meus entrevistados. E levo isto comigo.

1 INTRODUÇÃO

1.1 Mudanças profissionais

A inconstância, a ruptura e a descontinuidade são características comuns dos percursos de carreiras na contemporaneidade (Ribeiro, 2011). A idéia de uma carreira linear, ou mesmo de um emprego estável, vem a ser algo do passado.

Embora mudanças - de casa, estado civil, idade, perdas e escolhas - façam parte da vida, as transições requerem um trabalho psíquico que não é pequeno, pois levam o indivíduo a abandonar posturas e fazer/desfazer vínculos (Uvaldo, 2010). No campo profissional, reescolher implica, nesse sentido, em romper não apenas com o que já foi construído na carreira, mas também, por vezes, com valores, modelos, relações estabelecidas e, até mesmo, laços familiares (Soares, 2002).

Lima (2003) refere que as pessoas que passam por situações de transição são impactadas emocionalmente e isto pode gerar desgaste, intenso desconforto e, até mesmo, sintomas de burnout. Sensações de medo, incompetência, pressões, desejos de mudanças constantes e insensibilidade são fenômenos psicológicos percebidos. Sendo assim, a reescolha de uma carreira envolve uma gama de aspectos, sejam subjetivos ou referentes ao meio social.

Portella (2002) entende a mudança de carreira como um processo particular e com características próprias, quando comparado à primeira escolha profissional. Mudanças de planos de carreira podem ser entendidas como derrota ou falência pelo meio (Uvaldo, 2010) e pressões externas (como, por exemplo, a cobrança do meio familiar) são altas para os que reescolhem uma carreira (Moura e Menezes, 2004).

Transições de carreira, desse modo, inauguram um tema de estudo dentro da Psicologia. Veloso e Dutra (2014) referem que tanto o tema das transições quanto de tomada de decisões de carreira são processos complexos e difíceis de descrever por serem fortemente influenciados por fatores contextuais, pelas características das pessoas, pelo suporte recebido e outros

processos. Autores atuais, como Schlossberg, Waters e Goodman (1995), entendem que as transições e os indivíduos diferem, mas buscam compreender uma estabilidade e um padrão comum nestes processos.

Na profissão médica, a mudança de rota profissional pode tomar uma dimensão ainda maior em função do tempo de investimento na formação, do custo envolvido e das expectativas sociais relacionadas a esta categoria profissional.

A Medicina se insere em um cenário profissional bastante particular, apresentando uma enorme gama de possibilidades de trabalho em diferentes especialidades. Ao terminar a graduação, o estudante, para escolher sua área de trabalho, se depara com uma multiplicidade de fatores que envolvem desde seus interesses pessoais, sua personalidade, os estereótipos profissionais, os estilos de trabalho, oportunidades de trabalho, aspectos ligados ao gênero e, até mesmo, sorte (Burack et al., 1997; Goldacre et al., 2012; Lambert et al., 2003).

A escolha das especialidades médicas, como as escolhas profissionais em geral, está sujeita a influências de caráter cultural, social e psíquico dos participantes, bem como de suas famílias, traduzidas pela sua origem e seu capital simbólico e econômico (Fiore e Yazigi, 2005). Em função disso, Bellodi (2001) ressalta que falar do processo de escolha dentro da área médica é mais que uma tarefa difícil: é uma tarefa complexa. Compreender a reescolha da especialidade, dentro dessa perspectiva, acrescenta ainda mais desafios aos estudiosos do campo da vocação médica.

1.2 Reescolher na Medicina

A reescolha profissional, de maneira geral, ainda é pouco estudada em nosso meio (Hohendorff e Prati, 2010) e a produção científica brasileira sobre o tema é incipiente (Sparta, 2007).

Na área da Educação Médica, a literatura sobre a escolha da especialidade médica, por sua vez, é extensa. Mas poucos são os trabalhos que tratam do processo da reescolha da carreira ou da desistência da especialidade médica. Van der Horst et al. (2010) destacam que os estudos da

área valorizam mais os aspectos positivos dentro do processo de escolha, ou seja, buscam identificar os motivos e os interesses que levam a seguir determinada carreira, havendo poucas investigações sobre a rejeição (aspectos negativos) de uma determinada área.

Fatores como tempo para vida familiar, possibilidades de promoção, tipo de paciente atendido e fatores de auto avaliação de habilidades/attitudes e características da personalidade são considerados pelos médicos quando mudam de área (Bellodi,2001). Em estudo feito no Reino Unido (Gale e Grant, 2002), um terço dos médicos ingleses trocou de especialidade após ter escolhido uma especialidade no final da graduação. As especialidades mais abandonadas foram as de cuidado primário, por conta da remuneração e do estilo de vida. Goldacre et al. (2012) identificam que fatores como competitividade, complexidade, local de trabalho estressante e pouco treinamento são menos importantes para se desistir de uma área, quando comparados à procura de uma maior qualidade de vida. Lambert et al. (2003) destacam, também, a qualidade de vida e as relações interpessoais no trabalho como fatores que levam a rejeição de uma especialidade enquanto carreira. Em estudo posterior, de caráter epidemiológico, aponta que as áreas que mais sofreram trocas posteriores foram a Ginecologia, a Pediatria e a Cirurgia (Lambert et al., 2012).

No Brasil, critérios como “estilo de vida” e “afinidade pela especialidade” também são determinantes da escolha e da rejeição de especialidade médica. Corsi et al. (2014), em um levantamento junto a 456 estudantes de uma faculdade pública paulista, identificaram a qualidade de vida e a recompensa financeira como dois dos principais motivos para decidir sobre a especialidade. Outro fator elencado como importante foi o que se relaciona a oportunidade de emprego. Nessa perspectiva, alguns autores afirmam haver em nosso meio uma tendência da diminuição da procura da carreira de generalistas e um aumento de interesse em áreas específicas como dermatologia, anestesiologia, radiologia e de emergências (Cruz et al., 2010). Os autores ainda reforçam a importância da tradição familiar no processo de escolha da especialidade.

Souza e colegas (2015) ressaltam que a importância do assunto não se restringe somente ao campo da educação médica, mas também pelas

repercussões na saúde pública. Pensar em escolhas permite entender como os médicos se distribuem e se fazem necessários ou não. Segundo esses autores, embora importante, o tema ainda é pouco estudado em nosso meio.

O Brasil possui uma distribuição desigual de médicos, segundo mostram levantamentos populacionais recentes; a carência de profissionais e de determinadas especialidades são fenômenos percebidos. Além de desigual, em termos de especialidades, a distribuição de especialista no país segue o padrão de concentração de médicos em grandes centros (Scheffer, 2015).

Nesse levantamento demográfico mais recente, 41% dos médicos não possuem título de especialista. Seis das especialidades somam 49% das especialidades: Clínica Médica, Pediatria, Cirurgia Geral, Ginecologia, Anestesiologia e Cardiologia. As especialidades com mais homens são Urologia, Ortopedia, Cirurgia Torácica, Neurocirurgia, Cirurgia do Aparelho Digestivo e Cardiovascular. Além disto, destaca-se que a demografia apresentada no trabalho evidencia um crescente processo de feminização da área médica, seguindo vários outros países. As especialidades mais desempenhadas por mulheres são Dermatologia e Pediatria. O gênero, nesse sentido, também pode vir a influenciar a distribuição dos médicos nas diferentes especialidades.

Embora não haja estudos sobre a reescolha da especialidade médica no Brasil, o Conselho Federal de Medicina (Scheffer, 2013) mostra que cerca de 53% dos médicos brasileiros, com títulos emitidos por sociedade de especialidade ou após o término da Residência Médica, têm uma ou mais especialidade. Embora não seja possível saber, com os dados disponíveis, qual é a dedicação principal desses médicos com mais de uma especialidade, nem qual foi a especialidade escolhida no primeiro momento. Esse resultado, segundo os pesquisadores, revela que há “mobilidade entre uma e outra ao longo da vida profissional, a partir de interesses pessoais e oportunidades de trabalho” e que a especialidade médica é um elemento flexível na vida profissional de muitos médicos brasileiros.

De qualquer modo, a literatura recente reforça que grupos de especialidades possuem diferenças entre as razões de escolha e rejeição, mas

que estilo de vida controlável, razões financeiras, autonomia e tempo pessoal são fatores importantes nesse processo (Souza et al, 2015).

Estudos evidenciam a rejeição de cuidado primário pelo médico brasileiro em detrimento de fatores como qualidade de vida e remuneração (Sousa, 2014). A rejeição da especialidade se relaciona também ao estilo de vida e ao status da especialidade, sendo o acesso a tecnologias, serviços e grandes centros um fator central para o médico. Estudos em outros contextos também evidenciam que jovens médicos privilegiam um estilo de vida controlável, com menor quantidade de trabalho noturno, jornada semanal menos extensa, flexibilidade, controle do tempo e tempo disponível para a vida pessoal (Dorsey e Jarjoura, 2003).

1.3 Transformações no trabalho médico

Ribeiro (2011) define que a carreira, ou seja, o próprio desenvolvimento vocacional do indivíduo, seria o resultado de dois processos dinâmicos. De um lado, o desenvolvimento individual ao longo da vida e, do outro, o contexto interpessoal, sociocultural e ambiental, sendo este complexo e mutante.

Sendo assim, a escolha, bem como a reescolha profissional, para serem compreendidas, exigem a consideração de uma dupla influência: a do mundo do trabalho, com suas transformações ao longo do tempo, e a do mundo da subjetividade, com as determinações pessoais inscritas na biografia do sujeito.

A partir do final do século XX, o mundo do trabalho passa por intensas modificações (Gorz, 1987). Ocorrem mudanças nas relações de emprego, os postos de trabalho são enxugados, os turnos ficam variáveis, a organização de classes e os sindicatos fragilizam-se (Antunes, 1999).

O campo de trabalho do médico, não diferentemente, também é marcado por transformações. A profissão médica fica influenciada pela incorporação de materiais e pelo tecnicismo; ocorre uma primazia das especializações médicas; surgem diferentes formas de vínculos empregatícios; presença de aumento da jornada de trabalho e aumenta a discrepância entre diferenças de renda entre os médicos (Schraiber, 2008). Evidencia-se um estranhamento, por parte dos médicos, das determinações sociais de sua

prática e um distanciamento entre os sujeitos envolvidos e seus sofrimentos: as práticas ficam marcadas pela dialética humanização/alienação (Gomes, 2010).

Tal cenário do trabalho médico é resultante de um fenômeno histórico-social teorizado no campo da saúde coletiva. Donnangelo (1975) define que na segunda metade do século XX os custos com a tecnologia forçaram o médico a se submeter ao assalariamento, percebido, por alguns, como fator desestabilizador do perfil liberal predominante da época. O processo de especialização do conhecimento médico, além de estabelecer uma marca do trabalho do médico, fomentou inseguranças ao profissional que antes dominava todas as áreas do conhecimento médico. O médico necessitou se adaptar a um novo arsenal tecnológico e isto interferiu na prática e, também, na formação profissional. Estabeleceu-se uma defesa cada vez maior da supremacia da ciência e da racionalidade técnica no ato clínico e, a partir deste processo, se fizeram necessárias instâncias regulatórias e normatizadoras das boas práticas técnicas.

Schraiber (2008) discute como, na medicina moderna, a prática tende a se organizar como trabalho especializado. O exercício da Medicina, como outros trabalhos da modernidade, passa a seguir os moldes empresariais, tornando-se mecanizado e rotinizado pela própria fundamentação científica-metodológica. Estabelece-se uma concepção da prática médica definida a partir de especialidades e aumenta a instabilidade dos profissionais, a complexidade do exercício exigindo do médico maior versatilidade.

Machado (1997) identifica, além do processo de tecnologização, especialização e assalariamento, outros movimentos ocorridos na perspectiva do trabalho médico: a feminização da área, a inserção no campo do trabalho com mais de uma atividade e norteados por vínculos de associações regulatórias de especialidades.

Em síntese, três foram os principais aspectos presentes na nova formulação de identidade profissional do médico: a divisão do trabalho em especialidades, a precisão no diagnóstico/tratamento e a autodenominação científica (Neto, 2001).

Ainda segundo o autor, o médico não é mais o único conhecedor de todas as doenças, mas apenas de uma, de maneira profunda. Simbolicamente,

não poderia mais examinar todo o corpo do paciente, mas apenas uma de suas partes. Além disso, a subdivisão de especialidades implicou em estabelecer uma hierarquia entre elas e isto se traduziu nos postos de poder e prestígio que cada especialidade passa a assumir no mercado, tanto junto aos clientes quanto a sociedade em geral.

Se o especialista vem a ser conhecido pela precisão do diagnóstico e da cura, o médico precisa de maior treinamento, ser sistemático e partir da observação e da experimentação refinadas tais como um cientista. O sacrifício, a abnegação e o altruísmo não se encontram mais na formulação profissional como antes.

1.4 A formação médica e as especializações

As transformações no trabalho médico não estão dissociadas da própria formação médica. O currículo médico é um artefato social e cultural, isto é, localizado nos âmbitos das determinações sociais, históricas e do seu contexto (Lampert, 2009). Não é um elemento atemporal e transcendente, mas tem uma história vinculada a formas específicas de organização da sociedade e da educação.

Machado (1997) aponta que, a partir da segunda metade do século XX, o estudante de Medicina é dirigido a um processo de especialização em fase muito precoce de sua formação. Para Lampert (2009), a formação médica atual, com foco nas especializações, deixa marcas nos processos de aprendizagem e, inevitavelmente, tais especializações exigem que o conhecimento se apresente de maneira fragmentada. Ocorre, conseqüentemente, uma relação de mútua influência: a formação repercute na organização do trabalho médico e este se dirige predominantemente para as especialidades ou atendimentos compartimentalizados.

No século XIX predominava o ensino livre na medicina (Neto, 2001). No final do século XIX, marcado pelas descobertas científicas, valorizam-se a metodologia científico racional e as especializações (Correa, 2008). Isso gerou reformas profundas no ensino médico e o repensar da própria prática médica. Os principais movimentos de ensino iniciaram nos EUA e Inglaterra. Em 1890,

se institui o aumento do tempo do curso e inclusão de disciplinas no curso. Os EUA apresentavam uma quantidade de médicos insuficientes e uma formação bastante pluralista e heterogênea. A profissão era, desse modo, desprestigiada socialmente. Muitos buscavam na Inglaterra, França, Áustria e Alemanha um local de formação e trouxeram desses locais as ideias tecnológicas e o conceito de um planejamento constante para a formação médica.

Em 1910, foi elaborado um relatório a respeito do cenário das escolas médicas americanas e canadenses por Abraham Flexner. Este instrumento permitiu que se estabelecessem estratégias visando uma maior homogeneidade da formação médica. Assim, a reforma do ensino médico, conhecida como Reforma Flexner, padronizaria o currículo e aumentaria o tempo de formação, privilegiando a primazia técnica. Ao se revisar as necessidades curriculares, permitiu a ampliação do rol de especialidades e subespecialidades influenciadas pelas exigências emanadas do movimento racional-científico. Estimulam também as corporações médicas no sentido de organizar as preposições necessárias para fins certificadores das habilidades e conhecimentos adquiridos durante o treinamento especializado (Lampert, 2009; Correa, 2008).

A introdução da Residência Médica como processo de formar recursos humanos surgiu nos EUA, no século XIX. Em 1848, o conselho de Hospitais e Ensino Médico da Associação americana foi favorável ao ensino hospitalar e treinamento em serviços. A primeira especialidade a ser certificada foi a Oftalmologia, em 1908 (Correa, 2008). Assim, o processo pode ser percebido como um processo de proteção de prática profissional, ao eliminar do mercado alternativas para prestação de serviços e buscando na regulamentação da profissão o controle do mercado de trabalho (Feuerwerker, 1998).

No Brasil, seguindo o modelo americano, a Residência Médica inicia na década de 40. Em 1944 foi implementado no Hospital das Clínicas da FMUSP o primeiro programa de Residência nas áreas de Clínica Cirúrgica, Clínica Médica e Físico-biológica aplicada. Desde então, a residência veio crescendo e se torna emblemática na formação médica. Em 1945 é criado o CFM, Conselho Federal de Medicina a partir das discussões questões como erro e ética médica. Em 1951 surge a AMB (Associação Médica Brasileira), cujo

objetivo inicial seria defender a dignidade profissional do médico e a assistência à saúde. Desde 1958, ela quem concede oficialmente os títulos de especialista. Em 1977, surge a CNRM (Comissão Nacional de Residência Médica), a fim de uma melhor regulação dos processos. Após a criação da CNRM, o CFM passou a registrar os títulos de especialista emitidos por duas fontes distintas: pelo MEC e pelas Sociedades de Especialidades. O CFM é que reconhece estas especialidades por ser responsável pelo registro dos profissionais e legislador das práticas médicas. Em 2002 é firmado convênio entre a CFM, AMB, CNRM e instituído o Comitê de Especialidades (Correa,2008; Feuerwerker,1998).

O registro é feito pelo próprio profissional e não automaticamente. Desde então são feitas novas regulamentações de listas de especialidades regidas por determinações associativas. Assim, para se tornar médico, o aluno necessita fazer seis anos de graduação e ser aprovado em medicina por curso regulamentado no MEC (Ministério da Educação). O médico está livre para a prática da profissão na condição de generalista, mas poucos optam por não fazerem residência, titulando o médico a uma especialidade em uma formação que pode variar entre 2 a 6 anos (Santos,2016).

A residência médica não vem a ser a única forma de especialização na área correspondente. Os médicos, além de fazerem residência regulamentada pelo MEC, podem adentrar em cursos de especialização regulamentados pelas sociedades específicas da especialidade ou, ainda, prestarem diretamente provas nas associações respectivas, seguindo determinados critérios, como tempo de prática na área, participação em eventos, congressos e cursos. A AMB participa destes processos junto as associações.

Segundo o CFM (Conselho Federal de Medicina), a residência médica, instituída pelo Decreto nº 80.281, de 5 de setembro de 1977, é uma modalidade de ensino de pós-graduação destinada a médicos, sob a forma de curso de especialização. Funciona em instituições de saúde, sob a orientação de profissionais médicos de elevada qualificação ética e profissional, sendo considerada o “padrão ouro” da especialização médica. O Programa de Residência Médica, cumprido integralmente dentro de uma determinada especialidade, confere ao médico residente o título de especialista. O mesmo

decreto criou a Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM) e, segundo essa comissão, a expressão “residência médica” só pode ser empregada para programas que sejam credenciados por ela.

O Decreto 8516/2015, que regulamenta a formação do Cadastro Nacional de Especialistas com base no que determina a Lei 12.871/2013, instituiu a Comissão Mista vinculada ao CFM. Com atuação tripartite, é composta também por representantes da Associação Médica Brasileira (AMB) e da Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM). O CFM é responsável pela parte logística e administrativa e é através dessa Comissão que são definidas novas especialidades médicas no Brasil. A homologação das portarias da comissão se dá através de resoluções do Conselho Federal e, assim, adquirem validade nacional.

A última resolução relativa as especialidades do CFM, publicada em 7 de julho de 2017 (2.162/2017), atualiza a relação de especialidades e áreas de atuação médicas aprovadas pela Comissão Mista de Especialidades. As áreas de atuação são relativas às áreas de especialidades e há um acordo entre algumas áreas e seus órgãos de classe, que permitem que o médico seja considerado com aptidão a determinada área de atuação.

1.5 Trabalho, identidade e sofrimento

Ao estudar histórias de indivíduos que passaram por transições de carreira, Uvaldo (2010) refere que os profissionais reconheciam ter sofrido um importante impacto em sua subjetividade e identidade psicológica. Para essa autora, o contexto atual, marcado pela rapidez, imprevisibilidade e incerteza favorece a não linearidade das trajetórias profissionais.

Tal processo não é isento, muitas vezes, de sofrimento – antes, durante ou após a mudança. Teóricos importantes do campo do desenvolvimento vocacional e do trabalho buscam compreender essa articulação entre trabalho, identidade e sofrimento. Em outras palavras, a articulação entre “quem eu sou”, “o que faço” e “como me sinto ao ser/fazer” no trabalho.

Bohoslavsky (1977) destaca a identidade profissional como um aspecto da identidade do sujeito, determinada e determinante na relação com toda a

personalidade. Tendo como referencial a Psicanálise, propõe que a escolha profissional é multi e sobredeterminada, sendo a identidade profissional resultado das interações psicológicas das identificações e dos processos reparatórios psicológicos em relação ao meio. A ocupação, segundo ele, não é algo definido a partir do que ocorre dentro do indivíduo, ou tampouco fora, mas da interação entre ambas. Também não existe escolher “ser um profissional em geral”, nem uma ocupação abstrata, mas sim o que se tem de expectativas em relação a esse papel em um determinado contexto histórico-social.

Este autor ainda estabelece uma distinção entre identidade profissional e vocacional. Na vocacional, as variáveis predominantes são as de tipo afetivo-emocional, enquanto na identidade ocupacional o que se percebe vem a ser justamente a ação de determinado contexto sociocultural sobre aquela prática. A resposta ao “porque, para que, como”, da escolha de uma profissão, correspondente a identidade vocacional; a resposta ao “quando, onde, com que, com quem e como desempenha um papel produtivo na estrutura social” remete ao exame da identidade profissional.

Na Medicina, Mello Filho (2006) reconhece essa diferenciação ao referir que o processo de escolha vocacional é mais oculto e misterioso, enquanto o de escolha de especialidade é mais aberto, consciente, sujeito a reflexões e ponderações. Kawamoto et al (2016), reforçam essa premissa ao considerarem que, na escolha da especialidade, estão presentes fatores como gênero, profissão dos pais, família, passado escolar e social, personalidade, atitude durante pacientes e a morte, relação com equipe, formação, performance, imagem da especialidade, recompensa financeira, prestígio, prática liberal, condições e trabalho, tempo gasto e horas de lazer. Sendo assim, além da questão identitária, o exercício profissional é permeado por elementos da prática concreta no cotidiano.

O exercício do trabalho médico, no Brasil e em outros contextos, tem sido vivido como desgastante, com um incremento de problemas de saúde, tanto física como mental (Machado, 1997). Além dos fatores inerentes à prática médica, como lidar com a morte, o sofrimento, a dor, a sexualidade e a incerteza, Mello Filho (2006) aponta que fatores ligados as novas políticas de saúde e a organização do trabalho têm agravado às dificuldades da atividade

médica, tornando-a para muitos profissionais, um exercício constantemente marcado pela frustração e sofrimento. De forma geral, além das pressões da profissão em si, o estresse do exercício profissional médico parece estar associado também às mudanças observadas no exercício profissional, com declínio da satisfação na profissão (Heikkila et al, 2016).

Dejours (1992), psicanalista francês, destaca a centralidade do trabalho não só na construção da identidade humana, mas também como fonte de sofrimento e prazer dos sujeitos. O trabalho jamais é neutro, podendo gerar saúde ou, ao contrário, contribuir para a desestabilização do sujeito e o empurrar para a descompensação patológica.

Na concepção dejouriana, a insatisfação no trabalho pode ser decorrente de diferentes sentimentos: indignidade pela obrigação de realizar uma tarefa desinteressante e sem significado, inutilidade por desconhecer o que representa o trabalho no conjunto das atividades ou devido a desqualificação (tanto em função de questões salariais, como questões ligadas à valorização do trabalho em aspectos como responsabilidade, risco ou conhecimentos necessários).

Nesse contexto, o trabalhador, impedido de ser sujeito de seu comportamento, não tem a liberdade necessária para fazer uso de suas aptidões psicomotoras, psicossensoriais e psíquicas. Sem poder fazer uso da criatividade para adequar o trabalho a sua personalidade, ele tem menor possibilidade de diminuir a carga psíquica e encontrar prazer. Sem satisfação no trabalho, a energia pulsional é acumulada no aparelho psíquico podendo refletir no corpo desencadeando perturbações, fadiga, alienação e sofrimento.

Quando o trabalhador consegue utilizar sua criatividade para transformar o sofrimento, criando defesas para evitar o risco de desestabilização psíquica e somática, o trabalho funciona como mediador da saúde. Mas, quando o uso desta criatividade é barrado, ou são usados todos os mecanismos possíveis e as pressões continuaram, o sofrimento torna-se patogênico, levando ao desequilíbrio psíquico, à descompensação e, conseqüentemente, ao adoecimento (Dejours, 1994).

2 JUSTIFICATIVA

Embora pouco presente na literatura acadêmica, o tema da reescolha profissional dentro da Medicina tem surgido em outros espaços de comunicação sobre a trajetória profissional de médicos.

A pesquisa em mecanismos de busca na Internet por expressões como *changing specialty* e *switching medical specialty* levam a sites focados em aspectos de carreira para médicos, como o BMJ Careers, onde relatos de profissionais que viveram trocas de especialidades evidenciam a angústia vivida no processo (Ayre, 2013). Nesses espaços, os profissionais falam sobre os estigmas associados a algumas áreas e de como romperam com estereótipos durante a sua mudança de especialidade.

Tais depoimentos mostram não apenas o impacto que as mudanças na carreira promovem na subjetividade dos sujeitos, mas também suas implicações no contexto da composição da força de trabalho, o que reforça a necessidade de uma melhor compreensão do processo de reescolha profissional na área médica em seus determinantes e efeitos.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Compreender as vivências de médicos que passaram pelo processo de reescolha da especialidade médica.

3.2 Objetivos específicos

- a) Descrever o processo da reescolha da especialidade na trajetória profissional dos sujeitos;
- b) Investigar os fatores envolvidos no processo de mudança e seu significado para os sujeitos;
- c) Apresentar as percepções dos sujeitos sobre as repercussões pessoais e profissionais da mudança.

4 METODOLOGIA

4.1 Desenho do estudo

Trata-se de um estudo qualitativo, de caráter exploratório, que busca compreender o significado de uma nova escolha da especialidade médica por meio da análise de relatos de médicos que tenham vivenciado esse processo.

Para Minayo e Sanches (1993), o conhecimento científico é sempre a busca de uma articulação entre uma teoria e a realidade empírica, sendo o método o fio condutor para se formular esta articulação. Enquanto a abordagem quantitativa busca indicadores e tendências, a abordagem qualitativa aprofunda-se na compreensão da complexidade dos fenômenos, dentro do campo da subjetividade e do simbolismo. Segundo esses autores, a pesquisa qualitativa “envolve empatia aos motivos, intenções e projetos dos atores, a partir dos quais as ações, as estruturas e as relações tornam-se significativas”, razão da adoção de tal método nesse estudo.

Reforçando ainda essa escolha metodológica, Schraiber (1995), em pesquisa onde foi analisada a produção narrativa constituída por médicos, identificou que essa metodologia permite abordar as representações dos sujeitos e sua experiência objetiva estabelecendo uma dialética entre social, coletivo e dimensão subjetiva, justificando nossa escolha metodológica.

4.2 Sujeitos

Participaram do estudo médicos que reescolheram sua especialidade, dentro dos seguintes critérios:

- Conclusão de uma primeira formação (residência médica ou especialização) em determinada área médica;
- Exercício do trabalho por pelo menos um ano nesta área; e
- Migração para outra área médica, por meio de nova especialização ou nova residência médica, legitimados por uma titulação.

Não foram incluídos na amostra indivíduos que mudaram suas práticas através de subespecializações (por exemplo, R3, residência de terceiro ano da mesma especialidade) ou indivíduos que não trabalharam na área e modificaram a sua formação na residência.

A classificação de Especialidades Médicas utilizada como critério para definição foi a estabelecida pelo Conselho Federal de Medicina em 2017. Nessa lista, 55 especialidades foram estabelecidas pelo órgão de classe. Não foram incluídas as áreas de atuação específicas de cada especialidade.

Os sujeitos foram recrutados por meio eletrônico, utilizando rede social do pesquisador (Facebook). A partir das primeiras indicações, iniciou-se a formação de um grupo de médicos que mudaram de especialidade e conheciam outros na mesma situação, estabelecendo uma rede de sujeitos indicados e conhecidos por eles mesmos, conforme tradição no campo de pesquisa desta natureza (Schraiber, 1995).

Este tipo de estratégia, para composição da amostra, também conhecida como bola de neve ou *snowball*, seleciona indivíduos pelo interesse por determinado tema e um sujeito indica outro sujeito, caso os elementos colhidos ainda não satisfaçam a necessidade do pesquisador (Turato, 2003). Essa estratégia, bastante utilizada para investigação em comunidades portadoras de traços sociais ocultos, prevê a heterogeneidade da amostra, sem que o pesquisador tenha controle desse fenômeno.

Para obter um número maior de indicações, além do anúncio na rede, foram também publicadas mensagens a respeito da pesquisa em vários diretórios de universidades e faculdades de Medicina do estado de São Paulo.

O grupo de entrevistados foi composto por 18 médicos. Apenas um dos entrevistados foi excluído do grupo por ter mudado compulsoriamente de especialidade, devido a questões institucionais durante a residência.

4.3 Método

Foram realizadas entrevistas abertas para colher depoimentos pessoais, sobre a história profissional de médicos que reescolheram a especialidade

médica, investigando motivações presentes nesse processo de mudança e suas implicações para os sujeitos.

Optou-se pela entrevista aberta porque esta permite, após o pesquisador apresentar um tema ou questão inicial, que o entrevistado caminhe por onde desejar prosseguir, podendo sua fala abranger vários âmbitos — experiências pessoais, elementos históricos e sociais ou outros (Nogueira et al, 2004).

A preparação e execução das entrevistas foram feitas por um único entrevistador, oralmente, gravadas com consentimento e depois transcritas. Foi elaborado um roteiro com questões amplas que estimulasse os sujeitos à reflexão sobre o processo da reescolha da especialidade.

As perguntas que nortearam a entrevista foram:

- Fale sobre sua escolha pela Medicina e como foi o processo de escolha da sua primeira especialidade.
- Quais os motivos o levaram a mudar de especialidade?
- Conte como foi o processo de escolha da segunda especialidade.
- Houve alguma dificuldade nessa reescolha?
- Como está sendo sua prática atual?

Foram preservados os nomes dos participantes e optou-se por identificá-los utilizando-se a letra E, acrescida do número do sujeito na ordem das entrevistas realizadas, seguido pela primeira especialidade e especialidade de reescolha. Todas as entrevistas foram precedidas pelo preenchimento do termo de consentimento informado e da explicação sobre os objetivos e métodos da pesquisa.

4.4 Análise dos dados

Para a análise das entrevistas, foi utilizada a técnica de análise de conteúdo (Bardin, 1977), considerando os aspectos subjetivos e contextuais presentes nas vivências desses indivíduos (Piovesan et al, 1995).

Para Bardin (1977), o tema é a unidade de significação que se liberta naturalmente de um texto segundo uma teoria que serve de guia à leitura. O tema está ligado a uma afirmação a respeito de um assunto e se constitui em uma unidade de registro. Na análise de conteúdo, recortam-se as unidades de registro temático, organizando-as por aproximação dos temas, sendo essas codificadas de acordo com os pressupostos e objetivos da pesquisa. São então estabelecidas categorias, classes com títulos genéricos que agrupam elementos semelhantes, permitindo a discussão dos dados mais relevantes.

Segundo Minayo e Sanches (1993), a análise temática consiste em revelar os núcleos de sentido que estão presentes ou ausentes no corpus da pesquisa e que são significativos para o estudo. O critério de recorte é de ordem semântica, buscando-se o significado e não a forma de linguagem. Não se trata de mera compilação, mas reconstrução dos focos dos sentidos inerentes a rede discursiva que, no caso deste estudo, terá o objetivo de traduzir a realidade do médico que reescolheu sua especialidade.

5 Resultados

5.1 Os médicos que reescolheram

A faixa etária do grupo variou de 33 a 64 anos, predominantemente composto por mulheres. O sujeito formado há mais tempo se graduou em 1975 e o mais recente em 2007. A maioria dos entrevistados estudou em universidades públicas. A distribuição dessas variáveis pelos sujeitos e as mudanças de especialidade são apresentadas a seguir (Tabela 1).

Tabela 1 – Características dos Médicos Entrevistados Participantes do Estudo.

Sujeitos	Sexo	Idade	Faculdade de Origem	Tempo de Formado	1ª Especialidade	Especialidade Atual
E1	masculino	36	Pública	11	Pediatria	Psiquiatria
E2	masculino	50	Pública	24	Pediatria	Anestesiologia
E3	feminino	40	Pública	15	Cirurgia	Med. do Trabalho
E4	feminino	41	Pública	16	Psiquiatria	Acupuntura
E5	feminino	44	Particular	20	Anestesiologia	Nutrologia
E6	feminino	39	Particular	15	Med. Família	Geriatria
E7	feminino	33	Particular	9	Cirurgia	Homeopatia
E8	feminino	64	Pública	41	Nefrologia	Psiquiatria
E9	masculino	63	Pública	39	Med. do Trabalho	Psiquiatria
E10	feminino	54	Pública	29	Pneumologia	Radiologia
E11	feminino	42	Particular	17	Reumatologia	UTI
E12	feminino	47	Pública	24	Pediatria	Psiquiatria
E13	feminino	42	Pública	17	Pediatria	Psiquiatria
E14	feminino	44	Pública	21	Pediatria	Med. Nuclear
E15	feminino	63	Pública	36	Pneumologia	Med. Preventiva
E16	masculino	59	Pública	34	GO	Fisiatria
E17	masculino	53	Pública	27	GO	Fisiatria
E18	feminino	38	Pública	14	Cirurgia	UTI

Para uma compreensão global do percurso profissional dos entrevistados, foram elaboradas sínteses narrativas, com nomes fictícios e siglas segundo a ordem de realização das entrevistas.

E1, da Pediatria para a Psiquiatria

Breno se formou em uma escola cuja disciplina de Pediatria era bastante estruturada. Admirava o perfil acadêmico da cadeira, bem como os professores da área. Desse modo, se viu estimulado ao campo da Pediatria. Prestou residência e entrou em um grande serviço. Na residência, já percebeu alguns problemas e começou a desanimar com a área. O desespero e a agressividade dos pais das crianças, o desgaste frente a plantões e as dificuldades entre os colegas do grupo começaram a desestimulá-lo com consequências emocionais. Decide, então, fazer nova residência e opta pela área da Psiquiatria. Não desejava mais nem sequer trabalhar com crianças e integrar as duas áreas. O interesse intelectual pelo campo da Saúde Mental e a possibilidade de um melhor do estilo de vida o estimularam ao novo campo. Depois da mudança, percebeu melhora significativa em sua vida profissional.

E2, da Pediatria para a Anestesiologia

Frederico fez, inicialmente, residência em Pediatria. Em função de um adoecimento na infância que exigiu internações hospitalares frequentes, passou a admirar os médicos que tanto o ajudaram e, sem dúvida alguma, se dirigiu para o campo da Pediatria. Notou que ficava satisfeito trabalhando com pacientes graves. Decidiu, então, ser intervencionista pela resolutividade e pela dramaticidade dos casos. Assim, se dirigiu às práticas de paciente crítico e UTI. Na UTI iniciou a trabalhar com pacientes queimados e notou a importância da anestesia nestas situações. Com o passar do tempo, ao lidar com a morte frequentemente, começou se sentir muito mal. Não estava conseguindo lidar com tantos falecimentos e o sofrimento em torno disto. Frente a isto percebeu que a anestesia poderia ser um bom caminho. Sabia, pela experiência e por dedicar-se por uma área não tão procurada pelos anestesistas - a anestesia infantil - que conseguiria mudar sua área de atuação. Percebeu uma melhora grande de seu estado emocional e de sua qualidade de vida.

E3, da Cirurgia para a Medicina do Trabalho

Laura pensou em fazer alguma das especialidades básicas em medicina, mas diz ter sido sempre muito prática e se encantou pela área cirúrgica. Gostava da resolutividade e da rapidez dos resultados da área. Se especializou na parte digestiva, mais especificamente no campo da endoscopia. Durante algum tempo as coisas foram bem, mas logo percebeu desgaste e desânimo com a área. O ponto crucial foi um adoecimento osteomuscular que a limitava a fazer procedimentos, reforçando, entretanto, haver desgaste anterior com o dia a dia da prática. Procurou, então, o campo das perícias e da Medicina do Trabalho e achou que poderia resgatar um pouco seu lado mais médico, ou seja, de natureza mais clínica. Os colegas do meio, bastante masculino, viram a mudança de uma maneira muito negativa. Gosta da área ocupacional, mas acredita que mudanças ainda possam ocorrer.

E4, da Psiquiatria para a Acupuntura

Hilda, ao longo do curso de Medicina, se interessou pela cadeira da Psiquiatria, achou que poderia ficar alimentada intelectualmente. Fez a residência, mas, após algum tempo trabalhando na área, percebeu que não a satisfazia. O olhar para o indivíduo com patologia mental sob o viés da Psiquiatria era restritivo, ao seu modo de ver. Percebia a prática como diagnosticalizante e medicalizante. Queria ampliar as práticas e percebeu que a medicina chinesa, mais especificamente a Acupuntura, poderia ajudá-la a reformular a prática. O ritmo do trabalho da Psiquiatria a desgastava também. Plantões em locais distantes e práticas de ambulatório abarrotadas foram trocadas por uma prática de consultório privado mais integralista. Vem ampliando atualmente seus conhecimentos para trabalhar também com o referencial da homeopatia.

E5, da Anestesiologia para a Nutrologia

Jade pensava em se tornar médica sem fronteiras. Queria desbravar o mundo e trabalhar em outros países. Soube que a medicina sem fronteiras era carente de profissionais do campo da Anestesiologia e se direcionou a essa área. Teve um bom desenvolvimento na área, trabalhou em serviços

importantes, inclusive com parte acadêmica, embora não tenha ido trabalhar como médica sem fronteiras. Mas um ocorrido na sua vida mudou seu percurso. Seu filho adoeceu e, motivada em compreender melhor a doença, descobriu a Nutrologia como especialidade complementar aos tratamentos do filho. Hoje trabalha no campo da Nutrologia oferecendo aquilo que a beneficiou. Tem um padrão de vida mais tranquilo, consegue se dedicar a maternidade. Mas ainda sente saudades da anestesiologia, embora não pense em retornar. Entende que foi algo do passado.

E6, de Medicina de Família para a Geriatria

Suzana pensou em ser uma dermatologista, mas prestou medicina de família em uma grande universidade e acabou se dirigindo a ela. No início, ficou encantada. A integralidade, a atuação no público e o fato de lidar com várias áreas a fascinaram. Foi trabalhar no campo, mas com alguns anos se viu em um estado total de depressão e desanimada. Percebia as práticas medicalizantes, numa demanda intensa por fornecimento de atestados, muito desgastante e com pouca relação de equipe, como havia visto na residência. Sentiu seu ânimo desmoronar. Percebeu, então, que gostava de lidar com idosos, onde não precisaria de se ligar a questões burocráticas do trabalho. Fez, então, especialização na área da geriatria. Percebe que é mais respeitada pelos colegas. De “médica do postinho” passou a ser a especialista e percebeu que passaram a valorizá-la mais no meio. Desde então, sua qualidade de vida e prazer no trabalho mudaram consideravelmente.

E7, da Cirurgia para a Homeopatia

Diana desde muito precocemente pensou em ser cirurgiã. Desde o início de sua formação, direcionava seus estudos nesse sentido. Acreditava que a cirurgia seria o sinônimo do que vem a ser a Medicina. Na especialidade, notou que a prática vem a ser muito difícil para uma mulher. A situação se tornou mais complicada ao lidar com questões da maternidade. Viu-se sobrecarregada, cansada, angustiada. Percebeu que a homeopatia poderia ampliar seu conhecimento de Medicina de uma maneira mais ampla e poderia

resgatar a clínica da qual se afastou. E a sensação de desgaste, que já sentia no início da prática, veio a diminuir consideravelmente.

E8, da Nefrologia para a Psiquiatria

Grace atuou anos como nefrologista. Chegou a clinicar, bem como desenvolveu carreira acadêmica. Em função de uma história familiar de patologia psiquiátrica na família, sempre se interessou pelo campo da saúde mental. Inicialmente, pensou em estudar mais a psiquiatria a fim de auxiliar seus pacientes clínicos. Como o passar do tempo, foi se apaixonando pelo campo e, em alguns anos, fez uma transformação de área. Conseguiu dar sequência em seus trabalhos acadêmicos e clínicos no novo campo.

E9, da Medicina do Trabalho para a Psiquiatria

Ivo fez residência em clínica geral, mas na perspectiva do campo da saúde do trabalhador. Contribuiu na época para a construção do campo da Medicina do Trabalho. Trabalhou com representação sindical e com empresas, mas com o passar dos anos seu interesse foi modificando. Começou a se interessar pelas neurociências, interesse que já possuía antes do curso. Mas como na graduação a cadeira de Psiquiatria não o havia estimulado, não se dirigiu para esse campo. Foi se dirigindo a estudar mais e se especializar com campo. Hoje se dedica exclusivamente às práticas privadas de Psiquiatria e a pesquisa na área.

E10, da Pneumologia para a Radiologia

Paulina, durante muitos anos, trabalhou com pneumologista. Trabalhava como clínica e em instituição hospitalar. Muito dedicada a seus pacientes, obteve um êxito profissional grande, mas com o passar do tempo foi se desgastando com a área. Foi deixando de ter prazer em clinicar e assistir. Ficava consumida psicologicamente. Entrou em um estágio de radiologia e, em cerca de três anos, transitou de área. Aos poucos dava plantões, trabalhou nas duas áreas, mas logo conseguiu se dedicar exclusivamente a trabalhar como radiologista. Como tem conhecimento clínico, percebe que sua avaliação tem

um diferencial. Discute casos e faz a interface clínico-radiológica, sendo muito elogiada por isto.

E11, da Reumatologia para a Medicina Intensiva

Amélia fez medicina muito influenciada pela família de médicos. Não diferentemente, seguiu a especialidade de alguns familiares, ou seja, a Reumatologia. Logo iniciou prática privada no campo. Mas em alguns anos, embora com consultório repleto, foi ficando desestimulada. Não tolerava a cronicidade dos quadros, se cansava na clínica, considerada por ela como monótona. Iniciou a dar plantões de clínica e percebeu que o trabalho interdisciplinar e a resolatividade a estimulavam mais. Fez formação em terapia intensiva e atua exclusivamente como intensivista atualmente. Gosta do vínculo empregatício e não sente falta do trabalho autônomo.

E12, da Pediatria para a Psiquiatria

Dolores pensava, inicialmente, em trabalhar com pacientes graves e em situações de guerra. Mas foi se encantado pelo universo da criança e da Psiquiatria. Logo identificou que gostaria de ser psiquiatra infantil, mas a área em sua escola era pouco elogiada. Imaginou que ser pediatra poderia complementá-la mais. Mesmo tolerando a desaprovação familiar, fez nova residência - foi se formar no campo da Psiquiatria. Entende que foi uma passagem importante. Não teria problemas em trabalhar na pediatria, mas considera que o campo de trabalho seria mais complexo e sacrificado do que o da Psiquiatria.

E13, da Pediatria para a Psiquiatria

Talita foi influenciada pela vivência de um familiar com quadro psiquiátrico na escolha de ser médica. Optou por ser pediatra, mas sempre teve interesse pelo universo psíquico. Na escolha da primeira especialidade, entendeu que como pediatra se sentiria mais médica e que seria um campo mais ágil para obter emprego. Além disso, sabia de pessoas que fizeram o percurso de trabalhar com Saúde Mental pela via da Pediatria, mas sentiu necessidade de se fazer também uma residência médica em Psiquiatria.

Decidiu, então, após a pediatria, fazer formação em psiquiatria e, ainda depois, se especializar em Psiquiatria Infantil. Acredita que essa especificidade fornece um diferencial, pois consegue valorizar as questões clínicas e fazer algumas intervenções.

E14, da Pediatria para a Medicina Nuclear

Cida se interessou inicialmente por fazer diagnósticos na Medicina e imaginou que a pediatria a forneceria satisfação, por ser uma clínica ampliada de crianças. Optou pela área, mas a demanda enorme e o ritmo frenético da área começaram a desgastá-la. Em pouco tempo, já não conseguia se manter bem psiquicamente. Pensou, então, em alguma área de diagnóstico como Radiologia, mas se dirigiu a Medicina Nuclear. Sabia que poderia obter um melhor de padrão e ritmo de vida. Gostou muito da nova residência. No momento, trabalha exclusivamente no campo da Medicina Nuclear.

E15, da Pneumologia para a Saúde Coletiva

Keila fez medicina por motivos ligados a questões familiares e de ascensão social. Dedicou-se, inicialmente, ao campo da clínica, mais especificamente da Pneumologia. Como trabalhava nesse campo, foi convidada a trabalhar na gestão de serviços dessa natureza na perspectiva da saúde pública. Trabalhando com organização de serviços logo percebeu que estava mais ligada ao gerenciamento e à saúde coletiva do que a clínica. Trabalha com ensino, formação e se dedica a área de gestão.

E16, da Ginecologia para a Fisiatria

Cassio era ginecologista, mais especificamente a área de Obstetrícia, mas sofreu um acidente automobilístico grave e sofreu sequelas físicas. Sua prática cirúrgica ficou comprometida e, ao se submeter aos tratamentos de reabilitação, se encantou pelo campo da Fisiatria. Mudou de especialidade e teve um êxito no campo. Sempre se interessou pela clínica ampliada, gosta das práticas complementares e conseguiu administrar tudo isto na fisiatria, além de conseguir manter a realização de alguns procedimentos invasivos.

E17, da Ginecologia para a Fisiatria

Olavo se formou e decidiu por se encaminhar em uma área que contemplasse procedimentos e clínica: optou pela ginecologia e obstetrícia. Mas já na residência percebeu que a seria bastante pesado. Se sentia preso a demandas cirúrgicas e da obstetrícia. Se sentia refém de uma prática e como se sua vida estivesse definida. Logo ficou desanimado e decidiu se mudar para o exterior, aumentando sua experiência de vida antes de definir sua carreira. Sempre gostou do olhar mais integral e optou por fazer um curso de Osteopatia, profissão reconhecida em outros países. Retornou ao Brasil e se especializou em fisiatria, a fim de integrar as áreas. Trabalha atualmente especificamente com reabilitação e tratamento de dores osteomusculares.

E18, da Cirurgia para a Medicina Intensiva

Cleuza, durante a graduação, surpreendeu seus professores cirurgiões pelo fato de ser muito habilidosa em procedimentos. Como gostava da prática e se sentiu estimulada, imaginou que a cirurgia seria um bom caminho e optou em se direcionar ao campo. Sabia que entraria em um universo bastante masculino. Ao trabalhar, percebeu que a remuneração era limitada, além do fato de que precisaria estar ligada eternamente a grupos fechados. Gostava de lidar com paciente grave e fazer procedimentos e optou por transitar de carreira. Saiu da cirurgia e se direcionou para o campo do intensivismo. Como cirurgiã, percebeu ter um diferencial em uma UTI. Hoje, trabalha exclusivamente como intensivista, pensa em se especializar em alguma subespecialidade do campo.

5.2 A reescolha na trajetória profissional

A categorização dos elementos discursivos das entrevistas mostrou diversidade e singularidades, mas também semelhanças e convergências nos relatos dos sujeitos que reescolheram a sua especialidade. Considerando-se os eixos norteadores da entrevista, destacaram-se os seguintes temas: a escolha pela medicina, a primeira especialidade, a reescolha e suas razões, a transição, o pós-reescolha.

5.3 Escolhendo ser médico

De uma maneira geral, os entrevistados iniciavam seu relato expressando alguma dificuldade em dizer os motivos da escolha pela Medicina. Alguns diziam não saber ou usavam frases como “sempre quis”.

Então, não sei te dizer direito. Minha avó fala que quando eu tinha 7 anos eu cheguei para ela e falei assim "quando eu crescer eu vou cuidar de criança". E é interessante porque eu não tinha nenhum médico na família.
(E13, da Pediatria para Psiquiatria)

Faz muito tempo, né, 20 anos atrás, era uma coisa que eu sempre quis. Era um sonho. Não tinha ninguém na minha família, mas era uma coisa que eu escolhi por gostar mesmo.
(E14, da Pediatria para Medicina Nuclear)

Acho que eu sempre quis ser médica, desde muito pequenininha, não tenho médico na família, aí fica aquele vai e volta, vai e volta. Fiz até colégio técnico de processamento de dados, era um colégio de 4 anos, no 3º ano do colégio eu falei "não, vou estudar medicina", não me pergunte, não sei por quê, não sei de onde veio essa ideia.
(E18, da Cirurgia para UTI)

Clássicos motivos da escolha pela medicina estiveram presentes nos diferentes relatos dos entrevistados, com maior ou menor peso, isoladamente ou entrelaçados. Vocação, o desejo de ajudar o próximo, ser útil à sociedade, salvar vidas ou melhorar a qualidade de vida das pessoas foram motivos destacados em vários relatos. Alguns afirmam, até mesmo em uma perspectiva crítica, possuir uma visão romântico-aventureira e que esperavam salvar pessoas, trabalhando em países necessitados.

Para escolher Medicina, eu nem sei dizer quando escolhi, porque desde sempre eu quis. Eu não tenho família médica, ninguém na família é médico. Mas desde sempre eu quis, eu queria ajudar, eu não sei, eu me sinto bem em ajudar o próximo. Até fiz aqueles testes vocacionais e tal, e deu ou Serviço Social ou Medicina.
(E7, da Cirurgia para Homeopatia)

Quando me interessei mesmo por Medicina, era uma coisa meio de adolescente, porque eu queria fazer Medicina pra ir trabalhar com esses grupos que trabalham em fronteira de conflito, na época não se falava de médico sem fronteira, acho que nem exista ainda esse grupo
(E12, da Pediatria para Psiquiatria)

Inclinação para ciências biológicas e curiosidade científica também foram apontados como motivos da escolha.

Não teve nenhum motivo específico pela Medicina, não tinha nenhum médico na família e eu gostava muito da área de biológicas, a gente visitou algumas faculdades quando estava no terceiro colegial, a gente foi na USP, eu gostei do clima, mas não era nada de altruísmo, de querer ajudar as pessoas, foi uma coisa mais biológica do que esse outro lado que foi surgindo depois.
(E6, da Medicina de Família para Geriatria)

É um caminho bem tortuoso porque, na verdade, eu queria fazer biologia, pra trabalhar em pesquisa. Eu mudei de última hora, por um conselho do meu pai, que disse que se eu fizesse biologia eu ia ter que dar aula pra ginásio e se eu fizesse Medicina eu teria um campo mais amplo de atuação. Então, quando eu fui pra Medicina eu não pretendia ser médico, eu pretendia trabalhar com pesquisa.
(E9, da Medicina do Trabalho para Psiquiatria)

Alguns médicos relataram questões de ordem financeira e de status social envolvidas nesse processo. Esperavam, com a Medicina, maior status social e ganho financeiro comparados aos de suas famílias de origem.

Foi uma infância bastante sofrida do ponto de vista financeiro. Mas meu pai sempre teve uma coisa de que a gente tinha que ser doutor, tinha uma coisa muito forte. Eu meio que queria resolver essa frustração do meu pai que queria um médico por todo jeito na família. Então essa coisa cresceu comigo. Na minha infância, eu lembro direitinho, brincando com boneca eu era médica, eu era pediatra, era uma coisa com as minhas amigas e essa coisa foi crescendo muito. E eu busquei a Medicina pra fazer essa satisfação e pra ter status, em função de toda uma situação que eu sempre vivenciei e como eu era de uma família pobre, Era um orgulho pro meu pai isso que ele ia ter um filho doutor.
(E15, da Pneumologia para Medicina Preventiva)

Acho que eu tive pouco espaço para exercer uma vontade genuína de escolha de profissão. Tudo muito pautado nas oportunidades de trabalho, de gerenciamento da vida depois. Embora isso não ficasse muito explícito, mas já tinha também certa determinação de um lugar, uma cidade, onde eu faria a faculdade. Isso também pesou. Aí foi, mas identificação com a Medicina propriamente, acho que não foi um processo meu genuíno, de vontade.
(E4, da Psiquiatria para Acupuntura)

Escolher Medicina pelo desafio intelectual e pelo prestígio associado à profissão também foram citadas como razões presentes em algumas escolhas.

Eu sempre fui lutadora, sempre preciso ler mais de uma vez, mas sempre muito persistente e, meu irmão, muito inteligente. E todo mundo falava que ele ia fazer Medicina e ele não queria fazer Medicina. Aí eu vi a minha oportunidade de brilhar, né. Então, inicialmente, eu também não sabia o que queria, o que era bem a Medicina. Eu sou muito emotiva, me dou bem com as pessoas, tenho empatia pelas pessoas, pela dor das pessoas, e eu achei que estava adequado.
(E10, da Pneumologia para Radiologia)

Um dos entrevistados relacionou seu desejo em ser médico com um processo de adoecimento na infância onde o alívio do seu sofrimento foi decisivo na influência de sua escolha.

Eu lembro que desde molequinho, desde 6/7 anos, porque tanto vim em hospital, eu era uma criança doente, segundo a minha mãe. Sempre fui doentinho.
(E2, da Pediatria para Anestesiologia)

A família, como observado nos relatos anteriores, surgiu com frequência na narrativa dos sujeitos ao falar de sua escolha pela Medicina. Um entrevistado, por exemplo, busca ser médico para reparar a frustração profissional paterna. Todos os entrevistados, sem exceção, fizeram alusão a esse tema em seus relatos, seja seguindo a tradição familiar, com a presença de um parente médico, como pai ou avós, seja inaugurando esse papel na história familiar.

Você sabe, né, minha família toda é de médicos, desde o meu avô. Meu avô foi o primeiro médico da família, acho que ele se formou em 54, fez USP. Então assim, sempre foi um exemplo pra gente, pra todos nós da família. Naquela época, médico também era outra visão, era muito mais respeitado do que é hoje, então a gente tinha muito ele como o exemplo da família. Meus tios fizeram Medicina, meu pai fez Medicina e acho que acaba que você é influenciado, de qualquer forma não tem como, você vive isso desde criança, meu pai ia passar visita no hospital e a gente ia junto nos finais de semana, ele parava no estacionamento do Santa Catarina, eu tenho lembrança disso, desde criança. Então eu achava lindo aquilo, achava legal.

(E11, da Reumatologia para UTI)

Olha, na verdade, escolher Medicina, eu não tenho médicos na família nessa época, acho que agora tenho um parente mais distante, mais jovem, que foi fazer Medicina, mas eu não tinha médicos na família. Eu tive meu pai que pensou em fazer medicina, mas isso na Polônia comunista, e acabou desistindo porque o emprego seria socializado e teria uma restrição de campo de trabalho, de pretensão de salário, e ele acabou fazendo formação em engenharia. Mas, na verdade, quando eu me interessei por Medicina eu nem sabia muito dessa história da ideia do meu pai de Medicina.

(E12, da Pediatria para Psiquiatria)

Eu sou neto de um médico, que na verdade é pesquisador. Acho que isso influenciou um pouquinho na opção minha de escolher Medicina, minha mãe era bem interessada que eu fizesse Medicina, acho, nunca falei com ela sobre isso explicitamente.

(E17, da Ginecologia para Fisiatria)

5.4 A primeira especialidade

O curso médico foi apresentado por todos os entrevistados como um importante fator de influência na escolha pela especialidade. Algumas disciplinas, pelo seu conteúdo e qualidade, despertaram interesse por determinada área. Outras vezes, professores funcionaram como modelos inspiradores ou incentivadores, ao observarem no estudante habilidades e talento para determinada especialidade.

Eu fui fazer uma disciplina de técnica operatória. Aí durante esse estágio, o titular da cadeira falou "Você é muito habilidosa, o que você vai fazer?". Respondi: "Acho que vou fazer onco". E ele: "você vai fazer cirurgia, vou

treinar você". Aí foi tipo "então tá, vou fazer cirurgia". Comecei a fazer treinamento na cirurgia experimental e técnica operatória, fazer iniciação científica, depois treinamento mesmo de cirurgia. Eu gostava, porque eu era novinha, e ele me colocava pra ser monitora do pessoal mais velho do 4º ano, do 5º ano, então eu achava o máximo.

(E18, da Cirurgia para UTI)

Escolhi pediatria. Na verdade eu não sabia o que ia escolher, foi quando eu comecei meu internato no 6º ano. Eu tenho que admitir que o internato em pediatria lá, nessa instituição, foi muito bom, foi uma das melhores experiências como aluno que tive, só que naquela época eu não tinha maturidade para entender que não seria aluno para sempre, ia chegar algum momento que eu ia precisar fazer uma transição para a vida profissional e isso se deu com muita dificuldade.

(E1, da Pediatria para Psiquiatria)

Durante a graduação, a maior parte dos entrevistados pensou em se tornar médico dentro das grandes e tradicionais áreas da Medicina, como a Clínica, a Cirurgia ou a Pediatria.

Quanto eu terminei, eu tinha só essas quatro opções: ou faria Cirurgia, ou faria Clínica, ou faria GO, ou faria Pediatria. Como pediatra, nem pensar, não tenho paciência com criança. A Clínica, não me via conversando a esse ponto para virar clínica. A GO, eu gostava da parte cirúrgica, mas nunca gostei da parte de obstetrícia. Então Cirurgia ficou interessante.

(E3, da Cirurgia para Medicina do Trabalho)

Na escolha da primeira especialidade, as características do paciente e o tipo de prática foram citados pelos entrevistados. Referem amor pelo paciente; interesse pelo diagnóstico e amplitude de atuação na Clínica; empatia pela criança na Pediatria; maior objetividade e resolutividade na Cirurgia; desejo de “entender o mental” ou a alma humana na Psiquiatria. A personalidade aparece em alguns relatos, especialmente na escolha pela Cirurgia.

Eu sempre gostei de paciente crítico, sempre curti paciente crítico, me dá um paciente não crítico que eu fico meio irritado. Prefiro paciente crítico, acho que você pensa mais, intervém mais, você consegue interagir mais com o paciente.

(E2, da Pediatria para Anestesiologia)

Eu gostava muito da Medicina e da parte cirúrgica da Medicina, eu sempre sonhava em operar grandes cirurgias e ser uma super cirurgiã, sabe, eu sempre sonhava com isso, desde pequena. Tinha bonequinho de cirurgião e gostava de operar e, para mim, Medicina era cirurgia, não tinha outro caminho para seguir, era impensável fazer Medicina, ser médica, e não operar.

(E7, da Cirurgia para Homeopatia)

Aí eu imaginei, de uma maneira meio irracional, que Ginecologia Obstetrícia serviria a todos os meus propósitos, porque em parte ela era cirúrgica e em parte é muito clínica também

(E17, da Ginecologia para Fisiatria)

Poucos expressaram uma escolha baseada em fatores financeiros ou mercado de trabalho. Apenas um entrevistado refere ter sido sua escolha derivada de uma única aprovação nos processos de seleção para residência de que participou. Uma escolha “cômoda”, derivada da influência familiar foi também relatada.

Aí ficava aquela coisa, meu pai falava "tá acabando a faculdade, você vai fazer o que você quiser, não se preocupe, escolhe o que você quer fazer, mas assim, se você for trabalhar comigo na Reumato, já está tudo pronto". Naquela época eu era muito medrosa e a realidade é que o dia a dia dela eu detestava. Eu fui vendo que na verdade eu escolhi aquilo porque era mais cômodo, não porque eu gostasse mesmo e era aquilo que eu queria viver todo dia.

(E11, da Reumatologia para UTI)

5.5 A reescolha e suas razões

Muitos entrevistados apresentaram sinais de insatisfação com a escolha realizada já na residência médica ao se depararem com a realidade de uma prática vivenciada como estressante ou distante da imaginada.

A organização do trabalho, seja pela sobrecarga, seja pela burocracia, levou a questionamentos sobre a escolha inicial. Relações de trabalho hierarquizadas e desgaste emocional derivado do cuidado ao paciente e do estresse da atividade também colaboravam para a insatisfação e a revisão da escolha.

A residência em Pediatria é muito boa do ponto de vista de aprender a prática, você vive intensamente todo aquele ambiente. Foi um processo de descoberta para mim do que é ser pediatra, fora do mundo científico acadêmico. Eu comecei a conviver com a parte do dia a dia: os plantões, você chegar no pronto-socorro e ter 300 crianças esperando, mãe estressada, gritaria, choro, imprevisto. É uma área que exige do profissional um preparo físico e emocional muito intenso. A demanda é enorme, em qualquer lugar, e aquilo me desagradou muito, porque meu ritmo interno é outro, eu gosto de parar para ler, de ter horário de repouso, de atender um paciente por vez. Todo lugar que eu ia trabalhar era hiper mega lotado, uma tensão para você resolver todos os casos e resolver muito rápido. Enfim, era interminável.

(E1, da Pediatria para Psiquiatria)

Na cirurgia geral eu já falei "nossa gente, isso é um porre, né? Não é nada do que a gente achava". Até entrar eu só pensava no dia que eu ia ser residente da cirurgia. Acho que desde o 4º ano meu sonho era o 1º dia de residência: eu ia passar o dia inteiro no hospital, eu ia operar o dia inteiro, e eu ia fazer isso e aquilo. Aí já no começo falei "Argh, é isso?! É levar bronca, buscar exame, fazer pedido de exame, chorar no ultrassom pra conseguir fazer, é isso que é ser residente? Não tô gostando mais dessa brincadeira!"

(E18, da Cirurgia para UTI)

Quando já no mundo do trabalho, no pós-residência, as vivências de insatisfação, intolerância e frustração com o que faziam se aprofundavam. Descrições como "sentir-se infeliz" e "não aguentava mais" eram muito presentes nos relatos.

Quando eu comecei tratar os pacientes no consultório, quando eu comecei a tratar, eu me desapontei com os resultados. Eu lia os artigos, eu fazia igual, e os pacientes não melhoravam. Então comecei a me desapontar também com a terapêutica.

(E10, da Pneumologia para Radiologia)

A demanda psicológica era muito grande e eu disse "eu não quero isso pra mim a minha vida toda, não to pronta pra isso". O cansaço físico, o stress e a família toda, porque lá você lidava com pacientes de convênio, particular e residente que fazia tudo, às vezes era só a gente que colocava a mão no paciente, então disse não quero isso pra mim, eu estava desgastada.

(E14, da Pediatria para Medicina Nuclear)

Poucos entrevistados disseram que a mudança ocorreu sem forte insatisfação com a primeira especialidade, isto é, “sem litígio” com a escolha inicial. Alguns disseram que “o interesse mudou”, outros que pensavam na primeira área como transição. Houve profissionais que incorporaram em sua trajetória a especialidade anterior mesmo mudando de área.

Nunca foi um “eu estou na Pediatria, mas eu odeio a Pediatria”, não, nunca foi um problema ser pediatria.

(E12, da Pediatria para Psiquiatria)

Eu me sentia realizado profissionalmente, porque eu tive muitas experiências, fui bem sucedido, não tinha muito mais desafios. E a Psiquiatria me pareceu, intelectualmente, algo interessante e estimulante.

(E9, da Medicina do Trabalho para Psiquiatria)

Motivos pessoais como maternidade, adoecimento na família e o próprio adoecimento também foram relatadas por alguns entrevistados, justificando sua mudança de trajetória profissional. Vale dizer que, nesses casos, em algum momento da entrevista, esses médicos esboçavam já algum tipo de incômodo com a prática da primeira área.

Então, eu não deixei por não gostar, ou pela profissão não estar me devolvendo o que eu quero, de maneira alguma. Foi realmente por questões pessoais e se essas questões pessoais fossem resolvidas, eu voltaria para a Anestesia.

(E5, da Anestesiologia para Nutrologia)

Aí de repente tudo que eu mais queria era ser mãe, o resto não encaixava. O bebê não encaixava na minha vida e depois que eu decidi que ia ser mãe, a minha vida não encaixava no meu bebê. Aí entrei em parafuso, “o que vou fazer agora? Bom, não importa, vou ser mãe e vou ser mãe mesmo”. Porque não acho que dá para ser mãe e cirurgiã de verdade, eu não conseguiria.

(E7, da Cirurgia para Homeopatia)

Aí aconteceram duas coisas: primeiro comecei a ter dor no ombro, então eu comecei a ver que ou diminuía o ritmo ou fazia uma segunda opção; segundo (uma coisa que para mim foi decisiva para mudar) – eu não me identificava com o que eu estava fazendo. Aquilo não fazia mais sentido para mim, eu me

via como fazedora de exames. Então, tudo que eu tinha estudado... Eu não me via médica, pra ser sincera.

(E3, da Cirurgia para Medicina do Trabalho)

Muitos entrevistados referiam que, mesmo gostando da especialidade, o cotidiano da prática implicava em um estilo de vida indesejado.

O que eu não gostei é do dia a dia do pediatra. Acho que a qualidade de vida do pediatra é muito sofrida. Tinha época que eu acordava de noite achando que a enfermeira estava me chamando. O plantão é muito estressante, o que é oferecido no plantão pra um pediatra trabalhar é muito pobre, é muito caótico.

(E1, da Pediatria para Psiquiatria)

Eu adorava o procedimento, gosto disso até hoje, sinto falta, mas a complexidade que envolvia minha vida pessoal, eu não gostava. Eu gosto de ter os meus momentos não médicos de poder sair, ir para o shopping e tomar uma cerveja sem a preocupação de ter que voltar para o hospital.

(E3, da Cirurgia para Medicina do Trabalho)

E eu fui descobrindo que, primeiro, eu não gostava de trabalhar sozinha dentro de uma sala com o paciente, detestava aquilo, achava monótono, chato, sem graça, apesar de achar a especialidade legal. Eu achava legal a interação com outros médicos, o trabalho em equipe, que é tudo que você não faz num consultório. E mais ainda, eu achava legal aquela coisa de você ter resposta imediata do que você faz. Então eu me peguei trocando, dos cinco dias da semana eu ficava quatro na emergência e um no consultório, aí eu falei “não, alguma coisa está errada”

(E11, da Reumatologia para UTI)

A remuneração, de uma maneira geral, não pareceu ser fator fundamental para a saída ou procura de nova área. Apenas uma das entrevistadas referiu que se viu refém de uma prática com remuneração muito mais baixa comparada a outras especialidades.

Se for pensar em dinheiro, eu ganho menos hoje fazendo Medicina do Trabalho do que eu ganhava na endoscopia, mas eu estou muito mais tranquila e muito mais feliz, muito mais satisfeita.

(E3, da Cirurgia para Medicina do Trabalho)

Na Anestesia eu ganhava muito melhor, muito melhor. A diferença é assim gritante. Mas tranquilo, o que dá para ganhar no consultório dá para ter uma qualidade de vida boa, a minha consulta não é uma consulta barata, eu não trabalho muito, não sou uma alucinada em trabalhar, então eu tenho uns horários supertranquilos. Eu trabalho de terça a sexta, das 8h às 15h, com uma hora de almoço, almoço em família, vou a pé para casa, tudo aqui pertinho. Então assim, a qualidade de vida está ótima.
(E5, da Anestesiologia para Nutrologia)

Alguns entrevistados, durante a graduação, já apresentavam algum interesse pela segunda área de escolha; outros sequer a haviam considerado durante o curso. Remuneração, preconceito ou desconhecimento desta segunda área foram algumas razões apresentadas pela não opção em um primeiro momento.

Realmente, não tive aula disso na faculdade. Então foi uma aproximação e a percepção de uma super beleza nessa área, além de uma utilidade muito grande. Eu costumava falar que como ginecologista, ia ser mais um; como fisiatra eu sou “o cara”, faço uma reabilitação bonita, tem tecnologia americana, drogas de última geração de toxina botulínica...
(E16, da Ginecologia para Fisioterapia)

Eu acho que foi muito deficiente lá na faculdade, a gente não teve UTI, por exemplo. A Clínica Médica e a Emergência mal a gente teve. A nossa vivência era muito pequena, era muito pouquinho.
(E11, da Reumatologia para UTI)

Resgatei da minha história uma especialidade que, na verdade, sempre me encantou que é a Psiquiatria. Na verdade, antes de fazer Medicina eu queria ser psiquiatra. O que me dissuadiu foi que já no final do meu curso de Medicina eu não tive uma boa experiência na Psiquiatria no internato. Aí falei assim “eu vou resgatar a Psiquiatria, que é um assunto de interesse meu, e também para resgatar um estilo de vida que eu acho que nunca vou ter como pediatra”, né, vou viver a vida dando plantão e dividindo escala e sendo maltratado nos pronto-socorro por pais, eu não quero isso para mim. Então foi aí que eu troquei.
(E1, da Pediatria para Psiquiatria)

5.6 A transição

Alguns dos entrevistados relataram ter sido uma fase com obstáculos e exigências, como necessidade de plantões. Apesar disso, conseguiram sustentar-se financeiramente durante a transição, sem relatos de desemprego e dificuldade de inserções no campo do trabalho.

Então, ao longo de mais ou menos 3 anos eu fui, sem fazer uma residência formal, complementando as áreas de formação mais geral na psiquiatria. Até que chegou o momento que eu me vi nessa encruzilhada: eu estava me entusiasmando tanto, gostava da outra parte, mas começou a me mobilizar menos, porque essa área nova de estudos começou a demandar muito.

(E8, da Nefrologia para Psiquiatria)

Não fiz a pós em Medicina do Trabalho com a intenção de ser médica do trabalho, nunca tive essa intenção. Eu comecei a achar interessante quando eu comecei a trabalhar, porque eu falei assim “não dá para ter só o título e não exercer, não pegar a mão, porque eu quero ver como é isso no dia a dia”. Aí eu comecei a trabalhar, fazendo endoscopia e trabalhando. Comecei fazendo só 12 horas, no início não era minha atividade principal, eu fazia muito mais endoscopia que medicina do trabalho. E aí foi aumentando, até que chegou uma hora que eu falei assim “vou fazer só medicina do trabalho.”

(E3, da Cirurgia para Medicina do Trabalho)

Muitos referiram ter vivenciado forte desaprovação social ao reescolher a especialidade. Eram considerados “loucos”, sentiam-se discriminados pelos pares, sendo essa vivência, para alguns, o grande estresse na transição.

Na verdade, as pessoas até diziam que eu estava louco, porque eu tinha uma posição profissional muito boa como médico do trabalho. Significava abrir mão de uma posição profissional boa pra começar do zero. Eu fiz relativamente rápida a transição, porque uma coisa que ajudou é que eu tinha o vínculo no HC e esse vínculo eu comecei a usar na psiquiatria, aí depois eu comecei a dar plantão de emergência psiquiátrica, fiz concurso na Prefeitura, no Estado comecei dar plantão, e um ano depois eu abri o consultório.

(E9, da Medicina do Trabalho para Psiquiatria)

Eu já era muito bem estabelecida, então as pessoas acharam que eu estava com algum problema mental. Das pessoas mais novas, eu era a que tinha

melhor consultório, na época. Eu tinha consultório melhor que alguns assistentes lá da pneumo já. Eu tinha gente com mais gente, mas era convênio. Outra coisa, já trabalhava nos grandes hospitais, então assim, até as pessoas que eram próximas, a Laura (foi pra quem eu deixei meus pacientes), ela até último minuto achou que eu não estava bem, que tinha que fazer terapia. Eu até fui fazer um pouco de terapia por causa disso, porque eu queria fazer essa mudança. Eu comecei fazer terapia nessa época, mas acho que foi mais pelo incômodo que estava dando pras pessoas do que pra mim, eu tinha certeza de que eu confiei que ia ser melhor depois, eu sabia que ia ser um período difícil. Foi muito difícil. (E10, da Pneumologia para Radiologia)

Somente uma das entrevistadas, que saiu da Medicina de Família e foi para a Geriatria, vivenciou algo diferente. Segundo ela, as pessoas consideravam que a especialidade de cuidado a idosos seria mais “nobre” em relação à Medicina de Família (“a médica do postinho”).

Nos meus amigos médicos também tinha um certo preconceito da medicina de família: "a médica do postinho", eles falavam para mim. Então Geriatria eles reconhecem um pouco mais. Para mim, nunca tive essa coisa de ser a médica de postinho porque o que a gente fazia lá era milagre e tem que ser muito médico para dar conta de atender tudo. (E6, da Medicina de Família para Geriatria)

Vivências positivas na nova residência ou especialização, como o estabelecimento de novas amizades, foram também relatadas.

Ah, foi muito bom, porque o grupo que a gente criou foi fantástico, a residência me trouxe conhecer médicos do Brasil inteiro, minha turma tinha pessoas de estados diferentes, 16 médicos de lugares diferentes, muitos estados diferentes, então ampliou muito meu leque. Durante a residência você convive com gente muito diferente. (E14, da Pediatria para Medicina Nuclear)

5.7 O pós-reescolha

Muitos se percebem melhores médicos hoje, dizem sentir-se aliviados, preenchidos emocionalmente e com satisfação. Todos os entrevistados estão empregados e nenhum passa por dificuldades financeiras na nova área de

trabalho. Apenas uma médica refere inquietação frequente, acenando com a possibilidade de ainda fazer mudanças.

Para mim foi um alívio. Fazendo essa movimentação da Pediatria para a Psiquiatria, eu agradecia. Agradei vários dias, quando comecei na nova residência, falava assim “meu Deus, muito obrigado por isso estar acontecendo agora, por eu ter passado no concurso para Psiquiatria, por ter entrado, ter encontrado o que encontrei, ter me identificado mais com a equipe, com os temas, com as discussões”. Parecia que tinham tirado uns 10 kg de peso das costas.

(E1, da Pediatria para Psiquiatria)

Acho que você tem que ser feliz no que você faz e eu acho que eu sou. Agora que eu voltei a trabalhar, eu gosto do que eu faço, de estudar e pegar um artigo novo, eu senti agora, quando voltei a estudar, como eu gosto, como eu gosto de estudar e fazer um diagnóstico, de ter um tempo pra pensar um pouco mais.

(E14, da Pediatria para Medicina Nuclear)

E é fantástico, é muito legal e eu me sinto até mais completa como médica na Homeopatia do que me sentia antes na Cirurgia, porque até, como a gente ficava muito tempo só com a Cirurgia, eu comecei a esquecer algumas coisas da Clínica.

(E7, da Cirurgia para Homeopatia)

Eu sou muito feliz, eu sempre falo para os meus residentes na Escola “eu sou muito feliz anestesista, mas eu sou melhor anestesista porque fui pediatra”

(E2, da Pediatria para a Anestesiologia)

Alguns entrevistados, embora mais felizes neste momento atual, referem saber que ainda podem retornar à prática da primeira área.

Enfim, não sinto falta nenhuma, mas eu sei que eu posso ainda, se eu quiser eu posso participar de uma cirurgia, então eu sei que eu posso. Acho que é que nem ex-fumante, sabe que tem o cigarro lá então fica mais tranquilo em não fumar quando para de fumar, quando para de fumar sabe que o cigarro está ali. Acho que é mais ou menos isso, está ali, eu sei que eu posso, quando eu quiser entrar numa cirurgia eu posso. Então não sinto falta nenhuma, estou bem tranquila. E a homeopatia é uma medicina muito diferente, extremamente diferente, é mais completa, é bonita e eu não conhecia antes. Eu estou muito feliz com a escolha, muito feliz.

(E7, da Cirurgia para Homeopatia)

6 DISCUSSÃO

Este estudo buscou compreender o processo da reescolha da especialidade junto a médicos que optaram por mudanças em suas áreas originais de trabalho, num determinado momento de suas trajetórias profissionais.

Sabe-se muito pouco sobre essas “alterações de rota” dentro da carreira médica e, como ponto de partida, buscou-se indagar, inicialmente, se haveria, no início das histórias profissionais dos sujeitos, algo especial ou diferente quanto ao “por que ser médico”.

O grupo de médicos entrevistados mostrou-se “típico” ao responder a essa questão, elencando razões frequentemente presentes na literatura da área. Além disso, a atmosfera geral foi quase consensual no sentido de “vamos falar pouco deste assunto”, com relatos rápidos e tangenciais sobre a motivação real da escolha da Medicina.

Poder-se-ia pensar em tal reação como uma dificuldade dos sujeitos em acessar profundamente suas histórias ou, simplesmente, como uma estratégia defensiva no momento inicial da entrevista, evitando maior exposição da intimidade. Entretanto, é importante ressaltar que expressar sentimentos e delinear os motivos da escolha pela carreira médica pode não ser mesmo uma tarefa simples ou agradável.

Em um estudo qualitativo, onde alunos de graduação de Medicina foram questionados sobre seus motivos de escolha profissional, um dos estudantes revelou, ao entrevistador, saber de colegas que “fugiam” da pesquisa ao terem conhecimento que seriam perguntados sobre a escolha da Medicina (Ribeiro, 2011).

É preciso considerar que, no processo de escolha profissional de um indivíduo, muitas são as variáveis envolvidas, desde as psicológicas e afetivas até as sociais e econômicas. Dessa maneira, é compreensível, ao se questionar a motivação profissional, alguma dificuldade em discriminar todas estas linhas de força. Além disso, sabe-se que o produto final de uma escolha é resultante de uma história longa, mais ou menos consciente, mais ou menos tranquila (Bellodi, 2001).

Nem todas as pessoas conseguem acessar facilmente seu percurso de escolha, relatando o que é central, como se posicionaram frente às diferentes variáveis, como se apropriaram das influências e para qual futuro desejavam se lançar (Scheibe, 1997).

Em especial, considerando-se a profissão médica, há tempos se questiona porque um indivíduo escolheria a Medicina como carreira e, assim, desejaria viver tão próximo a morte, sendo este o fato mais temido e evitado ao longo da vida (Millan et al, 1999).

Bellodi (2001) divide, didaticamente e em linhas gerais, três campos de compreensão para essa questão. A primeira contempla as raízes históricas da prática médica. A figura do médico foi considerada, ao longo dos anos, como a do sacerdote ou representante da nobreza onde a onipotência, o poder e o respeito são atrelados a construção da figura do médico. O segundo aspecto é aquele relacionado a razões mais conscientes expressas pelo interesse científico, de auxílio ou econômico. Por fim, há razões inconscientes. A partir delas, a pessoa buscaria justamente o que teme: a dor, o sofrimento e a morte.

Neste sentido, a vocação médica seria compreendida como expressão de desejos de lidar com o medo da morte e da finitude ou da reparação psicológica de algum trauma experienciado muito precocemente em sua construção psicológica. Seria a possibilidade de “curar” algo que não pode resolver na vivência infantil. Ainda, permite lidar com impulsos mais primitivos tais como os agressivos, aqueles relacionados ao corpo, a sexualidade e a intimidade. Mas, enquanto campo de pesquisa em Educação Médica, muito se investiga sobre as motivações de um jovem para ser médico (Wouters et al, 2017).

De maneira geral, os levantamentos epidemiológicos, numa abordagem quantitativa e geralmente por meio de questionários, evidenciam que os estudantes de Medicina, em diferentes contextos, justificam suas escolhas expressando o desejo de ajudar pessoas, desejo por um emprego estável, desejo de fazer o bem e salvar vidas, senso de altruísmo, conhecimento científico, admiração por familiares e respeito social (Trimble, 2016). Em um dos vários estudos feitos em nosso meio, este pela Faculdade da Saúde Pública da USP (Ignarra, 2002), os resultados não foram diferentes: a

pesquisadora identificou que no “encontro com a vocação” permanecem como razões de escolha pela Medicina os valores tradicionais de ajudar pessoas, salvar vidas e melhoria da sociedade.

As pesquisas qualitativas, por outro lado, têm permitido, por meio de relatos e narrativas, identificar não apenas as razões de escolha dos sujeitos, mas de que forma elas estão entrelaçadas com suas histórias de vida, com os artefatos sociais e com o discurso construído ao longo do tempo (Trindade e Vieira, 2009). Diferentemente do que se revela em um questionário, o relato frente a um entrevistador mostra que a rede de relações neste processo vem a ser bastante complexa (Leung, 2015; Wouters et al, 2017), sendo o resultado diferente da simples soma de diferentes razões de escolha.

De uma maneira geral, os relatos dos médicos entrevistados expressam motivações da escolha pela Medicina ligadas aos fatores conscientes e clássicos. Dois sujeitos relataram conteúdos de natureza mais psicológica, no caso uma reparação de frustração paterna ou de processo infantil de adoecimento.

Vale destacar, ainda, que o relato da escolha pela Medicina remeteu todos os sujeitos a uma apresentação que ressaltava seu lugar dentro da família de origem, seja como aqueles que inovaram ou aqueles que deram continuidade a uma tradição familiar médica. Na Medicina, o capital geracional é tema frequente nos estudos sobre a vocação (Millan, 2005), sendo a família reconhecida como fator de influência em contextos culturais bastante diversos, como mostra o estudo indiano de Pruthi et al, 2013.

Confirmando a compreensão de que os processos de escolha são determinados também por aspectos sociais e contextuais, o estudo de Saad et al (2011), mostrou que em 87% de uma amostra de alunos de Medicina a família foi apresentada como influência importante no processo de escolha, além de fornecedora de modelos positivos. Outro estudo brasileiro, realizado a partir de relatos de médicos considerados renomados, aprofunda essa questão, identificando que a escolha profissional médica foi fruto de estratégias familiares inconscientes de ascensão e manutenção de prestígio social (Fiore e Yazigi, 2005).

Ao final da graduação, no momento da escolha pela 1ª especialidade, os sujeitos do estudo apontaram a influência de uma série de fatores, destacando a importância das vivências da graduação, tanto do curso e suas disciplinas, quanto dos professores, no estímulo e reconhecimento de interesses e habilidades para certos tipos de prática. Características pessoais e da personalidade completaram o quadro para alguns entrevistados. Remuneração e mercado de trabalho pouco influenciaram nesse momento. O tipo de paciente e o tipo de prática foram nomeados por quase todos os entrevistados, mostrando identificação com as áreas a partir de interesses pessoais, sem reflexão sobre os fatores externos, sociais ou do contexto do trabalho.

Neste sentido e, em linhas gerais, os fatores para escolha de especialidade são divididos em dois grupos: fatores intrínsecos, ligados a preferências pessoais e características de personalidade, e fatores extrínsecos, relacionados ao mundo do trabalho e campo de atuação (Abdulghani et al., 2013).

Considerando-se os fatores intrínsecos, em especial a questão da personalidade, os estudos valorizam os aspectos pessoais em diferentes graus. Bellodi (2001), ao estudar a escolha da especialidade em nosso meio, por meio de entrevistas e do Psicodiagnóstico de Rorschach, apresenta as diferentes razões que levaram residentes a escolher entre a área clínica e a cirurgia, destacando a importância do “jeito de ser e se relacionar com o mundo” nesse processo.

Alguns pesquisadores reforçam, entretanto, que as características pessoais ou da personalidade não podem ser consideradas de forma isolada (Jafrani et al, 2017). Em trabalho recente, Sievert e colegas (2016) identificam que há uma variabilidade grande de características de personalidade entre os médicos nas diferentes especialidades. Consideram que embora existam fortes associações entre perfil e algumas especialidades, os médicos, como um grupo, mostram-se resilientes, de alta performance, adaptáveis e com significativa heterogeneidade no plano dos temperamentos e caráter.

Para eles, não existe exclusividade na relação entre determinados tipos de especialidade e perfil profissional e sim uma relação muito complexa entre escolha médica, características da personalidade e bem-estar. Mais importante

do que escolher alguma especialidade baseada na personalidade, esses autores defendem o foco no bem-estar do médico frente as demandas da área. Neste sentido, traços como senso de diretividade, capacidade de cooperação, flexibilidade e persistência seriam muito importantes no desenvolvimento da carreira médica.

Em relação aos fatores extrínsecos, alguns autores sublinham que se o processo de vocação médica, isto é, da escolha pela Medicina, vem a ser mais oculto, o da escolha de especialidade vem a ser mais consciente, sujeito a várias reflexões e rumações (Mello Filho, 2006). Os aspectos pecuniários e pragmáticos ganhariam mais destaque no momento da escolha da especialidade.

A escolha da especialidade médica pode, ainda, ser compreendida como fruto da integração do indivíduo com as dinâmicas das interações sociais, principalmente aquelas do grupo social a qual ela pertence ou pretende pertencer (Rodrigues, 2006). Grupos constroem “realidades psicológicas” e as identidades médicas podem ser por elas influenciadas. Póvoa (2006), no campo da Psicologia Médica, ao refletir sobre a personalidade e na psicodinâmica do médico, propõe que não sejam desconsiderados os aspectos sociais.

Independentemente das diferenças individuais, existem elementos nos comportamentos dos médicos que são reflexos de influências das demandas sociais, da racionalidade científica e da própria formação médica. Bohoslavsky (1977), por exemplo, reforça também que, para além das questões psicológicas reparatórias, há todo um contexto que permite ou não a ancoragem da escolha na história psicológica do sujeito.

Nesse sentido, compreende-se o destaque dado pelos entrevistados à importância do curso na escolha da especialidade. Professores vistos como modelo e disciplinas bem estruturadas propiciaram uma experiência positiva com algumas especialidades ao longo do curso. Na literatura, diversos autores defendem a importância do curso no processo de escolha da especialidade (Al-Ansari e Khafagy, 2006; McManus et al, 1996).

Segundo Alawad et al (2015) dificilmente algum aluno faz uma escolha baseada em uma área que não tenha feito parte de sua graduação. Querido e

colegas (2016), em sua revisão sistemática, identificam a importância de uma série de fatores para a escolha da especialidade. Além das características do aluno (idade e personalidade), os autores destacam as características da escola médica e da estrutura curricular e, especialmente, a percepção subjetiva das especialidades ao longo do curso, considerando o status e a qualidade de vida a elas atribuída. Para Kawamoto e colaboradores (2016), a experiência educacional também é um dos fatores importantes envolvidos na escolha de especialidade. Aliam-se a ela outros aspectos como a segurança profissional, os conselhos recebidos por pessoas, a centralidade do modelo do professor, as possibilidades técnicas e de pesquisa no campo, as motivações pessoais e, novamente, a qualidade de vida.

Embora pouco referidas pelos entrevistados, aspectos como prestígio, remuneração, gênero e qualidade de vida parecem uma tendência atual nos estudos do tema (Lefevre et al, 2010). No Reino Unido, por exemplo, a percepção da especialidade como envolvendo menor quantidade de horas de trabalho foi a influência mais importante no processo de escolha. Na Turquia, outro estudo mostrou que prestígio e retorno financeiro são os mais importantes (Abdulghani et al, 2013).

Enoch et al (2013) demonstrava que especialidades com estilo de vida controláveis como anestesiologia, dermatologia, emergência, neurologia, oftalmologia, otorrinolaringologia, patologia, psiquiatria e radiologia têm sido preferidas a pediatria, ginecologia e ortopedia. Nos Estados Unidos, estudo mostra aumento da popularidade de áreas como radiologia, psiquiatria, dermatologia e oftalmologia, enquanto cirurgia, pediatria e obstetrícia diminuem (De Zee et al, 2013).

Souza e colegas (2015), ao estudar a escolha da especialidade em nosso meio, junto a estudantes do Rio de Janeiro e da Bahia, discute que a questão financeira talvez não apareça como motivação inicial. Reforça, por outro lado, que muitos médicos procuram áreas de estilo de vida controlável. Para esses médicos, o tempo de lazer e autonomia são importantes. Essas questões, ligadas à prática e ao mundo do trabalho, apareceram, por outro lado, de forma significativa, para justificar as motivações da reescolha da especialidade.

Os relatos mostraram que os entrevistados acabaram se dando conta das especificidades da especialidade apenas quando a praticaram em cenários profissionais, na Residência Médica ou nos primeiros empregos. Ao entrarem no mundo do trabalho propriamente dito, os médicos pareciam apresentar pouco repertório sobre questões como empregabilidade, retorno financeiro e horas dispendidas na atividade.

Isso pode indicar que a formação médica em nosso meio, na fase da graduação, aborda pouco temas como desenvolvimento profissional e de carreira, valorizando mais os aspectos de conteúdo das diferentes áreas. Talvez, durante o curso médico, fale-se mais sobre patologias e tratamentos do que o que significa ser médico nos diferentes campos. O cotidiano das diferentes práticas, algo que foi fundamental para a reescolha nesse estudo, parece não ter sido objeto de investimento ao longo da formação desses sujeitos.

Outro aspecto a se considerar é que o grupo entrevistado acabou sendo composto majoritariamente por mulheres. Como em vários países, ocorreu um processo de feminilização da profissão em nosso meio, demonstrado em estudos de demografia médica (Scheffer, 2015). Foi possível perceber, em alguns relatos, questões próprias de gênero, principalmente relativas à maternidade, à sobrecarga por uma segunda jornada de trabalho e à dificuldade em se inserir em especialidades tradicionalmente masculinas. A variável gênero tem sido cada vez mais abordada na literatura da escolha da especialidade (Alers et al, 2014) e nossos resultados reforçam outros estudos que mostram o quanto a especialidade impacta na qualidade de vida das mulheres (Togeren-Alers et al, 2011).

Poucos foram aqueles que trocaram sua especialidade em função de mudança ou ampliação de interesse. A maior parte do grupo relata ter entrado em um processo de desgaste psíquico com a área, já com pouco tempo de prática.

Para Selligman (1994), o desgaste mental no trabalho pode ser entendido como a perda ou as transformações negativas da subjetividade, isto é, das capacidades e faculdades humanas, no exercício laboral. Além disso, a noção de desgaste mental remete a uma visão ampliada do processo saúde-

doença e à organização do trabalho como norteadora desse processo (Paparelli, 2009).

Dejours (1994), ao tentar entender a ação de um sujeito em um contexto determinado de trabalho e na sua relação com ele, propõe que todo comportamento vem a ser motivado, ou seja, tem um sentido. Para ele, se uma certa atitude vem a ser insólita no contexto do trabalho, isto deve ao sofrimento subjetivo e às estratégias defensivas a este sofrimento, o que parece ter ocorrido neste grupo que reescolheu a especialidade.

Considerando o contexto do trabalho, Mello Filho (2006) refere que o médico, habitualmente, no início da profissão, se depara com uma realidade de funcionamento da profissão com baixos salários, necessidade de manter vários empregos e péssimas condições de trabalho. Considera o autor que, após essa vivência de decepção, as defesas maníacas se esgotam e se instala um clima de desânimo, ansiedade e fantasias de depressão e desistência. Ocorre apatia e desinteresse pelo trabalho, gerando estresse no contato com realidade e *burnout*.

Segundo Dejours (1992), o trabalho torna-se perigoso para o psíquico quando a liberdade para organização do trabalho é limitada, opondo-se aos desejos do trabalhador, gerando aumento da carga psíquica e abrindo espaço para o sofrimento. O bem-estar, por sua vez, seria decorrente da existência de um sentido atribuído ao trabalho executado. Se um trabalho é livremente escolhido e organizado, ele oferece vias de descarga da carga psíquica e é um trabalho equilibrante, estruturante, instrumento de equilíbrio e fonte de prazer para o trabalhador. Do contrário, torna-se fonte de tensão e desprazer, dá origem ao sofrimento e à patologia.

O sofrimento é assim considerado uma vivência subjetiva intermediária entre a doença mental e o bem-estar psíquico, implicando em um estado de luta contra as forças que o empurram em direção à doença mental. Nesse sentido, a reescolha da especialidade pode ser compreendida como uma estratégia a fim lidar com o sofrimento ou adoecimento patológico experimentado pelos sujeitos quando vivenciaram a primeira especialidade. Lancman e Uchida (2003) relatam que uma das descobertas mais importantes da teoria dejouriana e da psicodinâmica do trabalho foi exatamente a

constatação de que trabalhadores buscam mecanismos de defesa individuais ou coletivos, para fazer frente ao sofrimento ligado ao trabalho. Os entrevistados, com a decisão pela mudança de especialidade, mostraram assim uma possibilidade de ajuste ao mal-estar que viviam na primeira escolha, de maneira individual.

Muitos entrevistados expressaram sua insatisfação diante de aspectos como sobrecarga, organização do trabalho, hierarquia nas relações, estresse com o cotidiano da prática, mas também, e especialmente, com o estilo de vida dela decorrente. Esses fatores, mais do que a ausência de significado na tarefa, parecem ter sido os componentes do trabalho que se opuseram, como propõe Dejours (1994), à descarga de energia e travaram o livre jogo do sistema "motivação-satisfação", ou melhor, do desejo-prazer.

Interessante perceber também que não há, no grupo estudado, saídas coletivas frente ao sofrimento com o trabalho. Os relatos são calcados no mal-estar subjetivo, no desprazer pessoal e na procura por saídas próprias. Nessas saídas individuais, estratégias adaptativas foram utilizadas quando consideradas as questões financeiras e de nova capacitação. Alguns contaram com o suporte financeiro familiar ou conjugal, a maioria conseguindo se manter através de plantões e se especializaram novamente com relativa tranquilidade.

Pelos relatos, o maior desconforto sentido pelos sujeitos, durante o processo de mudança, esteve relacionado à desaprovação social. Em geral, os médicos se sentiram pouco compreendidos e até, por vezes, atacados e percebidos como fracassados. Mesmo reempregados, caminhando profissionalmente, alguns médicos referiram certo mal-estar quando precisam falar da mudança para outros.

Alguns autores, classicamente, refletem sobre a mudança de especialidade como algo com sentido negativo. Mello Filho (2006), por exemplo, entende que a escolha de especialidade é um aspecto importante de identidade médica e quando não se dá de modo harmônico pode gerar insucesso, traumas em suas carreiras e abandono da profissão. Vaz de Arruda e Millan (1999) também defendem que o sucesso do jovem na carreira e ajustamento do futuro dependem da escolha inicialmente bem-feita. Se a escolha foi inadequada, o ajustamento seria mais difícil e quase sempre

conseguido somente através de mudanças de área ou da especialidade. Mas, por outro lado, também assinala o perigo de acomodações em locais desprazerosos em função de medo de mudança.

Neste estudo, os sujeitos, diferentemente dessa perspectiva tradicional, não significaram a reescolha como uma falência em sua trajetória. Os relatos, na sua totalidade, mostraram que a mudança da especialidade foi sentida como positiva, especialmente quando consideram seu novo estilo e qualidade de vida.

Isto reforça o peso desses fatores nas escolhas profissionais, tal como mostra a literatura atual sobre o tema. Zaher (2000) questiona a 293 médicos quais mudanças gostariam de fazer suas vidas. Desse grupo, poucos gostariam de mudar de especialidade. Entretanto, mais de um terço gostaria de cuidar mais de si, ter mais dedicação a lazer e social.

Parece assim, no grupo estudado, que na mudança de especialidade, mais do que uma nova construção identitária, há uma procura por uma prática que os afaste do desgaste ou desinteresse. Assim, o médico que reescolheu a especialidade privilegiou, de maneira-geral, práticas que permitam maior bem-estar e que gerem maior satisfação individual. Em outras palavras, ocorreram mais mudanças de estilos de vida pessoais do que mudanças profundas na identidade profissional. Para além de um “erro vocacional”, parece que os médicos procuravam uma prática mais confortável, sem os incômodos sentidos no campo anterior e que os satisfaça, seja correspondendo seu ideal de qualidade de vida, sua inquietação intelectual e/ou correspondendo melhor suas expectativas pessoais.

Cabe, então, compreender qual o sentido de o profissional médico privilegiar o estilo de vida, o tempo livre e a qualidade de vida em sua carreira. Diferentes autores vêm se debruçando sobre essa questão, procurando compreendê-la de forma mais aprofundada. Segundo Nogueira (2007), a noção de estilo de vida está em evidência na medicina atual. Para essa autora, o nascimento da idéia do estilo de vida, assim como a noção da qualidade de vida, remete ao individualismo e ao discurso científico e designa o modo distintivo de camadas ou grupos sociais se direcionarem por valores e gostos próprios. A expressão vem sendo utilizada em larga escala nas práticas em

medicina e, geralmente, encontra-se acoplada à ideologia da cultura de consumo contemporânea, revelando o foco na individualidade, auto expressão e na liberdade individual. Para essa autora, os médicos têm sido, em suas práticas atuais, difusores da idéia de estilo de vida saudável, promovendo e autorizando mudanças a partir de seu lugar de peritos.

Interessante considerar que, sendo portadores sociais dessa proposta, nada mais natural aplicarem isto a sua especialidade e suas práticas, embora o imaginário social do trabalho médico envolva abnegação, altruísmo e dedicação.

Costa (2011) aponta que, na contemporaneidade, elementos como engajamento público, investimento em causas coletivas, busca de ideais e interesse pelo outro são substituídos pelo consumismo, culto ao corpo e pelo narcisismo. O termo qualidade de vida, para esse autor, carrega consigo a importância de se adquirir hábitos que garantam a beleza, a saúde e a forma corporal ideal. Segundo ele, qualidade de vida teria relação com um foco excessivo na cientificidade do melhor corpo, do bem-estar e das práticas mais exitosas.

Segundo Berenguer (2010), o médico de hoje adere facilmente à cultura da estética, do consumo e da primazia do ter. Os seres enfermos são excluídos desta categoria de valores e acabam sendo depreciados. O sacerdócio da profissão, dessa maneira, vem a ser percebido por muitos como ridículo, sem sentido, inútil ou absurdo. Para ele, a bússola psíquica que teria como sentido o próximo está desorientada e não se sabe quem vem a ser o outro e, tampouco, qual sua finalidade. A dependência excessiva do técnico - e o que isto implica - faz com que o médico perca a criatividade, a inventividade e a genialidade, o que permite justamente a reafirmação do sujeito e do contorno social.

Ainda segundo esse autor, o médico na atualidade constantemente perde a sensação de gratificação pela sua tarefa. O processo de especialização médica fragmenta o paciente em órgãos e vísceras e acaba por emoldurar as práticas como tecnicistas e distanciadas, piorando ainda mais a sensação de falta de completude. Nesse contexto, os fracassos e os erros

determinam um profundo vazio e isolamento em si mesmo, resultando em profunda insatisfação.

Os relatos sobre o pós-reescolha mostraram também que, mais que mudanças identitárias, mudaram suas práticas, suas atividades e, sobretudo, seu estilo de vida. Apesar das dificuldades em lidar com algum tipo de crítica das pessoas do seu meio, os médicos entrevistados, em sua totalidade, se mostraram bastante satisfeitos com a mudança. Expressaram, em muitos relatos, que passaram, inclusive, a se sentir “melhores como médicos”. Foi possível, em muitos casos, integrarem as áreas e ampliar suas práticas atuais com a base dos conhecimentos e experiências da especialidade anterior. Não mostraram dificuldades na recolocação no campo do trabalho ou privações financeiras.

Vale considerar que esses médicos fizeram sua transição de carreira, geralmente, de forma individual e essa implicou em coragem para lidar com uma desconstrução. Desconstrução complexa, pois, em muitos casos, o caminho que faziam era promissor e a mudança, assim, pouco compreendida. A mudança valeu a pena, diz o grupo; a trajetória, embora com alguns sacrifícios e ajustes, foi vantajosa.

Interessante considerar, ainda, que a possibilidade de resgate da especialidade anterior era também destacada. Embora a maioria dos sujeitos não deseje retornar à atividade anterior, fica expresso que sempre poderiam, se assim o quisessem. Nesse sentido, a mudança de especialidade seria mais uma transição, onde as identidades seriam somadas, e menos um destino final.

Pouco se falou do novo campo de trabalho e das expectativas em relação à nova área no futuro. Parecem satisfeitos, seja porque o novo interesse pessoal está sendo correspondido, seja pela melhora da sua qualidade de vida. Em geral, os relatos deixam a impressão que a relação com a especialidade anterior foi apagada, tenha sido essa relação “com algumas mágoas” ou “sem litígio”. Foi uma passagem, uma ponte, um percalço, parecem dizer. Tal atitude parece remeter à noção de descartabilidade da história, apresentada por alguns autores como própria do movimento social atual.

A individualização que se segue à liberdade marca sentimentos de insegurança, compensados de diversas formas, sendo que as mais evidentes são a provisoriedade com que são vivenciadas as experiências. Bauman (2001), nesse sentido, utiliza para compreender o fenômeno um conceito que advém da Psicologia: o desapego. O desapego, marca do período pós-moderno, não expressa somente o descompromisso com um objeto de desejo atual, mas a evitação da dor que o objeto pode causar. As lógicas de relação, segundo esse autor, não são então orientadas pelo apego, mas pelas relações descartáveis e de consumo interpessoal. A felicidade correlacionada com o prazer obtido através do que se consome e na representação social disso se torna bastante valorizado.

Em muitos relatos, os médicos descreveram sua mudança como salvadora ou reasseguradora de uma felicidade ampla. Muitos apresentaram um desfecho de conteúdo idílico, permitindo supor a necessidade de revelar um contentamento absoluto frente à mudança, quase como um “final feliz”.

Chama atenção nenhum deles ter revelado qualquer tipo de obstáculo ou mal-estar na atual área de atuação. Birman (2010), também nesse sentido, discute que a contemporaneidade vem marcada pelo mandato de ser feliz. A satisfação, o individualismo, a perfectibilidade, o narcisismo, a autoestima e a qualidade de vida são as palavras de ordem e caminhos para se cumprir a tão alcançada felicidade.

Os médicos deste estudo, inseridos na contemporaneidade, parecem ter buscado maior satisfação. Não se trata aqui de “condená-los” por isso, mas de problematizar a questão dentro de um contexto maior, para além das singularidades da história.

Enquanto estratégia para lidar com a insatisfação, o desgaste ou o desinteresse, a mudança de especialidade parece ter sido positiva. Talvez seja importante refletir se não há o risco de um vazio de significações, para si mesmo e para as práticas médicas como um todo. Um estudo de caráter mais longitudinal pode mostrar isto e as repercussões da troca de especialidade no tempo merecerem ser abordadas em estudos futuros.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Buscar mais qualidade de vida, melhora do estilo de vida, evitar o desgaste, obter tempo livre ou desenvolver outro interesse intelectual se sobressaem nesse processo. Não parece que o grupo, de um modo geral, possua uma questão vocacional com a medicina.

A reescolha da especialidade se mostra mais como o desejo de exercer uma prática mais interessante, mais confortável ou menos estressante. Há, nesse sentido, uma certa "facilidade" em separar-se da identidade profissional como especialista.

O estudo revela que trocar de área vem a ser possível e parece não ser muito complexo. A reescolha da especialidade parece apresentar uma fluidez maior do que se esperaria em um processo de mudança de caráter identitário. Mas talvez valha a pena refletir sobre essa fluidez e o significado psicológico desse movimento.

A reescolha não apresenta em si algo negativo. Pelo contrário, pode ser utilizada como estratégia importante para lidar com a frustração e desgaste do trabalho. Por outro lado, cabe pensar os riscos de um possível vazio derivado de certo desapego às práticas.

O que reasseguraria estabilidade nesse processo de troca? Esses médicos não poderiam se frustrar novamente e desejar nova troca e isto vir a ser interminável? O desapego pela primeira especialidade não poderia revelar "desapegos" também nas práticas? Não estariam os médicos propensos a desenvolverem um sentimento de vazio ou falta de significado frente ao trabalho? Uma das entrevistadas já expressa que espera por uma nova mudança.

Cabe pensar se as mudanças de rota profissional não estão indicando a expressão de saídas individuais, próprias de uma época marcada por poucas aderências a projetos, pouca estabilidade nas relações e identificações frágeis. Os médicos, nesse sentido, não estariam desvinculados do contexto social maior. Tal como nas demais profissões, suas escolhas e reescolhas refletirão as possibilidades e os riscos que a liberdade para transitar traz consigo.

8 REFERÊNCIAS

Abdulghani HM, Al-Shaikh G, Alhujayri AK, Alohaideb NS, Alsaeed HA, Alshohayeb IS, Alyahya MM, Alhaqwi AI, Shaik. *What determines the selection of undergraduate medical students to the specialty of their future careers?* Med Teach. 2013. 35. Suppl1.S25-30

Alawad AA, Khan WS, Abdelrazig YM, Elzain YI, Khalil HO, Ahmed OBE, Adam OAI. *Factors considered by undergraduate medical students when selecting specialty of their future careers.* Pan Afr Med J 2015; 20:102

Al-Ansari SS, Khafagy MA. *Factors affecting the choice of health specialty by medical graduates.* J Family Community Med. 2006 Sep;13(3):119–23

Alers M, Leerdam LV, Dielissen P, Janssen AL. *Gendered specialities during medical education: a literature review.* Perspect Med Educ. 2014 3(3), 163-178

Antunes R. *Os sentidos do trabalho: ensaios sobre a afirmação e a negação do trabalho.* São Paulo: Boitempo, 1999.

Ayre K. *Changing specialties.* BMJ Careers. 08 Oct 2013

Bardin L. *Análise de conteúdo.* Lisboa: Edição 70, 1977.

Bauman Z. *Modernidade líquida.* Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2001.

Bellodi P. *O clínico e o cirurgião - Estereótipos, personalidade e escolha de especialidade médica.* São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

Berenguer AD. *El Narcisismo en la Medicina Contemporanea.* Montevideo: Ediciones Trilce; 2010.

Birman J. Muitas Felicidades, o Imperativo de Ser Feliz na Contemporaneidade. In: FREIRE FILHO, João (org.) *Reflexões sobre o Imperativo de ser Feliz*. Rio de Janeiro: FGV, 2010.

Bohoslavsky R. *Orientação vocacional: A estratégia clínica*. São Paulo: Martins Fontes, 1977.

Burack JH, Irby DM, Carline JD, Ambrozy DM, Ellsbury KE, Stritter FT. *A study of medical students specialty choice pathways: trying on possible selves*. Acad Med. 1997; 72(6): 534-41

Correa A. *Caracterização por procura de especialidades médicas dos candidatos ao concurso SUS-SES/SP entre 1999 e 2004*. Dissertação de Mestrado. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, 17/11/2008.

Corsi PR, Fernandes EL, Intelizano PM, Montagnini CCB, Baracat FI, Ribeiro MCSA. *Fatores que influenciam o Aluno na Escolha da Especialidade Médica*. Revista Brasileira de Educação Médica. 2014; 38(2): 213-220

Costa JF. *O Vestígio e a Aura: corpo e consumismo na moral do espetáculo*. São Paulo, Garamound, 2005.

Cruz JAS, Sandy NS, Vannucchi TR, Gouveia EM, Passerotti CC, Bruschini H, Srougi M. *Fatores Determinantes para a Escolha da Especialidade Médica no Brasil*. Revista De Medicina. 2010; 89(1): 32-42.

Dejours C. *A loucura do trabalho*. São Paulo: Cortez, 1992.

Dejours C, Abdoucheli E, Jayet C. *Psicodinâmica do trabalho: contribuições da escola dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho*. São Paulo: Atlas, 1994.

DeZee KJ, Byars LA, Magee CD, Rickards G, Durning SJ, Maurer D. *The R.O.A.D. confirmed: ratings of specialties' lifestyles by fourth-year US medical students with a military service obligation*. Fam Med. 2013; 45(4):240–6.

Donnagelo MCF. *Medicina e sociedade: médico e seu mercado de trabalho*. São Paulo: Pioneira; 1975

Dorsey ER, Jarjoura D, Rutecki GW. *The influence of controllable lifestyle and gender on the specialty choices of graduating U.S. medical students, 1996–2003*. Academic Medicin. Journal of the Association of American Medical Colleges. 2005;80(9):791–6

Enoch L, Chibnall JT, Schindler DL, Slavin SJ. Association of medical student burnout with residency specialty choice. Medical Education, 47(2): 173–181

Feuerwerker, LCM. *Mudanças na Educação médica e residência médica no Brasil*. São Paulo: Hucitec, 1998

Fiore MLM, Yazigi L. *Especialidades médicas: um estudo psicossocial*. Psicologia: Reflexão e Crítica. 2005; 18(2): 200-206.

Gale R; Grant, J. *Sci45: the development of a specialty choice inventory*. Med Educ. 2002; 36(7):659-66.

Goldacre MJ, Goldacre R, Lambert TW. *Doctors who considered but did not pursue specific clinical specialties as careers: questionnaire surveys*. J R Soc Med. 2012; 105(4): 166–176.

Gomes RM. *Trabalho médico e alienação: as transformações das práticas médicas e suas implicações para os processos de humanização/desumanização do trabalho em saúde*. Tese de Doutorado. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2010.

Gorz A. *Adeus ao proletariado – Para Além do Socialismo*. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1987.

Heikkilä TJ, Hyppölä H, Vanska J, Halila H, Kujala S, Virjo I, Sumanen M, Kosunen E, Mattila K. *What predicts doctors' satisfaction with their chosen medical specialty? A Finnish national study*. BMC Medical Education. 2016; 16:125.

Hohendorff, JV, Prati LE. *Re-escolha Profissional: relato de experiência de orientação profissional com estudantes do Ensino Normal*. Contextos Clínicos, 2010; 3 (1): 51-61.

Jafrani S, Zehra N, Zehra M, Abuzar Ali SM, Abubakar Mohsin SA, Azhar R. *Assessment of personality type and medical specialty choice among medical students from Karachi; using Myers-Briggs Type Indicator (MBTI) tool*. J Pak Med Assoc. 2017; 67(4):540-526

Kawamoto R, Ninomiya D, Kasai Y, Kusunoki T, Ohtsuka N, Kumagi T, Abe M. *Gender Difference in Preference of Specialty as a Career Choice among Japanese Medical Students*. BMC Med Educ. 2016; 16:288.

Lambert T, Goldacre R, Smith F, Goldacre MJ. *Reasons why doctors choose or reject careers in general practice: national surveys*. Br J Gen Pract. 2012; 62(605): 851-858.

Lambert TW, Davidson JM, Evans J, Goldacre MJ. *Doctors reasons for rejecting initial choices of specialties as long-term careers*. Med Educ. 2003; 37(4):312-318.

Lampert, JB. *Tendências de Mudanças na formação Médica no Brasil*. São Paulo : Hucitec, , 2009, 2 ed.

Lancman S, Uchida S. *Trabalho e subjetividade: o olhar da psicodinâmica do trabalho*. Cadernos de Psicologia Social do Trabalho. vol. 6, 2003, p. 79-90.

Lefevre JH, Roupret M, Kerneis S, Karila L. *Career choices of medical students: a national survey of 1.780 students*. Med Educ. 2010; 44(6):603–612.

Leung L. *Validity, reliability, and generalizability in qualitative research*. J Family Med Prim Care. 2015;4(3):324-327.

Lima MT. Diferentes olhares sobre reopção profissional. In: Silva LM; Santos MA, Simões JT, Avi MC. (Orgs.) *Arquitetura de uma ocupação - Orientação profissional: teoria e técnica*. São Paulo: Vetor, 2003. p 61-68

Machado MH (coord). *Os médicos no Brasil: um retrato da realidade*. [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1997. 244

McManus IC, Lefford A, Furnham S, Shahidi S, Pincus T. *Career preference and personality differences in medical school applicants*. Psychology, Health & Medicine. vol. 1. n.3. 1996.

Mello Filho J. *Identidade Médica*. São Paulo. Casa do Psicólogo. 2006, 1 ed.

Millan LR. *Vocação Médica: Um estudo de gênero*. São Paulo. Casa do Psicólogo. 2005, 1 ed.

Millan LR, De Marco OL, Rossi E, Millan, M P B, Arruda PCV. Alguns aspectos psicológicos ligados à formação médica. In: Millan LR, De Marco OL, Rossi E, Arruda PCV. (Org.). *O Universo Psicológico do Futuro Médico: vocação, vicissitudes e perspectivas*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999

Minayo MCS, Sanches O. *Quantitativo ou qualitativo: oposição ou complementaridade?* Cad Saúde Pública. 1993; 9 (3): 239-262.

Moura CB, Menezes MV. *Mudando de opinião*: análise de um grupo de pessoas em condição de re-escolha profissional. *Revista Brasileira de Orientação Profissional*. 2004; 5:29-45.

Neto AFP. *Ser Médico no Brasil*: o presente e o passado. Rio de Janeiro. Editora Fiocruz, 2001, 1 ed.

Nogueira M, Fantini MC, Bogus CM. *Considerações sobre a metodologia qualitativa como recurso para o estudo das ações de humanização em saúde*. *Saúde e Sociedade*. 2004; 13(3): 44-57.

Nogueira MCJM. *Estilo de Vida e Medicina*: tendência atual na prática dos médicos clínicos. Dissertação de Mestrado – Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, USP, São Paulo, 2007.

Paparelli R. *Desgaste mental no professor da rede pública de ensino*: trabalho sem sentido sob a política de regularização de fluxo escolar. Tese de Doutorado – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo. 2010

Piovesan A, Temporini E. *Pesquisa exploratória*: procedimento metodológico para o estudo de fatores humanos no campo da saúde pública. *Rev. Saúde Pública*. 1995; 29(4): 318-25.

Portella TS. *Encontros e desencontros*: representações sociais implicadas no processo de re-escolha profissional de alunos da graduação da Universidade Católica de Brasília. Dissertação de Mestrado. Brasília: Faculdade de Psicologia, Universidade Católica de Brasília; 2002.

Póvoa EC. Corporativismo e medicina Contemporânea. In: Mello Filho J, *Identidade Médica*. 2.ed. São Paulo, Casa do psicólogo, 2006. p.371-90

Pruthi S, Pandey R, Singh S, Aggarwal A, Ramavat A, Goel A. *Why does an undergraduate student choose medicine as career*. Natl Med J India. 2013 May-Jun;26(3):147-9.

Querido S, Vergouw D, Wigersma L, Batenburg RS, De Rond ME, Ten Cate OT. *Dynamics of career choice among students in undergraduate medical courses*. A BEME systematic review: BEME Guide No. 33. Med Teach. 2016;38(1):18-29.

Ribeiro MA. Algumas Contribuições Brasileiras para a Orientação Profissional: o enfoque socioconstrucionista em Orientação Profissional - uma proposta. In: Ribeiro MA; Melo-Silva, LL. (Orgs.). *Compêndio de Orientação Profissional e de Carreira: Enfoques teóricos contemporâneos e modelos de intervenção*. São Paulo: Vetor, Vol. 2, 2011. p. 53-79.

Ribeiro MMF, Leal SS, Diamantino FC, Bianchi HÁ. *A opção pela medicina e os planos em relação ao futuro profissional de estudantes de uma faculdade pública brasileira*. Rio de Janeiro: Rev. Bras. Educ. Med. 33(3):405-4011; 2011

Rodrigues AL, Campos EMP, Pardini F. O Burnout no Exercício Profissional. In: Mello Filho J. *Identidade Médica*. 2.ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006. p.315-70.

Santos RA. *Acreditação e avaliação de programas de residência médica: Concepção internacional e proposta de um modelo nacional*. Tese de Doutorado, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo. São Paulo, 2016.

Saad SM, Fatima SS, Farugi AA. *Students' views regarding selecting medicine as a profession*. J Pak Med Assoc. 2011. Aug;(8):832-6.

Scheffer, M. *Demografia Médica no Brasil: Cenários e indicadores de distribuição*. Departamento de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina da

USP. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Conselho Federal de Medicina. Vol.2. São Paulo, 2013.

Scheffer, M. *Demografia Médica no Brasil* 2015. Departamento de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina da USP. Conselho Federal de Medicina. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Vol.3. São Paulo, 2015.

Selligmann-Silva E. *Desgaste mental no trabalho dominado*. Rio de Janeiro: Editora UFRJ. Cortez Editora, 1994, p.324

Scheibe S. A escolha profissional na concepção fenomenológico-existencial. Anais do III Simpósio Brasileiro de Orientadores Profissionais, ULBRA, RS. 1997.

Schlossberg NK, Waters EB, Goodman J. *Counseling adults in transition*. New York: Springer Publishing Company, 1995, p.25.

Schraiber LB. *O médico e suas interações: a crise dos vínculos de confiança*. São Paulo: Hucitec, 2008.

Schraiber LB. *Pesquisa qualitativa em saúde: reflexões metodológicas do relato oral e produção de narrativas em estudo sobre a profissão médica*. Rev. Saúde Pública. 1995; 29(1): 63-74.

Schwartz RW, Jarecky RK, Strodel WE, Haley JV, Young B, Griffen WO Jr. *Controllable lifestyle: a new factor in career choice by medical students*. Acad Med. 1989, Oct.64(10):606-9

Sparta MA. *Diversidade da Orientação Profissional Brasileira*, Rio de Janeiro: Revista Brasileira de Orientação Profissional, 2007. Vol. 8, n.1

Sievert M, Zwir I, Cloninger KM, Lester N, Rozsa S, Cloninger CR. *The influence of temperament and character profiles on specialty choice and well-being in medical residents*. Peer J 4:2319. 2016

Soares DHP. *A Escolha Profissional: Do Jovem ao Adulto*. São Paulo: Summus, 2002.

Sousa IQ, Silva CP, Caldas CAM. *Especialidade Médica: Escolhas e Influências*. Rev. Bras. Educ. Med. 2014; vol.38, n. 1, págs; 79-86.

Souza LCL, Mendonça VR, Garcia GB, Brandão EC, Barral-Netto M. *Medical Specialty Choice and Related Factors of Brazilian Medical Students and Recent Doctors*. PLoS One, 2015 Jul 24;10(7)

Sparta M. *A diversidade da orientação profissional brasileira*. Revista Brasileira de Orientação Profissional, 2007; 8(1): 95-97.

Tongeren-Alers M, Esch M, Verdonk P, Johansson E, Hamberg K, Lagro-Janssen T. *Are New Medical Students' Specialty Preferences Gendered? Related Motivational Factor at a Dutch Medical School*. Teaching and Learning in Medicine. Vol. 23, 2011 - Issue 3.

Trindade LMF, Vieira MJ. *Curso de Medicina: motivações e expectativas de estudantes iniciantes*. Revista Brasileira de Educação Médica. 2009. vol. 33, n.4

Turato ER. *Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas*. Petrópolis: Vozes. 2003.

Uvaldo MCC. *Tecendo a trama identitária: um estudo sobre mudanças de carreira*. Tese de Doutorado. São Paulo, Faculdade de Psicologia: Universidade de São Paulo. 2010.

Van Der Horst K, Siegrist M, Orlow P, Giger M. *Residents' reasons for specialty choice: influence of gender, time, patient and career*. Med. Educ. 2010; 44(6):595–602

Vaz Arruda PC, Millan LA. *Vocação Médica*. In: Millan LR, De Marco OL, Rossi E, Arruda PCV. (Org.). *O Universo Psicológico do Futuro Médico: vocação, vicissitudes e perspectivas*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999

Veloso EFR, Dutra JSA. *Tomada de decisões na transição de carreira: uma proposta de associação de conceitos*. Revista Administração em Diálogo (PUC-SP). Vol.16, n.2, Mai/Jun/Jul/Ago 2014, p.216-245.

Wouters A, Coiset G, Isik U, Kusurkar RA. *Motivation of Dutch high school students from various backgrounds for applying to study medicine: a qualitative study*. BMJ Open. 2017;7(5)

Zaher VL. *Vocação Médica ao Exercício Profissional: quando os médicos revelam o seu talento*. São Paulo; s.n; 2000. 288 p