

## O TRABALHADOR MÉDICO: PRAZER E DOR COMO OFÍCIO

**Autoria:** José Humberto Viana Lima Júnior, Anderson Lopes Belli Castanha

### RESUMO

O artigo, baseado nas premissas teóricas sobre relações de trabalho, em especial de algumas variáveis que integram a categoria microssocial – organização do trabalho e condições de trabalho aliadas às contribuições da Escola Dejouriana, que analisa os temas do prazer e do sofrimento vinculados ao trabalho – procura revelar o processo de desgaste/prazer no trabalho dentro de hospitais público e privado, originado através dos discursos dos trabalhadores médicos ali atuantes. Observa-se, ainda, que o mundo da medicina conheceu mutações profundas e rápidas nos últimos anos, impactando sobremaneira na formação e no exercício profissional do médico. Esse grupo profissional sempre gozou de status e prestígio, estando condenado no contexto atual à perda de identidade, autonomia profissional, assalariamento e mercantilização, aliados à contestação e julgamento da comunidade no que concerne ao ato médico. Apreende-se pelos discursos fecundos as vivências, as tramas, as defesas, os medos, as dores e as inseguranças concernentes ao exercício da profissão, à relação médico-paciente, ao tratamento recomendado e o contato com a morte. O objetivo geral do estudo refere-se à percepção, na visão dos médicos trabalhadores de dois hospitais (um público e um privado), dos fatores que têm implicações nos sentimentos de prazer e desgaste no trabalho, explorando a interface entre organização e condições de trabalho, desgaste/prazer frente ao paradoxo do trabalho hospitalar concernente ao resgate da vida e assimilação da morte. A pesquisa baseou-se em uma amostra intencional de médicos que atuam em unidades de atenção direta ao paciente, exercendo suas atividades em diferentes unidades de internação e em turnos distintos. Foram entrevistados um total de 40 médicos, sendo 20 médicos em um Hospital Universitário e 20 médicos em um hospital privado de alta complexidade. As abordagens intencionaram identificar aspectos que contribuem para o sofrimento criativo e patogênico, inerentes à: valorização da profissão perante a sociedade; o trabalho médico em sua essência; a relação médico-paciente sob julgamento; e o contato com a morte. Em um contexto mais amplo, os entrevistados consideram o trabalho que desenvolvem nos hospitais estudados, não apenas fonte de sofrimento, violência física e psicológica, mas também uma forma de prazer que dá significado e motivação à vida. Nesse sentido recupera-se a equação sofrimento patogênico/sofrimento criativo de Dejours, demonstrando que o trabalho não é sempre patogênico, ele tem ao contrário, um poder estruturante, em face tanto da saúde mental como da saúde física. Na pesquisa apresentada, o sofrimento adquire um sentido – o prazer no trabalho é um produto derivado do sofrimento. Tal conclusão fundamenta-se na Escola Dejouriana, pela observação de que, se por um lado os trabalhadores empenham-se em lutar contra o sofrimento, por outro não buscam situações de trabalho isentas de sofrimento chegando até a detestá-las. Enfrentam sem hesitação, as adversidades das situações de trabalho.

Este trabalho deve agradecimento especial à Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais – FAPEMIG pelo apoio e financiamento a esta pesquisa.

## 1. INTRODUÇÃO

A partir das premissas teóricas sobre relações de trabalho, aliadas às clássicas contribuições da Escola Dejouriana que analisa os temas do prazer e do sofrimento vinculados ao trabalho, procurar-se-á, através desse estudo, desvendar o processo de desgaste/prazer vivenciado por trabalhadores na área médica. O trabalho em ambiente hospitalar é considerado excitante, rico, heterogêneo. No entanto, abrange atividades identificadas como insalubres, penosas e difíceis para todos os atores. Destes atores, enfatiza-se os médicos. O que é ser médico? Como se aprende a ser médico? O trabalho de investigação contemplou assim o desgaste e o prazer no trabalho contribuindo para uma resposta a esta dupla interrogação, a qual sintetiza as inquietações que perpassam o cotidiano vivido por este grupo profissional.

A elevada tensão emocional que advém do cuidado direto a pessoas física e mentalmente doentes ou lesadas, associada às longas jornadas de trabalho, ao emprego duplo, ao desenvolvimento de tarefas tanto agradáveis, quanto repulsivas e aterradoras são geradores de danos à saúde, propiciadores de acidentes, encurtamento da vida e, até mesmo, morte prematura dos trabalhadores médicos. Estes, sem escolha, se submetem às relações, organizações, condições e ambientes de trabalho que contribuem expressivamente para o sofrimento. Inevitável e ubíquo, este sofrimento deve ser gerenciado pelos trabalhadores em proveito de sua saúde e qualidade de vida. Desta forma, a indagação que se faz reside no fato de como os trabalhadores podem buscar encantamento em um mundo marcado, principalmente, pela dor, tristeza e morte, fazendo com que o ambiente laboral se constitua em um espaço onde subsista a alegria, o lúdico e o prazer. Em realidade, nenhum trabalho está inteiramente isento de possibilitar satisfação ou desgaste físico e mental, mas estes poderão estar presentes, em maior ou menor grau, na dependência de certos fatores, decorrentes da própria natureza, da forma de organização e das condições de realização do ofício. Não se pode desviar da natureza de determinado tipo de trabalho, mas abandoná-lo ou tentar empreender ações que contribuam para a melhoria de suas condições e organização, de maneira a permitir ao trabalhador o exercício da criatividade e prática do lúdico, transformando o sofrimento patogênico em sofrimento criativo e objetivando o alcance do prazer.

A relevância desse estudo reside em acompanhar o trabalho cotidiano dos médicos sob a perspectiva do vivido, do como ele realmente é, como ele se dá, e não como deveria ser, contemplando fatores que estão na gênese do desgaste e do prazer no trabalho hospitalar. Por outro lado, oferece continuidade e complementa trabalho de pesquisa semelhante focado em enfermeiros (LIMA JÚNIOR, 1998).

Para concretizar esse acompanhamento, foi concebida uma investigação em dois hospitais, um público e um privado. As divergências e convergências dos discursos dos trabalhadores esporam a expressão para se captar o sentido do trabalho para quem o desenvolve, incluindo sentimentos ligados a essa vivência, relacionados às suas realizações, angústias, tramas e defesas, contradições, impossibilidades, luta pelo poder, os silêncios, tentando delinear os contextos de trabalho vividos como positivos ou negativos, denunciando pontos na relação trabalhador/contexto de trabalho, a partir dos quais mudanças devam ser impulsionadas, para que se possa criar novas estratégias, dirimir conflitos e ampliar as possibilidades de auto-realização e prazer.

## 2. TRABALHO MÉDICO: DIMENSÕES ESQUECIDAS

O trabalho médico tem como finalidade “*a manutenção, recuperação e transformação de determinados valores vitais*” (AROUCA, 1975), ou seja, tem como objetivo a produção de saúde no âmbito individual e coletivo.

A atividade médica entendida como um “trabalho” pressupõe um processo de transformação, processo este em que se estabelece uma relação entre homens: o médico e o paciente. Nesta atividade ambos são transformados numa relação de troca; não somente o paciente, portador de uma necessidade, se transforma. De acordo com Da Silva (2001) um dos problemas detectados no trabalho médico é o não reconhecimento pelo profissional do resultado ou produto de seu trabalho; não existe a “Obra”. Isso ocorre nos processos de trabalhos fragmentados, característicos dos serviços de saúde, em que cada trabalhador executa uma parcela do trabalho. Este desconhecimento do produto final do trabalho e a não concretização da “Obra” é definido como alienação do trabalho.

Nestas circunstâncias o trabalho médico fica incompleto e sem resolutividade: não existe o reconhecimento de si (do médico) em sua “Obra” (o paciente saudável), pois não há a obra final, resultando na falta de sentido da atividade. “*O trabalhador encontra-se, portanto, separado de sua Obra*” (CAMPOS, 1997). Perde-se a visão holística do paciente; nestas circunstâncias elementos fundamentais ao processo de cura do paciente não se estabelecem, como o vínculo e a responsabilização. Esta descaracterização e desumanização do atendimento médico têm consequências diretas na saúde dos pacientes e dos médicos, como o desgaste profissional (Da SILVA, 2001)) e a fadiga médica (RIBEIRO, 1989).

No atual modelo de assistência à saúde, o sujeito, que é o trabalhador em saúde, executa muitos atos parcelados e repetitivos, que não incitam a criatividade. Neste modelo, o médico tende a não se responsabilizar pelo objetivo final de sua intervenção, que é a prevenção de agravos e doenças, a promoção da saúde, a assistência e a reabilitação, sejam em níveis individuais ou coletivos. Esta alienação no processo de trabalho em saúde ocorre no atual modelo de saúde hegemônico, caracterizado pelos modos de agir individualizados, onde a autonomia do profissional encontra-se engessada em regras e normas, agravando-se no caso do trabalho médico, quando se divide e subdivide o paciente em especialidades e sub-especialidades devidos às necessidades imputadas pelos avanços no conhecimento médico, pelas inovações tecnológicas e pelas pressões determinadas por um mercado de trabalho altamente competitivo; necessidades estas, dadas socialmente. (Da SILVA, 2001)

Outro problema observado é a perda de autonomia sobre o processo de trabalho, seja por estar submetido às regras e normas burocráticas estabelecidas pela instituição empregadora (pública ou privada), como a imposição da carga horária, protocolos rígidos, cota de exames, ou às estabelecidas pelos convênios e/ou cooperativas, que se baseiam na produtividade.

O trabalho médico de uma atividade artesanal incorporou-se paulatinamente ao sistema de produção capitalista, tornando-se uma mercadoria socialmente valorizada, *coisificando* o cuidado. Os médicos passaram a se submeter às regras desse sistema, desenvolvendo suas atividades em serviços públicos (estatais) e privados (lucrativos e não lucrativos). Dessa forma, foram dominados pelas regras impostas aos demais trabalhadores de qualquer empresa capitalista – instabilidade no emprego, ritmo intenso de trabalho, jornadas de trabalho prolongadas –, somadas às particularidades do trabalho médico, como aliviar a dor e o sofrimento, e ter a morte como situação rotineira.

### **3. TRABALHO E SAÚDE: UMA ABORDAGEM PSICODINÂMICA**

Há muito tempo se sabe que o trabalho, quando executado em contextos insalubres e penosos, causa doenças, encurta a vida ou mata os trabalhadores. É histórico o nexo entre o trabalho e sofrimento físico. A legislação trabalhista brasileira reconhece a existência de afecções profissionais provenientes da relação de causa e efeito entre vários agentes físicos (barulho, temperatura, irradiações), químicos (poeiras, vapores) e biológicos (vírus, bactérias) e a saúde somática dos trabalhadores.

*Partem da medicina do trabalho e da engenharia de segurança algumas categorias já tradicionalmente utilizadas que visam compreender a relação entre condições de trabalho e saúde, guiar estudos bem como instrumentalizar as ações concernentes à saúde dos trabalhadores. São elas o trabalho insalubre e o trabalho perigoso. O entendimento genérico que se tem do trabalho insalubre é de que ele diz respeito àquelas condições de trabalho que provocam doenças e intoxicações; por sua vez, o trabalho perigoso diz respeito às condições que geram acidentes de trabalho. Além delas, uma terceira expressão existente, porém menos debatida e utilizada no Brasil para nominar expressões da relação saúde e trabalho, é o trabalho penoso. Embora conste como figura jurídica, não há uma clara definição quanto ao seu entendimento. Apenas são citadas as atividades profissionais consideradas penosas: mineiros, motoristas e cobradores de ônibus, motoristas e ajudantes de caminhão, motoneiros e condutores de bonde, professores e telefonistas. SATO (1993, p.188).*

Cumprе ressaltar que, embora a medicina não tenha sido mencionada enquanto atividade profissional penosa, ao longo dos tempos, esse trabalho essencial e diuturno tem sido identificado como insalubre, penoso e difícil. Os médicos estão no centro da responsabilidade da atenção e cuidado com a saúde e, mesmo em conjunto com uma equipe de profissionais, é o tomador de decisão no que concerne aos serviços assistenciais prestados ao homem-paciente, tendo como ofício o lidar cotidiano com a evolução da sua doença, que muitas vezes inclui dores, perdas, padecimento e morte, dia a dia, ano a ano.

O trabalho penoso refere-se a contextos de trabalho geradores de perigo, de esforços e de sofrimento físico e mental, sobre os quais os trabalhadores não têm controle. Existem divergências, no entanto, quanto às definições e escopo, até mesmo em países desenvolvidos, no que tange ao papel e implicações do trabalho penoso na relação saúde e trabalho. É discutível o fato de que as pressões que põem em evidência o equilíbrio psíquico e a saúde mental derivam da própria natureza e organização do trabalho.

Em uma nova abordagem, Dejours (1994a) revela que o desgaste no trabalho não deveria ser somente reduzido às pressões físicas, químicas, biológicas ou mesmo psicossensoriais e cognitivas do posto de trabalho, habitualmente estudados. Para aquele autor, é fundamental considerar, no trabalho, a dimensão organizacional, focada na divisão das tarefas e nas relações de produção, contrapondo-se à concepção tradicional da ergonomia, baseada na análise das condições de trabalho. Dejours (1992a:75) entende ainda como relações de trabalho "*todos os laços humanos criados pela organização do trabalho: relações com a hierarquia, com as chefias, com a supervisão, com os outros trabalhadores - e que são às vezes desagradáveis, até insuportáveis*". Considerando essa realidade, o trabalho tanto pode fortalecer a saúde mental do trabalhador, como também favorecer a constituição de distúrbios, resultando em manifestações psicossomáticas e em distúrbios da conduta, no sentido da psicopatologia do trabalhador e do próprio trabalho.

Embora o termo relações de trabalho venha sendo adotado com sentidos teóricos específicos conforme a área do conhecimento e a abordagem metodológica, inclusive entre pesquisadores de uma mesma área (Fleury e Fischer, 1987), a Administração definiu abrangência própria ao seu nível de análise – micro – e a seu objeto particular de estudo – as organizações –, considerando que o enfoque do processo de trabalho, adotando uma perspectiva macro, é muito amplo e generalizante para o entendimento das relações particulares que se desenvolvem cotidianamente no interior das organizações para a realização do trabalho.

Nesse sentido, a obra de Fleury e Fischer (1987) representa um marco nas análises teóricas e metodológicas do assunto. Para aquelas autoras, as relações de trabalho nascem das relações sociais de produção, constituindo a forma particular de interação entre agentes sociais que ocupam posições opostas e complementares no processo produtivo: os trabalhadores e os empregadores. Na sua obra, Fischer (1987, p. 20) afirma que *“as relações de trabalho são uma das formas de relacionamento social e, por isso, expressam características da sociedade mais ampla”*, acrescentando que *“os padrões que assumem em quadros históricos, conjunturais e setoriais dados são resultantes dessas características redefinidas para os contextos em que emergem”*.

Ao definir relações de trabalho, aquela autora adota como categorias de análise as categorias macrossociais, organizacionais e microssociais (Siqueira, 1991). No que diz respeito ao nível macrossocial, são definidas para análise as variáveis tecnologia do trabalho, o mercado de trabalho e a organização político-sindical; no nível organizacional, a dependência em relação ao Estado e, na esfera microssocial, a organização do trabalho, a gestão da força de trabalho, as condições de trabalho e as formas de regulação de conflitos. Para os fins deste estudo, as variáveis organização do trabalho e condições de trabalho podem ser definidas da seguinte forma:

- **Organização do trabalho:** São as *“maneiras de dividir e sistematizar as tarefas e o tempo entre grupos de trabalhadores; as especialidades decorrentes e as qualificações exigidas; as sequências, os ritmos e cadências; a padronização e a autonomia; a participação do trabalhador na programação e o ‘locus’ de realização das tarefas”* (Siqueira, 1991, p. 40).
- **Condições de trabalho:** Elas *“implicam não só as condições ambientais e os riscos específicos envolvidos no trabalho dos grupos analisados, mas também a introdução da subjetividade do empregado, refletindo a representação de seu modo específico de trabalhar/desgastar-se incluindo a saúde mental e o stress”* (Siqueira, 1991, p. 42).

Assim, tomando-se tais premissas teóricas sobre relações de trabalho, especificamente duas variáveis que compõem a categoria microssocial – organização e condições de trabalho –, objetivamos compreender como se projeta a relação sofrimento/prazer dos trabalhadores médicos e como alguns deles se encaminham ao sofrimento patogênico e outros, ao sofrimento criativo. Dejours e Abdoucheli (1994a) distinguem dois tipos de sofrimento:

*Sofrimento criador e sofrimento patogênico. O último aparece quando todas as margens de liberdade na transformação, gestão e aperfeiçoamento da organização do trabalho já foram utilizadas. Isto é, quando não há nada além de pressões fixas, rígidas, incontornáveis, inaugurando a repetição e a frustração, o aborrecimento, o medo, ou o sentimento de impotência. Quando foram explorados todos os recursos defensivos, o sofrimento residual, não compensado, continua seu trabalho de solapar e começa a destruir o aparelho mental e o equilíbrio psíquico do sujeito, empurrando-o lenta ou brutalmente para a descompensação (mental ou psicossomática) e para a doença. Fala-se então de sofrimento patogênico. O desafio real na prática, para a psicopatologia do trabalho, é definir as ações susceptíveis de modificar o destino do sofrimento e favorecer sua transformação (e não sua eliminação). Quando o sofrimento pode ser transformado em criatividade, ele traz uma contribuição que beneficia a identidade. Ele aumenta a resistência do sujeito ao risco de desestabilização psíquica e somática. O trabalho funciona então como um mediador para a saúde. Quando, ao contrário, a situação, as relações sociais de trabalho e as escolhas gerenciais empregam o sofrimento no sentido patogênico, o trabalho*

*funciona como um mediador de desestabilização e da fragilização da saúde.*  
(DEJOURS E ABDOUCHELI 1994a, p.137).

Dessa forma, sofrimento e prazer são provenientes da dinâmica interna das situações e da organização do trabalho, ou seja, são produtos dessa dinâmica, das relações subjetivas e de poder, das condutas e ações dos trabalhadores permitidas pela organização do trabalho. Considerando a interface entre o conceito de relações de trabalho e as contribuições da Escola Dejouriana, procuraremos desvendar a realidade laboral dos médicos do Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora (HU-UFJF) e do Hospital Monte Sinai (MS)

#### 4. METODOLOGIA

O objetivo geral do estudo foi a identificação dos fatores que, na percepção dos médicos, atuantes nos hospitais público e privado, têm implicações nos sentimentos de prazer e desgaste no trabalho, explorando a interface entre organização e condições de trabalho, desgaste/prazer frente ao paradoxo do trabalho hospitalar concernente ao resgate da vida e assimilação da morte. Definem-se como objetivos específicos a serem alcançados nesta pesquisa: procurar relacionar sofrimento psíquico com as condições ansiogênicas e estressoras de determinadas formas de organização do trabalho; explorar como os médicos das instituições selecionadas convivem e reagem em relação ao desgaste/prazer da sua prática diária na assistência e no cuidado ao paciente; e contribuir para a discussão sobre a qualidade de vida no trabalho, sob a ótica do ambiente interno.

Nesta pesquisa utilizou-se o método do estudo de caso multi-caso comparativo, uma vez que a proposta foi investigar mais de um ator, organização ou evento, em situações onde realizar comparações é necessário. O estudo de caso oferece ainda uma riqueza de detalhes e informações mesmo que sua capacidade de generalização seja proporcional aos estudos e tamanho da amostra de organizações (BRUYNE et al, 1991). Segundo Yin (2001), a pesquisa de estudo de caso pode incluir casos únicos ou múltiplos, sendo que, embora receba a denominação comparativo, esta é uma opção sobre duas variantes dos projetos de estudo de caso. Assim, aquele autor considera estudo de caso uma “investigação empírica que investiga um fenômeno contemporâneo dentro de seu contexto da vida real, especialmente quando os limites entre o fenômeno e o contexto não estão definidos (...e) beneficia-se do desenvolvimento prévio de proposições teóricas para conduzir a coleta e a análise de dados”. E acrescenta que é possível utilizar esta metodologia quando se pretende deliberadamente “lidar com condições contextuais – acreditando que elas poderiam ser altamente pertinentes ao seu fenômeno de estudo”. Goddoy (1995) ressalta que o estudo de caso tem se tornado “a estratégia preferida quando os pesquisadores procuram responder às questões ‘como’ e ‘por que’ certos fenômenos ocorrem, quando há pouca possibilidade de controle sobre os eventos estudados e quando o foco de interesse é sobre fenômenos atuais, que só poderão ser analisados dentro de algum contexto da vida real”.

A pesquisa baseou-se em uma amostra intencional dos trabalhadores médicos que atuam em unidades de atenção direta ao paciente, exercendo suas atividades em diferentes unidades de internação e em turnos distintos. Foram entrevistados um total de 40 médicos, sendo 20 médicos (M) no HU-UFJF e 20 médicos (M) no MS. As abordagens intencionaram identificar aspectos que contribuem para o sofrimento criativo e patogênico, inerentes à:

1. Valorização da profissão perante a sociedade;
2. O trabalho médico em sua essência;
3. A relação médico-paciente sob julgamento;
4. O contato com a morte.

Cumpra mencionar que a distribuição dos médicos de acordo com suas especialidades é uma prática inerente a análise do trabalho do profissional-médico. Assim, tem-se que no HU-UFJF as especialidades e o respectivo número de entrevistas são os seguintes: coloproctologia, nefrologia, endocrinologia, psiquiatria, cardiologia, pneumologia e dermatologia com uma entrevista em cada especialidade; pediatria, infectologia e anestesia com duas entrevistas em cada; gastroenterologia com três entrevistados e a ginecologia/obstetrícia com quatro entrevistas concretizadas.

No que concerne ao MS, as especialidades e o respectivo número de entrevistas apresenta a seguinte configuração: cardiologia, cirurgia de coluna, cirurgia digestiva, cirurgia vascular, ortopedia, terapia intensiva com uma entrevista cada; anestesia e cirurgia geral com dois entrevistados em cada especialidade; cirurgia plástica e clínica geral com três entrevistados em cada; e pediatria com quatro médicos abordados.

## 5. O DISCURSO DO MÉDICO: SABERES, PODERES E SOFRIMENTO

### 5.1 Valorização da profissão perante a sociedade

Os discursos relatam a falta de reconhecimento do profissional médico pela sociedade como este o tinha outrora, fazendo com que, em alguns casos, percam o prazer no exercício do ofício. Enquanto antes tinha-se uma visão mitificada do profissional, assiste-se atualmente a críticas e banalização do seu papel. Os discursos abaixo elucidam as perspectivas apontadas e essa realidade que se perfila denota medo, ansiedade e desmotivação.

*Eu acho que o médico já foi muito mais valorizado, já teve uma imagem mais bonita, uma imagem de segurança junto ao cliente. Hoje, não sei, em detrimento do número de profissionais, de diferenças entre eles; eu percebo que a parte mística que eu acho muito importante no sentido de resultado, a relação médico - paciente deteriorou muito, em detrimento disso, conflitos mais sérios é... processos, mas tudo isso eu acho que pela má utilização da arte de ser médico.(Médico 07 HU)*

*Hoje a imagem tá muito desgastada né?, mudou a relação... quando eu comecei a fazer, na década de oitenta, tinha uma relação mais favorável, aquela relação ainda daquele mito, médico – paciente. Hoje, essa relação é mais de um fornecedor de serviços e um cliente que busca um serviço...tem exceções, mas são exceções. (Médico 12 HU)*

*Eu acho que está desvalorizado demais; acho que devido à quantidade de faculdade particular que abriu agora que nem é credenciada, às vezes, pelo MEC. Como diz aquele... Prefeito de Belo Horizonte: médico ficou igual a sal, tudo de branquinho e em qualquer prateleira acha. E é mesmo. Hoje em dia não tem esse respeito não, o médico hoje em dia não tá muito... Não tem aquela coisa que era valorizada há anos atrás não. Hoje em dia os médicos, balconista, chofer de táxi..tudo não tem diferença não. Não sinto assim, aquele orgulho que as mães tinham antigamente porque hoje em dia está meio desmistificado, é uma profissão como outra qualquer. Tem um excesso de profissionais enorme, né?(Médico 15 MS)*

*É... no passado o médico era quase como um Deus, né? Ele era venerado a pessoa chegava todo mundo tirava o chapéu, todo mundo cedia o lugar pra ele, e venerava e hoje não acontece mais, ... parece que as pessoas têm um acesso mais fácil ao médico, qualquer lugar você conversa com o médico, no corredor, no elevador, antigamente você tinha que marcar uma entrevista era uma coisa mais protocolada né? Hoje com a globalização, junta as pessoas né? E o médico também está envolvido nesse processo e ele hoje é uma pessoa normal, vai ao bar, toma cerveja, come churrasco, vai a praia, vai em qualquer lugar que tem que ir onde o paciente dele sai, ele sai junto, né? Antigamente não tinha esse tipo de liberdade.(Médico 20 MS)*

A deterioração da imagem do médico não provém apenas da comunidade em geral, mas, também, do corpo profissional que adota estratégias que visam tão somente aos seus interesses econômicos em detrimento de uma prática profissional ética. Existe uma proliferação de cursos de medicina de qualidade duvidosa que ratifica comportamentos e ações que não coadunam com a prática médica correta e em sintonia com os interesses da sociedade.

*Eu acredito que a perda de status se deve... ao volume de profissionais formados, uma pior qualidade de ensino, um campo de trabalho mais restrito, uma mecanização da medicina mais intensa. (Médico 07 HU)*

*O médico mesmo não se valoriza como profissional, se sujeita a determinados empregos, né? Eles mesmos levam a isso, por exemplo, você fala assim: Não tem condições de trabalho, mas eu trabalho num hospital que não me dá condições, se não tivesse ninguém pra trabalhar daquele jeito, não estaria assim, né? Então hoje a gente fala assim: Ah! o convênio paga muito pouco. Ah! mas se eu parar de atender o convênio..ele paga o mínimo do mínimo, mas tem 10, 20 que ainda atende. Então, eu acho assim, a própria culpa é nossa, a gente virou uma comunidade que não tem equilíbrio, entendeu? Hoje existe uma disputa muito grande entre os profissionais pelo seu espaço. Eu acho que isso tudo leva a desvalorização. Não tem o respeito ético com o colega, eu acho que isso tudo gera aquela... hoje você tem uma classe profissional que não se respeita como que as pessoas vão respeitar?! (Médico 10 MS)*

Denota-se pelos depoimentos que os médicos apontam para o acesso e excesso de informações incorporadas pelos pacientes inerentes à patologia e ao diagnóstico, indagando, questionando, sugerindo e até mesmo rejeitando as informações e o tratamento recomendado. Esse comportamento do paciente o faz procurar outros profissionais visando à confirmação do tratamento proposto. Essas constatações provocam desgaste no relacionamento médico-paciente, insegurança pela contestação de seu conhecimento e medo das reações adversas.

*A insatisfação é justamente que eu tenho é nestas horas em que o paciente chega para mim já falando o que ele quer que eu faça. Ele não respeita ah! Os anos de estudo que eu tenho, a minha profissão, ele já chega falando eu tô aqui com uma dor na barriga e eu quero que você faça um ultra-som, entendeu? Eu tenho plano de saúde que cobre o exame e eu quero que você faça. Já tive N pacientes fazendo isso comigo. Entendeu? (Médica 07 MS)*

*Deixou de haver um respeito com o médico enquanto profissional, de você ser fiel àquela orientação, então hoje, se o médico não pode me atender, ou se acho que o médico não me pediu o que eu não queria, eu vou trocar. Infelizmente assim, pelo número de profissionais que a gente tem né? Por exemplo, assim, como você hoje depende de convênio, o convênio tem uma lista, o paciente vai lá, escolhe um, ah! esse não deu certo escolhe outro, então...a valorização do profissional caiu muito, eu acho assim, o médico deixou de ser aquela pessoa igual antigamente que era o médico de família, que era a pessoa que você confiava, que você escutava, que tinha uma reciprocidade; as pessoas procuram as coisas mais rápidas né? o paciente não vê o tempo que você dedica em atenção a ele, naquela hora você pode atender, você pode resolver o problema, você serve. Você não pode, você não serve. (Médica 10 MS)*

Constata-se pelas visões supramencionadas que no processo histórico da profissão houve um deslocamento da perspectiva de endeusamento e supremacia para uma relativização da sua autoridade e poder, face aos obstáculos encontrados para manutenção do *status quo*.

## 5.2 O trabalho médico em sua essência

Pelos resultados obtidos no estudo, tem-se que os médicos possuem de um a seis vínculos empregatícios, visando a uma remuneração compatível com as suas aspirações pessoais e



profissionais. No contexto supramencionado tem-se um ritmo de trabalho acelerado, comprometendo o lazer, as relações familiares e até mesmo sua saúde. As falas apresentadas caracterizam as peculiaridades do trabalho médico e a sua dinâmica.

*Sofrimento eu acho que é esse esquema meio perverso que a gente acaba entrando para conseguir exercer a profissão, viver adequadamente, ter uma condição de vida adequada, eu acho que é a correria que a gente acaba vivendo no dia a dia. (Médico 14 HU)*

*Tô tentando um mestrado aqui. Então o meu objetivo seria trabalhar mais dentro da universidade, abandonar esse atendimento desumano, hoje se admite que o profissional da minha área atenda a 17 pacientes por dia, perfazendo um total semanal de 70 pacientes, então eu fazendo somente a parte de ensino e mais o meu consultório, seria mais... leve. (Médico 07 HU)*

*Hoje ele é obrigado a ter mais empregos, a ter mais horas de serviço, entendeu? E com isso, ele coloca a parte familiar, ele coloca a parte de amizades, às vezes, até em segundo plano para poder ter uma sobrevivência. O que dá insatisfação é você ver que você tem que se desdobrar muito pra você manter aquela sua qualidade de vida, entendeu? Manter aquele padrão de vida, aquela correria do dia, do dia-a-dia nosso. (Médico 19 SC)*

*É, fisicamente é bem difícil, um homem eu acho que não pode ficar... ele agüenta plantão dez, quinze anos. Primeiro porque fisicamente dá um desgaste muito grande e depois porque ele também se chateia com aquilo porque a urgência... normalmente o plantão atende a urgência, e é muito pesada, exige conhecimentos muito maiores e insucesso também porque aqueles estados graves que você não pode... fazer nada, aquilo chateia a gente demais da conta. Tem o problema da sua família, que você se distancia, de filho, de mulher, você é chamado de madrugada... você tem que fazer, depois você chega em casa desgastado fisicamente. Esse é o aspecto pior que eu acho. (Médico 20 SC)*

Muitos se queixaram de stress e nervosismo em função do ritmo e da sobrecarga de trabalho, das pressões e cobranças dos pacientes e familiares, o que, segundo o discurso abaixo, gera enfermidades e dependência química.

*Eu já vi, não em livros, eu vi em revistas, alguns trabalhos publicados sobre... incidência de, de distúrbios relacionados ao stress no, do trabalho. Tipo, dependência química de álcool, de drogas, é... ou mesmo... doenças relacionadas ao stress, tipo hipertensão, entendeu? Então, existem já trabalhos mostrando essa relação entre a, entre o profissional, principalmente o profissional médico que faz plantão, né? E a incidências dessas, dessas doenças aí; a incidência realmente é alta, né? porque... as condições de stress são grandes, então geralmente a pessoa procura uma fuga de alguma maneira, né? Ou passa a... consumir droga, ou álcool ou o que seja; ou então desenvolve alguma doença relacionada ao stress aí: hipertensão é uma delas, todos os distúrbios do sono, distúrbios de, de sexualidade, enfim, impotência, alguma coisa assim, tá? (Médico 18 SC)*

Os médicos do HU-UFJF relatam, pelos discursos a seguir, que a falta de recursos materiais e humanos são fatores de tensão por não disporem das condições ideais para uma assistência eficaz. Muitos atuam concomitantemente em instituições privadas, utilizando dos equipamentos e materiais dessas para prover condições de realizar cirurgias de forma segura na instituição pública em questão, ou mesmo adquirem seus próprios instrumentos de trabalho, já que não os encontram disponíveis.

*Olha, em termos de recursos: você vê que no hospital particular você tem muito mais recursos, condições de trabalho do que no público, né? No público, você tem que se adaptar ao que o hospital te oferece. O que está disponível ou não!!!. (Médica 20 HU)*

Verifica-se assim que o ritmo de trabalho é considerado bastante intenso, fazendo o profissional desdobrar-se em vários empregos para conseguir sobreviver ou para manter um estilo de vida dentro dos padrões aspirados, o que se justifica pela grande desvalorização da profissão e consequente perda de autonomia que se encontra presa às regras e normas das organizações, tornando o médico um assalariado e vítima do sistema capitalista. Desta forma, grande parte dos médicos é refém dos planos de saúde, em que além de não terem garantido seus direitos trabalhistas, pois não tem vínculo empregatício, têm que seguir as regras e os procedimentos emanados no sistema de prestação de serviços, sendo monitorados no que se refere aos exames e condutas prescritas aos pacientes. São, portanto, explorados, mas alimentam a fantasia de serem profissionais liberais em seus próprios consultórios, por isso observa-se que a maioria além de atuar em hospitais diversos e atenderem a múltiplos planos de saúde, ainda dispõe do consultório como mais uma fonte de renda.

### 5.3 A relação médico-paciente sob julgamento.

A relação médico-paciente outrora calcada numa perspectiva de poder e dominação no que diz respeito ao processo de tratamento e cura cede lugar a um papel ativo do consumidor de saúde por ser detentor de maior conhecimento e informação com consequente domínio sobre seu corpo e a conduta terapêutica ministrada. Nesse contexto tem-se que a relação médico-paciente é delicada e desigual. Por mais interesse e informação que tenha acerca do mal que o aflige, o doente se encontra em condição de fragilidade e se vê diante de situações em que precisa decidir se confia na competência e no desempenho do especialista. Este, por sua vez, tem por profissão a lida diária com males e aflições e muitas vezes a árdua tarefa de comunicar ao paciente sobre a gravidade do seu quadro clínico. A forma como vai se dar esta intersecção, ou seja, o momento em que o paciente vai ouvir do médico o que ele realmente tem, pode ser determinante para o sucesso ou fracasso do tratamento.

Os médicos em seus discursos relatam que comunicar um diagnóstico difícil é penoso, fazendo com que o paciente crie uma relação de dependência e confiança no tratamento a ser ministrado. Esse relacionamento deverá estar calcado em bases sólidas e transparentes em prol do êxito no tratamento. No entanto, quando ocorre insucesso observa-se um forte sentimento de impotência e culpa pelo profissional. As falas abaixo elucidam essas angústias.

*Agora se é um paciente e deixa de ser paciente para ser um pouco mais... amigo, a gente um pouco mais... Mas gente é treinado, né? A gente acostuma... a gente tem muito entre a gente de conversar, “perdi um paciente”, vem, conversa, troca idéia... E a morte sempre tem aquela idéia de culpa, né? “Será que poderia ter feito mais alguma coisa?” Então a gente não tem um escape, mas não tem maiores problemas não. (Médica 08 HU)*

*Na minha área especificamente... eu trabalho com o limite de vida, vida ou morte, criança seqüelada, então eu acho que existe um tratamento e um respeito muito grande tanto na área privada como na área pública. Mas eu acho que é porque eu trabalho com os limites, então quer dizer: ou eles confiam no que eu faço, ou a criança vai morrer; ou ficar seqüelada para o resto da vida. Então o que eu sinto no meu trabalho é um entrosamento muito grande e um respeito muito grande para com e vice e versa. (Médica 16 HU)*

*Eu acho assim, a gente sofre muito sabe, a gente quando tem perda é uma coisa muito ruim, porque assim a gente não consegue assim, claro que o sofrimento da mãe é muito maior do que o nosso, mas a gente tem um envolvimento muito grande. A gente divide as rotinas aqui, então assim uma vez por mês, revezamos eu, a E., a S. M.. Então assim tem um paciente, que é paciente que eu assumi, que a gente tá tendo um relacionamento com a família, é um paciente de óbito, a gente vem pra dar a notícia, a gente vem pra confortar a família, entendeu; então assim, acho que tem um laço muito grande, é difícil pra gente também, a*

*gente enquanto médico não quer perder paciente nenhum, então assim, é uma sensação ruim né, de perda, de frustração, entendeu, como se você tivesse falhado em alguma coisa, são coisas assim, o racional da gente sabe que não é assim né, a morte é uma coisa inevitável, o tempo que... a gente não precisa...(Médica 10 MS)*

Os médicos relatam que o envolvimento emocional com o paciente e seu sofrimento é inevitável, diante disso o profissional tem que aprender a lidar com a própria angústia inerente à atividade. Em acréscimo existe o contato próximo com a família, o que amplia a sua aflição. Os discursos abaixo caracterizam essas passagens.

*É né... uma das questões de eu me afastar do procedimento do hospital... uma das causas é isso, por que você lida ate certo ponto, você tende... tende a colocar tipo, uma armadura pra você não interagir. Mas quer queira quer não aquilo vai te minando, e você vai ficando, interagindo cada vez mais, e isso realmente, o seu sofrimento vai junto. Então isso é uma questão... eu raciocino por mim mesmo, eu hoje to afastando cada vez mais desta área de grande conflito, de grande sofrimento, não quero isso não. (Médico 13 HU)*

*Olha eu acho que a gente perder um paciente nunca, não existe alguém que acostume, acho no dia que você se acostumar com isso esquece a profissão que você não é médico. Acho que o médico, ele tem que, não é que você sofre junto, mas você sente, acho que médico que não tem sentimento não é médico.(Médica 08 MS)*

*São duas coisas e isso eu aprendi há muito tempo atrás. Eu lido com risco, com morte, sofrimento, eu decido, muitas vezes a minha atitude não só no centro cirúrgico, mas fora do centro cirurgião ela vai refletir isso, em morte ou não, em sofrimento maior ou não, em dor ou não; deixar de sentir você não deixa nunca, mas eu aprendi que pra decidir, na hora de decidir você tem que ser frio, não tem jeito, tem que separar as coisas tem que separar a técnica do resto e a característica da minha especialidade é que a gente lida com cirurgias muito grandes, situações de muito risco, situações que uma decisão errada mata; então na hora de decidir, tem que... é frieza não tem jeito. Você tem, você se controlar primeiro você vai sentir claro, vai doer, vai pesar, mexer com a sua cabeça depois, mas na hora de decidir você tem que decidir primeiro, aí depois você vai pontuar aquilo.(Médico 11 MS)*

*A situação de morte é a pior por que acaba que a gente que tem que dar a notícia a família, aquele momento mais delicado e num plantão isso acaba sendo pior ainda, por que isso? Por que a gente não ta acompanhando o paciente então de repente a gente vai num andar por exemplo e o paciente teve uma parada cardíaca, um pos operatório que complicou, o paciente acabou evoluindo pro óbito... é muito angustiante mesmo da uma notícia dessas por que nem sempre os familiares estão preparados pra receber essa notícia a gente tem que dar da melhor maneira possível, eu não gosto de dar esse tipo de notícia, acho que ninguém gosta, mas a gente tem que aprender a lidar com isso no dia a dia, né?!?(Médica 16 MS)*

Por outro lado, muitos mencionam que a imparcialidade e o distanciamento diante da dor do paciente tornam-se necessários, tendo consciência de que quando fazem o melhor possível no que diz respeito ao tratamento e à cura, a angústia é atenuada. Observa-se tal comportamento através das falas abaixo.

*Hoje eu já encaro muito melhor, como eu disse, eu tenho 12 anos de formado, a gente já passou por muita coisa ai, acaba que você vai adquirindo uma experiência...Uma capacidade de assimilar essas situações melhor do que antigamente, menos frustração, isso tudo. (Médico 14 HU)*

*É... O sofrimento é o dia-a-dia,né? eu...o grau do sofrimento que varia ou o grau de percepção do sofrimento que varia de paciente para paciente. Então o sofrimento a gente lida*

*dia-a-dia. é...a morte ,a gente as vezes convive muito de perto por que a gente pega doentes terminais,né?!?eu já, to meio “escolado” nisso a gente já tem uma experiência de longa data,que a gente trabalha muito com CTI ,né?!?então a gente acaba “acostumando com a morte”,né?!? O que a gente procura é mostrar a..que morrer as vezes é uma evolução natural da doença,e não a conseqüência final,vamos dizer,né?!?(Médico 05 HU)*

*Às vezes a gente acaba encarando com uma certa naturalidade que tem horas que a gente pára para pensar se não tá sendo muito frio, entendeu... Então, acho que é isso que ocorre: a gente acaba que acostumando com a morte e tendo uma postura meio imparcial, diferente que se fosse um parente nosso, um familiar a postura seria diferente. A reação diante da morte vai muito da situação como eu falei, se você tá tranqüilo, se você tem a consciência de que você fez, o que você podia fazer, acho que isso daí é um conforto.(Médico 06 MS)*

*Aprende até a falar como a criança morreu. Porque tem toda uma didática, mas infelizmente se foi a óbito... porque a mãe, só de você falar a palavra óbito ela ainda tem esperança. Ela vai só olhando e o olho vai crescendo. E quando você fala tem que relaxar e deixar gritar... depois a ficha cai, mas naquela hora fica ali de lado porque tem que deixar colocar pra fora mesmo. O que eu falo sempre aqui pros residentes é: “Gente, quando alguém morreu, fala e deixa ela fazer o que ela quiser. Deixa pegar, abraçar, fingir, negar, a primeira reação é negativa, principalmente de mãe. Quer sair com a menina, quer dar mamar, quer dar sopa... Depois, aos poucos vai acalmando, acalmando e a pessoa entende, né? Lido, infelizmente, claro que acostuma, né? Primeiro ano é uma coisa, a gente apanha, e no décimo quinto ano, é outra história, né? Até pra isso você vai ficando mais experiente.(Médico 15 MS)*

Apesar da necessidade da imparcialidade, nota-se que os médicos mantêm uma sensibilidade inerente à figura do profissional enquanto ser humano, alguns remetem ao choro, tristeza e depressão, mencionando que mente o médico que diz não sofrer diante da dor do paciente, como se observa nas falas abaixo.

*Olha. . . eu tenho a impressão por que. . . a morte para nós médicos é uma derrota daquilo que nos poderíamos fazer. Então muitas vezes diante da derrota você não quer enfrentar aquela realidade. . . então você quando vê um paciente seu morrendo, você morre um pouco com ele e você tá sendo derrotado pela morte. (Médico 06 HU)*

*É. . . isso é uma coisa que nos médicos não sabemos lidar muito bem não Por exemplo, dificilmente a gente vai num enterro de uma pessoa, de um cliente nosso que falece. . A gente tem assim uma certa dificuldade em enfrentar aquilo. É, mas eu tive enquanto professor, eu tive um grupo de alunos que há muitos anos atrás que trabalhava comigo, que a gente conversava com as pessoas portadoras de câncer. Isso não tinha AIDS, não tava difundido naquela época, eram os portadores de câncer. E a gente . . eu fazia visitas todo o feriado, com um grupo pequeno de alunos. na época as pessoas . . . conversavam com essas pessoas. Mas a gente tem alguma dificuldade em lidar com a morte.(Médico 06 HU)*

Outro fator relevante no relacionamento médico-paciente sob julgamento é o medo dos processos judiciais que se tornaram correntes no que tange a possíveis erros médicos gerados precipuamente, pelo despreparo e desqualificação profissional, sobrecarga de trabalho e falta de condições adequadas para uma assistência eficaz. Diante disso os profissionais agem com cautela se resguardando de possíveis críticas e denúncias incorporando nas suas consultas, por vezes, exames complementares “exigidos” pelos pacientes, mesmo quando tem certeza quanto ao diagnosticado. O fácil acesso as informações fornecem aos pacientes conhecimentos sobre a sua patologia e sobre os seus direitos enquanto consumidores de saúde dando-lhes mais poder na relação. Os discursos são contundentes quanto a esse fato.

*O advento de muitos médicos no mercado com formações questionáveis, o advento de muitas faculdades de medicina que não focou na questão da qualidade, ter um diferencial... Quer queira, quer não, o ato médico implica em gerar um risco para o paciente que ele assiste. Agora obviamente que o médico não pode errar nunca. Enquanto em outras especialidades um erro é até temporizado, na medicina o médico não pode errar nunca e hoje ele é vítima inclusive de ações processuais totalmente descabidas, tem que considerar o tipo de trabalho que ele está executando, as condições de trabalho dele...isso é questionado e o médico é jogado no meio da fogueira. Aí ele que se vire mesmo!!! As entidades públicas hoje não dão suporte nenhum pro médico mesmo que ele seja concursado, regulamentado, trabalhe naquela instituição... em qualquer questionamento da conduta dele ele tá sozinho mesmo...O médico, às vezes, tem ações judiciais, os advogados ficam eufóricos quando fazem, ajuízam alguma ação judicial contra o médico por que tá achando que o médico tá ganhando rios de dinheiro e isso não é verdade. (Médico 13 HU)*

*A imagem do médico, a questão do processo contra o médico, das diferenças sociais, isso acho que hoje é bem claro, muito!!!... Então acho que hoje ficou bem mais difícil de você trabalhar nesse sentido, embora a gente saiba que em parte é culpa do relacionamento médico-paciente, né? Relacionamento do médico com o paciente. (Médico 01 HU)*

*Insatisfação é a dificuldade de você conseguir oferecer o que sabe que existe de melhor para o doente que não tem condições. Isso é horrível. E o fato de hoje o médico trabalhar... pressionado pelo... pelo poder judiciário. Hoje a gente tem o que a gente chama de “advogado de porta de hospital”. Já existe isso sim. Aqui em Juiz de Fora a última vez que... eu tenho parentes advogados, eu acho que tinha vinte por cento da população médica daqui sendo processada. Eu acho que são trezentos ou quatrocentos colegas na última vez que eu conversei. Já trabalha pressionado porque está mexendo com vida e ainda tem alguém querendo aproveitar de uma infelicidade de uma família para poder auferir lucros, né?(Médico 13 MS)*

*E também, foi mudando toda essa dinâmica com a relação da cobrança de exames, então hoje o paciente confia mais no exame complementar do que no médico, “Eu quero ultra-som”, você examina, examina, não tem nada; não eu só confio se fizer ultra-som. Então essas coisa, ou seja, quebrou-se um pouco. Então, hoje em dia, a confiança no diagnóstico tá muito...e também tem a influência da tecnologia...tem que ter ultra-som, tem que pedir endoscopia, tem que pedir isso...então a relação está muito em cima disso hoje...por isso que mudou muito a imagem, entendeu? Na minha área é extremamente comum essa coisa de processos...então isso hoje mudou a postura. (Médico 12 HU)*

Denota-se que o profissional médico sofre constantes pressões de seus pacientes, familiares e justiça colocando-os em posições delicadas geradoras de ansiedade e prontidão. E quando o paciente é um médico? Os trabalhadores concordam que estão constantemente expostos a diversas cargas e que estas os fazem adoecer, entretanto, observa-se que a grande maioria dos médicos entrevistados não se preocupa com a própria saúde, alegando falta de tempo para tal. Os que afirmam realizar os exames periódicos alegam, em muitos casos, os fazerem apenas por exigência da empresa empregadora. Quando perguntados sobre a frequência com que realizam seus exames periódicos de saúde, grande parte salientou o seguinte:

*Muito difícil, muito difícil. Eu faço alguns exames porque eu trabalho numa clínica com uma colega minha inclusive aqui do Departamento; de vez em quando eu faço... colesterol, tudo, né? Procurar Médico? Não, por exemplo, eu já tenho idade pra fazer um exame de próstata, mas ainda não fiz e nem tenho muito interesse no momento não. O último exame tem uns dois anos, essa coisa assim de... uma triagem sorológica, sem muito toque. (Médico 02 HU)*

*Há quatro anos atrás. Estou precisando realizar! Médicos não cuidam de si mesmos. Sempre deixam para depois... talvez seja a negligência mesmo. (Médico 18 HU)*

*Médico não vai a médico. A última vez que eu fiz tem dois anos, que foi o check-up da pneumonia que eu tive, e a parte geral, cardiovascular, e eu tenho pressão alta e eu sou especialista nisto. (Médico 03 HU)*

*Médico? Nunca. Por Porque eu estou preocupado com os outros. (Médico 13 MS)*

#### **5.4 O contato com a morte**

Os entrevistados relatam que lidar com pacientes terminais é um processo doloroso e angustiante, impactando nas suas emoções e defesas. Aqueles que atuam em CTI's e com doenças graves como câncer e HIV estão mais suscetíveis a este sofrimento.

*Mas evidentemente hoje a gente ainda passa por situações que a gente acaba se frustrando realmente, é o que eu te falo a questão da frustração e de desprazeres, né? Pessoas jovens com doenças graves, que não tem muito que fazer, isso acaba frustrando isso muito. Mas na maioria das vezes a gente consegue assimilar isso, com o tempo a gente vai tendo essa assimilação. (Médico 04 HU)*

*É uma situação realmente muito estressante, muito difícil, mas que ela só é amenizada a partir do memento que você tem uma boa relação com a família, com o casal...então...no caso ali com família ,por que precisa ser uma relação muito...intensa nesses casos... “Gravidez de alto risco”, o próprio nome já diz... São crianças que geralmente... Que a chance de... Insucesso é a maioria da minha área, tanto na mãe quanto na criança. (Médico 12 HU)*

*Ah! É uma situação bastante desagradável. A perda de um doente num ato anestésico, assim eu não lembro de ter perdido um paciente diretamente só pela anestesia, mas pelo contexto da cirurgia também. Mas, mesmo assim é muito desagradável, depois que você vê que não tem mais nada que se possa fazer pelo doente. Ali explicar para a família que o paciente morreu por um ato cirúrgico, por um ato anestésico é muito desagradável. E profissionalmente você se sente assim meio..... pouco eficaz, você acha que poderia ter feito mais e na verdade faltou alguma coisa além que você poderia ter feito pelo doente e naquele momento, por mais recursos, por mais tecnologia, por mais medicação que eu tenha disponível em mãos, você não conseguiu resolver o problema do doente. (Médico 02 MS)*

*Desprazer, insatisfação. Isso afeta por mais que você tente uma coisa é e que está fora do seu alcance. Lidar com paciente terminal acho que não que eu não goste, mais é uma coisa que te dá mais, você fica mais frustrado um pouco, paciente com câncer, e que tá morrendo, você faz só o paliativo para ele, só para amenizar o sofrimento, isso dá... frustra um pouco, isso dá desprazer, é paciente que às vezes chega no atendimento, isso acontece muito no atendimento de urgência, acho que atendimento eletivo não acontece isso não. (Médico 09 MS)*

Por outro lado denota-se que a (con)vivência com a morte, em função do tempo de trabalho, faz com que o profissional médico a encare como normal e inerente ao ofício, como demonstrado abaixo.

*Não... eu estou preparado pra isso, sempre estive, não sei se quando a gente se forma, a gente está; dentro do curso a carga definida a lidar com a morte é muito pequena, mas... eu, nunca tive problema não; a gente dando atenção à pessoa, mesmo morrendo, a pessoa tem que morrer satisfeita, né? (risos) (Médico 02 HU)*

*Todo mundo um dia vai morrer, entendeu? Então eu não tenho mais problemas quanto à... é lógico que a gente faz tudo pra que viva, e que tenha um... ou se vai morrer mesmo que tenha uma morte branda né, com menos sofrimento. Mas eu já lido muito bem com isso, não tenho*

*nenhum problema quanto a morrer. Inclusive se eu tiver que morrer, posso morrer. Eu tenho uma filha de dois (dois) anos, eu não gostaria, porque eu gostaria de criá-la, mas não tenho mais tabu com morte. (Médica 18 MS)*

Tem-se ainda que é um dos deveres do médico a comunicação da morte do paciente o que gera desgaste pelo sofrimento dos familiares devendo também confortá-los e assisti-los nesse momento. As relações se consolidam principalmente quando o paciente é um cliente mais antigo criando laços afetivos com seus parentes próximos. Alguns entrevistados demonstram aceitar melhor a perda dos pacientes por se apoiarem em crenças religiosas. Relacionam a morte do paciente como vontade suprema em uma perspectiva ou como fracasso profissional, visto que em sua formação reforça-se a preservação da vida e da cura. Os relatos abaixo são marcantes.

*É...A gente acostuma, sofre naturalmente, mas vai depender também do temperamento da pessoa e também da ideologia religiosa de cada um. Então no meu caso eu tento praticar, o espiritualismo Kardecista. Então eu tenho uma vez da doutrina espírita que eu tento colocar e trabalhar essa doutrina; com isso, isso me dá amparo.*

*Isso facilita!Acho que é importante um profissional, qualquer que seja, ter sua religiosidade, independente da sua religião, do nome, ou seja ele tem que enxergar, ver o ser humano como uma pessoa de bem, não importa o rótulo da religião, todas são válidas. (Médico 11 HU)*

Os entrevistados colocam que no início da carreira, pela falta de experiência e maturidade sentem mais a morte do paciente e em muitos casos se questionam sobre a sua vocação para medicina e até que ponto suportarão as perdas no decorrer do ofício. O depoimento abaixo aponta nessa direção.

*Então na época da faculdade é mais sofrido para a gente lidar com esse tipo de situação, mas depois que você entra, como eu fiz cirurgia geral, depois cirurgia plástica, só que eu fiz no Inca, que é o Instituto Nacional do Câncer, então lá a gente tinha muito paciente terminal, e a gente era obrigado a dar plantão lá entendeu? Então eu lidei muito com situação de morte, de paciente terminal aonde eu fiz a minha residência. Então eu comecei a trabalhar isso...(Médica 18 MS)*

*No início, quando a gente se forma, por mais que a gente tenha informações a respeito disso, eu acho que a faculdade deixa muito a desejar, não prepara o profissional para o que ele vai passar lá na frente; prepara o profissional pra lidar com doenças mas não com a parte emocional ... então a gente se vê numa situação que você nunca passou antes, você não tem quem recorrer a gente então acaba tendo que sair da situação do jeito que você acha que é melhor mais nem sempre isso acontece.(Médica 16 MS)*

O contato com o adoecer e o morrer fazem parte da profissão médica, fazendo com esses internalizem mecanismos de defesa, para enfrentar os fracassos e valorizar as intervenções realizadas priorizando a ética e o respeito à vida.

## **6. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O mundo da medicina conheceu mudanças profundas e rápidas nos últimos anos, impactando sobremaneira na formação e no exercício profissional do médico. Esse grupo profissional sempre gozou de status e prestígio, estando condenado, no contexto atual, à perda de identidade, autonomia profissional, assalariamento e mercantilização, aliados à contestação e julgamento da comunidade no que diz respeito ao ato médico. Como informação adicional, constatou-se na pesquisa que aproximadamente 95% do total de médicos entrevistados apresentam mais de um vínculo empregatício. A maior concentração da renda está acima de 20 salários mínimos, comprovando ser uma profissão atrativa no campo financeiro.

O que é ser médico? Como se aprende a ser médico? O trabalho de investigação realizado contemplou o desgaste e o prazer no trabalho contribuindo para uma resposta a esta dupla interrogação, a qual sintetiza as inquietações que perpassam o cotidiano vivido por este grupo profissional. Apreende-se pelos discursos as vivências, as tramas, as defesas, os medos, as dores e as inseguranças concernentes à relação médico-paciente, ao tratamento recomendado e o contato com a morte. Constata-se pelos relatos que a relação médico-paciente é uma raiz insofismável da prática médica. Em tempos remotos, praticamente sem equipamentos diagnósticos e terapêuticos, o sucesso do médico dependia, principalmente, de uma boa relação médico-paciente. O resgate desse paradigma apresenta-se pelas colocações oriundas dos médicos de todas as instituições estudadas que enfatizam a busca pelo “humanismo” e rejeição de abordagens tecnicistas e pouco humanizadas. Tem-se ainda que a lógica da dádiva e da caridade que permeou a profissão em seu início transformou-se face ao anonimato e à mercantilização da assistência; a lógica moral ou religiosa diluiu-se face à lógica científica e a lógica da renúncia cede lugar à busca de salários condizentes com o status da profissão perante a sociedade.

Os profissionais ao refletirem sobre a formação e mudança na área da saúde referem que o papel e a importância atribuídos aos médicos se traduzem em três tendências principais. A primeira corresponde à acentuada oferta dos profissionais no mercado acirrando a competitividade por espaço de trabalho, submetendo-se a vínculos e remunerações que aliadas às condições de atuação comprometem a qualidade no atendimento. A segunda tendência residiria na maior integração do médico à equipe multiprofissional de saúde em função da especialização e tecnologização da medicina que o faz mais dependente dos outros atores que deixam de ser paramédicos para desenvolverem as suas competências e habilidades de forma integrada. A terceira tendência concerne ao fato do paciente ter se tornado consumidor da saúde, estando os médicos mais suscetíveis a processos em função dos erros e negligências.

Em um contexto mais amplo, os entrevistados consideram o trabalho que desenvolvem no HU-UFJF e MS, não apenas fonte de sofrimento, violência física e psicológica, mas também uma forma de prazer, de felicidade, que dá significado e motivação à vida. Nesse sentido recupera-se a equação sofrimento patogênico/sofrimento criativo de DEJOURS (1994a) demonstrando que o trabalho não é sempre patogênico, ele tem ao contrário, um poder estruturante, em face tanto da saúde mental como da saúde física.

E, apesar da reconfiguração dos territórios profissionais, os discursos ainda estão impregnados de uma perspectiva de poder e domínio, nomeadamente em nível da conduta do tratamento prescrito e da liderança diante da equipe multiprofissional de saúde. O prazer vivenciado repousa no cuidado médico prestado ao paciente, em salvar vidas e no resultado da cura em casos de prognósticos pessimistas e patologias raras. Em contraposição vêem como fonte de impotência e tristeza a perda do paciente cuja convivência foi prolongada e intensa, jovens e crianças que apresentam doenças incuráveis e que vêm a óbito e ainda cirurgias mal sucedidas. A grande maioria comenta que o lidar com a morte induz à construção de estratégias pessoais e coletivas de defesa, negação e sublimação para enfrentar essa situação de forma menos perturbadora.

Os médicos denunciam que a realização de plantões noturnos e de finais de semana são suportados primordialmente quando jovens, tendo muitos comentado que a tolerância é de aproximadamente 15 anos. Referem que o fato de trabalharem em horários alternativos compromete a saúde e o convívio familiar gerador de desgaste físico e emocional. É preocupante o fato de quase a totalidade dos respondentes praticamente negligenciar a própria saúde – um paradoxo profissional – apontando como motivos: a falta de tempo, o domínio sobre o corpo e a automedicação quando necessário, o receio e o medo de se expor perante



outro profissional, o saber e o poder próprio que cria presunção e arrogância. Muitos relatos demonstram que a ajuda profissional somente advém quando os sintomas efetivamente aparecem e se agravam, tendo sido comentado como patologias hipertensão, gastrite, problemas cardíacos, distúrbios do sono, estresse, dentre outras. Na pesquisa apresentada, então o sofrimento adquire um sentido – no fim, o prazer no trabalho é um produto derivado do sofrimento. Tal conclusão fundamenta-se, segundo DEJOURS (1992b), na observação de que, se por um lado os trabalhadores empenham-se em lutar contra o sofrimento, por outro não buscam situações de trabalho isentas de sofrimento chegando até a detestá-las. Enfrentam sem hesitação, as adversidades das situações de trabalho.

Constatamos assim que a realidade de trabalho no HU-UFJF e MS é um terreno propício para jogar e re-jogar com o sofrimento, apesar das situações críticas e das dificuldades que vivenciam. Todavia, quando atendem à demanda de assistência o mais próximo da normalidade e com um nível de qualidade aceitável se sentem satisfeitos e recompensados, possibilitando a sensação de se sentirem úteis e de estarem cumprindo o dever assumido com os mais fracos e dependentes.

## 7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AROUCA, A.S.S. *O Dilema Preventivista – contribuição para a compreensão e crítica da Medicina Preventiva*. Campinas, 1975. Tese (Doutorado) – FCM-UNICAMP.
- CAMPOS, G.W.S. *Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde*. In: MERHY, E.E.; ONOCKO, R. (orgs). *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo, Hucitec/Lugar Editorial, 1997.
- Da SILVA, M. M. A. *Trabalho médico e o desgaste profissional: pensando um método de investigação*. Campinas, SP, 2001. Tese (Doutorado) – FCM-UNICAMP.
- DEJOURS, C. & ABDOUCHELI, E. Itinerário teórico em psicopatologia do trabalho. In: 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.
- DEJOURS, C. *A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho*. São Paulo: Cortez-Oboré, 1992a.
- \_\_\_\_\_. Uma nova visão do sofrimento humano nas organizações. In: CHANLAT, J.F. (Coord). *O Indivíduo na Organização: dimensões esquecidas*. São Paulo: Atlas, 1992b.
- \_\_\_\_\_. *Trabalho e saúde mental: da pesquisa à ação*. In: 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.
- FISCHER, R. M. "Pondo os pingos nos is" sobre as relações de trabalho e políticas de administração de recursos humanos. In : FLEURY, M. T. L.; FISCHER, R. M. *Processo e relações do trabalho no Brasil*. São Paulo: Atlas, 1987.
- FLEURY, M. T. L.; FISCHER, R. M. (Coords.). *Processo e relações do trabalho no Brasil*. São Paulo: Atlas, 1987.
- LIMA JUNIOR, J. H. V. *Trabalhador de Enfermagem: de Anjo de Branco a Profissional*. São Paulo, 1998. Tese (Doutorado) - Fundação Getulio Vargas - SP, FGV-SP.
- RIBEIRO, R.B. *A Fadiga Médica: suas causas e conseqüências*. Rio de Janeiro, 1989. Pós-graduação em Administração Hospitalar/PUC-RJ (mimeo). 119p.
- SATO, L. A representação social do trabalho penoso. In: SPINK, M. J. *O conhecimento no cotidiano*. São Paulo: Brasiliense, 1993.
- SIQUEIRA, M. M. de. *Relações de trabalho em hospitais de Belo Horizonte*. Belo Horizonte, 1991, Tese (Professor Titular) – FACE-UFMG.