

MARTA MARIA ALVES DA SILVA

TRABALHO MÉDICO E O DESGASTE PROFISSIONAL
PENSANDO UM MÉTODO DE INVESTIGAÇÃO

CAMPINAS

2001

MARTA MARIA ALVES DA SILVA

TRABALHO MÉDICO E O DESGASTE PROFISSIONAL
PENSANDO UM MÉTODO DE INVESTIGAÇÃO

*Dissertação de Mestrado apresentada à
Pós-Graduação da Faculdade de Ciências
Médicas da Universidade Estadual de
Campinas para obtenção do Título de
Mestre em Saúde Coletiva.*

ORIENTADOR: PROF. DR. SÉRGIO ROBERTO DE LUCCA

CAMPINAS

2001

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
UNICAMP**

Si38t Silva, Marta Maria Alves da
Trabalho médico e o desgaste profissional: pensando um método de
investigação / Marta Maria Alves da Silva. Campinas, SP : [s.n.],
2001.

Orientador : Sérgio Roberto de Lucca
Dissertação (Mestrado) Universidade Estadual de Campinas.
Faculdade de Ciências Médicas.

1. Saúde e trabalho. 2. Doenças profissionais - epidemiologia. 3.
Doenças do trabalho. I. Sérgio Roberto de Lucca. II. Universidade
Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

DEDICATÓRIA

Aos meus pais, Manoel e Antônia, fontes permanentes de incentivo e amor...

Ao César, meu grande companheiro e a motivação maior dos caminhos percorridos até aqui nesta vida, e com quem aprendi sobre a eternidade da vida e do amor... Que lá do céu ele compartilhe este momento de felicidade...

...com amor dedico este trabalho.

AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

Ao Prof. Dr. Sérgio Roberto de Lucca pela orientação prestada, pela paciência em meus momentos de crise e pela confiança depositada em mim de que ainda seria possível, apesar dos acontecimentos, a concretização deste estudo.

Ao Tasso de Souza Leite, grande amigo e meu co-orientador nas horas vagas, cujas contribuições foram fundamentais nesta tese.

Aos meus irmãos e grandes companheiros nesta vida: Marcos, Magno, Cida, Glória e Méria, cada um, à sua maneira, foram grandes incentivadores nesta jornada, nunca tendo deixado de acreditar em mim e nas várias possibilidades que a vida nos oferece.

Ao prof. Dr. Francisco Antônio de Castro Lacaz, pela contribuição durante a defesa desta dissertação e por todo o ensinamento sobre o mundo do trabalho e o processo saúde-doença, tendo sido o grande responsável por todo o embasamento teórico da mesma.

À Solange L'abbate pela contribuição durante a defesa desta dissertação e pelo incentivo a vida.

Ao Prof. Dr. Gastão Wagner de Sousa Campos, a quem devo muito pelos conhecimentos adquiridos e que tem me ensinado que na vida as *“coisas não estão dadas...é preciso CONSTRUIR!”*

Aos prof. Dr. Everardo Duarte Nunes e Dr. Djalma de Carvalho Moreira, pelas importantes e definidoras contribuições expressas durante o exame de qualificação.

Aos prof. Dra. Marilisa Berti de A. Barros , Dr. Emerson E. Merhy e Heleno Rodrigues Corrêa Filho, que em três momentos distintos frente à coordenação da pós-graduação, deram-me a oportunidade de concretização desta tese, numa luta contra o tempo.

À prof. Dra. Maria da Graça G. Andrade, que muito conforto e apoio me deu num momento de grande dor.

Aos prof. Dra. Maria Helena Machado e Dr. Sérgio Rego, pelo apoio e acesso ao banco de dados da pesquisa realizada pela Fiocruz.

Aos prof. Dra. Eleuse Machado de Britto Guimarães, diretora da Faculdade de Medicina de Goiás/ UFG e prof. Félix André Penhavel, diretor técnico do Hospital das Clínicas/ UFG, por terem favorecido meu afastamento dos plantões nesta instituição, o que permitiu-me dedicação exclusiva ao mestrado.

A Elias Rassi Neto, secretário de saúde à época, por ter-me concedido licença de minhas das atividades profissionais em Goiânia.

A Luiz Felipe Pinto, pela colaboração em estatística e no envio dos dados sobre o desgaste profissional.

Ao terapeuta Agenor Vieira de M. Neto, pela escuta paciente, pelo apoio e carinho, num momento de minha vida em que tudo havia desmoronado, tendo-me ensinado a ver-me novamente e mostrado que viver vale a pena.

À amiga Regina Ribeiro Parizi Carvalho, que num momento de grande impasse em minha pesquisa, recebeu-me com carinho e apontou-me alguns caminhos a seguir, tendo tomado um deles.

Ao amigo Luiz Roberto Tenório, pelo carinho e pelas contribuições quanto à revisão bibliográfica, tendo-me concedido farto material de pesquisa.

Ao amigo Heitor Alarico G. Freire, sempre pronto a ajudar em todas as horas, tendo sido meu “voluntário-cobaia” ao responder o questionário-piloto desenvolvido.

Ao amigo Otaliba Libânio de Moraes Neto, que em dois momentos de minha vida teve grande influência na realização deste mestrado: antes da seleção e durante o mesmo, quando quis desistir, colocando-se sempre solidário e incentivando-me.

À amiga Silvana Matias Freire por compartilhar meus momentos de crise e de mau-humor, tendo sido prestativa, compreensiva e paciente.

À amiga Luciana Lintomen, companheira de todas as horas que tem me ensinado a viver em Campinas, cuja colaboração em computação foi fundamental para o desfecho desta tese.

Às amigas Pauline Santa Rosa S. D. Boeira e Aline Carvalho da Costa, pela solidariedade e presteza na tradução do resumo para o inglês.

Às amigas Eliane Gandolfi e Zélia Rodrigues da Cunha Gandolfi, que muito têm ensinado-me sobre os mistérios da vida, o que foi fundamental para a concretização deste estudo e para um novo olhar sobre o mundo.

À amiga Ana Lúcia Abrahão da Silva, pela companhia na solidão de minha casa, tendo encorajado-me a retornar aos grupos de estudos.

À amiga Dais Gonçalves, pelo carinho, pelas cumpricidades, pela solidariedade no trabalho, nesta pesquisa e na vida.

Aos amigos Jorge Antônio Marques, Claudemir Carreira e Eliane Terezinha Afonso, pelo carinho e por compartilhar meus momentos de angústias.

À colega Leoci H. Takahashi Santos, pela colaboração prestada na secretaria de pós-graduação, que em muito contribuiu com esta pesquisa.

Às funcionárias da área de estatística da Faculdade de Ciências Médicas/UNICAMP, Andréa e Cleide, pela revisão dos cálculos e orientação nesta área.

À colega Nirvanda Rolim de Castro, secretária do sindicato dos médicos de Goiás, por toda presteza no envio dos dados referentes aos médicos de Goiás.

Aos demais professores e funcionários do Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Ciências Médicas/UNICAMP, que colaboraram direta ou indiretamente com esta pesquisa.

À Universidade Federal de Goiás e à Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia, por ter-me concedido afastamento das atividades para a realização deste estudo.

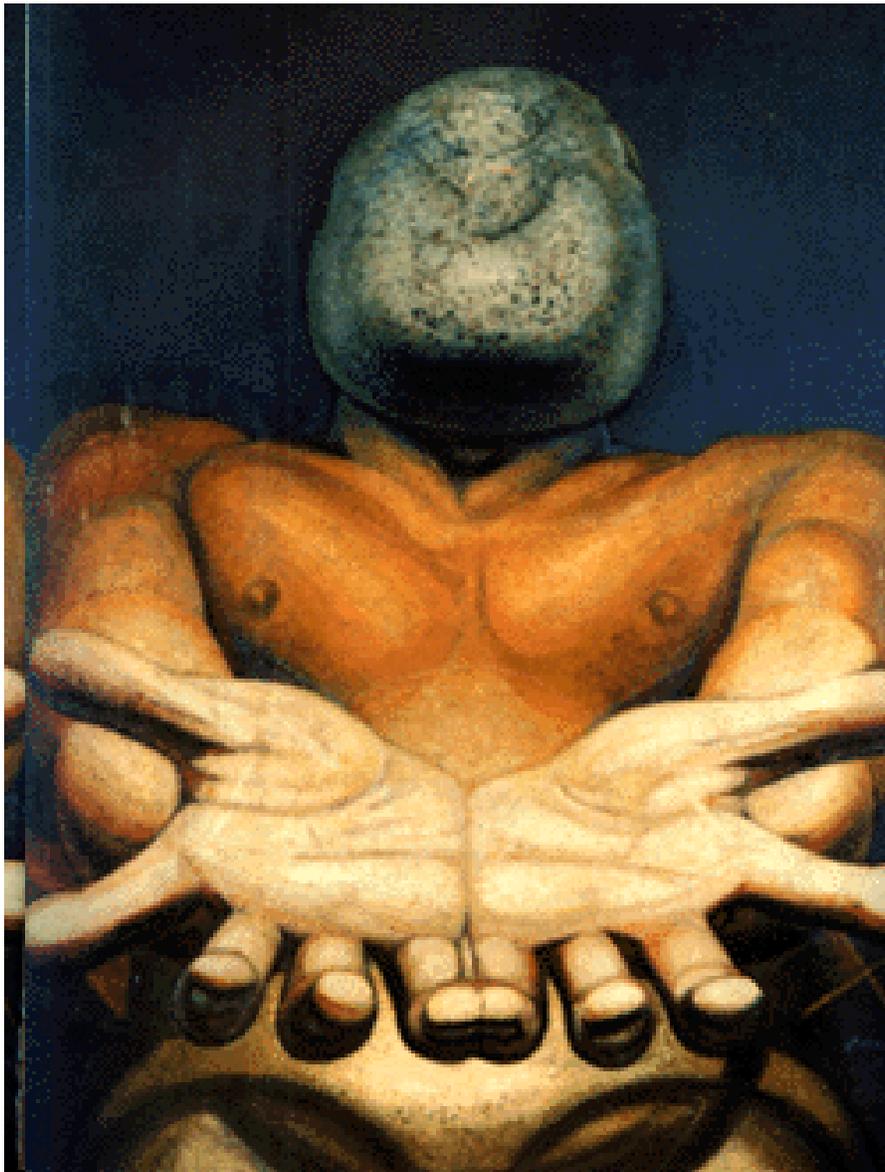
Ao Sindicato dos Médicos no Estado de Goiás, que colocou-se sempre pronto a colaborar na execução desta pesquisa.

Ao CNPQ, instituição financiadora deste estudo, cuja bolsa viabilizou-me na execução do mesmo e em minha permanência nesta cidade.

À todos que, de alguma forma, contribuíram e participaram deste estudo.

À todos os médicos de Goiás.

O HOMEM



Tela do pintor mexicano José David Alfaro Siqueiro, que revela o homem ainda em processo de humanização. Em primeiro plano, vêem-se as mãos vazias, com as quais, por meio do trabalho, o ser humano encontrará sua identidade.

(*) http://www.olvera-street.com/the_artist.html

“Não sois máquinas! Homens é o que sois”

(CHARLES CHAPLIN)

“El trabajo útil, creador de valores de uso, se constituye en un estímulo que desarrolla las capacidades físicas y mentales del ser humano, es decir, en un productor de salud”

(JUAN C.GARCÍA, 1983)

“A saúde não é um estado de estabilidade, não é estado, não é estável... a saúde é alguma coisa que muda o tempo todo... saúde... é ter um caminho pessoal e original, em direção ao bem estar físico, psíquico e social... a saúde é quando ter esperança é permitido”

(CHRISTOPHE DEJOURS, 1986)

	PÁG
RESUMO	<i>xxxi</i>
1. INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA	35
2. OBJETIVOS	47
2.1. Geral.....	49
2.2. Específicos.....	49
3. REFERENCIAL TEÓRICO – METODOLÓGICO	51
3.1. Conceituando Trabalho.....	53
3.1.1. Processo de Trabalho.....	59
3.1.1.1. Organização do Trabalho.....	62
3.1.1.2. Divisão do Trabalho.....	63
3.1.1.3. Condições de Trabalho.....	65
3.2. Conceituando Trabalho em Saúde.....	65
3.2.1. O Objeto de Trabalho em Saúde.....	69
3.2.2. Os Instrumentos de Trabalho em Saúde.....	70
3.2.3. O produto do Trabalho em Saúde.....	70
3.3. O Trabalho Médico.....	70
3.3.1. A alienação do trabalho:.....	73
3.3.2. A perda da autonomia no trabalho.....	75
3.4. Saúde E Trabalho – “A Saúde do Trabalhador”.....	76
3.4.1. As Leis e o Trabalho no Brasil: um direito conquistado?.....	77

3.5. Conceituando Processo Saúde – Doença.....	79
3.5.1. Processo Saúde-Doença e o Trabalho.....	81
3.6. Analisando a Categoria Desgaste – “O desgaste no trabalho e do Trabalhador”.....	88
3.6.1. Reflexos do Desgaste sobre a Morbidade dos Trabalhadores.....	90
- Transtornos mentais e estresse.....	92
- Síndrome de <i>Burnout</i>	93
- Doenças Psicossomáticas e Orgânicas.....	95
3.6.1.1. Pesquisas na área da saúde.....	96
- Distúrbios Psico-emocionais e Sofrimento psíquico.....	96
3.6.2. O Desgaste e as repercussões sobre a Mortalidade dos Trabalhadores.	100
3.6.3. O Desgaste do Trabalho Médico.....	102
3.6.3.1. Morbimortalidade dos Médicos: o desgaste como mediador do Processo de Trabalho e o Processo Saúde-Doença?.....	105
- Doenças Psiquiátricas em Médicos.....	105
- <i>Burnout</i> em Médicos.....	106
- Alterações Psicofisiológicas e Iatrogenia.....	107
- Suicídio entre Médicos.....	107
- As drogas e os Médicos.....	109
4. OS MÉDICOS NA CONJUNTURA ATUAL - UM RETRATO DA REALIDADE NO BRASIL:	111
4.1. Tipologias do Mercado de trabalho médico.....	113
4.2. Algumas tendências do mercado de trabalho médico.....	117
4.3. Os Médicos e o multi-emprego.....	118

4.4. A extensa jornada de trabalho dos plantonistas.....	119
4.5. Rendimentos e honorários médicos – uma insatisfação generalizada.....	120
4.6. O processo de assalariamento.....	122
4.7. Uma profissão desgastante.....	123
5. A REALIDADE DOS MÉDICOS EM GOIÁS.....	127
- Sobre a metodologia da Fiocruz.....	130
5.1. O Desgaste Profissional em Goiás.....	134
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	151
7. SUMMARY.....	157
8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	161
9. LEITURAS COMPLEMENTARES.....	173
10. ANEXO.....	177

	<i>PÁG</i>
TABELA I: Médicos do Estado de Goiás distribuídos por percepção do desgaste Profissional, Goiás – 1995.....	134
TABELA II: Médicos que declararam desgaste profissional segundo faixa etária, Goiás – 1995.....	137
TABELA III: Médicos distribuídos por desgaste profissional segundo local de moradia, Goiás – 1995.....	139
TABELA IV: Médicos distribuídos por desgaste profissional segundo o gênero – Goiás, 1995.....	139
TABELA V: Médicos com desgaste profissional distribuídos segundo os grupos de especialidades médicas, Goiás – 1995.....	141
TABELA VI: Médicos com desgaste profissional distribuídos segundo renda mensal declarada, Goiás – 1995.....	143
TABELA VII: Médicos com desgaste profissional distribuídos segundo atuação no setor público, Goiás – 1995.....	144
TABELA VIII: Médicos com desgaste profissional distribuídos segundo atuação setor privado, Goiás – 1995.....	144
TABELA IX: Médicos com desgaste profissional distribuídos segundo atuação em consultório, Goiás – 1995.....	145
TABELA X: Médicos com desgaste profissional distribuídos segundo sua atuação em plantão, Goiás – 1995.....	146

	<i>PÁG</i>
QUADRO I: Médicos distribuídos por número de atividades – Brasil e Goiás, 1995.....	118
QUADRO II: Médicos por atividade em plantão – Brasil e Goiás, 1995.....	119
QUADRO III: Médicos segundo renda mensal declarada – Brasil e Goiás, 1995...	121
QUADRO IV: Médicos segundo inserção no mercado de trabalho – Brasil e Goiás, 1995.....	122
QUADRO V: Médicos com desgaste segundo número de atividades – Brasil, 1995.....	125
QUADRO VI: Motivos de desgaste profissional apontados pelos médicos - Brasil, 1995.....	126

RESUMO

Partindo-se de algumas inquietações vivenciadas em minha atividade profissional, procurou-se estudar o trabalho médico e o desgaste profissional. Concebeu-se o trabalho como uma categoria analítica central no processo de determinação social do estado de saúde e de doença dos homens, pois ao operar-se a ação do homem sobre a natureza, transformando-a, há um processo de transformação também do homem.

Dentro do trabalho, o processo de trabalho é um elemento central na determinação do processo saúde-doença, pois produz um consumo da força de trabalho, gerando um desgaste no homem. Este desgaste expressa-se sob diferentes formas, como o sofrimento psíquico, o estresse, as doenças psicossomáticas, os transtornos mentais e as neuroses.

A conjuntura atual decorrente do neoliberalismo e suas conseqüências sobre o mercado de trabalho, como a reestruturação produtiva, têm determinado modificações que repercutem no mercado de trabalho médico, como o assalariamento, o multi-emprego, os baixos salários, a perda do *status quo* e do poder médico. Estas modificações têm reflexos sobre o processo de trabalho dos médicos, como as super-especializações, a tecnologização do cuidado médico, a perda da autonomia e da criatividade, a intensificação na jornada de trabalho, etc.; conseqüências diretas disso são observadas na relação médico-paciente, cada vez mais impessoal, sem resolutividade e centrada em sintomas. Essa realidade, aliada ao fato da atividade médica em si mesmo ser desgastante, devido à própria natureza de seu objeto de trabalho - expresso no contato direto com a dor, o sofrimento e a morte - torna o trabalho médico potencialmente gerador de morbidades, desgaste profissional e sofrimento psíquico.

O trabalho médico, nosso objeto de investigação, também foi abordado buscando-se na literatura as conseqüências do desgaste sobre o perfil de morbi-mortalidade dos médicos, onde depressão, estresse, alcoolismo, drogadição e suicídio têm assumidos proporções alarmantes.

Procedeu-se a uma revisão bibliográfica levantando-se pesquisas que englobem a relação saúde-doença/trabalho. Como subsídio complementar do nosso referencial, caracterizou-se o desgaste profissional dos médicos que atuam no Estado de Goiás, a partir do banco de dados da Fiocruz (Machado et al., 1996). Procedeu-se a novos cruzamentos

partindo-se de informações não utilizadas e não publicadas por aquela instituição. A variável desgaste profissional foi cruzada com algumas variáveis sócio-demográficas, de formação técnico-científica e de mercado de trabalho, cujos resultados foram: 83,8% de desgaste profissional, mais acentuado nos jovens, plantonistas, residentes nas capitais, atuantes no setor privado, em atividades técnico-burocráticas e que recebem baixa remuneração. Essa caracterização visou conhecer mais detalhadamente quem são esses médicos “desgastados”, na perspectiva de se pensar um instrumental metodológico, que possibilite apreender o processo de trabalho/processo de desgaste. Goiás foi eleito em função de lá ter vivido toda minha experiência emocional, profissional e sindical.

Levantou-se algumas questões que permeiam a vida e o trabalho dos médicos, numa perspectiva crítica ao modelo de investigação da medicina do trabalho e da saúde ocupacional. Aponta-se pela necessidade de se construir um método de investigação e de intervenção no mundo do trabalho; um método que possibilite a ação transformadora por parte dos trabalhadores de saúde e que recoloque o trabalho em seu devido lugar: dentro da vida, não a vida dentro do trabalho.

1.INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

TRABALHO MÉDICO E O DESGASTE PROFISSIONAL:

Pensando um método de investigação

Uma inquietação esteve quase sempre presente em minha vida profissional, seja como médica clínica geral atuando na assistência, como credenciada, prestadora de saúde ou assalariada do Sistema Único de Saúde (SUS) ou de hospitais privados, seja como médica sindicalista atuando no Sindicato dos Médicos do Estado de Goiás (SIMEGO), seja como gestora da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Goiânia atuando como sanitarista.

No ano de 1996 estive atuando como coordenadora da rede básica de saúde da SMS de Goiânia¹, onde era responsável pelo funcionamento e atividades realizadas nas 36 unidades de saúde municipais (centros de saúde, Cais - Centro de Assistência Integral à Saúde, unidades de referência em saúde mental, apoio diagnóstico, endodontia). Responsabilidade essa que englobava desde a preocupação com o detergente para a limpeza das unidades de saúde, o anestésico para o dentista, o reparo e manutenção de equipamentos, o suprimento de medicamentos e insumos básicos, o funcionamento de ambulâncias, a produção e a qualidade nos atendimentos em todas as áreas (médica, enfermagem, odontologia, psicologia, assistência social, fonoaudiologia, etc.), entre outras atividades de assistência, promoção à saúde e prevenção de doenças.

Além de dificuldades, como: falta de medicamentos e insumos básicos, quebra de aparelhos, greves de trabalhadores da saúde, demanda reprimida, etc, tão conhecidas de outras secretarias de saúde e decorrentes da falta de investimento no setor saúde² e da inexistência de uma política nacional voltada para o público, percebia outros problemas na área de recursos humanos. Era freqüente o relato de chefes de unidades sobre servidores “problemas”; estes tinham problemas de relacionamento com colegas de serviço, não se

¹ A Secretaria Municipal de Saúde vivia, à época, um cenário político importante, como: a afirmação de um governo popular e democrático eleito nas últimas eleições, o processo de municipalização, a expansão dos conselhos locais de saúde.

² O Plano Municipal de Saúde definia que, no mínimo, 10% dos recursos financeiros do Tesouro Municipal fosse aplicado na saúde, mas somente 4% do recurso era aplicado.

adaptavam em algumas funções ou horários, apresentavam baixa produtividade, faltavam ao trabalho... Não menos freqüente, também eram as reclamações dos usuários sobre alguns servidores, principalmente quanto aos médicos. Uma das queixas mais observadas era quanto ao atendimento rápido e sem qualidade: *“Como o doutor vai saber o que eu tenho, se ele nem me examinou?”*, *“Eu mal falei o que meu filho tinha e o médico já estava com a receita pronta”*.

Por outro lado, ao ouvir os servidores estes reclamavam dos salários, das condições de trabalho, do autoritarismo de algumas chefias. Era freqüente queixas do tipo: *“Como posso atender o paciente dignamente com o que recebo?”*, *“A gente não tem um lençol limpo para cada paciente, e às vezes faltam luvas e material para coleta de prevenção...”*, *“O que ganho é tão irrisório, que tenho que trabalhar em outros lugares...”*. Observava o aumento de afastamentos devido a depressão e estresse (aumentava mesmo ou não era observado antes?): *“A doutora começa a atender e não consegue; ela chora...”* – relato de uma chefe de uma unidade (esta médica foi posteriormente afastada, temporariamente, por depressão). O relacionamento estava ruim entre os trabalhadores, entre estes e as chefias, entre estes e os usuários. Em todos havia várias versões da verdade, e todas estavam certas.

Havia uma irritabilidade, ansiedade e agressividade no ambiente de trabalho. As pessoas, de uma maneira geral, não estavam felizes, apenas “cumpriam” suas obrigações e, quase sempre, com algumas exceções, executavam insatisfatoriamente o trabalho. Não havia o envolvimento com o serviço, nem a dedicação.

Como membro do sindicato dos médicos de Goiás avaliava-se a greve como um dos instrumentos de luta para a sensibilização da população e dos gestores da prefeitura na discussão das condições de trabalho e salário do médico e demais profissionais de saúde. Os salários eram realmente aquém do desejado e as condições de trabalho não eram satisfatórias. Tentava conciliar as duas funções, a de gestora e sindicalista, o que, às vezes, era impossível. A população reclamava da falta de atendimento e de medicamentos. Os servidores reclamavam dos salários e da falta de material para trabalhar.

Angustiava-me em dose tripla, pois como médica clínica geral também atendia na ponta do sistema, corria de um lado para outro, de um serviço para outro. À época dedicava-me exclusivamente ao serviço público em ambulatórios e plantões; o pouco encanto que tinha com o trabalho na rede privada esvaiu-se completamente ao deparar-me com a mercantilização da saúde. Trabalhava em três municípios diferentes e tinha cinco vínculos de trabalho como concursada e prestadora de serviço, percebendo baixos salários e trabalhando em condições inadequadas: falta de material, filas longas, pacientes brigando para serem atendidos, cobrança por produtividade, consultas rápidas e, quase sempre centradas na prática curativa e com baixa resolutividade. Também vivia a angústia de desconhecer o resultado de meu trabalho; muitos pacientes não retornavam para revisão, seja por dificuldades inerentes ao serviço, como agendas burocráticas e demanda reprimida, ou externas ao mesmo. Comer ou ir ao banheiro, atividades tão corriqueiras e essenciais à vida, muitas vezes tornava-se quase impossível na correria para conseguir atender tantos pacientes, resultado de uma demanda reprimida e reflexo da crise presente no setor saúde. Compartilhava da angústia de meus colegas e defendia que somente através da organização e mobilização da categoria, com participação dos usuários, conseguiríamos melhorar a situação, mas entendia que não se justificava (podia até explicar) a negligência no atendimento e as atitudes ríspidas e hostis de alguns profissionais de saúde com pacientes e colegas de serviço .

Como clínica geral trabalhando na assistência sofria por trabalhar em meio a tantos problemas. Como sindicalista lutava por melhores condições de trabalho e salários dignos; também sofria por observar e sentir uma apatia generalizada e o conformismo por parte de meus colegas. Como sanitarista atuando na gestão de serviços brigava por manter em funcionamento toda uma rede de assistência à saúde, tentando conciliar e solucionar tantos conflitos de interesses. Aqui também sofria por conseguir tão pouco em cima do proposto, pois estava engessada na máquina administrativa e tinha limites independentes de minha vontade. Meu limite de atuação era bastante limitado e havia toda uma política nacional de sucateamento dos serviços públicos de saúde. Trabalhava pela implantação e

consolidação do SUS. Estava numa luta “contra-hegemônica”³, uma mistura de ideal, talvez com um pouco de ingenuidade, indignação e resistência.

Na imprensa eram freqüentes as denúncias referentes ao funcionamento do sistema de saúde, muitas vezes carregadas pelo sensacionalismo; quase sempre o médico era responsabilizado por toda a inoperância do sistema tornando-se o principal alvo das queixas da população e da imprensa.

Neste modelo de saúde assistencial, medicalizante, curativista, hegemônico em nossa sociedade, com atendimento centrado no hospital e na figura do médico, este passa do papel de um “semi-Deus” para torna-se o “bode expiatório” da ineficiência e ineficácia do sistema de saúde pública. O médico acaba assumindo o papel de “vilão” e, ao mesmo tempo, é também “vítima” da crise do setor saúde no teatro da vida.

Durante o ano de 1997, quase como um eco de outros tempos, as notícias na imprensa relatando a crise na saúde eram muito freqüentes. Novamente a figura do médico era o centro das críticas, principalmente quanto ao absenteísmo, um dos reflexos da organização e das condições inadequadas de trabalho. Matérias sensacionalistas, como as que se seguem eram destaque: *“Médico ignora escala e não vai ao Cais... Nenhum dos 27 médicos lotados na unidade trabalha nos feriados.”*(O Popular⁴, 11/02/97); *“Ministério Público pede punição para médicos faltosos... Os baixos salários são citados como a maior causa da ausência dos médicos.”*(O Popular, 13/07/97); *“Ministério Público visita sete Cais e constata que, com raras exceções, médicos não cumprem carga horária... Pedida exoneração de médico faltoso... Levantamos a situação dos profissionais com duplo*

³ Utiliza-se essa expressão no sentido atribuído por A.Gramsci: “hegemonia” implica em uma relação de dominação e de direção, através da análise do ideológico e do político, não apenas na análise do econômico ou da produção; as condições de sujeição das classes dominadas permite apreender as relações entre as classes no sentido de direção cultural e política. A hegemonia baseia-se no consenso, na identidade, na gênese das alianças de classe; esta procura ocultar as contradições existentes entre as forças produtivas e as relações de produção garantindo a coesão ideológica, moral, política, intelectual. “Contra-hegemonia” é um processo contrário que se opõem à noção de hegemonia, na medida em que forças políticas opostas se juntam para defender seus próprios interesses fundamentais e sua práxis; na linguagem do senso comum seria ‘estar contra a corrente’. Os conceitos de hegemonia e contra-hegemonia situam-se dentro do “bloco histórico”, que é constituído pela estrutura global (infra-estrutura e super-estrutura); neste há um todo complexo, contraditório e dialético como reflexo dos conjuntos de relações sociais de produção (GRAMSCI, 1978).

⁴ O Popular é um jornal diário, comercial, editado e produzido em Goiânia e distribuído para Goiás.

vínculo, com a Secretaria Estadual de Saúde e o Ministério da Saúde, e há casos em que eles não chegam a cumprir nem a jornada de um dos empregadores.” (O Popular, 15/07/97); *“Multi-emprego é investigado em hospitais... O Ministério Público pretende investigar os índices de absenteísmo por parte do médico, que impera nos ambulatórios públicos.”*(O Popular, 18/07/97); *“Saúde municipal corta ponto de faltoso... O Ministério Público levantou que apenas 2% dos médicos da rede estadual e municipal de saúde cumprem os horários de trabalho.”*(O Popular, 20/07/97).

Constatou-se que o aumento das denúncias ocorriam principalmente em períodos de férias ou feriados, o que, de certa forma, traduz a falta de envolvimento e compromisso com o serviço, pois o que se ganha é tão irrisório, que não faz muita diferença o corte de ponto, ou, que a condição de trabalho é tão pouco gratificante emocionalmente e profissionalmente, que a ausência acaba sendo uma válvula de escape. Entretanto, as denúncias refletiam também o outro lado da realidade. Elas confirmavam o diagnóstico no país das condições de trabalho precárias e dos salários insatisfatórios destes trabalhadores de saúde. A pesquisa *“Perfil dos Médicos no Brasil”*, compilados no livro *“Os Médicos no Brasil: um retrato da realidade”*, ambos realizados pela Fundação Oswaldo Cruz - FIOCRUZ (MACHADO et al, 1996, 1997)⁵, constatou o multi-emprego, o assalariamento crescente, o desgaste profissional, a perda de autonomia entre outros. Relatava também *“o crescente descontentamento da população com os serviços de saúde”*, sendo a prática médica objeto central da maioria das críticas. *“Os médicos são, assim, alvo de queixas, críticas, acusações e, por vezes, de processos éticos nos Conselhos Profissionais”* (MACHADO et al., 1997: 16-17). Apesar das denúncias do Ministério Público afirmarem que apenas 2% dos médicos cumpriam a carga horária de trabalho contratada no serviço público de saúde, a pesquisa indicava que a maioria dos médicos trabalham de 12 a 14 horas por dia, o que nos indica a sobreposição de atividades. Mas que razões reais têm contribuído para esse quadro apresentado? O trabalho, que deveria ser

⁵ Esta pesquisa *“Perfil dos Médicos no Brasil”* foi realizada pela FIOCRUZ (MACHADO et al, 1996) através de convênio firmado com o Ministério da Saúde; teve as parcerias do Conselho Federal de Medicina, da Federação Nacional dos Médicos e da Associação Médica Brasileira. Através de um estudo descritivo e quantitativo, realizado em nível nacional por meio da aplicação de questionários, os médicos foram caracterizados segundo os perfis: sócio-demográfico, formação técnico-científica, mercado de trabalho e político-ideológico. Esta pesquisa resultou na publicação do livro *“Os Médicos no Brasil – um retrato da realidade”* (MACHADO et al, 1997), que faz uma análise sociológica sobre a profissão e o trabalho médico.

fonte de prazer e realização, não tem se tornado em uma fonte de sofrimento psíquico e de desgaste?

Em 1998 a problemática vivida pelos médicos é matéria de capa de uma revista dirigida à categoria: *“Os médicos cuidam mal da própria saúde? Os números de recente estudo(...) mostram que sim. Mas, o importante é saber se isso ocorre por uma deformação profissional ou pelo excesso de trabalho em um mercado ruim”*; *“Converso com colegas e vejo que todos estão exaustos e vão adiando questões como lazer e prática de exercícios”* (UNIMED, 1998). Em outubro deste ano uma matéria jornalística chamou-me a atenção: *“o excesso de trabalho sobrecarrega tanto os profissionais que já existe uma síndrome de estresse chamada “burnout”⁶ afetando os médicos...”* descrita como *“insatisfação constante e tendência a reclamar excessivamente de tudo e de todos. Os médicos afetados pelo problema reagem com ceticismo a qualquer sugestão de ajuda...Outros sintomas apontados são fadiga, dores de cabeça, distúrbios gastrointestinais e insônia... Os profissionais apresentam ainda tendência a depressão, ansiedade e negativismo...”* (Correio Popular⁷, 16/10/98).

No ano de 1999 a mídia divulga um triste retrato do médico, obtido a partir de uma pesquisa (MELEIRO, 1999), mostrando as dificuldades e contradições vivenciadas por esta categoria: *“eles (os médicos) são turrões, ansiosos e...não confiam em seus colegas”*; *“auto-suficientes e descuidados com a própria saúde, médicos são doentes difíceis de ser tratados”*(Veja*, 23/06/99). *“O índice de suicídio entre médicos é cinco vezes maior que o geral. Ele sabe como se matar e quase sempre não erra”* (IstoÉ*, 17/11/99). As indagações continuavam: por que os médicos mostravam-se mais ansiosos que outras categorias profissionais? Quais os motivos de sua ansiedade e sua relação com seu objeto de trabalho ou com seu processo de trabalho? Por que, mesmo doente, sentir que os doentes são os outros? Por que recusar ajuda e achar que têm de saber tudo? Por que este elevado índice de suicídio nesta categoria?

No início de 2000 novamente o drama dos médicos é estampado na imprensa, desta vez mostrando algo ainda mais grave: o uso de drogas, principalmente o vício da

⁶ O termo “burnout” ou “burn out” ou ainda “burned out”, originado do verbo da língua inglesa “to burn”, significa queimar, ferir, destruir pelo fogo, ou em sentido figurado, estar ansioso, excitado (CARVALHO, 1995).

morfina, visto como uma espécie de doença ocupacional entre os ‘homens de branco’; o consumo de morfina e outros opiáceos entre os médicos só perde para o álcool. “*O que leva tantos médicos a usar morfina é o stress típico da profissão e a facilidade de acesso ao medicamento (...) Nunca os médicos brasileiros estiveram tão vulneráveis ao uso de entorpecentes. A profissão impõe uma rotina desgastante (...) A morfina funciona como um lenitivo para a exaustão física e o sofrimento psicológico.*” (Veja, 23/02/00). Na verdade este fato não é novidade entre os médicos; histórias de mortes por *overdose* com morfina é de conhecimento da categoria que prefere manter o silêncio e ocultar esta situação em nome do corporativismo, entretanto esta situação começa a mudar e a discussão tem vindo à tona.

Conforme analisa Dejours, “*o trabalho ocupa um lugar muito mais importante na luta contra a doença do que se supunha até agora nas concepções científicas. O termo trabalho deveria figurar na própria definição de saúde... O trabalho nem sempre aparece...como uma fonte de doença ou infelicidade; pelo contrário, ele é as vezes operador de saúde e de prazer, mas acontece que as condições em função das quais o trabalho age como gerador de doença ou de saúde são muito contrastantes.*” (DEJOURS, 1992: 164).

O trabalho médico como vem sendo exercido, tanto nas atividades assalariadas (públicas e privadas), conveniadas, como nas atividades em consultórios particulares, tem sido uma fonte de estresse? O trabalho médico, considerando o processo de trabalho, as condições de trabalho e a organização do mesmo, tem contribuído para alterações no perfil de morbi-mortalidade do médico?

Baseado nestas considerações e inquietações pessoais tenho questionado se o desgaste não tem sido um mediador entre o trabalho e o surgimento de doenças psicossomáticas, dos transtornos mentais, da fadiga, do estresse, da drogadição e do sofrimento psíquico destes profissionais. O que vem a ser este desgaste e como este é percebido pelo profissional? Como podemos analisá-lo e avaliá-lo por meios de instrumentos eficazes que possibilitem uma ação para a transformação? Quais seriam estes instrumentos? Qual a relação entre o processo de trabalho médico e o processo de desgaste?

⁷ Correio Popular é um jornal diário e comercial de Campinas/ São Paulo. (*) Veja e IstoÉ são revistas semanais e comerciais distribuídas no Brasil.

Como apresenta-se o desgaste profissional em Goiás em relação aos resultados a nível nacional? Qual o perfil sócio-econômico dos médicos que referem desgaste profissional em comparação aos que não referem o mesmo? De que adoecem e de que morrem os médicos? Quais as relações entre a morbi-mortalidade dos médicos e o mundo do trabalho?

Estas são indagações que permeiam meus pensamentos e, a partir destas inquietações, elegi como objeto de investigação desta pesquisa, o “trabalho médico e o desgaste profissional”, numa tentativa de aprofundar o estudo do processo de trabalho e sua repercussão no processo saúde-doença. Assim, justifico minha proposta de trabalho, num esforço para descrever, analisar e compreender as condições de vida e de trabalho dos médicos, a partir deste grave quadro retratados na imprensa e nos trabalhos científicos específicos. A escassez de pesquisas existentes nesta área revelam a necessidade de aprofundamento do tema, enquanto contribuição para a discussão de uma realidade assustadora vivenciada por estes trabalhadores da saúde, tanto em relação ao seu estado de saúde, como à forma como adoecem ou morrem. A seguir, no tópico II, apresenta-se os objetivos que nortearam esta pesquisa.

Buscou-se levantar os diversos temas que tratam das relações entre o mundo do trabalho e os diversos “*modos de andar a vida*”⁸, numa tentativa de entender mais profundamente as questões que permeiam o trabalho médico e que podem contribuir com subsídios para um processo de mudança e transformação num novo modo de trabalhar em saúde. Deste modo, dentro de meus limites, procedi a uma revisão bibliográfica em alguns temas que abordam este campo e que será apresentada nos referenciais teórico-metodológicos (tópico III), buscando-se compreender e analisar a própria pesquisa empírica deste estudo. Neste tópico alguns conceitos serão apresentados; assim discorreremos sobre o que é trabalho; quais concepções o trabalho teve ao longo da história; como este se organiza e se divide. Essa longa trajetória sobre o mundo do trabalho visa situar o trabalho em saúde e, dentre este, o trabalho médico, dentro de um processo histórico. Neste tópico também se discute a saúde do trabalhador, o processo saúde-doença e sua relação com o trabalho e o desgaste do trabalhador.

⁸ Esta expressão, tomada de empréstimo de Canguilhem (1971 apud AROUCA, 1975), procura resgatar que as condições de saúde e doença expressam-se como necessidades humanas dadas historicamente, onde a vida recusa as normas das doenças e afirma a normatividade da saúde.

O tópicos IV apresenta um retrato da realidade dos médicos no Brasil, apontando algumas tendências do mercado de trabalho, como o processo de assalariamento, a perda da autonomia e do *status quo*, o processo de feminilização, rejuvenescimento e urbanização da mão-de-obra médica.

No tópicos V, ao discorrer sobre a pesquisa da Fiocruz, apresenta-se o material e método que subsidiou o diagnóstico, ainda que parcial, do desgaste profissional dos médicos que atuam no Estado de Goiás. Identificamos algumas limitações do método utilizado, tendo em vista que o banco de dados da Fiocruz, que foi base da pesquisa que traçou o perfil dos médicos no Brasil (MACHADO et al., 1996), foi planejado em cima de outros objetivos que extrapolam os desejados para este estudo.

Neste mesmo tópicos, como resultado da pesquisa empírica utilizada neste estudo, investiga-se o desgaste dos médicos em Goiás, buscando-se caracterizar mais detalhadamente quem são os médicos que se sentem desgastados profissionalmente. Neste sentido os dados referentes a Goiás, extraídos daquela pesquisa e que ainda não tinham sido publicados, podem ser considerados como uma referência para ilustrar e possibilitar a criação de um terreno para a discussão sobre o processo de desgaste e o processo de saúde-doença junto à categoria, às entidades médicas e às instituições de saúde.

Por fim, nas considerações finais (tópicos VI), partindo-se de uma postura crítica aos modelos de investigação utilizados pela medicina do trabalho e pela saúde ocupacional, aponta-se na necessidade da construção de um método de investigação e de intervenção que possibilite apreender os reflexos do trabalho na vida dos médicos. Reconhecendo os limites deste estudo, nossa maior contribuição será o de estimular o debate em torno do tema e de levantar a necessidade da construção deste instrumento de investigação e de análise que crie um espaço para a ação transformadora. Sabemos que este é um grande desafio!

O anexo (tópicos IX) apresentado foi elaborado pensando-se num instrumento de investigação, mas é somente um ponto de partida... Desta forma, espero dar minha contribuição ao conjunto dos trabalhadores de saúde, particularmente junto à categoria médica, em busca de um novo modo de pensar e agir em saúde e em busca da qualidade de vida e de trabalho.

2. OBJETIVOS

2.1. OBJETIVO GERAL:

Descrever e analisar o mundo do “trabalho médico”, particularmente o “processo de trabalho” e sua repercussão no “processo de desgaste”. Entender o trabalho como fonte geradora de prazer ou sofrimento, saúde ou doença.

2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Compreender o processo de trabalho médico e sua repercussão no desgaste, e, conseqüentemente, no aparecimento de sofrimento psíquico, distúrbios mentais e doenças psicossomáticas.
- Compreender o contexto sócio-cultural da inserção do médico no mercado de trabalho.
- Descrever e analisar a categoria “desgaste profissional” dos médicos do Estado de Goiás, segundo a percepção dos mesmos, relacionando-a com variáveis sócio-demográficas e econômicas.
- Comparar com outros estudos realizados sobre o trabalho médico e que englobem o binômio saúde-doença e processo de trabalho.

3. REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLOGICO

3.1. CONCEITUANDO TRABALHO:

O termo “trabalho” tem sofrido várias mudanças de significação conforme a cultura de uma dada sociedade em um dado momento histórico.

Em nossa língua a palavra “trabalho” tem sua origem no latim, de *tripalium*, que “era um instrumento feito de três paus aguçados, algumas vezes ainda munidos de pontas de ferro, no qual os agricultores bateriam o trigo, as espigas de milho, o linho, para rasgá-los e esfiapá-los” (ALBORNOZ, 1998: 10). *Tripalium* também significa instrumento de tortura (o verbo *tripaliare*, no latim, significa torturar). É da significação de tortura, por meio deste instrumento, que a palavra ‘trabalho’ tem sido relacionada ao longo dos tempos com padecimento, sofrimento, cativoiro⁹.

Supõe-se que a história da palavra “trabalho” esteja ligada à passagem pré-histórica da cultura da caça e da pesca para a cultura agrária baseada na criação de animais e no cultivo da terra.

Na língua portuguesa a palavra “trabalho” traz os seguintes significados: “*aplicação das forças e faculdades humanas para alcançar um determinado fim; atividade coordenada, de caráter físico e/ou intelectual, necessária à realização de qualquer tarefa, serviço ou empreendimento; trabalho remunerado ou assalariado; serviço, emprego; local onde se exerce essa atividade; qualquer obra realizada; lida, labuta; bruxaria*” (FERREIRA, 1993: 541).

Trabalho, segundo esta definição, refere-se ao trabalho humano decorrente de atividades físicas, corporais, intelectuais ou espirituais mobilizadas para um fim, um objetivo, um resultado, um produto. Desta forma, o trabalho é o esforço, físico ou mental, o processo e a ação, como também o seu produto final. Esta é uma das distinções do trabalho humano do realizado por outros animais: a existência de uma intencionalidade, de uma consciência e uma liberdade, não apenas a motivação pela sobrevivência¹⁰.

⁹ A palavra ‘trabalho’ também é associada por alguns autores ao termo latino *trabaculum*.

¹⁰ Esta intencionalidade é encontrada nos escritos de Marx (1867): “*Uma aranha executa operações semelhantes às do tecelão, e a abelha envergonha mais de um arquiteto humano com a construção dos favos de suas colmeias. Mas o que distingue, de antemão, o pior arquiteto da melhor abelha é que ele construiu o favo em sua cabeça, antes de construí-lo em cera. No fim do processo de trabalho obtém-se um resultado que já no início deste existiu na imaginação do trabalhador, e portanto idealmente (...) é exigida a vontade orientada a um fim...*”(MARX, 1985: 149-150).

Distingue-se, segundo Max Scheler, filósofo alemão (SCHELER apud por ALBORNOZ, 1998: 13), três sentidos da palavra ‘trabalho’: “*o de uma atividade humana, às vezes também animal ou mecânica (‘esta máquina trabalha bem’; ‘este burro faz um bom trabalho’); o de produto coisificado de uma atividade (‘este quadro é um belo trabalho’); e o de uma tarefa ou um fim apenas imaginado (‘resta-nos muito trabalho para fazer uma democracia no Brasil’)*”.

A palavra “trabalho” apresenta diferentes significados na linguagem científica, como por exemplo na física (trabalho mecânico), na fisiologia (trabalho do coração), na sociologia (trabalho infantil), entretanto na linguagem cotidiana esta palavra refere-se quase sempre a uma atividade humana que pressupõe um esforço.

Ao longo da história a concepção de ‘trabalho’ tem sofrido interpretações distintas. Para os gregos o trabalho intelectual, a contemplação, o ócio, o pensar (a *praxis*) era exercido pelos filósofos ou políticos, sendo este o trabalho livre. Este trabalho não gerava nada materialmente, além da ação de pensar; seu instrumento de trabalho era a própria palavra ou o discurso do homem. O trabalho produtivo, concreto, onde o ato se realiza num objeto produzido (a *poiesis*) era visto como inferior ao trabalho intelectual; considerado servil e humilhante era exercido pelos escravos, artesãos e mulheres (ALBORNOZ, 1998).

Segundo a visão judaico-cristã o trabalho era visto como uma labuta penosa, à qual o homem estaria condenado pelo pecado. O trabalho, além de punição, também servia para fins de caridade e para a purificação do corpo e da alma; a preguiça e a ociosidade eram condenáveis. A divisão dos homens em camadas e profissões seria o resultado da vontade divina, naturalizada e inquestionável.

O protestantismo via o trabalho como uma virtude, uma obrigação, sendo a base e a chave da vida. O ócio também era condenável e anti-natural como na visão judaico-cristã; através do trabalho perseguia-se o caminho para a redenção, sendo este um modo de servir a Deus.

Para o calvinismo o trabalho associava-se com a idéia de predestinação: o trabalho seria vontade de Deus. Nesta visão obter êxitos ou estar na miséria é uma questão de predestinação, sendo as desigualdades sociais justificáveis.

Para Max Weber, sociólogo alemão, a ética do protestantismo estaria associada ao espírito do capitalismo, pois o trabalho constituía a própria finalidade da vida; o pensamento religioso e o econômico coincidiam no empresário burguês daquela época. Todos teriam o dever de trabalhar e isto seria uma expressão de amor ao próximo e uma forma de servir a Deus. O protestantismo incentiva a acumulação da riqueza, pois havia uma objeção moral ao consumo; a riqueza em si não seria condenada, mas o seu usufruto, seu gozo com sua conseqüência de ócio e de sensualidade. Perda de tempo era visto como pecado e, portanto, condenável (WEBER, 1981 apud ALBORNOZ, 1998). A divisão desigual da riqueza seria, dentro da ótica protestante, obra da divina providência; desta forma a burguesia justificava a divisão social do trabalho no capitalismo e, conseqüentemente, as desigualdades sociais.

No Renascimento, em meio a tantas mudanças, o trabalho passa a ter uma conotação diferente: as razões para trabalhar estão no próprio trabalho e não fora dele ou em suas conseqüências, quais sejam de salvação, de *status*, de acumulação de renda, de poder sobre outras pessoas. A satisfação no trabalho estaria no próprio processo técnico inerente e este seria um estímulo para o desenvolvimento do homem, não um obstáculo. *“O trabalho seria expressão do homem e expressão da personalidade, do indivíduo. O homem se torna um criador por sua própria atividade; pode realizar qualquer coisa”* (ALBORNOZ, 1998: 58). Este é o período das grandes invenções e descobertas; valoriza-se a ação do homem. Há uma visão humanista do trabalho, sendo este visto como arte e criação do homem.

No século XVIII, com o Iluminismo, a significação do trabalho firma-se dentro do humanismo burguês, sendo exaltado o domínio do homem sobre a natureza através do trabalho e da técnica. Afirma-se a positividade da técnica, da ciência, da cultura, do trabalho. Surgem nomes como o de Adam Smith que reconhecem no trabalho humano toda a fonte de riqueza social e todo valor; exalta-se a atividade material produtiva como transformação da realidade natural. Nesta época apenas Jacques Rousseau relacionava a transformação da natureza com a transformação do homem, afirmando o ponto negativo desta transformação sobre o homem.

Na visão marxista a essência do ser humano estaria no trabalho, sendo o homem o que ele produz e faz. Desta forma, a natureza dos indivíduos depende das condições materiais que determinam sua atividade produtiva. O trabalho, segundo Karl Marx, “*é um processo entre o Homem e a Natureza, um processo em que o Homem, por sua própria ação, media, regula e controla seu metabolismo com a Natureza. Ele mesmo se defronta com a matéria natural como uma força natural. Ele põe em movimento as forças naturais pertencentes à sua corporalidade, braços e pernas, cabeça e mão, a fim de apropriar-se da matéria natural numa forma útil para sua vida. Ao atuar, por meio desse movimento, sobre a natureza externa a ele e ao modificá-la, ele modifica, ao mesmo tempo, sua própria natureza*” (MARX, 1985: 149)¹¹.

Marx definia o trabalho como algo exclusivamente humano, pois este inicia-se a partir de uma idéia, de um projeto que precede a produção. O trabalho humano é criação e isto o distingue do trabalho dos animais; o homem já teria o objeto acabado em sua imaginação, antes mesmo de fazê-lo. O trabalho seria uma atividade pensada, “*proposital e consciente*”, diferentemente da atividade irracional, instintiva e “*meramente biológica*” dos animais (MARX, 1983 apud COHN & MARSIGLIA, 1993: 56).

Este autor concebia que o trabalho em nossa sociedade possui duplo caráter: o “trabalho abstrato” ou quantitativo, que produz mercadoria e o “trabalho concreto” ou qualitativo, que produz valor de uso (MARX, 1985). Este caráter bifacetário do trabalho é um ponto fundamental para a compreensão do processo saúde-doença e será analisado adiante (GARCÍA, 1983).

¹¹ O marxismo, conhecido como filosofia da prática (a *praxis*), trouxe uma significação diferente ao conceito de *praxis* no grego. O novo conceito desta expressão equivaleria ao significado de *poiesis* no grego, correlacionando-se com produzir, construir e não sendo a ação pura que não produz nada e que termina em si mesma. Desta forma, o trabalho é produção, construção, transformação, criação, sendo entendido como uma necessidade dos homens.

Outro conceito importante para se analisar o trabalho, introduzido por Marx, é o de “alienação”¹², que ocorre no processo de trabalho padronizado, parcializado, fragmentado, robotizado, como o observado em grandes empresas e em linhas de montagem da indústria automobilística; concepção e execução encontram-se separadas e o produto final da produção é desconhecido dos sujeitos envolvidos no processo (MARX, 1985). No trabalho artesanal, todas as fases da produção é de conhecimento do trabalhador, mas o processo de mecanização desenvolveu a divisão do trabalho, separando-se a concepção e a execução do trabalho, gerando uma divisão entre os homens e uma divisão social do trabalho, cujo resultado é a alienação no trabalho .

Esta alienação do trabalhador nos tempos atuais contrapõe-se com a característica marxista do trabalho humano, que o diferencia do trabalho animal: a imaginação do objeto final antes de sua produção, a ideação prévia ao produto, sem o que nosso trabalho assemelha-se ao trabalho das formigas. No trabalho alienado os trabalhadores não pensam ou projetam o que farão; executam atos pré-concebidos e desconhecem o produto final de seu trabalho, que mostra-se sem corporidade, sem forma, sem conteúdo. Não há uma identificação do “trabalhador-sujeito” com o “produto-obra”. Isto produz uma inversão de valores: o trabalhador deixa de ser o centro de si mesmo, passando o produto a valer mais que o próprio trabalhador, uma vez que o produto determina as condições de trabalho; o produto também passa a valer mais que o próprio trabalho em si, na medida em que ocorre um processo de valorização agregado a este mesmo produto. Isso ocorre de tal forma que aquilo que é inerte (o produto) passa a ter “vida” e o que tem vida (o homem) se transforma em “coisa”, criando uma condição de desumanização e impedindo que os trabalhadores atuem no mundo de forma crítica (ARANHA & MARTINS, 1992).

¹² Etimologicamente, a palavra *alienação* vem do latim *alienare*, *alienus*, que significa “*que pertence a um outro*”. Alienar é, pois, “*tornar alheio, é transferir para outrem o que é seu*” (ARANHA & MARTINS, 1992: 43). O dicionário da língua portuguesa traz a seguinte definição de alienar: “*transferir para outrem o domínio de; alhear; desviar, afastar; alucinar, perturbar; enlouquecer; ter alienação (falta de consciência dos problemas políticos e sociais)*” (FERREIRA, 1993: 23). Para Marx, a alienação, ou seja, a dissociação entre sujeito e atividade, ocorre como um fenômeno inerente ao modo de produção capitalista (MARX, 1985). Blauner, preocupa-se com a operacionalização do conceito de alienação restrito ao processo imediato de trabalho, tendo definido quatro dimensões básicas da alienação, que contribuem com instrumentos para análise do sofrimento de trabalhadores em processos concretos de trabalho: a carência de poder, a carência de sentido, o isolamento social e o distanciamento de si mesmo (BLAUNER, 1973 apud PALÁCIOS, 1993).

Hegel, idealista alemão, acentuava o aspecto positivo do trabalho e seu papel na formação do homem; o trabalho seria a expressão da subjetividade do homem e este reconheceria a si mesmo em seu produto. O trabalho, ao transformar e formar coisas e objetos, transformaria, modelaria e formaria, o próprio homem. Contrapunha-se ao conceito marxista na medida em que ignorava a luta contra a opressão e a alienação do trabalhador. Concebia os conflitos como originários do desejo humano espiritual de ser reconhecido e não nas contradições de interesses econômicos, conforme acreditava Marx. Na ausência do trabalho, no ócio, não existiria homem propriamente dito¹³. Concebia-se o trabalho como uma relação entre os homens e os objetos, na qual se uniam o “subjetivo” e o “objetivo” através de um instrumento, a ferramenta, mediadora entre o homem e a natureza. O trabalho seria a satisfação de um desejo e da carência; seria um processo de transformação: o homem se reconheceria e seria reconhecido por aquilo que produzisse. Nesta concepção o processo de produção do objeto pelo homem é também um processo de autoprodução do homem, um processo de autoconsciência. O homem só satisfaz seu desejo, quando outros homens reconhecem o seu valor, o que é possível através do trabalho, daquilo que produz, cria, desenvolve.

Cita-se também a visão do utopista Charles Fourier sobre o trabalho, que se diverge também de Marx, pois este associava o trabalho somente enquanto uma necessidade. Fourier concebia o trabalho como necessidade e também como prazer, não havendo uma separação entre trabalho-liberdade-prazer; a liberdade estaria do outro lado do trabalho, no tempo livre conquistado cada vez maior, mas também estaria no trabalho. O trabalho como sofrimento e pena, presente na sociedade capitalista, no mundo da indústria, deveria tornar-se uma atividade associada ao prazer em um mundo harmônico, em uma sociedade sonhada para um futuro concreto.

¹³ G.W. Hegel demonstra o aspecto positivo do trabalho através da comparação entre o ‘trabalho escravo’ e o ‘trabalho do senhor’: o primeiro produz algo concreto e o segundo nada produz (aspecto negativo do trabalho). A luta entre senhor e escravo é abstrata e intemporal, sendo a luta entre o desejo e a carência de ser reconhecido: é a luta do espírito para alcançar o seu reconhecimento, num conflito de consciências. “*Os homens desejam e carecem ser reconhecidos. E se cada consciência quer realizar esse reconhecimento, disso resulta um conflito, a luta das consciências.*” (HEGEL apud ALBORNOZ, 1998: 64). Este idealista teve muita influência sobre os conceitos socialistas de Marx.

Paul Lafargue¹⁴, genro de Marx, diverge da utopia de Fourier, pois não sonhava com um trabalho prazeroso, erotizado, mas defendia menos trabalho e mais tempo ocioso reservado para o prazer e para o descanso. “*Criticava a ideologia burguesa do trabalho, como uma moral capitalista*” associada à “*moral cristã*” e defendia “*o direito de viver além do trabalho*”, de se ter mais tempo livre para a liberdade¹⁵ (ALBORNOZ, 1998: 71-72).

Por fim, cabe assinalar que o trabalho possui três componentes fundamentais, dentro do processo de produção: o trabalhador, o processo de trabalho e o produto do trabalho. De acordo com este autor, o processo de produção de uma dada sociedade, é compreendido pelo processo de trabalho e pelo processo de valorização (este é um processo de formação de valor prolongado além de certo ponto, ou seja, é um valor agregado a um valor real de um produto). Os elementos simples do processo de trabalho compõe-se dos meios de trabalho, dos objetos de trabalho e da própria atividade em si (o trabalho em si mesmo) (MARX, 1985). A seguir, discorrer-se sobre o processo de trabalho.

3.1.1. Processo de Trabalho:

NORIEGA (1993) concebe o processo de trabalho como sendo composto por: objetos e meios de trabalho, a atividade dos trabalhadores (o trabalho em si mesmo) e a forma de organização e divisão do trabalho. O trabalho, compreendido como “processo de trabalho”, visando a transformação da natureza, apresenta os elementos: “objeto de trabalho”, que será transformado através dos “instrumentos de trabalho”

¹⁴ Paul Lafargue, em 1880, escreve um panfleto revolucionário, que posteriormente foi editado com o nome “*O Direito à Preguiça*”, criticando a loucura das classes operárias pelo trabalho na sociedade capitalista; este amor cego ao trabalho seria o responsável por todas as misérias individuais e sociais, na medida em que este aprofunda a riqueza social de uma minoria através do sobretrabalho da maioria (LAFARGUE, 1999).

¹⁵ A esse respeito, assim se coloca MARCUSE (apud ARANHA & MARTINS, 1992: 44): “*A partir do dia de trabalho, a alienação e a arregimentação se alastram para o tempo livre (...).O controle básico do tempo de ócio é realizado pela própria duração do tempo de trabalho, pela rotina fatigante e mecânica do trabalho alienado, o que requer que o lazer seja um relaxamento passivo e uma recuperação de energias para o trabalho. Só quando se atingiu o mais recente estágio da civilização industrial, (...) a técnica de manipulação de massas criou então uma indústria de entretenimentos, a qual controla diretamente o tempo de lazer, ou o Estado chamou a si diretamente a execução de tal controle. Não se pode deixar o indivíduo sozinho, entregue a si próprio.*”

(instrumentos, conhecimentos e técnicas) em um “produto do trabalho”, que pode ser um outro produto concreto tangível, como uma mercadoria, um objeto material, ou um produto abstrato, subjetivo e intangível, como a saúde, no caso do trabalho em saúde. O “trabalho em si” é a ação humana sobre o objeto, sendo a força física e mental do homem necessária à concretização do processo de trabalho.

As características da organização e da divisão do trabalho determinam a duração da jornada, o ritmo de produção, o trabalho em turnos ou noturno, os mecanismos de supervisão dos trabalhadores, o controle do processo, o conteúdo da tarefa, os incentivos e gratificações para a produção, a complexidade e periculosidade das tarefas, a penosidade e insalubridade das atividades, etc.; estas desempenham um papel fundamental na determinação das características da atividade física e mental dos trabalhadores, sendo pois, uma categoria central no estudo da saúde dos trabalhadores.

Para identificar os elementos do processo de trabalho que repercutem sobre a saúde dos trabalhadores, alguns autores têm estabelecido categorias de análise que buscam entender o processo saúde-doença e trabalho. Alguns conceitos devem ficar claros para que se entenda as distintas maneiras de se estudar este processo, como os conceitos de “exigências”, “riscos” ou “cargas”.

Para Noriega a organização e a divisão do trabalho se manifestam sobre a forma de “exigências”, ou seja, se manifestam em necessidades ou requerimentos que impõem um processo de trabalho aos trabalhadores; estas exigências são efeitos ou conseqüências, presentes ou ausentes, no processo de trabalho. Assim, muitas características do perfil de saúde-enfermidade dos trabalhadores se devem a maneira como combinam as exigências e a carência dos componentes humanizantes do trabalho. Noriega distingue o termo “exigências” do termo “riscos” ou “cargas de trabalho” utilizados por outros autores nas

investigações sobre processo de trabalho e saúde (Inspeção Estatal, proposta de Gardell e Frankenhaeuser, método LEST¹⁶). Segundo sua concepção os “riscos” derivam dos objetos e meios de trabalho (riscos provenientes das condições de trabalho e não da organização, da divisão e do trabalho em si) e as “cargas” relacionam-se com certos tipos de trabalho exagerado produzindo uma sobrecarga quantitativa ou uma subcarga qualitativa; também argumenta que o conceito de “carga” se confunde com cargas física ou fisiológica e mental. O “risco” ou “fator de risco” identifica possíveis agentes ou substâncias que podem causar um efeito sobre a saúde, dentro de uma perspectiva probabilística.

LAURELL (1991: 259) utiliza o termo “carga” no sentido de “exigências” utilizado por Noriega: o conceito de “*carga laboral busca resaltar en el análisis del proceso laboral a los elementos de éste que interactúan dinámicamente entre sí y con el cuerpo del trabajador generando aquellos procesos que se traducen en desgaste*”.

O conceito de “cargas”, também utilizado por FACCHINI (1994), refere-se às exigências ou demandas psicobiológicas do processo de trabalho, que geram desgaste do trabalhador, ou seja, as “cargas” são mediações entre o processo de trabalho e o desgaste do trabalhador. Este autor propõe a expressão “cargas” no mesmo sentido de “exigências” utilizado por Noriega para estudar o impacto do trabalho sobre a vida dos trabalhadores. Uma carga seria um atributo de um processo de trabalho em particular, que pode aumentar a probabilidade de que um grupo de trabalhadores “expostos” experimente um dano

¹⁶ O guia de Inspeção Estatal foi elaborado pela Secretaria do Trabalho e Previdência Social (STPS) do México, que tem como função controlar as condições de higiene e segurança dos centros de trabalho a partir da medição dos riscos e do estabelecimento de níveis máximos permissíveis no ambiente de trabalho (análise quantitativa). O Método LEST, formulado a partir de investigações na França, parte da definição das condições de trabalho e as repercussões destas sobre a saúde e a vida dos assalariados, tendo estabelecido cinco dimensões a estudar: o ambiente físico, a carga física, a carga mental, o aspecto psicossociológico e o tempo de trabalho; fixa como ponto de estudo o posto de trabalho e tem como idéia central a conciliação entre os diferentes interesses, numa postura “neutra”, a-histórica e medicalizada. Este método é funcional à empresa, sendo executado por técnicos e sem relação direta com as partes envolvidas (trabalhadores e empresários). A proposta de Gardell e Frankenhaeuser constitui um conjunto metodológico-técnico padronizado, que reúne elementos de três áreas: psicologia social, psicofisiologia e medicina psicossomática; sua tese fundamental é de que a mecanização, automatização e/ou parcelamento do trabalho se traduzem num conteúdo psicológico negativo do trabalho, tanto pela subcarga qualitativa (trabalho aquém das capacidades do trabalhador) como pela sobrecarga excessiva (quantidade de trabalho excessiva); entretanto, uma de suas limitações é que o processo de trabalho coletivo é visto como a soma de postos de trabalho de trabalhadores individuais, além da dissociação conceitual entre o processo de valorização e o processo de trabalho e da ausência de uma problematização da questão saúde (a saúde aparece como um efeito seguindo a concepção hegemônica da medicina). Este método possui uma crítica que é pontual (LAURELL & NORIEGA, 1989) (BREILH, 1994).

psicobiológico em comparação com aqueles que não estiveram expostos. Facchini particulariza as cargas de trabalho segundo sua natureza ou característica básica em: cargas químicas (substâncias químicas), físicas (ruído, vibrações, temperatura, etc.), orgânicas (qualquer organismo animal ou vegetal), mecânicas (materiais soltos no ambiente, condições de instalação e manutenção dos meios de produção), fisiológicas (esforço físico e visual, deslocamentos e movimentos exigidos pela tarefa, as horas extras de trabalho, intensificação ou extensão da jornada, turnos noturnos e rotativos, etc.), psíquicas (fontes de estresse que se relacionam com a organização e divisão do trabalho).¹⁷

A priori não existe uma hierarquia entre estas cargas, mas, entre os elementos do processo de trabalho, a organização e a divisão do trabalho no interior de um serviço ou empresa ocupam a hierarquia superior em termos de controle e consumo da força de trabalho, e é sobre estes elementos que nos debruçaremos mais de perto.

3.1.1.1. Organização do Trabalho:

Compreende-se a organização do trabalho como sendo o conjunto de normas e regras que definem o modo como se executa o trabalho numa ambiente de produção de bens materiais ou de serviços. Tavares (1989 apud PALÁCIOS, 1993) concebe a organização do trabalho como sendo determinada pela participação e qualificação dos trabalhadores, pela divisão e condições do trabalho.

Para DEJOURS (1986) a organização do trabalho compreende a divisão de tarefas e a divisão dos homens. A divisão das tarefas vão desde o conteúdo das tarefas, ao modo operatório e à tudo que é estabelecido pelo organizador do trabalho; a divisão dos homens estabelece uma hierarquia entre os mesmos, dividindo-os nas várias tarefas.

¹⁷ LAURELL & NORIEGA (1989 apud FACCHINI, 1994) também categoriza as cargas de trabalho em função da materialidade que assumem em relação ao corpo do trabalhador, sendo as cargas com materialidade externa as que existem independentes do corpo do trabalhador (mecânicas, físicas, químicas, orgânicas) e as cargas com materialidade interna aquelas que só podem ser pensadas ou identificadas através do corpo do trabalhador (fisiológicas e psíquicas).

Segundo COHN & MARSIGLIA (1994), a organização do trabalho refere-se à divisão técnica e social do trabalho, ou seja, refere-se à hierarquia interna dos trabalhadores, ao controle por parte da empresa do ritmo e pausas de trabalho, ao padrão de sociabilidade interna.

O trabalho em si não é nocivo ou perigoso, o que o faz assim é a forma pela qual ele é organizado pelo homem. Se o trabalho fosse livremente escolhido e sua organização fosse flexível, “*o trabalhador poderia adaptá-lo a seus desejos, às necessidades de seu corpo e às variações de seu espírito*” (DEJOURS, 1986: 09), isto tornaria o trabalho não somente tolerável, mas favorecedor da saúde física, mental e espiritual do trabalhador. A organização do trabalho repercute sobre a saúde mental dos trabalhadores, podendo ocasionar sofrimento psíquico, doenças mentais e físicas.

3.1.1.2. Divisão do Trabalho:

A análise da divisão do trabalho é um princípio fundamental da organização do trabalho para que se dimensione a relação saúde-doença-trabalho. Numa visão mais ampla esta é denominada ‘divisão social do trabalho’ possuindo concepções diferentes, como a divisão da produção em ramos, que mostra a relação de uma empresa com outras indústrias ou serviços, posicionando a empresa de acordo com sua importância no contexto da produção, como por exemplo o hospital e sua relação com as indústrias de medicamentos, de equipamentos médico-hospitalares ou com firmas prestadoras de serviços em limpeza (BRAVERMAN, 1987 apud PALÁCIOS, 1993).

GONÇALVES (1986) conceitua a divisão do trabalho como sendo a divisão da sociedade em diferentes grupos sociais ocupando posições diferenciais dentro do processo de produção. Assim, pertencer a determinado grupo social determina um modo particular “*de andar a vida*”¹⁸, de ver o mundo, como também determina um modo particular de sofrer, de adoecer, de morrer.

¹⁸ *Idem*, p.8

Outro conceito que a divisão do trabalho, conforme analisa Dejours, comporta é a divisão entre a concepção e a execução das tarefas: quanto maior esta distância, maior probabilidade de que haja sofrimento experimentado pelo trabalhador (DEJOURS, 1992). A imposição da forma, do ritmo e do conteúdo do trabalho, a exclusão da participação no planejamento de quem executa as atividades são fontes geradoras de sofrimento e, conseqüentemente, de desgaste.

A divisão do trabalho também tem por finalidade atender a uma necessidade de operacionalização e controle do processo produtivo dentro de uma empresa, como as divisões em setores técnico e administrativo existentes em unidades de saúde (PALÁCIOS, 1993). Esta divisão acarreta uma subdivisão do trabalho em tarefas simplificadas por cada trabalhador, resultado num trabalho parcelado e fragmentado, dando origem ao trabalhador especializado; para Naville (1956 apud PALÁCIOS, 1993: 16) “*a especialização cria uma desqualificação pessoal profissional*”. A qualificação do trabalhador, dentro desta divisão, pode gerar um conflito: um trabalhador realizando tarefas aquém de sua qualificação ou realizando uma tarefa mais complexa do que sua qualificação permite; nas duas situações pode-se ter sofrimento com conseqüente desgaste.

Para os economistas clássicos a divisão social do trabalho baseia-se na relação entre a produção material (de mercadoria) realizada pelo homem e a natureza, subdividindo-se em atividades primárias, secundárias e terciárias conforme o trabalho se distancia das relações diretas com a natureza. O setor terciário, ou de serviços, realiza um produto imaterial, sem corporidade, caracterizando-se pelas atividades ligadas à circulação, distribuição e consumo de mercadorias; neste setor situa-se a saúde¹⁹. Tal como o trabalho na produção, como o fabril, o trabalho no setor de serviços vem sofrendo um processo de perda de seu controle e da autonomia por parte dos trabalhadores.

¹⁹ COHN & MARSIGLIA (1994), fazendo referência à Singer, analisam que no setor terciário coexistem empresas de caráter capitalista, entidades estatais ou privadas sem fins lucrativos (filantrópicas) e simples produtores de mercadorias (fotógrafo, cabeleireiro, etc).

3.1.1.3. Condições de Trabalho:

As condições de trabalho referem-se às condições físicas, químicas e biológicas do ambiente de trabalho, bem como à presença ou não dos riscos de acidentes e riscos ergonômicos, que repercutem sobre as condições físicas do trabalhador. Dentro destas condições de trabalho encontram-se, por exemplo, as radiações, as poeiras e fumos, os ruídos, as vibrações, as temperaturas extremas, os agentes biológicos (vírus, bactérias, etc.), as substâncias químicas (solventes, ácidos, anestésicos, etc.)²⁰. Em cima das condições de trabalho, baseado nestes “riscos”, que se situa a maior parte dos estudos sobre a saúde dos trabalhadores, entretanto, não nos aprofundaremos neste item por não se constituir no objeto de investigação desta pesquisa.

3.2. CONCEITUANDO TRABALHO EM SAÚDE:

Antes de analisarmos o processo de trabalho em saúde é de fundamental importância que antes situemos em quais circunstâncias se deu o nascimento e a institucionalização da atividade em saúde organizada enquanto profissões e dentro de um processo histórico, onde as ações dos homens vão construindo ideais, pensamentos, projetos, obras. Nesta discussão é imprescindível que se conheça um pouco do processo de medicalização da saúde.

A evolução histórico e social da medicina, a descoberta de novos métodos diagnósticos e terapêuticos, acabaram promovendo profundas alterações na concepção da medicina, que de uma atividade originalmente artesanal tornou-se institucionalizada, tecnologizada e burocratizada com fortes características empresariais, exigindo novas especializações e inovações tecnológicas e impondo novas divisões no processo de trabalho; assim a medicina redefiniu-se como prática social marcadamente no século XVIII.

²⁰ Maiores informações sobre os riscos existentes nos ambientes de trabalho e sua regulamentação vide: “*Segurança e Medicina do Trabalho*” (LEI nº 6.514, de 22 de dezembro de 1977) e “*Regulamento da Previdência Social*” (DECRETO nº 3.048, de 06 de maio de 1999).

O hospital (público ou privado) hoje deixa de impregnado de sacerdotismo, caridade e filantropia e apresenta-se como uma grande empresa, cuja finalidade primeira é a promoção, proteção e manutenção da saúde da população através da prestação de serviços. Esta finalidade dos serviços de saúde tem sofrido um processo de mercantilização de acordo com interesses do capital ao longo da história e a medicalização da sociedade se enquadra dentro destes interesses, domesticando o corpo e impondo padrões de normalidade. A esse respeito Cecília Donnangelo, utilizando a expressão “medicalização” criada por Ivan Illich (1975), refere-se ao processo de extensão da prática médica, que “*não correspondeu a um fenômeno simples e linear de aumento de consumo específico, e sim que ela se deu através de uma complexa dinâmica econômica e política, na qual se expressaram os interesse e o poder de diferentes classes sociais.*” O cuidado médico generalizou-se como resposta à necessidade de reprodução da força de trabalho frente ao processo de produção econômica, não ocorrendo “*um padrão ‘igualitário’ de consumo*”: verifica-se a seleção de grupos sociais incorporados ao cuidado médico, conforme sua posição dentro do contexto político-econômico. Nesse processo ocorreu uma diferenciação das instituições médicas, de acordo com os diferentes tipos de ações e diferentes clientela, o que constituiu as características de “privado” ou “estatal” existentes nestes serviços. Esta generalização da atividade médica deu-se de forma não uniforme, acarretando a exclusão de determinadas camadas sociais do acesso aos cuidados médicos nas distintas sociedades capitalistas. “*A medicina institucionalizada reproduz – na forma pela qual seleciona patologias, incorpora e utiliza tecnologia, favorece o atendimento diferencial das classes sociais – o caráter de classe da sociedade*”. Esse caráter seletivo da medicina conduziu a uma orientação individualista do cuidado oferecido, sendo que com a extensão deste cuidado aumentou as possibilidades de consumo individual de serviços, o que se deu já no século XX, respondendo, em sua generalidade às “*condições relacionadas ao processo de acumulação do capital ou, ainda, à necessária subordinação do trabalho ao capital em condições as mais adequadas possíveis à obtenção e apropriação*”

*da mais-valia*²¹”. Compreende-se desta forma o papel da medicina no processo de produção de ‘mais-valia relativa’, pois aumenta-se a produtividade do trabalho através da melhoria das condições de saúde do trabalhador: um trabalhador ‘sadio’ produz mais mercadorias em menor tempo de trabalho, o que reduz os custos das mesmas²² (DONNANGELO & PEREIRA, 1979: 31-34).

Donnangelo ressalta dois sentidos da expansão da prática médica²³: a ampliação quantitativa dos serviços com uma incorporação crescente da população ao cuidado médico, bem como a extensão do campo da normatividade da medicina em relação com as representações sociais de saúde e dos meios de obtê-la, como em relação com as condições gerais de vida. A medicina ao tomar o corpo como objeto de trabalho o faz dentro do conjunto de relações sociais, e exerce sobre este um papel definidor do que seja ‘normal’; define os limites da capacidade física do corpo e normatiza as formas de sua utilização, de tal forma que a medicina “*cria e recria condições materiais necessárias à produção econômica*”, participando da determinação do valor histórico e situando-se além de seus objetivos técnicos e científicos (DONNANGELO & PEREIRA, 1979: 34)..

²¹ A expressão “*mais-valia*”, introduzida por MARX (1985), refere-se à parte não paga do trabalho ao trabalhador, ou seja, o lucro do capitalista ou, também chamado, de processo de valorização. Um produto do trabalho, que possui um valor de uso, possui também um valor de troca, constituindo-se este produto numa mercadoria destinada à venda. Ao valor da mercadoria é incorporado um *quantum* de trabalho determinado pelo tempo de trabalho socialmente necessário à sua produção; “*ao incorporar força de trabalho viva à sua objetividade morta, transforma valor, trabalho passado, objetivado, morto em capital, em valor que se valoriza a si mesmo*”. Ao se incrementar a mais-valia os trabalhadores são submetidos a diferentes formas de consumo de sua força de trabalho ou de desgaste; assim, divide-se a mais-valia em absoluta e relativa, sendo a primeira forma de exploração típica de situações com pouco desenvolvimento tecnológico, jornada de trabalho extensa e com tempo insuficiente de descanso, além de baixos salários e duro esforço físico; a segunda forma de exploração ocorre devido ao aumento da produtividade do trabalho por meio de mudanças tecnológicas e pela intensificação do trabalho (MARX, 1985: 160-161).

²² Polack (1971 apud DONNANGELO & PEREIRA, 1979: 35) a esse respeito diz que “*Toda a medicina é ato de regulação da capacidade de trabalho. A norma do trabalho impregna o julgamento dos médicos como um ponto de referência mais preciso que um valor biológico ou fisiológico mensurável. A sociedade atribui portanto ao trabalho um valor de norma biológica.*” Assim, o processo de trabalho médico permeia-se pela necessidade basicamente econômica de reprodução da força de trabalho, atendendo às demandas de mercado.

²³ A medicalização da sociedade é analisada em relação à expansão da prática médica, pois as demais práticas em saúde têm sido institucionalizadas mais recentemente e surgem em decorrência das necessidades impostas pelo capital e pelos avanços tecnológicos, principalmente em diagnóstico e terapêutica, impondo nova organização e divisão do trabalho em saúde, bem como novos meios de trabalho. Para uma maior compreensão sobre os critérios sociológicos que definem uma profissão, como base cognitiva e mercado de trabalho, bem como questões teóricas e metodológicas sobre conceitos que envolvem o tema profissões, ver “*Profissões de Saúde: uma abordagem sociológica*” (MACHADO, 1995).

A relação médico-paciente que se baseava na imediatez da relação entre o médico e seus instrumentos de trabalho num circuito fechado e basicamente auto-suficiente garantia a posse integral pelo médico do conhecimento e das ações técnicas no momento do ato terapêutico. Esse circuito se rompe quando novos meios de trabalho se colocam entre o médico e o paciente, como os elementos materiais que compõem o processo terapêutico (produtos da indústria farmacêutica, equipamentos e máquinas produzidas pela indústria). A auto-suficiência do ato terapêutico também se rompe quando novas especialidades profissionais são demandadas de acordo com a necessidade imposta pelo mercado e pelo avanço do conhecimento científico, o que acaba por arranhar o ‘poder médico’, visto que o trabalho em saúde não será mais exclusividade médica, mas de várias profissões que se articulam social e historicamente.

O trabalho em saúde, como todo trabalho humano, pressupõe a ação do homem sobre a natureza, transformando-a e transformando a si mesmo, segundo o referencial marxista (MARX, 1985). Aqui tem-se uma relação particular do homem atuando sobre o próprio homem, para transformá-lo em busca da saúde, que é o resultado final deste trabalho.

No trabalho em saúde também estão presentes os objetos de trabalho, os instrumentos de trabalho necessários à transformação e o trabalho propriamente dito, a atividade humana. Segundo MERHY (1997, 1998), esta atividade humana do trabalho em saúde é concebida como o “*trabalho vivo*” em ato deste trabalhador, ou seja, o trabalho em si mesmo, sendo este o momento de criação; momento este comandado e, muitas vezes capturado, pelos objetos e instrumentos de trabalho (universo tecnológico), cristalizados no “*trabalho morto*”, como também pelas necessidades construídas socialmente pelos consumidores de saúde e pelas maneiras sociais de satisfazê-las.

Este trabalho, cujo produto final é a “saúde”, pode realizar-se nas diferentes unidades de saúde, como em postos e centros de saúde, em clínicas, em consultórios, em hospitais, sendo exercido por diferentes profissionais (ou trabalhadores) de saúde, como médicos, enfermeiros, dentistas, psicólogos, assistentes sociais, fonoaudiólogos, fisioterapeutas, técnicos, auxiliares de saúde (de enfermagem, de laboratório, de odontologia) e agentes de saúde, etc., conforme a especificidade de cada profissão, a função

desempenhada e o local de atuação (ambulatório, enfermaria, emergência, maternidade, centro cirúrgico, apoio-diagnóstico, etc). O trabalho em saúde comporta grande diversidade de mão-de-obra (em grandes hospitais existem cerca de 225 funções diferentes sendo exercidas, funcionando estes como uma grande empresa e seguindo a lógica do capital).

Há outros trabalhadores, não técnicos, complementares à realização do trabalho em saúde, como os administrativos (superintendente, auditor, recepcionista, telefonista, arquivista, contabilista, porteiro, segurança, motorista, auxiliar de limpeza, técnico de manutenção, etc), que atuam nas diferentes funções e locais de trabalho (lavanderia, refeitório, serviço de manutenção, de transporte, laboratório, RX, portaria, etc.) e que atuam dentro da lógica do processo de produção em saúde.

3.2.1. O Objeto do Trabalho em Saúde:

Concebe-se objeto de trabalho como a matéria sobre a qual o trabalhador atua, transformando-a, conforme o objetivo desejado, o que é determinado socialmente. Nas indústrias o objeto de trabalho é a matéria a ser transformada, possuindo características físicas, químicas e biológicas que podem colocar em risco a saúde de quem o manipula. Na saúde o objeto de trabalho, ao contrário do fabril, é o próprio homem: o paciente, o usuário dos serviços de saúde.

No trabalho em saúde, segundo Gonçalves (1988, apud PALÁCIOS, 1993), podem ser identificados dois processos de trabalho distintos, constituídos a partir de práticas sociais distintas e, até certo ponto, independentes e que definem-se a partir da concepção do que seja o ‘objeto’ de trabalho: o “corpo anátomo-fisiológico”, cujo principal produto é a restauração da funcionalidade deste corpo e a manutenção da saúde, ou o “ambiente social”, cujo produto almejado é um ambiente favorável ao desenvolvimento das potencialidades humanas. Embora estes processos de trabalho sejam diferentes, ambos originam –se da mesma necessidade social, qual seja o afastamento da doença e da morte.

3.2.2. Os Instrumentos do Trabalho em Saúde:

Os instrumentos, ou meios de trabalho, são utilizados na transformação do objeto de trabalho e também são expressões de determinadas relações sociais; são as máquinas e equipamentos e *“têm como característica impor ao trabalhador uma forma especial de trabalhar”*, determinando o ritmo de trabalho e limitando o poder de decisão do trabalhador (LAURELL, 1981). Nesse processo de transformação utiliza-se de instrumentos de trabalho específicos, como os equipamentos e aparelhos, a técnica, o conhecimento, o saber.

3.2.3. O Produto do Trabalho em Saúde:

O processo de trabalho em saúde, que corresponde ao próprio cuidado em saúde (AROUCA, 1975), materializa-se no corpo sob a forma de “saúde”, que é o produto deste trabalho. Este cuidado expressa-se como o momento de criação deste trabalhador. A “saúde” vista como a “Obra”, o produto; o trabalhador de saúde visto como o “Artista”. Este produto do trabalho em saúde torna-se a “Obra” do trabalhador de saúde. *“Por Obra entenda-se aqui o reconhecimento, tanto por parte do trabalhador como do cliente e da sociedade, do resultado do trabalho”* (CAMPOS, 1997: 234). O trabalhador de saúde identifica-se com sua “Obra”, reconhecendo-se no paciente (ou na comunidade) em que assistiu, não mais doente, mas sadio.

Neste processo de criação, que se dá entre homens, pois a “Obra” não existe sem o indivíduo, ocorre um processo de inter-subjetivação e ambos se modificam e se transformam podendo ocorrer ou não a formação de vínculos entre trabalhador de saúde e paciente.

3.3. O TRABALHO MÉDICO:

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, como analisado anteriormente; 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.

Como todo trabalho em saúde, o resultado ou produto do trabalho médico, também é a produção de “saúde”, seja de um indivíduo ou de uma comunidade; produto este não concebido sob a forma de mercadorias, com seus valores de uso e de troca, mas sob a forma de “saúde”, com seu valor de uso.

Entende-se, pois, que o trabalho médico é uma atividade produtiva e, apesar de não produzir mercadorias, é responsável por parte da circulação e distribuição destas no mercado, seja através das indústrias farmacêutica, de equipamentos, de produtos médico-hospitalares; as mercadorias produzidas são externas à medicina, mas seu consumo só se efetiva através dela. Isto nos remete a Polack que analisa como as instituições de saúde podem atenuar o surgimento de novas doenças, ou o recrudescimento de doenças antigas, que a sociedade cria e favorece, mas que esta compensação se dá pela imposição das leis de mercado existentes no capitalismo, transformando-se os paciente em consumidores individuais de consultas, de exames, de medicamentos, de “*objetos de saúde*” (*pastas dentífricas milagrosas, vitaminas salvadoras...revistas médicas, massagens, saunas*), além do consumo de práticas alternativas de saúde (acupuntura, fitoterapia, hidroterapia, florais, etc.) vendidas como se fossem a última novidade do verão. Há outros consumidores das mercadorias produzidas dentro desse sistema que são os próprios médicos e as instituições de saúde, que favorecem múltiplas fontes de consumo e de lucro pelo capital (aparelhos médicos, leito e mobiliário hospitalar, indústria farmacêutica e de insumos básicos, etc). A medicina atua, ideologicamente, enfatizando a “*equação que relaciona a cura ao ato de consumo, isto é, à compra de um bem*”²⁴. Ressalta-se que a forma como ocorre o consumo nas diferentes categorias sociais representa, até certo ponto, “*um mecanismo potencial de suavização de conflitos sociais, na medida em que ocorre um*

²⁴ Segundo DONNANGELO & RIBEIRO (1979) essa articulação da medicina com o econômico nos remete à compreensão dos custos médicos progressivos, que são, em parte, devido à incorporação do custo dos produtos industriais ao valor do cuidado médico (processo de valorização do trabalho médico).

deslocamento para a esfera exclusiva do consumo, de antagonismos identificáveis ao nível da produção” (DONNANGELO & PEREIRA, 1979: 38/44).

Enfim, o objetivo final da medicina e do trabalho médico, teoricamente, é a produção de saúde igualitária para toda a população. Entretanto, este produto, obtido através do cuidado médico, possui determinações distintas: por um lado pela *“dimensão social da necessidade, que se faz através da determinação dos usos dos valores vitais na vida (condição histórica da existência dos homens)”*, que estabelece quais indivíduos terão acesso a esse cuidado e sob que forma e através da determinação da própria medicina que, de um lado, estabelece sobre quais situações requerem cuidado e de que tipo, e, por outro lado, pela *“própria dimensão vital da doença que vem interromper um curso”* (AROUCA, 1975: 206).

Segundo Arouca, a relação médico-paciente é mediada por uma relação de troca, onde o paciente possui uma necessidade: o alívio para seu sofrimento, sua dor ou a cura de uma enfermidade; e o médico possui um conhecimento: o saber que alivia o sofrimento, a dor ou a cura da enfermidade. Nesta relação de troca entre médico-paciente o que se troca não são os saberes; o paciente não recebe o conhecimento de como tratar-se a si próprio. O paciente não tem a “fórmula” de como tratar-se; este saber, antes de domínio universal e baseado na experiência coletiva, foi apropriado e legitimado socialmente nas mãos de um grupo, concentrando-se e consolidando-se na Medicina. O paciente, detentor de um não-saber e, portanto, dependente, recebe uma “fórmula” já pronta que terá que seguir, caso queira aliviar-se de seu sofrimento; “fórmula” esta consubstanciada no ato ou no cuidado médico. Nesta relação de troca o paciente recebe o cuidado médico, que é a forma instrumental de conhecimentos e habilidades monopolizados pela Medicina. O cuidado médico, portanto, é mediador entre estes dois sujeitos.

Assim, o processo de trabalho da atividade médica é compreendido como o próprio ‘cuidado médico’, no qual interagem sujeito – “o médico” e objeto – “o paciente”. O cuidado médico, segundo Arouca, possui a característica de, como processo de produção, intervir sobre valores vitais biológicos ou psicológicos e, como unidade de troca, atender necessidades humanas imbuídas de um valor social e historicamente definidos.

Esta atividade humana, a prática médica, é compreendida como a força de trabalho que põe em curso o processo de produção e que se dirige à obtenção de efeitos específicos, orientados sobre uma concepção ideológica do que seja normal ou patológico. Esta atividade estabelece padrões de normalidade que definem as necessidades em saúde; estes padrões são definidos socialmente, externos à dimensão puramente biológica, e estabelecem os modos de proceder no trabalho médico, que são interiorizados no processo de trabalho (GONÇALVES, 1986).

Este modo de proceder na prática médica, como toda atividade humana, determina um gasto de energia para o trabalhador médico; energia esta necessária a uma transformação de um objeto natural em outro útil à vida humana. Este gasto de energia não se manifesta homogeneamente nos sujeitos do processo; o desgaste é individual e subjetivo, físico e mental.

3.3.1. A alienação do trabalho médico:

Um dos problemas observado no trabalho médico é o não reconhecimento pelo médico do resultado ou produto de seu trabalho; não existe a “Obra”. Isso ocorre nos processos de trabalho fragmentado, que têm prevalecido nos serviços de saúde, onde cada trabalhador de saúde executa uma parcela do trabalho. Este desconhecimento do produto final do trabalho e a não concretização da “Obra” é definido como alienação do trabalho.

A título de ilustração cita-se uma cena muito freqüente em muitas unidades de saúde: paciente (Homem 1) chega num serviço de saúde... pega uma imensa fila e demora muito para ser atendido ... consegue uma senha de consulta médica... dirige-se à recepção, onde o auxiliar administrativo (Homem 2) faz a ficha do paciente ou abre um prontuário; o auxiliar ou técnico de enfermagem (Homem 3) verifica peso, temperatura, pressão arterial deste paciente, de acordo cada caso... o enfermeiro (Homem 4) realiza a pré-consulta, quando existente...o médico (Homem 5) atende o paciente, examina-o, pede-lhe exames, se for o caso, ou lhe prescreve, geralmente centrando-se em sintomas (isso tudo num período muito curto de tempo)...outro enfermeiro (Homem 6) faz a pós-consulta e orienta este paciente...outro auxiliar ou técnico de enfermagem (Homem 7) avia a receita para este paciente, quando há medicamento na farmácia do serviço...o paciente, se tem que fazer

algum exame, irá o laboratório...onde um técnico de laboratório (Homem 8) procederá à coleta de material ou agendará um outro dia para que o paciente volte para esta coleta... E assim o paciente segue sua via “crucis”... E todos os agentes envolvidos no atendimento (neste exemplo, sete trabalhadores de saúde), além de não saberem o que ocorreu com o paciente, não têm a visão geral do mesmo, mas fragmentos e *flashes* como fotos de momentos no atendimento. Muitas vezes perde-se o porquê, o objetivo do trabalho, caindo numa mera repetição de ações normativas, burocráticas e sem significado. O médico se tiver sorte (ou a sorte será do paciente?) verá o paciente em um retorno, podendo acompanhar a evolução clínica do mesmo; se não, nunca ficará sabendo se aquela pessoa que atendeu evoluiu para melhora ou para piora, se está viva ou se morreu. 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 conseqüências diretas a saúde dos pacientes e dos médicos, como é o desgaste profissional (GARCIA, 1983; LAURELL, 1991; DEJOURS, 1992; NORIEGA, 1993; MACHADO et al., 1996, 1997) e a fadiga médica (RIBEIRO, 1989); também produz a alienação no processo de trabalho (MARX, 1985), de tal forma que o médico torna-se alienado e alienante nas relações inter-pessoais²⁵, assumindo uma postura a-crítica e naturalizada do processo saúde-doença.

²⁵ Questionando este modo de agir em saúde e criticando o atual modelo taylorizado, alienado e alienante de produção de saúde, Campos e Merhy propõem um novo modelo de gestão para co-governar Organizações de Saúde, onde se busca resgatar a autonomia, a liberdade, a responsabilidade do trabalhador e o vínculo e compromisso deste com o usuário. A esse respeito ver: “*O Anti-Taylor: sobre a invenção de um método para co-governar Instituições de Saúde produzindo liberdade e compromisso*” (CAMPOS, 1997) e “*Anti-Taylor: Teoria e Métodos para praxis em Instituições*” (CAMPOS, 1998); “*Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde*” (MERHY, 1997), “*O SUS e um dos seus dilemas: mudar a gestão e a lógica do processo de Trabalho em Saúde (um ensaio sobre a micropolítica do trabalho vivo)*” (MERHY, 1998) e “*Reflexões sobre as tecnologias não materiais em saúde e a reestruturação produtiva do setor: um estudo sobre a micropolítica do trabalho vivo*” (MERHY, 2000). Estes métodos procuram resgatar o papel de sujeito do trabalhador em saúde; sujeitos estes com potencial revolucionário e transformador, capazes de “construir” novos sujeitos durante o ato terapêutico e de resgatar a cidadania do trabalhador e do usuário durante o trabalho vivo em ato.

No atual modelo de assistência à saúde, o sujeito, que é o trabalhador em saúde²⁶ (neste caso, o médico), executa muitos atos parcelados e repetitivos, que não estimulam 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 a 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 sub-divide o paciente em especialidades e sub-especialidades devidos às necessidades impostas pelos avanços no conhecimento médico, pelas inovações tecnológicas e pelas necessidades determinadas por um mercado de trabalho altamente competitivo; necessidades estas, dadas socialmente.

Esse processo de especialização crescente verificado na medicina (DONNANGELO, 1972; MACHADO et al, 1996, 1997), e que é mais intenso nos grandes centros urbanos, onde a concorrência no mercado de trabalho é mais acentuada, fragmenta mais ainda o paciente em órgãos e vísceras e abstrai este paciente de seu ambiente social, isolando-o das relações entre os homens, das relações institucionais, das relações com a sociedade e com a natureza.

3.3.2. A perda da autonomia no trabalho:

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 as estabelecidas pelos convênios e/ou cooperativas, que se baseiam na produtividade. Estas normas definem, por exemplo, o número de pacientes a serem atendidos, as cotas de exames que podem ser solicitadas ou dos

²⁶ Em relação à alienação dos trabalhadores de saúde, ver SANTOS (1995) que estudou as formas de resistência destes trabalhadores inseridos na organização hospitalar, em especial as auxiliares de enfermagem, considerando-se a distinção entre trabalho prescrito e trabalho real, assim como as estratégias e as ideologias defensivas utilizadas por estes trabalhadores, através da sublimação e da alienação. Nesta pesquisa utilizou-se de técnicas da psicopatologia do trabalho.

procedimentos que podem ser executados, etc.; o estabelecimento destas cotas baseiam-se em critérios econômicos e não técnicos, o que interfere na autonomia do médico e na resolutividade do cuidado médico.

3.4. SAÚDE E TRABALHO – “A SAÚDE DO TRABALHADOR”:

A saúde, dentro da perspectiva do mundo do trabalho, pode ser definida “*como el máximo desarrollo las potencialidades del hombre de acuerdo al grado de avance logrado por la sociedad en un período histórico determinado*” (GARCIA,1983: 06); quando estas potencialidades deixam de ser desenvolvidas, o trabalho, que deveria ser uma fonte de crescimento biológico e psíquico para o homem, se converte em um produtor de doença (LAURELL, 1981; 1991).

Conforme analisa Garcia, “*el trabajo útil, creador de valores de uso, se constituye en un estímulo que desarrolla las capacidades físicas y mentales del ser humano, es decir, en un productor de salud*”. Entretanto, no modo de produção capitalista, o desenvolvimento destas capacidades físicas e mentais é cortado em função do desenvolvimento das forças produtivas e da acumulação de capital; “*quando não existem as condições objetivas e subjetivas para que o trabalho seja estímulo das potencialidades, se converte em um produtor de enfermidades*” (GARCIA, 1983: 06).

Dejours faz uma crítica à definição internacional sobre a saúde humana, que diz que esta seria um completo bem-estar físico-mental e social, um estado de conforto do indivíduo; para este autor, com o qual concordamos, esta é uma definição muito vaga, além do que não existiria esse completo bem-estar, pois os indivíduos estão em processo contínuo de mudança e transformação, não havendo um estado estável, mas uma grande variabilidade no decorrer do dia-a-dia do trabalhador. Este estado ‘ideal’ é pois, uma ilusão e assim nos fala Dejours: “*a saúde não é um estado de estabilidade, não é um estado, não é estável. A saúde é alguma coisa que muda o tempo todo*”. A saúde das pessoas seria um assunto ligado às próprias pessoas na sua relação com o mundo, sendo antes de tudo um objetivo a ser atingido, um estado de bem-estar no qual procura-se aproximar; “*saúde...é ter um caminho pessoal e original, em direção ao bem-estar físico-psíquico e social.*”

Cada pessoa, com sua história, sua experiência, sua família, estabeleceria uma espécie de compromisso com seu passado e o presente para tentar escolher o futuro; esse seria o movimento da vida e que não ocorreria sem angústia, pois cada pessoa ao confrontar-se com esse tipo de angústia tentaria resolvê-la de acordo com sua atividade. Dejours trabalha com a idéia central de que os homens procuram transformar-se e não, necessariamente acabar com a angústia, que possui um papel fundamental como mola propulsora em busca de uma situação melhor, mais confortável, mais saudável. Concebe que *“não há um estado de bem-estar e de conforto, mas há,....fins, objetivos, desejos, esperanças (...) A saúde mental não é certamente o bem-estar psíquico. A saúde é quando ter esperança é permitido”*, e, partindo desse ponto, esclarece que isto muda muito a concepção sobre a saúde dos trabalhadores, principalmente a saúde mental e psíquica. Fala-nos ainda que *“o que faz as pessoas viverem é, antes de tudo, seu desejo.(...) O verdadeiro perigo existe quando não há mais desejo, quando ele não é mais possível. Então, tudo se torna muito incômodo e é aí que as pessoas vão muito mal.(...) onde não há mais desejo, o corpo pode adoecer mais facilmente”*(DEJOURS, 1986: 10). Dentro desta perspectiva, que o trabalho é colocado como um elemento fundamental para a saúde das pessoas; se o trabalho não é fonte de desejo e de prazer, este passa a ser perigoso à saúde.

3.4.1. As Leis e o Trabalho no Brasil: um direito conquistado?

Segundo a 1ª Conferência Nacional de Saúde dos Trabalhadores (1986: 02) a saúde dos trabalhadores, extrapolando os limites da saúde ocupacional, seria conceituada como *“resultante de um conjunto de fatores de ordem política, social e econômica (...) saúde dos trabalhadores significa: condições dignas de vida; pleno emprego; trabalho estável e bem remunerado; oportunidade de lazer; organização livre, autônoma e representativa de classe; informação sobre todos os dados que digam respeito à relação vida/saúde/trabalho; acesso a serviços de saúde, com capacidade resolutiva, em todos os níveis; efetiva participação em em quaisquer decisões sobre assuntos referentes à classe; recusa ao trabalho sob condições que desconsiderem estes e outros tantos direitos”*.

Apesar do definido nesta conferência, a legislação brasileira ainda é dúbia, mal elaborada e sujeita a várias interpretações, além de, claramente, vinculada aos interesses da classe dominante e, muitas vezes, violada. A saúde do trabalhador possui amparos legais, e embora sendo inoperante pelo descumprimento e inadequações às situações concretas, é um direito conquistado pelos trabalhadores. A evolução da legislação brasileira no campo da Saúde do Trabalhador parece estar na dependência de fatores econômicos, políticos e ideológicos do que de aspectos técnicos relacionados ao conhecimento existente sobre este campo (REGO, 1987).

Na Constituição da República Federativa do Brasil (1988: 07/08) no Título II, que trata dos “Direitos e Garantias Fundamentais”, em seu capítulo II, dos “Direitos Sociais”, assim fala em seu artigo 6º: “*São direitos sociais a educação, a saúde, o trabalho, o lazer, a segurança, a previdência social...*”(grifos nossos); em seu artigo 7º, que trata especificamente dos direitos dos trabalhadores urbanos e rurais, além de outros que visem à melhoria de sua condição social, destaca-se alguns itens que são de relevância quanto ao trabalho em saúde devido às suas especificidades e particularidades, a saber: “*IX – remuneração do trabalho noturno superior à do diurno*”; “*XIII – duração do trabalho normal não superior a oito horas diárias e quarenta e quatro semanais (...)*”; “*XXII – redução dos riscos inerentes ao trabalho, por meio de normas de saúde, higiene e segurança*”; “*XXIII – adicional de remuneração para as atividades penosas, insalubres ou perigosas, na forma da lei*”; “*XXVIII – seguro contra acidentes do trabalho, ...sem excluir a indenização a que está obrigado, quando incorrer em dolo ou culpa*”; “*XXX – proibição de diferença de salários, de exercício de funções e de critério de admissão por motivo de sexo, idade, cor ou estado civil*”; “*XXXIV – igualdade de direitos entre o trabalhador com vínculo empregatício permanente e o trabalhador avulso*”. No Título VIII, “Da Ordem Social”, referindo-se à Seguridade Social (capítulo II), no item que trata da “Saúde” (seção II: 37), assim estabelece no artigo 196: “*A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos(...)*”; no artigo 200 define como competência do sistema único de saúde “*executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador*”(item II) e “*colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho*”(item VIII – grifo nossos). Estes direitos são implementados e

regulados pela Lei Orgânica da Saúde²⁷, que dispõe sobre as condições para a promoção e recuperação da saúde, nela incluída a dos trabalhadores.

3.5. CONCEITUANDO PROCESSO SAÚDE-DOENÇA:

Para que se compreenda como a medicina conceitua o que vem a ser doença ou saúde torna-se necessário uma breve revisão de como estes conceitos adquiriram significações diferentes ao longo do processo histórico.

Os conceitos de normal e patológico, de saúde e doença, têm sofrido mudanças, ao longo do tempo e seguindo uma historicidade, que exprimem as relações entre os homens, suas relações sociais, sua cultura, seus interesses econômicos, políticos e ideológicos. Desta forma, saúde e doença passam a ser definidas conforme a luta de interesses dos atores sociais envolvidos neste jogo e, conseqüentemente, o processo saúde-doença também se define a partir deste conflito.

A medicina, segundo Canguilhem, vê a enfermidade concebida sob duas formas de representação: uma visão ontológica do mal, como algo que entraria e sairia do homem, independente de sua vontade, e outra visão que se basearia em um equilíbrio de forças,

²⁷ A Lei Orgânica da Saúde define, como uma das atribuições do Sistema Único de Saúde (SUS), a execução de ações de saúde do trabalhador e a colaboração na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho. As ações de saúde do trabalhador compreendem um conjunto de atividades que se destina, através das ações de vigilâncias epidemiológica e sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, bem como a recuperação e reabilitação da saúde dos mesmos, quando submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho; dentre estas ações destacamos: a assistência ao trabalhador vítima de acidente ou portador de doença profissional ou relacionada ao trabalho, pesquisas e estudos para avaliação e controle dos riscos e agravos potenciais à saúde existentes no processo de trabalho e o direito à informação pelo trabalhador dos riscos existentes no ambiente de trabalho, bem como a participação na fiscalização e controle destes ambientes (LEI ORGÂNICA DA SAÚDE, 1990). Há, entretanto, ainda um espaço muito longe entre a lei e a aplicabilidade prática da mesma; os direitos dos trabalhadores ainda são muito desrespeitados e pouco espaço estes têm tido no planejamento e fiscalização de seus trabalhos, sendo, na maioria das vezes, meros executores de tarefas pré-programadas. Na realidade, a nível nacional, tem ocorrido uma disputa de poder, com conseqüente fragmentação e descolamento das atividades e responsabilidades, em instituições que tratam das questões relacionadas ao trabalho, quais sejam: o Ministério da Saúde, o qual se encarrega pela assistência do trabalhador, através do SUS; o Ministério do Trabalho, que se responsabiliza pelas ações de vigilância e fiscalização dos ambientes de trabalho; e o Ministério da Previdência e Assistência Social, que é responsável pelos benefícios e aposentadorias decorrentes de danos à saúde do trabalhador provocados pelo trabalho. Percebe-se, portanto, que a área de saúde do trabalhador possui muitos pontos críticos e que ainda há muito caminho pela frente e várias questões para serem solucionadas em busca de uma qualidade de vida no trabalho.

dentro de uma concepção dinâmica em busca de um novo equilíbrio. Dentro destas duas representações haveria uma luta do organismo contra os agentes externos ou uma luta interna de forças em busca do equilíbrio. Nesta luta a saúde seria um estado relativo e dinâmico deste equilíbrio, sendo a enfermidade um processo de interação do homem frente aos estímulos patogênicos (CANGUILHEN, 1971 apud AROUCA, 1975). Esta concepção é otimista, pois elimina-se a doença, eliminando o agente ou re-estabelecendo o equilíbrio perdido.

Segundo Leavell e Clark, na “*História Natural da Doença*”, a saúde é concebida como um estado relativo e dinâmico de equilíbrio entre forças internas e externas ao indivíduo. O homem ao interagir com os estímulos patogênicos, “desequilibrando-se”, estaria ausente de saúde; nesta condição estaria enfermo. Haveria um equilíbrio entre homem-ambiente-agente responsável pelo estado de saúde. Dentro desta visão o agente é concebido como todos os fatores determinantes das doenças; o ambiente é considerado nos níveis físico, químico, biológico e social. Ao romper-se este equilíbrio, que ocorre no espaço interior ao indivíduo, desencadeia-se a enfermidade, que pode manifestar-se de distintas maneiras, segundo gradações e dentro de um processo (LEAWELL & CLARK, 1965 apud AROUCA, 1975).

Sumariamente, este seria o processo saúde-doença concebido por estes autores e que tem sido alvo de críticas, como a que faz Arouca ao questionar a transformação da “*multicausalidade em uma forma de monismo causal*”, que nega as diferentes formas de causação e suas múltiplas relações. Questiona-se também o posicionamento do social dentro deste modelo, “*já que ele não aparece como um mecanismo explicativo, mas sim é simplesmente referido*”; o social é considerado apenas como um fator causal ligado ao ambiente e ao homem. Há uma mitificação do social, produzindo “*uma deformação no sentido dos conceitos, alienando-os e despolitizando-os*” (AROUCA, 1975: 164/165).

Outra crítica a este modelo é que o social é colocado como um atributo individual e não como resultado de uma determinação estrutural e das relações sociais, onde os sujeitos ocupam posições diferentes dentro do processo produtivo, dividindo-se em classes diferentes conforme seu papel social. Há, neste modelo, uma naturalização dos fenômenos, pois a relação entre estes se dá no espaço da neutralidade e dentro de uma visão

a-histórica. “*O homem é colocado com seus atributos em um ponto, não é o homem como ser histórico em sua relação com a natureza através do trabalho, em que esta passa a ser histórica, não é o homem constituído pelo conjunto de suas relações sociais, enfim não é o homem que fala, produz e vive, mas o conjunto de seus atributos que se transforma em fatores de morbidade*” (AROUCA, 1975: 167).

Segundo Nunes, analisar a relação médico-paciente e, portanto, o processo saúde-doença dentro de uma perspectiva funcionalista é uma maneira de ofuscar a realidade e camuflar as reais causas determinantes do estar sadio ou doente. Utilizar este ponto de investigação nos estudos sobre saúde-doença é focalizar nas partes na tentativa de compreender o todo; é estudar “*os componentes da sociedade antes de estudar a própria sociedade*”(NAVARRO, 1976 apud NUNES, 1988: 159). O ponto de partida nestas investigações seria pois as relações sociais e não somente as técnicas; essas relações sociais não são consideradas apenas como relações humanas, mas são relações entre agentes de produção. Ressalta pois, a importância de estudar este processo dentro de um enfoque estrutural, a partir de análises das determinações sociais históricas e econômica. Salienta que vários dos micro-processos, que permeiam a relação entre os homens, reforçam macro-processos estruturais na sociedade, como a dominação e a subordinação (NUNES, 1988)²⁸.

3.5.1. Processo Saúde-Doença e o Trabalho:

A medicina contemporânea considera as conseqüências do trabalho sobre a saúde como um fenômeno biológico, individual e positivista, onde prevalece a relação causa-efeito. Dentro desta relação de causalidade, tem-se considerado a categoria trabalho somente enquanto as condições materiais do trabalho, quais sejam: a iluminação e

²⁸ Nunes faz referência em seu artigo que a análise estrutural do relacionamento médico-paciente se completa pois, a partir do momento que se incorpora conceitos básicos das ciências sociais; neste sentido, cita como de fundamental importância o encaminhamento feito por WAITZKIN (1979 apud NUNES, 1988), que focaliza o relacionamento médico-paciente e sua contribuição para o controle ideológico e social no sistema de atenção à saúde e, portanto, na definição do processo saúde-enfermidade. Cita também a importante contribuição de Sigerist, que forneceu as idéias centrais para a compreensão da atividade médica: “*o caráter profundamente social que deve estar presente nas relações e...o caráter histórico que acompanha esse processo*”, ou ainda, “*em toda ação médica há duas partes envolvidas, o médico e o paciente, ou, em um amplo sentido, o corpo médico e a sociedade. A medicina nada mais é do que a contínua reprodução das relações entre esses dois grupos*” (SIGERIST, 1929 apud NUNES, 1988 163).

ventilação do ambiente de trabalho, os ruídos existentes neste ambiente, a presença de máquinas perigosas, a utilização ou não de equipamentos de proteção individual. Dentro desta concepção, as verdadeiras causas do adoecer e estar sadio no trabalho ficam “mascaradas” pelas condições de trabalho, ocorrendo uma naturalização dos fenômenos ocorridos, o que é desejado pelo capital. Os efeitos do trabalho sobre a saúde dos trabalhadores são ocultos, ao não se considerar as conseqüências do processo de produção sobre o processo saúde-enfermidade.

Dentro deste modelo é que se coloca o Comitê Misto OIT/OMS, que em 1950, reunido em Genebra, , definiu a “Saúde Ocupacional” nos seguintes termos:

“A Saúde Ocupacional tem como objetivos: a promoção e manutenção do mais alto grau de bem-estar físico, mental e social dos trabalhadores de todas as ocupações; a prevenção entre os trabalhadores, de desvios de saúde causados pelas condições de trabalho; a proteção dos trabalhadores em seus empregos, dos riscos resultantes de fatores adversos à sua saúde; a colocação e manutenção do trabalhador adaptadas às suas aptidões fisiológicas e psicológicas, em suma: adaptação do trabalho ao homem e de cada homem a de cada homem a sua atividade”(OIT/OMS apud MENDES, 1980: 18).

Concebe-se que, teoricamente, os trabalhadores são indivíduos sadios, e desta forma a empresa empregadora é a responsável por assegurar condições adequadas de trabalho, minimizando ou anulando os riscos existentes no ambiente de trabalho e mantendo a saúde de seus trabalhadores.

A saúde ocupacional assim definida demonstra uma preocupação voltada basicamente para a intervenção sobre o ambiente, buscando controlar os agentes nocivos à saúde dos trabalhadores²⁹. O ambiente de trabalho, segundo esta definição, é visto de forma naturalizada e os agentes, ou riscos ocupacionais, são externos ao trabalhador. Um dos objetivos mais importantes da medicina ocupacional tem sido a higiene do ambiente da

²⁹ A esse respeito, Ribeiro analisou a prática da medicina ocupacional dentro de um hospital geral, tendo verificado que os problemas de saúde, bem como os acidentes e doenças ocupacionais, são creditados não somente aos riscos existentes no ambiente de trabalho, mas também àqueles que caracterizam uma forma peculiar de exploração da força de trabalho, quais sejam: sobrecarga de serviços, salários insuficientes, mecanismos formais e informais de controle sobre os trabalhadores de saúde, etc. Os achados de sua pesquisa vão de encontro à crítica da Saúde Ocupacional, que não considera os fatores morbigênicos decorrentes do processo de trabalho, mas tão somente aos riscos existentes no ambiente de trabalho (FRANCO, 1981).

fábrica, como a falta de aeração e luz, o nível de ruído, a presença de substâncias tóxicas existentes no meio, a concentração de máquinas perigosas e sua relação com a saúde dos trabalhadores.

A título de exemplificar, cita-se alguns estudos que seguem nesta linha de investigação como a clássica pesquisa inglesa sobre mortalidade por câncer de pulmão em trabalhadores exposto ao asbesto (DOLL, 1955), bem como outras pesquisas mais recente como: “*Trabalho industrial e câncer de pulmão*” (WÜNSCH FILHO et al, 1995), “*Perda auditiva induzida pelo ruído em trabalhadores de bandas musicais da Bahia*” (MIRANDA & DIAS, 1998), “*Riscos de insalubridade para o pessoal de hospital*” (WAKAMATSU et al, 1986), “*Prevenção de riscos elétricos no ambiente médico-hospitalar*” (GEWEHR & BINSEG, 1986), “*Riscos ocupacionais no ambiente hospitalar*” (TENÓRIO & TANCREDI, 1999).

Utilizando esta definição, alguns estudos que mostravam os efeitos de diferentes tipos de processos de trabalho sobre a saúde dos trabalhadores baseavam-se no estreito âmbito da relação unicausal dos agentes presentes no ambiente de trabalho, os denominados “riscos ambientais”, e certas patologias específicas dos trabalhadores expostos a estes³⁰.

Entretanto, novos agravos à saúde têm surgido acometendo os trabalhadores, como os transtornos psíquicos, as enfermidades psicossomáticas e a fadiga, que estão estreitamente vinculados ao trabalho e que, muitas vezes, não têm sido reconhecidos em sua origem dentro do processo de trabalho (NORIEGA, 1993). Nesta linha de investigação cita-se, como exemplo, algumas pesquisas publicadas pelo jornal do Departamento Intersindical de Estudos e Pesquisas de Saúde e dos Ambientes de Trabalho (DIESAT): “*Processamento de dados e Saúde Mental dos bancários*”(1985), onde se analisa as conseqüências do estresse sobre estes trabalhadores; “*Trabalho não causa hipertensão? Uma conclusão incorreta*”(1985), que discute esta enfermidade em relação com o trabalho; “*Morte lenta no trabalho*”, que trata das formas não explícitas de violência no

³⁰ Vide versão atualizada da lista de doenças profissionais elaborada pela Organização Internacional do Trabalho (OIT) em dezembro de 1991, que apesar de recomendar a inclusão das doenças relacionadas ao trabalho, especifica em sua lista tão somente as doenças profissionais típicas, à exceção da inclusão das doenças do aparelho músculo-esquelético-locomotor (FUNDACENTRO, 1991).

trabalho pelo modo de produção capitalista, ou seja, das formas de organização e das relações de trabalho segundo os interesses do capital (1987); “*Trabalho pode levar ao suicídio*” (1988), que aborda a violência mental no trabalho levando a opressão psico-social e ao suicídio.

Desta forma, a saúde ocupacional mostrou-se bastante limitada, reduzida, a-histórica em sua definição e aplicabilidade, prestando-se mais aos interesses do capital e ao aumento da produtividade, do que aos interesses dos trabalhadores.

Outro conceito utilizado, mais recentemente, é o de “Saúde do Trabalhador” trazendo em sua definição a conceituação marxista do processo de trabalho (ou processo de produção), que considera a relação capital-trabalho como determinante no estado de saúde-doença dos trabalhadores, um dos exemplos mais claros da determinação social do processo saúde-doença. Os fatores determinantes deste processo não são externos aos trabalhadores e não são vistos como “riscos”, mas estão dados pela forma como o trabalho se organiza e se divide. Introduce-se assim, o “*conceito de ‘Saúde do Trabalhador’, o qual amplia a abordagem ao considerar as relações sociais de produção em determinado modo de produção, suas repercussões no desgaste da força de trabalho em consequência da organização do trabalho, das formas de controle da produção com seus efeitos tanto a nível das condições de saúde como de vida das classes trabalhadoras. Tal percepção (...) rompe com a visão clássica das condições de trabalho adversas apenas relacionadas aos agentes físicos, químicos e biológicos, apontando na direção de uma re-conceituação do que é a doença do trabalho*” (LACAZ, 1996: 278 – grifo nosso). A esse respeito Rego, analisando os limites da saúde ocupacional, propõe a denominação de Saúde do Trabalhador para designar o campo das relações entre trabalho e saúde no sentido de uma perspectiva mais abrangente e que ofereça uma abordagem verdadeiramente biopsicossocial do ser humano (REGO, 1987).

Dentro desta nova compreensão, a categoria central na análise dos determinantes do processo saúde-doença dos trabalhadores é o processo de trabalho e sua forma de organização e divisão. Os instrumentos de trabalho e os meios de trabalho são fatores contributivos, mas não determinantes na relação saúde-doença-trabalho.

O trabalhador, nesta nova concepção, deixa de ser objeto de estudo e passa a ser um ator social, um agente de transformação, um sujeito que possui uma história, uma vida, uma família, um trabalho. Este trabalhador possui uma vivência acumulada, uma história de vida; enxergar sua subjetividade é de grande relevância na análise do processo saúde-doença.

Recentemente, as mudanças impostas pelo neoliberalismo com repercussões sobre o processo de trabalho, como a reestruturação produtiva, as mudanças tecnológicas e as modificações na organização do trabalho, têm produzido transformações importantes nas condições de trabalho, nas atividades dos trabalhadores e nas exigências a que estão submetidos.

Segundo Noriega, *“en países como México esta situación influye en el comercio y los servicios (asistenciales, educativos, transporte, etc) com una fuerza casi igual a la del sector industrial.”* (NORIEGA, 1993: 168). Estas transformações acometem o setor saúde e repercutem sobre o processo de trabalho dos serviços de saúde, trazendo conseqüências, que podem ser agrupadas em quatro planos diferentes, para a saúde deste trabalhador da saúde:

- a) o surgimento de novas exigências no trabalho (ou a agudização de antigas);
- b) uma diminuição ou ausência de muitos elementos básicos para o desenvolvimento do trabalho humano;
- c) o estresse agudo e crônico e a fadiga como elementos mediadores de patologia vinculada às novas formas de organização do trabalho;
- d) a patologia vinculada a estas mudanças no processo de trabalho, como: transtornos mentais e psicossomáticos, a fadiga patológica, bem como o incremento da morbi-mortalidade em certos grupos e a conseqüente diminuição da esperança de vida (NORIEGA, 1993).

Cristina Laurell tem criticado como a medicina tem tratado a categoria trabalho: de uma forma empírica, que não permite analisar a essência da relação trabalho-saúde. Conforme dito acima, o pensamento da saúde ocupacional vê o trabalho como um problema ambiental, estando o trabalhador exposto a riscos químicos, físicos, biológicos e psicológicos que lhe causam acidentes ou enfermidades. *“Esta conceituação reproduz, claramente, a forma tradicional da medicina que vê a doença como um fenômeno biológico que ocorre no indivíduo”* (LAURELL, 1981: 08).

A temática do trabalho e sua relação com a saúde *“ofrece un campo fecundo para la reflexión teórica sobre el carácter social del proceso salud-enfermedad”*, pois *“permite pensar estructuradamente el problema crítico del encuentro entre lo natural y lo social”* (LAURELL, 1991: 250-251). Permite pensar o processo de apropriação da natureza como processo de transformação desta e do próprio homem dentro do materialismo histórico (NAVARRO, 1982; LAURELL, 1986; LAURELL et al, 1991; LAURELL, 1993; FACCHINI, 1994).

Conforme vimos na definição de Marx sobre o trabalho, o homem ao se apropriar da natureza, de maneira consciente, transforma seus bens materiais em bens úteis à sua vida, tornando-se o trabalho um elemento básico e definidor de toda vida social; é o responsável pela reprodução social e modela a sociedade em classes sociais³¹. No capitalismo o processo de trabalho é organizado para criar o máximo de mais-valia (MARX, 1985) e, conseqüentemente, de lucro, o que repercute concretamente na forma como vivem os homens e em sua saúde; repercute em seu *“modo de andar a vida”*³².

³¹ O conceito de *“classe social”* tem sido polemizado nos últimos tempos; alguns estudiosos defendem que não existe mais classe social concreta, devido às mudanças estruturais que ocorreram nos últimos anos na produção. Posiciono-me defendendo que as classes sociais ainda estão aí e de forma bem definida conforme o pensamento marxista, personificando categorias econômicas centrais de determinado modo de produção e se constituindo dentro do conceito de luta de classes. A luta de classes relaciona-se com a superação de uma determinada formação social (modo de produção, político, econômico, cultural). O *“conceito de consciência”* de classe também integra a definição de classe social; esta consciência forma uma unidade de concepção do mundo e da sociedade, segundo seus interesses de classe, originando uma ideologia e criando uma *“situação social”* que define: *“modos de comportamento, atitudes, valores, interesses imediatos, distribuição de renda, concepção da sociedade e do mundo, sentimentos e paixões, ação e interesse político”* (SANTOS, 1983: 42). Isto nos permite compreender que, embora o médico venha sofrendo um processo de assalariamento, ele possui posições claras e ideológicas sobre a profissão: a medicina continua sendo uma profissão que acumula poder e prestígio. Os médicos não se vinculam ideologicamente com o conjunto dos trabalhadores assalariados; possuem forte sentimento corporativo e adesão ao projeto liberal e autônomo. Isto, como veremos adiante é um dos fatores determinantes do atual desgaste na profissão.

³² *Idem, ibidem*, p.08.

O trabalho como essência do homem e a atividade pela qual deveria se dar o seu crescimento biológico e psíquico, converte-se na sociedade capitalista em uma atividade produtora de doença ao impedir o desenvolvimento das potencialidades humanas (LAURELL, 1991; GARCÍA, 1983).

Mesmo na sociedade atual, ainda é possível conquistar um trabalho que seja produtor de subjetividade, criatividade, satisfação, mas para que isso ocorra é preciso repensar o processo de trabalho e que este dê mais autonomia aos indivíduos.

Apesar do reconhecimento generalizado de que a compreensão da saúde dos trabalhadores não se esgota na análise do processo de produção, sendo necessária ser complementada com a análise do consumo, a maioria dos trabalhos nesta linha de pesquisa baseiam-se no conceito de processo de produção, que possibilita entender a lógica de acumulação do capital (processo de valorização). No processo de produção há um modo de trabalhar e desgastar-se, o que determinará um padrão particular de reprodução social.

LAURELL (1981, 1991) concebe que o processo de trabalho é a categoria mais adequada para estudar a relação entre trabalho e saúde, pois especifica o trabalho em si, os instrumentos de trabalho e os objetos de trabalho dentro da perspectiva do materialismo histórico; afirma que *“en la sociedad capitalista la producción (de valor) organiza a todas las demás actividades sociales y, por tanto, también al consumo. Esto implica que el punto de partida analítico necesario es el ámbito de la producción* (LAURELL, 1991: 255). Dentro desta mesma concepção se inclui autores como Noriega e García.

García, partindo do conceito de trabalho, desdobra-o em *“trabalho abstrato”* (criador de mercadoria, de valor) e *“trabalho concreto”* (criador de valor de uso) (MARX, 1985). Isto possibilita analisar o gasto energético do trabalhador, em seu aspecto quantitativo, devido ao trabalho abstrato, bem como analisar o uso específico do corpo, em seu aspecto qualitativo, devido ao trabalho concreto; desta maneira articula-se o *“corpo produtivo”* com o *“corpo biológico”* (GARCÍA apud LAURELL, 1991: 256-257; GARCÍA, 1983).

No Brasil, Cristina Possas combinou os conceitos de trabalho e consumo nos estudos sobre a saúde dos trabalhadores, concebendo que os diferentes perfis de morbimortalidade em países em desenvolvimento são devido à subordinação ou não às formas capitalistas de produção. A “lógica do capital” explicaria a saúde tanto dos trabalhadores, cuja força de trabalho desgasta-se no processo de produção, como dos desempregados devido suas precárias condições de vida e de consumo (POSSAS apud LAURELL, 1991).

Ao se analisar os três elementos do processo de produção – trabalho, instrumentos e objeto – pode-se compreender a dimensão técnica e social de qualquer processo de trabalho em particular; aqui tomamos este conceito para analisar o processo de trabalho em saúde, mais especificamente o processo de trabalho médico.

Na produção em saúde, conforme analisado anteriormente, tem-se: o trabalho em si, os instrumentos e meios de trabalho e o objeto de trabalho; dentre estes três elementos o trabalho em si ou o “*trabalho vivo*” em ato (MERHY, 1997; 1998), que no trabalho médico é o próprio cuidado médico (AROUCA, 1975), tem sido o elemento analítico mais importante do processo de produção para a compreensão do processo saúde-doença. Compreende-se, como veremos a seguir, que este acarreta no trabalhador um consumo de sua força de trabalho durante o processo de trabalho, gerando um desgaste, que será mediador do processo saúde-doença.

3.6. ANALIDANDO A CATEGORIA DESGASTE – “O DESGASTE NO TRABALHO E DO TRABALHADOR”:

Como analisado anteriormente, ao se discutir o processo saúde-doença, durante o processo de trabalho, ao operar-se a ação do homem sobre a natureza, ocorre um processo de consumo de sua força de trabalho, o que gera um desgaste neste homem; este desgaste pode expressar-se sob as mais diversas formas, como o sofrimento psíquico, o estresse, as doenças psicossomáticas, os transtornos mentais e neuroses (LAURELL, 1981; MENDES, 1988; MENDES & DIAS, 1991; LAURELL et al, 1991; DEJOURS, 1992; COHN & MARSIGLIA, 1993; NORIEGA, 1993).

Segundo Marx, as formas de consumo da força de trabalho de um trabalhador estão vinculadas à extração da “mais-valia absoluta” e “relativa”. A extração da mais-valia absoluta é devido ao aumento da jornada de trabalho e/ou à redução salarial, sem que ocorra mudanças na tecnologia e na organização do processo de trabalho. A extração da mais-valia relativa ocorre pelo aumento da produtividade no trabalho, seja por meio de uma mudança tecnológica ou pela intensificação do trabalho (MARX, 1985).

Laurell concebe o conceito de processo de trabalho com duas características fundamentais, que recaem sobre qualquer produção: o processo técnico e o processo social. O processo técnico é o processo de trabalho através do qual se produzem bens. O processo social é o que valoriza o capital através da criação da mais-valia, que é o lucro do capitalista. Estas duas características do processo de trabalho têm consequências na determinação social das doenças. Analisar o processo de trabalho sob o ponto de vista exclusivamente técnico, como o faz a saúde ocupacional, traz um viés na compreensão do processo saúde-doença, onde somente a exterioridade das relações entre os homens e entre estes e o objetos é analisada. *“Analisar o problema da saúde do ponto de vista do processo de trabalho como um processo social e técnico abre a perspectiva de entender o que é exploração do trabalho e como esta exploração desgasta o trabalhador”* (LAURELL, 1981: 17).

Na extração da mais-valia absoluta o trabalhador submete-se a um alto gasto calórico, devido ao duro esforço físico e ao tempo insuficiente de descanso. Nesse tipo de exploração geralmente há baixo nível tecnológico e baixos salários; o desgaste do trabalhador ocorre de modo mais abrupto, levando a uma exaustão (LAURELL, 1981).

Na extração da mais-valia relativa, *“os aumentos, tanto em intensidade, quanto em produtividade, provocam situações de ‘stress’ e de fadiga, causando mudanças fisiológicas que originam predisposições patológicas a curto e a longo prazo”* (LAURELL, 1981: 10); estas situações geram um desgaste físico e mental no trabalhador.

3.6.1. Reflexos do Desgaste sobre a Morbidade dos Trabalhadores:

As pesquisas sobre trabalho e saúde cada vez mais confirmam a relação entre o processo de trabalho e o surgimento das doenças relacionadas ao trabalho. MENDES (1988) realizou uma revisão bibliográfica com o propósito de estimar o impacto da ocupação sobre a saúde de trabalhadores, tanto em relação à morbidade, como em relação à mortalidade. No levantamento sobre morbidade, este autor agrupou os efeitos decorrentes do trabalho sobre a saúde dos trabalhadores de acordo com o tempo do surgimento do dano: efeitos a curto prazo ou agudos (abruptos), dos quais se destacam os “acidentes do trabalho” (tipo) e as “intoxicações agudas profissionais”, e efeitos a médio e longo prazo ou crônicos, no qual se incluem as “doenças profissionais³³”, também chamadas de “doenças do trabalho” ou “tecnopatias” e as “doenças relacionadas com o trabalho”.

As doenças relacionadas ao trabalho possuem causa indireta com o trabalho e são de interesse deste estudo na medida em que estas doenças podem ter no desgaste um dos mediadores entre o processo de trabalho e o surgimento ou agravamento das mesmas; muitas destas doenças ainda não são reconhecidas legalmente como sendo de caráter ocupacional. Segundo Schilling (1984 apud MENDES, 1988) estas “*são as doenças em que o trabalho é um ‘fator contributivo’ e as doenças em que o ‘trabalho é provocador ou agravador’ de distúrbios ou de doenças pré-existentes*”. Para o Comitê de Especialistas da OMS, estas são as “*doenças relacionadas ao trabalho*” (WHO, 1985 apud MENDES, 1988: 314).

Dentre as causas das doenças relacionadas ao trabalho estão aquelas que se colocam dentro do processo e da organização do trabalho, quais sejam: ritmo e intensidade do trabalho, conteúdo da tarefa, hierarquização rígida, imposições de normas, ausência de participação no planejamento das atividades, divisão de tarefas, perda de autonomia e do poder de controle pelo trabalhador sobre o processo de trabalho, chefias autoritárias, etc. A esse respeito assim se coloca DEJOURS (1992: 10/57): “*quando estão bloqueadas todas*

³³ As doenças profissionais não ocorrem na população geral e são totalmente evitáveis; ligam-se à noção do “risco” (ou agente) no ambiente de trabalho, cita-se, a título de exemplo: perda auditiva induzida pelo ruído, dermatoses em trabalhadores da construção civil, fibrose pulmonar em pedreiros e mineradores, lesão de septo nasal em trabalhadores de galvanoplastia, hepatite B em trabalhadores da saúde, etc. Não nos aprofundaremos nesta discussão dos estudos dos riscos ocupacionais por não se tratar do objetivo deste trabalho.

as possibilidades de adaptação entre a organização do trabalho e o desejo dos sujeitos” pode emergir uma insatisfação e um sofrimento *“de natureza mental e não física”*. Analisa que os sujeitos elaboram estratégias defensivas para se defender deste sofrimento; caso estas estratégias venham a falhar pode surgir um desequilíbrio psicossomático, que inicia-se por uma vivência subjetiva de insatisfação, que se exprime pela fadiga³⁴, e torna-se uma queixa somática, mesmo sem haver uma doença somática.

Dentre as enfermidades que se relacionam de maneira indireta com o trabalho, sem dúvida, os distúrbios mentais e o estresse têm sido as principais manifestações que acometem os trabalhadores dentro deste modo de produção. O trabalho contribui como um fator precipitador ou agravador de um distúrbio mental, , se este deixar de ser fonte de prazer e realização, tornando-se em fonte de ansiedade, sofrimento e desgaste.

O estresse e o trabalho tem sido discutido e analisado por vários autores, desde sua conceituação por Hans Selye, em 1907, que após experimentações define o estresse como sendo o denominador comum de todas as reações de adaptação do corpo. Segundo SELYE (1952, 1973 apud MOREIRA, 1985: 20), o estresse seria a manifestação de *“uma síndrome específica, constituído por todas as alterações inespecíficas e produzidas num sistema biológico”*. Numa situação de estresse haveria uma dificuldade de adaptação do indivíduo frente à mesma, ficando o organismo em tensão, inquietude, mal estar e sofrimento. KASL (1983 apud MENDES, 1988) refere-se ao estresse como algo que ocorre quando um indivíduo se comporta em situações para as quais sua maneira habitual de enfrenta-las torna-se insuficiente.

Várias abordagens tem sido propostas para explicitar a relação entre o trabalho e o estresse, como o *“ajustamento pessoa-meio ambiente”*, sendo o estresse decorrente de um desequilíbrio entre a demanda e a capacidade de resposta do indivíduo, o que explicaria situações de *“sobrecarga”* ou de *“superestimulação”*, bem como situações de *“subutilização, de ‘carga inferior às possibilidades’ ”*; estas situações envolvem variáveis quantificáveis, mas principalmente necessidades pessoais e emocionais que sejam fonte de desejo e prazer no trabalho (MENDES, 1988).

³⁴ Para Dejours a fadiga não corresponde sempre ao excesso da carga física do trabalho, podendo esta ter sua origem também na inatividade; *“essa inatividade é fatigante porque não é um simples repouso mas, ao contrário, uma repressão – inibição da atividade espontânea”* (DEJOURS, 1992: 130) . A fadiga é simultaneamente somática e psíquica.

Levi (1983, 1984 apud MENDES, 1988) identifica os seguintes estressores psicossociais no trabalho:

- sobrecarga quantitativa: muita coisa para fazer em pouco tempo;
- carga qualitativa inferior às possibilidades: atividades desestimulantes, monótonas e repetitivas, que não exigem criatividade;
- conflito de papéis e responsabilidades: o trabalhador é simultaneamente pai, filho, cônjuge, militante de um sindicato ou de um partido político, sócio de um clube, amigo, etc. e nem sempre consegue desempenhar bem esses diferentes papéis sociais; às vezes, esses papéis se chocam;
- falta de controle sobre a sua própria situação: desvinculação entre planejamento e execução do trabalho; as chefias decidem o que fazer, como e onde, definindo ritmos, velocidades e metas;
- falta de apoio social: dos colegas de trabalho, das chefias, da família, etc.;
- estressores físicos: barulho, calor ou frio excessivo, iluminação deficiente ou excessiva, odores incômodos, etc.;
- estressores próprios da indústria: tecnologia de produção de massa, processos de trabalho altamente automatizados, trabalho em turnos³⁵.

• **Transtornos mentais e estresse:**

Estima-se que em regiões metropolitanas no Brasil aproximadamente 18% da população necessita de algum tipo de ajuda psiquiátrica e que de 5 a 10% da força de trabalho ocupada sofre de problemas de saúde mental considerados sérios; cerca de 30% sofre de algum tipo de desconforto psíquico. As “psiconeuroses” ocupam o primeiro lugar

³⁵ Sobre o trabalho em turnos, bem como o trabalho em turnos alternados, que provocam desde distúrbios à saúde como perturbações na vida social dos trabalhadores, ver: “*Trabalho em Turnos: temas para discussão*” (FERREIRA, 1987), que se baseia nos conhecimentos da cronobiologia.

entre as causas de incapacidade temporária entre os segurados pela Previdência Social no Brasil; ocupam o segundo e o terceiro lugar entre as causas de incapacidade permanente e invalidez, respectivamente³⁶ (MENDES, 1988).

Quanto às reações decorrentes do estresse, estas foram agrupadas por Levi (1983 apud MENDES, 1988) em: “reações emocionais” (ansiedade, depressão, histeria), “reações comportamentais” (alcoolismo, tabagismo, dependência de drogas, aumento do absenteísmo, suicídio) e “reações fisiológicas” (alterações hormonais e farmacológicas responsáveis por taquicardia, sudorese, hipertensão arterial, aumento de lipídeos no sangue, etc.).

• **Síndrome de *Burnout*:**

Também tem sido relatado o “*burnout*” como uma resposta ao estresse; este termo tem sido utilizado por vários pesquisadores. Freudenberg (1974 apud CARVALHO, 1995) utiliza esta expressão como um descritor de respostas dos profissionais a certas condições do trabalho, especialmente em profissões que têm um grau elevado de contato com o público, como os médicos, assistentes sociais, dentistas (GORTER et al, 1999), professores (CARVALHO, 1995), advogados, ou seja, manifesta-se nas ocupações que requerem um contato íntimo com indivíduos que necessitam de atenção e cuidados (JACKSON et al, 1986 apud CARVALHO, 1995).

Segundo Maslach (1981 apud CARVALHO, 1995) esta expressão refere-se a sentimentos relativos ao desempenho profissional, sendo representado por quatro dimensões:

³⁶ Os vários distúrbios mentais, rotulados “psiconeuroses”, englobam desde as psicoses (esquizofrenia, psicose maniaco-depressiva, psicose senil, psicose orgânica, etc), passando pelos distúrbios psiconeuróticos (estados de ansiedade, de depressão, de histeria, etc) e o estresse. Questiona-se os altos percentuais encontrados nas estatísticas, apesar da existência de subnotificações; sabe-se que o sistema de informações em saúde ainda é bastante deficiente no Brasil, havendo grandes imprecisões nas estatísticas oficiais, que decorrem de critérios de classificação dos desvios da saúde mental, da diversidade de instrumentos utilizados para medi-los, entre outros fatores.

- * exaustão emocional devido às excessivas demandas psicológicas e emocionais advindas do contato com pessoas que necessitam de cuidados;
- * despersonalização, como sendo a tendência de não individualizar e despersonalizar pacientes, clientes e alunos, tratando-os como se fossem objetos ou números (p. exemplo, quando os médicos referem-se aos pacientes não pelos seus nomes, mas por um número: paciente do leito 13);
- * ausência de realização pessoal;
- * falta de envolvimento: observa-se um distanciamento dos médicos na relação médico-paciente, que se torna fria e impessoal; não se forma vínculo entre estes dois sujeitos.

Carvalho cita algumas definições desta expressão concebidas por outros autores que têm investigado o impacto do trabalho sobre as reações humanas, principalmente nos Estados Unidos, Inglaterra, Canadá, Japão e nos Países Nórdicos. Dentre estas conceituações tem-se a de PERLMAN & HARTMAN (1982 apud CARVALHO, 1995: 47), que utilizam a expressão *burnout* para definir uma “*resposta ao estresse emocional crônico com três componentes: exaustão física e emocional, diminuição de realização pessoal no trabalho e despersonalização*”; Blase (1982) que a utiliza como uma resposta crônica ao impacto negativo do estresse originado pelo trabalho; Brenner & Bartell (1984) referem que o *burnout* está associado a fatores como: demanda excessiva de trabalho e expectativas do profissional em dar conta de todos os problemas, como um salvador da sociedade (mito da infalibilidade e do herói), o que tem acarretado depressão, obsessão, falhas cognitivas e manifestações somáticas; Greenglass (1988) define este termo como uma resposta emocional crônica, que surge nos procedimentos dirigidos a outras criaturas humanas, particularmente quando estas têm problemas e, quando os recursos emocionais se esgotam, os profissionais perdem a capacidade de manter o equilíbrio psicológico.

• Doenças Psicossomáticas e Orgânicas:

Algumas doenças do coração também têm sido relacionadas com o trabalho, como: a hipertensão arterial, a angina pectoris, o infarto agudo do miocárdio³⁷. Estas patologias estão associadas tanto com os conhecidos fatores de risco enquadrados nos estilos de vida, como o sedentarismo, a obesidade, o tabagismo, a ingestão excessiva de sal, como também estão associadas à organização e ao processo de trabalho, como o autoritarismo nas relações, o ritmo intenso de trabalho, pouca autonomia no trabalho, pressões por produtividade, tarefas repetidas e monótonas, muita coisa para ser feita em pouco tempo, etc. Associam-se também a riscos específicos existentes no ambiente de trabalho, como: calor e ruído intensos, vibrações excessivas, além de estarem vinculadas às modificações observadas na estrutura econômica, como os problemas relacionados com o emprego e o desemprego (MENDES, 1988; BRASIL/MPAS, 1999), e às transformações observadas no processo produtivo, tanto a nível do macro (transnacionalização e terceirização da economia) como a nível do micro (implantação de novas tecnologias, como a informatização e a automação) (MENDES & DIAS, 1991). Dentre estas modificações no processo de produção, a terceirização e o aumento da economia informal têm sido fatores importantes quanto ao eixo de discussão do processo de extração de mais-valia pelo capital, que tem se afastado do ambiente fabril. A exploração do trabalhador tem sido mais intensa e, às vezes, se coloca disfarçada sob a forma de trabalho autônomo, como o que ocorre no trabalho informal, onde os trabalhadores não têm assegurados seus direitos trabalhistas.

MENDES (1988) refere-se a outras patologias que possuem no trabalho uma causa indireta de seu surgimento, como algumas patologias pulmonares, do aparelho locomotor e os distúrbios mentais e estresse. Refere que, além das pneumoconioses, como a asbestose e a silicose, cujo nexo causal está bem estabelecido com a exposição à poeira

³⁷ A esse respeito cita-se o Decreto nº 3.048, de 06 de maio de 1999, que trata do Regulamento da Previdência Social/RPS (BRASIL/MPAS, 1999). Neste decreto reconhece-se algumas doenças como relacionadas com o trabalho, porém o nexo causal deve estar bem estabelecido ao se fazer a correlação entre a doença ou dano e a atividade exercida, para que seja considerada como doença profissional ou do trabalho. Sem dúvida, um avanço dentro da legislação trabalhista e das políticas sociais, pois até bem recentemente só se reconhecia as doenças típicas ocupacionais ligadas aos fatores de risco. Porém, a lei ainda possui limitações, pois esta só beneficia os segurados do INSS (trabalhadores celetistas). Com a reestruturação produtiva tem aumentado o número de trabalhadores informais e desempregados e que, portanto, não se beneficiam da mesma. A burocracia institucional e a falta de vontade política também são fatores que criam empecilhos à obtenção de tais benefícios pelos trabalhadores segurados, quando acometidos por tais enfermidades, entretanto, esse é apenas o começo da luta pela saúde no trabalho.

ocupacional, há algumas doenças respiratórias crônicas e inespecíficas que se colocam dentro das doenças relacionadas ao trabalho: bronquite crônica, enfisema pulmonar e asma brônquica. Estas evidências são fundamentalmente epidemiológicas, havendo bastante controvérsias sobre as mesmas. A bronquite industrial relacionada com a exposição aos vapores, gases, fumos e poeiras presente no ambiente de trabalho, também possui no processo de trabalho um importante fator contributivo para o desencadeamento da mesma.

Também são evidenciadas algumas doenças do aparelho locomotor que possuem relação com o trabalho, não apenas nas questões ergonômicas, mas com o processo de trabalho em si; aqui podem ser citadas as dores de coluna, as osteoartroses, as cervico-braquialgias, as tenossinovites, etc. *“A dor lombar ocorre com mais frequência em trabalhadores que exercem atividades pesadas³⁸, de ritmo intensivo, e em condições anti-ergonômicas...além de trabalhadores expostos a vibrações de corpo inteiro”* (MENDES, 1988: 319). A esse respeito TENÓRIO & BATISTA (1991) encontraram 23,3% das doenças ligadas ao sistema ósteo-muscular como a 1ª causa de morbidade entre trabalhadores de saúde do Hospital Pedro Ernesto (HUPE/UERJ), sendo esta a principal causa dos afastamentos ao trabalho (20,4%); neste estudo as doenças cardiovasculares foram a 2ª principal causa de morbidade com 11,6%. Este achado vai de encontro com estudos de incidência e prevalência para essas doenças, que repercutem nas causas de absenteísmo ao trabalho, como também nos custos da seguridade social devido às incapacidades temporária, permanente ou invalidez.

3.6.1.1. Pesquisas na área de saúde:

• Distúrbios Psico-emocionais e Sofrimento Psíquico:

Em relação às conseqüências do desgaste sobre morbidade dos trabalhadores de saúde, citamos a pesquisa conduzida por PITTA (1999), realizada em um hospital de grande porte na cidade de São Paulo. Esta autora observou que o sofrimento psíquico era um sentimento muito presente na vida destes trabalhadores. O desgaste do trabalho em saúde pode ser o mediador deste sofrimento.

³⁸ Alguns profissionais de saúde acabam por exercer atividades pesadas e responsáveis por grande parte das lombalgias encontradas nos diagnósticos e nas licenças médicas, como os enfermeiros, cirurgiões e anestesistas que muitas vezes têm que deslocar o paciente, às vezes inconsciente, de uma maca para outra.

Pitta utilizou o *Self-Report Questionary-20* (SRQ-20)³⁹, um instrumento desenvolvido por HARDING et al (1980 apud PITTA, 1999) para *screening* de distúrbios psiquiátricos menores em populações, tendo encontrado a presença de 20,8% de positivos ao teste (SRQ+)⁴⁰, ou seja, 20,8% dos trabalhadores de saúde apresentaram sintomas psico-emocionais tomados como expressão de sofrimento psíquico. Esse sofrimento psíquico é uma das conseqüências do desgaste profissional, conforme analisado no processo saúde-doença e trabalho.

Os resultados da pesquisa de Pitta foram: 52,2% dos entrevistados sentiam-se nervoso, tenso ou preocupado; 33,9% sentiam-se triste; 28,7% apresentavam freqüentes dores de cabeça; 26,3% dormiam mal; 26,2% assustavam-se facilmente; 25,6% sentiam sensações desagradáveis no estômago; 23,4% apresentavam dificuldades de realização satisfatória das atividades diárias; 23,3% tinham má digestão; 22,9% tinham dificuldade para tomar decisões e 18,3% tinham falta de apetite. Neste estudo, por meio do Teste Cage⁴¹, utilizado para avaliar o consumo de álcool, verificou-se que 4,5% dos trabalhadores achavam que deveriam diminuir a bebida, 2,9% sentiam-se chateados por beber, 1,4% aborreciam com o modo como as pessoas criticavam o seu modo de beber e 0,5% bebiam de manhã para ressaca (PITTA, 1999).

A autora ressalta que as informações sobre o uso de bebidas alcoólicas foram subestimadas em virtude do medo de represálias no ambiente profissional. A prevalência de alcoolismo na população em geral varia muito dependendo dos métodos de pesquisa utilizados e de questões culturais quanto ao uso do álcool pela sociedade. Estima-se de 2 a 58% a presença de alcoolismo em graus variados na população brasileira (PITTA, 1999).

³⁹ O SRQ-20 foi validado no Brasil em serviços de atenção primária por Busnelo et al (1983), em Porto Alegre, e por Mari (1986), em São Paulo. Mari utilizou o *Clinical Interview Schedule – CIS* (Goldberg et al., 1970), uma entrevista psiquiátrica semi-estruturada produzida para identificação de distúrbios não psicóticos na comunidade para proceder a validação do instrumento SRQ-20. Este é um instrumento de *screening* para detecção de distúrbios psico-emocionais menores em cuidados primários. Na validação realizada por Mari, o SRQ-20 apresentou 83% de sensibilidade, 80% de especificidade, valor preditivo positivo 81%, valor preditivo negativo de 82% e uma taxa de classificação incorreta de 19% para um escore (MARI, 1986 apud PITTA, 1999).

⁴⁰ O SRQ-20 é composto por 20 perguntas sobre sintomas psico-emocionais e é considerado positivo para a condição de sofrimento aquele que tiver a soma das respostas positivas a cada uma das 20 perguntas maior ou igual a 7 (score de 7 é o ponto de corte, conforme recomenda MARI (1986 apud PITTA, 1999).

⁴¹ O teste de CAGE, um instrumento utilizado para a detecção da Síndrome de Dependência ao Álcool; foi desenvolvido por Erwing & Rouse (1970). Foi validado no Brasil por MASUR & MONTEIRO (1983 apud PITTA, 1999). Compõe-se de 4 perguntas, tendo como ponto de corte o escore 2.

Neste estudo não houve a investigação dos sintomas psico-emocionais e uso de álcool discriminado por categoria profissional.

Quanto aos problemas de saúde referidos pelos trabalhadores daquele hospital, encontrou-se que 42,1% destes tinham algum problema de saúde, o que poderia estar traduzindo, indiretamente, evidências de sofrimento psíquico. Ao cruzar estes problemas com o *screening* psicopatológico encontrou-se: 57,7% de “suspeitos” por alguns grupos de doenças como poliqueixas, 53,1% de transtornos mentais, 50,0% de doenças mal definidas, 42,0% de doenças do aparelho digestivo, sendo que dentro destas a gastrite nervosa foi a queixa mais freqüente (PITTA, 1999). Ao se excluir os transtornos mentais, as patologias de provável etiologia psicossomática teve prevalência de 20,6% no total de problemas de saúde referidos; ao agrupar as doenças psicossomáticas, as poliqueixas, os transtornos mentais e as enfermidades mal definidas obteve-se 27,7% dos problemas de saúde.

Utilizando-se também do SRQ-20, Palácios⁴² ao realizar uma pesquisa sobre o trabalho hospitalar e a saúde mental dos trabalhadores de saúde em um hospital na cidade do Rio de Janeiro, encontrou uma freqüência de sofrimento psíquico (SRQ+) entre os trabalhadores de saúde de 28,9%. Segundo a categoria profissional encontrou-se as seguintes freqüências de sofrimento: auxiliar de enfermagem com 59,7%, técnico de RX com 58,3%, serviços gerais com 31,5%, enfermeiro com 31%, técnico de laboratório com 29,2%, dentista com 23,1%, médico com 19,3%, agente administrativo com 17,5%, e nutricionista com 16,7%.

⁴² As variáveis relativas aos aspectos da organização do trabalho utilizadas por Palácios foram levantadas pela utilização de um questionário auto-aplicável contendo questões sócio-demográficas, econômicas, relativas ao trabalho, como a função exercida, o local de atividade, qual o objeto de trabalho, tipo de atendimento, tempo de serviço, carga horária, acúmulo de vínculos empregatícios, ritmo de trabalho, conteúdo do trabalho, intensidade do trabalho e morbidade referida. Esta pesquisa apontou alguns fatores responsabilizados pelo sofrimento psíquico daqueles trabalhadores de saúde: a falta de controle sobre a atividade desempenhada, a falta de sentido das tarefas, o isolamento social e o distanciamento de si. As categorias eleitas para fazer a mediação entre o trabalho no hospital e o sofrimento psíquico foram as mesmas usadas por Blauner em uma indústria americana (BLAUNER, 1973 apud PALÁCIOS, 1993): a ausência de poder, a falta da significação do trabalho, o isolamento social e o “auto-estranhamento”. Categorias usadas como mediadores entre o trabalho e a alienação e de grande peso na compreensão do sofrimento psíquico (PALÁCIOS, 1993).

Quanto ao objeto de trabalho em saúde, o paciente, encontrou-se sofrimento psíquico maior entre a população que lidava com pacientes não graves (34,8%); aqueles que não lidavam com pacientes e aqueles que lidavam com pacientes graves tiveram 24,5% e 25,9% de frequência, respectivamente (PALÁCIOS, 1993).

Alguns resultados são bastante expressivos neste estudo ao se comparar categorias profissionais com área de trabalho: os médicos tiveram maior frequência SRQ+ na emergência (27,8%); as causas deste sofrimento serão discutidas ao se analisar o desgaste médico. A maior frequência de sofrimento nos auxiliares de enfermagem foi encontrada naqueles que trabalham nas enfermarias (79,2%). Nas enfermarias, a concepção do trabalho é de responsabilidade dos profissionais de nível superior (médicos para determinadas decisões e enfermeiros para outras); aos auxiliares de enfermagem cabe a execução das decisões, colocando-se na linha de frente do processo, em contato direto com os pacientes, administrando a terapêutica prescrita pelo médico e organizada pelo enfermeiro. Assim, o grau de influência dos auxiliares é reduzido e não possuem interferência nas decisões técnicas e administrativas; isto explica porque esta categoria apresentou maior sofrimento no trabalho desenvolvido nas enfermarias. Isto nos remete a algumas conclusões quanto ao processo de trabalho no hospital, pois de acordo com DEJOURS (1992) a insatisfação do trabalhador com o conteúdo das tarefas, e que são traduções que MARX (1985) faz da alienação, se manifesta por um sentimento de indignidade, de sentir-se como um apêndice da máquina devido à imposição das tarefas, da falta de significação do trabalho, da inutilidade dos gestos; de um sentimento de inutilidade pela falta de significação do seu trabalho para o conjunto dos trabalhos da empresa ou para sua família ou seu grupo social; pelo sentimento de desqualificação, que será maior, quanto mais simples a tarefa. Dejours afirma que a vivência depressiva condensa esses sentimentos; o sofrimento seria consequência dessa insatisfação e da ansiedade.

Na pesquisa de Palácios, algumas respostas positivas ao teste destacaram-se pela sua frequência elevada, como: 63,2% sentiam-se nervoso, tenso ou preocupado; 37,3% sentiam-se triste nos últimos tempos; 33,8% encontravam dificuldades para realizar com satisfação suas atividades diárias; 31,1% dormiam mal; 30,7% tinham dores de cabeça frequentes; 28,9% cansavam com facilidade; 28,3% assustavam-se com facilidade; 26,8%

tinham sensações desagradáveis no estômago; 25,7% tinham má digestão; 24,3% tinham dificuldades para tomar decisões; 19,7% tinham dificuldade no serviço e consideravam o trabalho penoso, causando-lhes sofrimento; 19,1% sentiam-se cansado todo o tempo; 18,9% perderam o interesse pelas coisas; 14,7% tinham dificuldade de pensar com clareza; 12,7% tinham tremores na mão e 11,4% choravam mais do que de costume (PALÁCIOS, 1993).

Com relação ao dados de morbidade auto-referida desta pesquisa, investigada através das questões: “Tem algum problema de saúde?”, “Você já fez algum tratamento psicológico?”, “Você faz uso de tranquilizantes?”, encontrou-se o SRQ com maior força de associação com relação à variável ter problema de saúde (48,3% de SRQ+ às respostas afirmativas contra 12,2% de SRQ+ às respostas negativas) (PALÁCIOS, 1993). O sofrimento desse grupo de profissionais pode estar sendo expresso nos variados problemas de saúde em decorrência da proximidade`` com esse registro do sofrimento – a doença.

Palácios, analisando os problemas de saúde em médicos, encontrou que 37,3% destes afirmaram ter alguma enfermidade. Encontrou-se uma associação mais forte entre as variáveis problema de saúde atual e sofrimento psíquico naqueles médicos que atuam fora da emergência. Com relação a fazer tratamento psicológico, 25% dos médicos informaram que fazem ou fizeram; entretanto, não se pode afirmar categoricamente que estes tenham ou tiveram uma doença mental. Entre os médicos da emergência que passaram por tratamento psicológico, 60% apresentaram sofrimento; entre aqueles que trabalham em outro setor e que passaram por tratamento psicológico observou-se 38,7% de sofrimento.

3.6.2. O Desgaste e as repercussões sobre a Mortalidade dos Trabalhadores:

Outro indicador para se avaliar o desgaste do trabalhador é através dos estudos de mortalidade. Alterações nas condições de vida e de trabalho, evidenciadas pelas principais causas de mortes, confirmam a relação entre o processo de trabalho, o consumo da força de trabalho e o desgaste do trabalhador (LAURELL, 1981; MENDES, 1988).

Eyer (1977 apud LAURELL, 1981) estudou a mortalidade por estresse relacionada à organização social, tendo encontrado associação entre as doenças do coração e o estresse produzido no processo de trabalho de alta produtividade e intensidade.

MENDES (1988) analisou o impacto dos efeitos da ocupação sobre a mortalidade de trabalhadores, através do levantamento das mortes diretamente relacionadas com o trabalho (acidentes de trabalho fatais e intoxicações fatais) e das indiretamente relacionadas. A contribuição indireta da ocupação sobre a mortalidade traduz-se pela estimativa da “força” de influência que esta exerce sobre as causas “comuns” de mortalidade; isto tem sido evidenciado a partir de estudos epidemiológicos⁴³, realizados em cima das principais causas de morte entre adultos (doenças cardiovasculares, câncer e mortes violentas), ou seja, trabalha-se com a idéia de “riscos competitivos”: o que ocorreria se não existisse a “força” do trabalho agindo sobre a causa da morte?

Com relação aos óbitos devido às causas cardiovasculares, muitos estudos, já citados, falam da importância do estresse no aparecimento ou agravamento de uma hipertensão arterial prévia, podendo levar a uma crise hipertensiva com conseqüente óbito por infarto cardíaco ou pelo derrame cerebral. Num levantamento sobre mortalidade em trabalhadores de saúde do HUPE/UERJ, realizada no período de 1986 a 1990, encontrou-se as doenças cardiovasculares como 1ª causa de óbito com 32,7% do total de óbitos levantados (estes representavam 27,2% dos óbitos no Brasil em 1985); o infarto cardíaco foi responsável por 50% das mortes por causas cardiovasculares. Dentre as patologias associadas ao total de óbitos encontrou-se que 34,7% eram hipertensos, 10,2% fizeram tratamento psiquiátrico e 8% eram alcoólatras. Neste estudo apontou-se, como fatores contributivos para o desencadeamento ou agravamento das doenças cardiovasculares, os riscos inerentes ao próprio trabalho, à organização do trabalho, o lidar com a vida e a morte e as condições de trabalho; estes fatores seriam responsáveis pelo estresse, a angústia e o sofrimento destes trabalhadores (TENÓRIO & BATISTA, 1991).

Algumas substâncias químicas da indústria, como o monóxido de carbono, os nitratos orgânicos, sulfeto de carbono, também podem contribuir com estes óbitos produzindo ou agravando doenças pré-existentes, como a aterosclerose e a insuficiência coronariana.

⁴³ Dentre os vários estudos nesta linha de investigação podem ser citados: desde a observação clínica, estudos caso-controle entre os expostos e não expostos a certo fator de risco, estudos de coorte em trabalhadores expostos a determinado agente, bem como a utilização da Razão de Mortalidade Padronizada (RMP ou SMR), procedimento este que facilita a visualização do ‘excesso de risco’.

Com relação aos óbitos por câncer, reconhece-se a existência de várias substâncias cancerígenas utilizadas no processo de produção, como a exposição às anilinas e o câncer de bexiga, ao asbesto e o câncer de pulmão, pleura, peritônio, laringe e trato gastrointestinal, ao arsênico e o câncer de pele e pulmão, etc. (MENDES, 1988).

As estatísticas oficiais, tanto sobre mortalidade, como sobre morbidade, ainda são muito precárias, havendo grande subnotificação; a Organização Pan-Americana de Saúde estima que ocorrem cerca de 50 mil mortes por ano diretamente relacionadas ao trabalho, por exemplo: mortes devido a quedas de andaimes na construção civil, intoxicações fatais por agrotóxicos em trabalhadores rurais, os acidentes de trajeto que ocorrem durante a ida para o trabalho (ou a volta para casa) em acidentes de trânsito fatais, etc.

Mendes cita algumas estimativas da associação entre câncer e trabalho, como a de Higginson e Muir (1977,1979), e de Wynder e Gori (1977), que sugerem que cerca de 5% de todos os cânceres sejam decorrentes da exposição ocupacional; Cole (1977) estima cerca de 10%; Doll e Peto (1981) estimam 4%; Bridbord e col. (1978) estimam de 23 a 38%. Observa-se que há diferenças acentuadas nestas estatísticas, seja devido às subnotificações, à precariedade dos bancos de informações, aos métodos utilizados na análise, dentre outros fatores; é, portanto, um terreno ainda pouco investigado, refletindo o descaso com a saúde dos trabalhadores (MENDES, 1988).

3.6.3. O Desgaste do Trabalho Médico:

O trabalho médico, como todo processo de produção, pressupõe também um processo de consumo; esta atividade é, simultânea, a unidade de produção e de consumo. No cuidado médico concebe-se três tipos de valores: *“o seu próprio valor como unidade de troca, os valores vitais que toma como objeto e os valores (de uso e de troca) socialmente atribuídos a esses valores vitais⁴⁴”*(AROUCA, 1978 apud NUNES, 1988: 160).

⁴⁴ É importante assinalar, conforme afirma BOLTANSKI (1960 apud NUNES, 1988), que as relações entre médico-paciente não são simples relações entre homens, mas relações de classes, sendo que modifica-se a atitude do médico em função da classe social do paciente. AROUCA (1978 apud NUNES, 1988: 161) também afirma: *“No modo de produção capitalista o mesmo cuidado não possui o mesmo significado diante das diferentes classes sociais. Assim, para o proletariado que vende sua força de trabalho, a manutenção e recuperação de determinados valores vitais significa a manutenção do valor de troca de sua força de trabalho. Dessa maneira, se inicialmente a saúde significa um valor de uso para seu detentor, este imediatamente o transforma em valor de troca para sua própria sobrevivência e em valor de uso para seu comprador, dentro do processo produtivo”*.

Nesta atividade o que se consome não é o resultado ou o produto do trabalho, mas o próprio trabalho; o que se consome é o cuidado médico.

A intervenção médica sobre um paciente e seu resultado, a saúde, será consumida na própria vida e no modo de viver; será consumida no uso da força de trabalho empregada pelo homem (paciente) no processo produtivo dentro da sociedade capitalista. Similarmente, o homem (médico) também ao usar sua força de trabalho, física e mental, também é consumido em seu processo produtivo. Assim, na atividade médica o trabalho de seus agentes, expresso no cuidado médico, é consumido. Esta contradição permeia a atividade médica: aquele que “produz” saúde, ao fazê-lo consome-se em seu processo de produção; este consumo de sua força de trabalho poderá traduzir-se sob a forma de desgaste ou outras manifestações, como as doenças psicossomáticas, os transtornos mentais, o estresse e o sofrimentos psíquico.

O trabalho médico, por sua própria natureza e a de seu objeto de trabalho: o contato com a dor, o sofrimento e a morte do paciente, é uma atividade em si mesma desgastante (PITTA, 1999), não apenas em condições de venda da força produtiva dos médicos para terceiros (credenciados ou assalariados em serviços públicos ou privados, conveniados na medicina de grupo, seguro saúde ou como cooperados), onde se extrai “mais-valia” deste trabalhador da saúde, mas também na produção exercida de forma liberal e autônoma, em consultórios particulares.

O relatório final da pesquisa “*Perfil dos Médicos no Brasil*” (MACHADO et al, 1996) realizado pela FIOCRUZ, mostra-nos uma realidade preocupante: 80.4% dos médicos sentem-se desgastados em suas atividades, acumulam vários empregos, possuem uma carga horária extensa, chegando a cumprirem de 12 a 14 horas diárias, vivem um processo de assalariamento e perda da autonomia no trabalho, e mais da metade dos médicos vêem o futuro da profissão com pessimismo e incerteza.

Enquanto a população brasileira aumenta 1.8% ao ano, o índice de crescimento no número destes profissionais no mercado de trabalho é da ordem de 3.8% ao ano (MACHADO et al, 1997). Esta grande quantidade de médicos que são “jogados” anualmente no mercado de trabalho enfrentam um processo de muita competitividade, fruto da falta de uma política nacional voltada para os reais interesses dos cidadãos. O mercado

de trabalho médico encontra-se “congestionado” nas grandes cidades e capitais, havendo uma distribuição heterogênea dos médicos no território nacional⁴⁵; isto faz com que haja uma necessidade constante de atualização e acompanhamento das inovações tecnológicas. As condições de trabalho têm sido deterioradas; há uma grande insatisfação com a remuneração recebida através do trabalho médico; o *status quo* e o prestígio profissional têm sido abalados... Estes profissionais sentem-se cansados, desmotivados e apáticos diante da vida; a atividade médica tem deixado de ser uma fonte de desejo e prazer, para tornar-se numa fonte de desgaste através de um trabalho que muitas vezes segue o modelo taylorista⁴⁶ (burocratizado, rotinizado, fragmentado, racionalizado, alienado e alienante).

A característica de “sacerdócio” da medicina artesanal vai, aos poucos, se transformando numa espécie de “promiscuidade” profissional: o objetivo do trabalho, que é a produção de saúde, passa a ser a produção (quantitativa) de consultas, de atos terapêuticos, de procedimentos, de exames, etc. O médico vê no consumo sua nova fonte de desejo e de realização profissional. Esta tem sido a lógica do capital: trabalhar para

⁴⁵ A pesquisa mostra que a região Sudeste responde por 59,5% do total de médicos do país, seguida pelas regiões Nordeste (16,8%), Sul (14,3%), Centro-Oeste (6,3%) e Norte (3,2%). Isto tem produzido um desequilíbrio entre as necessidades da população por assistência médica e os interesses individuais dos médicos, visto que a economia concentra-se nos grandes centros urbanos, onde se tem maiores possibilidades de emprego, pois grande parte dos serviços de saúde repousa no assalariamento, nos convênios e planos de saúde, e onde se localiza a população que detém o poder de compra para pagar o trabalho do médico ou dos serviços de saúde. Com isto verifica-se que a relação médicos/1000 habitantes é bastante heterogênea no Brasil, produzindo uma iniquidade social (no Brasil a média tem sido de 1,19/1000 hab.), sendo que nas regiões Sul (1,23 médico/1000 hab.) e Sudeste (1,64 médico/1000 hab.) os números atingem níveis de países desenvolvidos, sendo que no Rio de Janeiro e em São Paulo os índices são de 2,05 e 1,75 médicos/1000 habitantes, respectivamente, enquanto em outras regiões as estimativas retratam níveis de países subdesenvolvidos (Norte: 0,52/1000 hab., Nordeste: 0,66/1000 hab.) à exceção da região Centro-Oeste, que possui uma relação de 1,23/1000 hab. (MACHADO et al, 1997).

⁴⁶ O sistema de Taylor, denominado de Organização Científica do Trabalho (O.C.T.) e introduzido em indústrias nos países da Europa após a 2ª guerra mundial, propunha um processo de organização do trabalho em que o aumento da produtividade se dava pela intensificação do trabalho nas linhas de montagem através do controle do tempo, do ritmo, da cadência e dos gestos e movimentos dos trabalhadores. Havia uma profunda separação entre a concepção e a execução do trabalho, produzindo uma anulação de um comportamento livre e o aparecimento de um sofrimento decorrente da substituição da vontade própria do Sujeito pela do Objeto (surtem os ‘operários-massa’). Assim, a O.C.T. traduz-se por uma tripla divisão: divisão do modo operatório, divisão do organismo entre órgãos de execução e de concepção intelectual, divisão dos homens, que se compartimentam em uma hierarquia rígida e inchada de chefes, sub-chefes, reguladores, cronometristas, etc. Este sistema de trabalho é encontrado hoje em escritórios, empresas de informática, de seguro, de comunicação, em bancos, nos serviços de saúde, etc. Fazendo uma analogia crítica ao sistema tayloriano, que CAMPOS (1997; 1998) utiliza-se da expressão “*anti-taylor*” ao propor um novo modelo de gerenciamento de instituições de saúde, onde se busca resgatar a autonomia, a criatividade, a liberdade e o compromisso do trabalhador, atuando este como sujeito do processo e não como um objeto.

consumir, não importa se você morra de trabalhar ou não, desde que consuma!⁴⁷ Desta forma, este trabalhador da saúde se consome em seu dia-a-dia, sem descanso, sem férias, alimentando-se e dormindo mal, trabalhando muito, ganhando pouco, não se cuidando, mas, em compensação, possuindo o carro do ano, usando roupas elegantes e sonhando em ter um lindo consultório com uma linda fachada... Estas contradições têm marcado a vida deste trabalhador e têm sido um dos preços a serem pagos decorrentes da ideologia que cerca os médicos: o seu poder de controle sobre a vida e a aspiração de uma prática tipo ideal-liberal, tanto técnica como econômica, identificando-se com os projetos da elite.

3.6.3.1. Morbi-mortalidade dos Médicos: o Desgaste como mediador do Processo de Trabalho e o Processo Saúde-Doença?

Alguns estudos sobre a morbi-mortalidade entre trabalhadores de saúde indicam que a profissão médica aparece, dentre as profissões de nível superior, encabeçando a lista de algumas patologias, como o alcoolismo, estresse e depressão, sendo grande o número de médicos que fazem uso de psicotrópicos ou outras drogas.

TENÓRIO (1992), pesquisando o estado de saúde numa amostra de 200 médicos plantonistas, encontrou que 52% destes apresentavam distúrbios cardiovasculares, 60% queixavam-se de insônia, irritabilidade e depressão (43% usavam tranquilizantes), 38% referiam impotência sexual após a jornada de trabalho prolongada e 43% atribuíam ao estresse do trabalho os conflitos familiares. As doenças cardiovasculares, hoje reconhecidas como também relacionadas ao trabalho, foram, responsáveis pelo maior número de afastamentos e causa de dias perdidos.

• Doenças Psiquiátricas em Médicos:

Numa pesquisa realizada por Meleiro observou-se que prevalência de doença afetiva em médicos era superior à da população geral, que se situava em torno de 15%. Esta pesquisadora fez um levantamento sobre as doenças psiquiátricas em médicos, o qual

⁴⁷ Interessante observar que, em 1880, Lafargue (1999) já apontava para este que é um dos grandes fetiches de nossa sociedade nos dias atuais: o consumo como satisfação de necessidades e ocultação de conflitos.

fazemos referência de alguns destes estudos, como o de Ironide (1966), que considerou que 13% dos estudantes de medicina de 5º ano de Nova Zelândia precisavam de cuidados psiquiátricos; Hunter (1968) relatou que 18% dos alunos de medicina procuravam ajuda nos serviços de psiquiatria; Davis (1968) concluiu que 11% dos homens e 24% das mulheres no 1º ano do curso de medicina apresentavam sintomas neuróticos; Valko e Clayton (1975) encontraram que 30% dos médicos entrevistados no 1º ano de formado tinham depressão clínica; Reubem (1985) encontrou a depressão em 29% dos médicos no 1º ano de formado, 22% no 2º ano e 10% no 3º ano de formado; Rucinsck e Cybulska (1985) encontrou as seguintes doenças psiquiátricas mais frequentes em médicos: “alcoolismo e drogadição, com 51 a 57% das admissões em hospital psiquiátrico e desordem afetiva com variações de 21 a 64%, dependendo do estudo” (MELEIRO, 1999).

• ***Burnout* em Médicos:**

O *burnout*, uma forma de reação ao estresse crônico proveniente da organização do trabalho e das condições de trabalho, também tem produzido um impacto na saúde do profissional médico e, conseqüentemente, no atendimento e tratamento do paciente, na medida em que a relação médico-paciente fica comprometida. Os médicos afetados por este problema fazem consultas rápidas e evitam até mesmo o contato visual com os pacientes. Há uma despersonalização do paciente e não se estabelece vínculo entre médico e paciente. Isto tem acarretado sentimentos de raiva, impotência, depressão, sofrimento e o surgimento do alcoolismo, de sintomas psicossomáticos, distúrbios mentais e o estresse, além de alterações no perfil de morbidade e de mortalidade destes trabalhadores, como a detecção das doenças relacionadas ao trabalho. Também tem trazido conseqüências diretas na relação médico-paciente, que se encontra degradada, focalizada em sintomas e com pouca resolutividade.

• Alterações psicofisiológicas e Iatrogenia:

RIBEIRO (1989)⁴⁸, numa pesquisa conduzida numa amostra de 38 médicos intensivistas, onde se investigou as causas e conseqüências da fadiga, encontrou que 72,7% dos médicos referiam alterações psicofisiológicas e 92,1% tiveram ações iatrogênicas durante suas atividades, sendo 54,1% devido a erros na atenção ou concentração, 30,2% por falta de conhecimento e 15,6% por erro na avaliação do paciente. Esse achado revela-nos que as conseqüências do desgaste médico não acometem somente os médicos, mas também refletem nos cuidados aos pacientes, podendo ter resultados desastrosos e fatais. Nesta pesquisa 36,8% dos médicos encontravam-se insatisfeitos com o trabalho e 89,4% possuíam de dois a três empregos.

• Suicídio entre Médicos:

O tema do suicídio entre médicos também tem sido muito verificado na literatura, bem como observado em nosso cotidiano profissional. Conforme comunicação verbal de meu companheiro, também médico, em um mesmo ano ele havia ajudado um colega de residência médica na Escola Paulista de Medicina, que tinha tentado o suicídio por ingestão medicamentosa e outro colega havia suicidado pulando de um dos andares do hospital, após ter evoluído todos os pacientes da enfermaria de sua responsabilidade no dia.

Meleiro faz referência em seu livro “*O médico como paciente*” de um *workshop* em que participou no ano de 1989 no Royal College of Physicians, nos EUA, onde evidenciou pelos trabalhos apresentados que “*para muitas doenças físicas a taxa de mortalidade entre a população médica de 1981 foi menor que a da população geral, mas para outras doenças as taxas foram mais significativas que a da população geral. A taxa de suicídio foi a que mais alarmou, chegando a ser seis vezes superior à da classe social semelhante*” (MELEIRO, 1999: 150).

⁴⁸ VINCENT (1983 apud RIBEIRO, 1989) fala-nos das conseqüências do estresse sobre a vida dos médicos, cujas repercussões podem ser observadas no padrão de excesso de trabalho, fadiga, exaustão e depressão, no alcoolismo, na dependência de drogas, no suicídio e na falência em desenvolver uma intimidade marital.

Em um estudo realizado na Inglaterra sobre taxas de mortalidade ajustadas por idade, ROMAN et al. (1981 apud REGO, 1987) encontrou taxas elevadas de morte por suicídio principalmente em profissões médicas e “para-médicas” (aspas nossa).

Nos Estados Unidos a incidência de suicídios entre médicos atinge o 1º lugar entre profissionais de nível superior (TENÓRIO & JORDANO, 1991). No ano de 1992, Tenório, analisando dados do Instituto Médico Legal/RJ, encontrou que o suicídio, entre os profissionais de nível superior, era mais freqüente em médicos (TENÓRIO, 1994).

Em toda parte do mundo a taxa de suicídio nos médicos é superior à da população geral; RIBEIRO (1989) refere que esta taxa é duas a três vezes maior que na população geral. Há uma ênfase quanto à profissão⁴⁹ e à especialidade, pois os médicos têm acesso fácil aos meios letais, além de conhecê-los bem; o conhecimento farmacológico permite que qualquer tentativa de suicídio por meio de ingestão de medicamentos seja bem sucedida (MELEIRO, 1999).

No Congresso Paulista de Saúde Pública, realizado em 1999, um dos painéis apresentados chamou-me a atenção : “*Comportamento suicida em estudantes de medicina*”. Esta pesquisa, desenvolvida com estudantes de medicina em Belo Horizonte, trouxe os seguintes resultados: a prevalência de ideação foi de 71%, a de pensamento suicida foi de 21%, a de planejamento suicida foi de 5% e a tentativa de suicídio foi de 1.5%.

Sabe-se que o suicídio, um ato de desespero e sem volta, é apenas uma das conseqüências de estados depressivos e de inadaptação, quanto aos mecanismos de defesa, frente às situações estressantes, angustiantes e adversas da vida, e dentro desta o trabalho ocupa uma parte muito importante e fundamental, seja para a sobrevivência, seja para a realização pessoal. Ao fazer referência ao suicídio, não pretendo investigar a mortalidade entre os médicos, mas faço-o somente como a ponta de um “*iceberg*” que oculta muitas outras questões que envolvem o processo de saúde-doença, sendo o suicídio uma das conseqüências deste processo, uma resposta individual, solitária e triste. O que estaria levando essa categoria a índices de suicídio maiores que os da população geral?

⁴⁹ ROSE & ROSOW (1973 apud MELEIRO,1999), após um levantamento de atestado de óbito na Califórnia, entre 1959 e 1961, encontraram alto índice de suicídio em farmacêutico, dentista e médico.

• **As drogas e os Médicos:**

O uso de drogas entre os médicos, tanto as lícitas, como as ilícitas, tem chamado a atenção nos últimos tempos. Dentre as drogas lícitas e/ou medicamentos utilizados por esta categoria, impressiona-nos o uso elevado de tranqüilizantes e antidistônicos. Em 1984, numa pesquisa realizada em um posto de assistência médica do INAMPS/RJ, encontrou-se que 52% dos médicos faziam uso sistemático de tranqüilizantes e antidistônicos (TENÓRIO & JORDANO, 1991). Esse achado nos leva a reflexões: o uso das drogas estariam sendo uma válvula de escape? Seriam o estresse, o ritmo de vida e de trabalho responsáveis por isto? Ou seria o convívio com o sofrimento e a morte dos pacientes?

Meleiro afirma que em relação à *“dependência de álcool e drogas não há números disponíveis, mas estudos nos Estados Unidos apontaram que um em dez médicos tem problemas com álcool, e que um em cem médicos, com narcóticos”*. Exemplifica que *“o problema da dependência do álcool é refletido indiretamente no número crescente de incidência de cirrose hepática na profissão médica”*⁵⁰ (MELEIRO, 1999: 150-151).

Ribeiro, estudando as conseqüências da fadiga médica, assim se coloca: *“a velocidade de dependência a drogas, os divórcios e as doenças mentais ultrapassa às da população geral (...) A dependência de drogas pode ser 30 a 100 vezes maior entre os médicos que na população; um estudo controlado mostrou que o uso de drogas pesadas, incluindo álcool era 1,6 vezes maior entre médicos que um grupo controle de não médicos”* (VINCENT, 1983 apud RIBEIRO 1989: 45-46). Entretanto, ainda existe uma carência de estudos nesta área de investigação, o que nos limita nesta afirmação.

Numa pesquisa realizada pelo Departamento de Segurança e Saúde no Trabalho-DESSAÚDE/UERJ em 600 médicos, onde se buscou levantar o uso de drogas (lícitas e ilícitas) no período de 1992 a 1994, encontrou-se que 22% dos médicos foram tabagistas por mais de 10 anos (18% destes continuavam como tabagistas); 43% faziam uso de tranqüilizantes e antidistônicos (12% regularmente e 31% eventualmente); 18%

⁵⁰ Deve ser lembrado que há um fator contributivo de grande importância na elevada incidência de cirrose hepática entre os médicos, que é a contaminação pelo vírus da hepatite em acidentes do trabalho, por exemplo com pérfuro-cortantes, durante procedimentos médicos em pacientes que estejam contaminados. Sabe-se que uma das conseqüências da hepatite é a cirrose hepática; este é um caso de doença ocupacional.

utilizavam antidepressivos; 5% utilizavam, eventualmente, medicamentos pré-anestésicos; 6% tinham usado a morfina como analgésico ou como sonífero. Quanto às drogas ilícitas, 12% já tinham usado maconha e 1,5% usavam-na freqüentemente; 3% tinham usado cocaína e 0,5% eram dependentes (TENÓRIO, 1994). Este autor encontrou que, dentre os profissionais de nível superior, o médico ocupava o 2º lugar em alcoolismo, segundo dados dos Alcoólatras Anônimos de Vila Izabel e NEPAD/UERJ.

Quanto ao consumo de álcool, cigarro e maconha em pesquisa realizada com alunos do 1º ao 4º ano do curso de medicina da Universidade São Paulo/ USP, encontrou-se os seguintes resultados quanto à prevalência: 50,2% de utilização de álcool, 35% de consumo do cigarro e 12,6% de uso de maconha (SILVA, 1985 apud MELEIRO, 1999). Nesse mesmo estudo, encontrou-se elevado consumo de analgésicos não opiáceos, de tranqüilizantes e inibidores do apetite.

Em pesquisa com estudantes de medicina do estado de São Paulo, as prevalências encontradas foram de 88,8% de consumo de álcool, 39,4% de tabagismo, 31,1% de uso de solventes, 24,7% de consumo de maconha, 10,8% de uso de tranqüilizantes e 4,6% de uso de cocaína (ANDRADE, 1997 apud MELEIRO, 1999).

MELEIRO (1999), ao comparar profissionais de nível superior internados em um hospital em São Paulo, encontrou que o uso de nicotina como dependência era de 45,3% em médicos, 44,4% em advogados, 32,8% em engenheiros; quanto ao uso de bebidas alcoólicas, encontrou que o uso habitual era referido por 15,3% dos advogados, 13,2% dos médicos e 12,1% dos engenheiros, sendo que nenhum dos profissionais considerou-se dependente do álcool.

Apesar de se notar um aumento numérico de pesquisas nesta área, observa-se que a maioria refere-se aos estudantes de medicina, havendo ainda um vazio quando se trata da população médica específica. Ainda permanece desconhecida a prevalência do problema por causa do álcool e de outras drogas entre os médicos. Aqui novamente trago outra indagação: por que esta população, que lida com a saúde, apresenta elevadas taxas de prevalência de alcoolismo e consumo de outras drogas? Não seria uma contradição? Seria essa uma das válvulas de escape perante situações conflituosas da vida e do trabalho? Seria a própria negação do risco?

***4. OS MÉDICOS NA CONJUNTURA
ATUAL - UM RETRATO DA
REALIDADE NO BRASIL***

4.1. TIPOLOGIAS DO MERCADO DE TRABALHO MÉDICO:

Será que o de desgaste que acomete o médico durante seu processo de trabalho diferencia-se de acordo com sua inserção no mercado de trabalho? Oito horas diárias trabalhadas em consultório particular, atendendo convênios e raras consultas particulares, ou oito horas diárias trabalhadas como assalariado em ambulatório público, ou oito horas divididas entre consultório e um emprego (público ou privado)... qual dessas inserções são mais desgastantes e estressantes segundo a percepção dos médicos?

A importância das tipologias do mercado de trabalho ocorre pela necessidade de se entender as formas de inserção dos médicos neste mercado de trabalho (DONNANGELO, 1972). Utilizaremos aqui os critérios utilizados por Amélia Cohn e Cecília Donnangelo⁵¹, quanto ao enquadramento dos médicos nas múltiplas formas de inserção possível no mercado de trabalho, quais são: a posse dos meios materiais de produção, o controle sobre a clientela e a liberdade de fixação do preço do trabalho. A distinção entre os médicos proprietários dos demais é definida, portanto, de acordo com a renda proveniente do trabalho e a renda correspondente ao lucro.

A partir desses critérios resultou-se as seguintes categorias (COHN & DONNANGELO, 1982 apud CAMPOS, 1988: 28-29):

- trabalho liberal: entendido como aquele que possui uma “ ‘*clientela própria, canalizada através de processos informais, com a qual estabelece as condições de remuneração...e a posse, pelo médico, dos instrumentos de trabalho, aí incluídos o aluguel de equipamentos*’ ”. No trabalho liberal os médicos detêm os meios de produção e fixam seus próprios honorários (remuneração pelos serviços prestados);

⁵¹ Estas autoras definiram esses critérios a partir de uma pesquisa realizada em São Paulo: “*Condições do Exercício Profissional da Medicina na Área Metropolitana de São Paulo*”, em 1982 (mimeo). A partir desses critérios estabeleceu-se quatro categorias em relação ao trabalho médico: trabalho liberal, assalariamento, proprietários e o trabalho autônomo (COHN & DONNANGELO, 1982 apud CAMPOS, 1988).

- trabalho assalariado: “ ‘engloba os médicos que vendem sua força de trabalho, por tempo determinado, em troca de salário’ ”;
- proprietários ou empresários: estes “ ‘detêm o controle de condições materiais de trabalho ampliadas em relação aos instrumentos que podem ser operados por um único ou por poucos profissionais’ ”;
- trabalho autônomo: considerada como uma forma intermediária ou transacional “ ‘entre o trabalho liberal e o assalariado, na medida em que’ ” envolve “*um controle parcial dos meios de trabalho ou da clientela...*’ ”. No trabalho autônomo os médicos detêm os meios de produção e aceitam receber uma remuneração pré-fixada pelo convênio para cada procedimento executado.

Conforme Cohn e Donnangelo (1982 apud CAMPOS, 1988), o trabalho autônomo é exercido pelos médicos cujas formas de relacionamento com os usuários e com as instituições médicas não são idênticas, ora aproximando-se do trabalho liberal, ora do trabalho assalariado, tendo sido considerado como uma categoria residual em relação às outras categorias. Campos (1988)⁵² discorda desta colocação de categoria residual do trabalho autônomo, não se encontrando em extinção, mas sendo uma alternativa viável e possível que se constituiu a partir de circunstâncias históricas e que se coloca como uma forma complementar ao assalariamento e não como uma forma polar ou de transição ao assalariamento. No trabalho autônomo os médicos possuem o controle parcial dos meios de trabalho, da clientela e da remuneração, sendo uma forma possível de organização da pequena produção de serviços de saúde. Campos concebe que residual seria o exercício liberal puro da medicina; o trabalho autônomo seria uma adaptação do tradicional liberalismo médico ao capitalismo moderno, de acordo com as necessidades de mercado e da sobrevivência da pequena produção de serviços, constituindo-se numa forma de trabalho em expansão e não em extinção e, segundo as palavras de Campos “*o que é residual ou transitório não tende a permanecer estável em dez anos em que os serviços de saúde*

⁵² Campos (“*Os Médicos e a Política de Saúde*”, 1988) verificou que estas diferentes relações de trabalho do médico, enquanto produtor de serviços de saúde, podem constituir-se em mais de uma corrente política, com representatividade e organicidade, que exercem o papel de direção da categoria e adotam projetos políticos e práticas diferentes de acordo com o grupo que representam.

tiveram grande expansão” (CAMPOS, 1988: 34). Os autônomos descritos por Campos seriam os médicos credenciados ao Inamps (hoje, ao SUS), os médicos filiados às UNIMEDs, os que trabalham conveniados com a indústria, o comércio ou com as seguradoras privadas e medicina de grupo. Estes seriam os que trabalham em seus consultórios subordinados a terceiros e que recebem pelo sistema de pré-pagamento.

Campos também discorda da posição tomada por Ricardo Bruno⁵³ (1979) de que o trabalho autônomo seria uma forma de assalariamento disfarçado, uma forma de transição, pois, apesar de existir uma exploração na forma como se dá a compra de serviços a um produtor autônomo, este não é assalariado. O médico neste tipo de inserção no mercado de trabalho não possui um horário a cumprir, possui um consultório próprio ou alugado e possui o controle parcial dos meios de trabalho e da clientela ou é o proprietário destes meios de trabalho; o autônomo não recebe um salário fixo, mas recebe por produção, o que se difere do assalariamento.

Tomaremos aqui a posição de Campos, de que o trabalho autônomo não é uma categoria residual, nem disfuncional, nem assalariamento disfarçado, e de que este não se opõe à racionalização e modernização da assistência médica encontrada no capitalismo; muito pelo contrário, o alimenta, uma vez que os convênios médicos, como as UNIMEDs, medicina de grupo, seguros saúde, autogestões de empresas, representam 40 milhões de usuários do setor privado do sistema de saúde. Esta prática não se contrapõe à capitalização da produção destes serviços, o que é de interesse do capital, não necessitando da intervenção do Estado, entre o produtor e o paciente, para sua expansão. Entretanto, discordando de Campos, o trabalho liberal não seria residual se considerado sob o ponto de vista ideológico da categoria, pois, apesar de se constituir numa atividade em declínio atualmente dentro da inserção no mercado de trabalho (aí sim, teria um caráter residual), este tipo de trabalho ainda permeia os pensamentos e desejos dos estudantes, recém-formados ou dos médicos em atividade já a algum tempo, que, como diria um professor meu, *“sonham em ter um consultório na Avenida Brasil”*; a concepção da prática

⁵³ Ver em *“Medicina e História – Raízes Sociais do Trabalho Médico”* (GONÇALVES, 1979 apud CAMPOS, 1988: 31): *“Se não se pode falar em extinção dos agentes liberais, é porque na constituição do assalariamento são eles que, partindo de sua precedência histórica, vão se colocar nas posições hierarquicamente superiores. Isto se traduz pelo fato de a forma autônoma de trabalho médico, através de vários subterfúgios de caráter jurídico, parece persistir na grande maioria das formações sociais capitalistas – na verdade se trata de assalariamento disfarçado, formas de transição...”*

liberal não é residual nos desejos da categoria. Ainda se faz bem presente o fundamento da medicina como prática liberal em que a autonomia técnica e econômica são definidoras da relação produtor-consumidor, sendo esta uma aspiração da grande maioria dos médicos. Esta ideologia ainda permeia de forma preponderante no aparelho formador (nas escolas médicas).

Na pesquisa da Fiocruz coordenada por MACHADO (1996; 1997) não se fez distinção entre os médicos liberais e os autônomos, pois considerou-se que estes exercem sua profissão como “liberais”, embora sejam cerceados em sua prática. Entre os “liberais” que atuam nos consultórios, de acordo com sua análise, há aqueles que trabalham sem a vinculação ao sistema de pré-pagamento e aqueles que fizeram esta escolha, daí porquê em seu estudo ao pesquisar a inserção do médico no mercado de trabalho não ter sido utilizado a expressão autônomo.

Salienta-se que quase sempre os médicos combinam vários tipos de inserção, como atividades em consultórios e empregos públicos e/ou privados, conforme verificado na pesquisa de Machado: 6,8% dos médicos são assalariados nos setores público e privado; 3,6% são assalariados só no setor privado; 12,3% são assalariados só no público; 8,5% trabalham exclusivamente como liberal; 33,1% assumem formas múltiplas, combinando o assalariamento nos setores público e privado mais o consultório; 17,3% assumem o liberal mais o público; 15,7% assumem o liberal mais o privado (MACHADO et al, 1997).

Defende-se que o trabalho autônomo tem sido um espaço recriado para o exercício da medicina através da compra de serviços a terceiros. Esta forma de inserção reproduz o capital investido na área, na medida em que o trabalho autônomo não implica em encargos trabalhistas; o pagamento do profissional deve-se à produção médica e não ocorre a possibilidade de tempo ocioso do empregado. A prática autônoma, ao lado do trabalho assalariado, se constituem nas modalidades dominantes de inserção do médico no mercado de trabalho, o que pode ser confirmado através da pesquisa citada (MACHADO et al, 1996; 1997): 69,7% dos médicos têm atividade no setor público, como assalariados, enquanto que 74,7% atuam em consultórios, mesclando o trabalho autônomo e o liberal; os médicos que atuam no setor privado somam 59,3%, como proprietários, assalariados ou prestadores de serviços. O trabalho autônomo interessa à categoria enquanto mecanismo de defesa de seus níveis de renda e ampliação das oportunidades de emprego.

4.2. ALGUMAS TENDÊNCIAS DO MERCADO DE TRABALHO MÉDICO:

A constituição do mercado de trabalho tem sido uma das bases fundamentais do projeto profissional da medicina, não tendo sido por acaso que esta corporação construiu, ao longo da história, um exclusivo e complexo mercado de serviços médicos com forte credibilidade social, onde as demais profissões de saúde trabalham tendo no ato médico o centro das atividades (daí a expressão, infeliz, de “paramédicos”, como se os outros profissionais de saúde fossem acessórios do trabalho em saúde). Entretanto, a categoria enfrenta condições de trabalho precárias e desumanas e a maioria convive com a insatisfação salarial (50% dos médicos ganham aproximadamente 1,3 mil dólares/mês em todas as suas atividades médicas⁵⁴); os médicos estão perdendo o *status* de profissionais liberais, tornando-se assalariados.

As pesquisas “*Perfil dos Médicos no Brasil*” e “*Os Médicos no Brasil – um retrato da realidade*” (MACHADO et al, 1996; 1997) apontam três tendências sócio-demográficas e que têm bastante significado nas repercussões futuras sobre esta profissão, quais são: um processo de rejuvenescimento (75% dos médicos possuem menos de 45 anos de idade), de feminilização da mão-de-obra (as mulheres representavam 11% na profissão médica na década de 70, 22% na década de 80, 32% na década de 90⁵⁵) e de urbanização do trabalho médico (de um total de 197.557⁵⁶ médicos no Brasil, 61,3% destes concentram-se nas capitais dos estados).

⁵⁴ Em 1995, quando da realização da pesquisa “*Perfil dos Médicos no Brasil*”, um dólar equivalia a um real (MACHADO et al., 1996; 1997).

⁵⁵ Sobre o mercado de trabalho médico MACHADO & LEITE (1986: 26), numa pesquisa realizada em Belo Horizonte/MG nos anos 1980 e 1981, analisam que a entrada da médica no mercado de trabalho se deu principalmente a partir da década de 70, “*cuando se produce una ampliación general de la participación de la mujer en la composición de la fuerza de trabajo, en todas las ramas de la economía, pero sobre todo en el sector de prestación de servicio*”, o que não se deu sem obstáculos em relação à sua condição feminina. O nível de desenvolvimento industrial permitiu a mobilização do trabalho feminino, que recuperou espaços perdidos ou conquistou novos lugares na estrutura produtiva, notadamente em posições desprestigiadas socialmente e antes ocupadas exclusivamente pelos homens.

⁵⁶ Este total geral de médicos no Brasil refere-se aos médicos ativos, cadastrados no Conselho Federal de Medicina (1995), incluindo os médicos residentes em municípios não pesquisados que compõem o interior do país.

4.3. OS MÉDICOS E O MULTI-EMPREGO:

Segundo estas pesquisas, os médicos convivem com o multi-emprego, divididos nos setores público, privado e consultório, resultando em acúmulo de atividades, conforme se vê no Quadro I. Estas atividades incluem tanto os empregos como as atividades em consultórios.

QUADRO I: Médicos distribuídos por número de atividades – Brasil e Goiás, 1995.

Número de atividades	Brasil		Goiás	
	Nº	%	Nº	%
Uma	31115	17,4	489	11,4
Duas	49755	27,9	1105	25,7
Três	54020	30,3	1287	30,0
Quatro	28401	15,9	822	19,1
Cinco	10866	6,1	444	10,3
Mais de cinco	4296	2,4	146	3,4
Total*	178453	100,0	4293	100,0

(*) A diferença observada em relação ao total geral de médicos cadastrados no CFM (197.557 médicos) refere-se a médicos aposentados, afastados, desempregados e aqueles que não declararam.

Fonte: Pesquisa “Perfil dos Médicos no Brasil” – Fiocruz/CFM.

Para o Brasil observa-se que 45,3% dos médicos possuem até duas atividades, 46,2% têm entre três e quatro atividades, sendo que 54,7% conciliam três ou mais atividades, chegando a cumprirem uma carga horária de 12 a 14 horas diárias, desdobrando-se nos vários empregos para conseguir sobreviver ou para manter um estilo de vida dentro dos padrões aspirados. Estes percentuais mostram que mais da metade dos médicos no Brasil acumulam várias atividades, e, conseqüentemente, possuem uma jornada de trabalho extensa. Deduz-se também que ocorra uma sobreposição de várias destas atividades, o que vem de encontro com informações verbais de que os médicos, quase sempre, não cumprem carga horária nos empregos públicos.

4.4. A EXTENSA JORNADA DE TRABALHO DOS PLANTONISTAS:

A jornada de trabalho do médico⁵⁷, com raras exceções, é extensa e muito intensa, sendo, portanto, bastante extenuante e desgastante. Embora a pesquisa executada pela Fiocruz não tenha identificado a carga horária semanal total, somando-se todos os vínculos (público e privado) e atividades de consultório, através da observação do número de horas trabalhadas nos plantões pode-se apreender, indiretamente, que a jornada de trabalho do médico é extensa, o que pode ser demonstrado conforme o Quadro II:

QUADRO II: Médicos por atividade em plantão – Brasil e Goiás, 1995.

Regime de plantão *	Brasil		Goiás	
	Nº	%	Nº	%
Menos de 12 h	4944	5,5	240	9,2
De 12 a 24 h	43838	49,0	1214	46,6
De 25 a 48 h	24101	26,9	570	21,9
De 49 a 72 h	8010	9,0	219	8,4
Mais de 72 h	7954	8,9	312	12,0
Ignorado	648	0,7	50	1,9
Total	89495	100,0	2605	100,0

(*) Refere-se à jornada semanal de trabalho em regime de plantão (presente no local de trabalho ou de sobre-aviso). Não foi pesquisado se esta jornada de trabalho era com ou sem interrupção, devido a limitações na base de dados.

Fonte: Pesquisa “Perfil dos Médicos no Brasil” – Fiocruz/CFM.

⁵⁷ De acordo com a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), criada em 1943 e que regulamenta as relações de trabalho em empresas privadas, em seu artigo 58 e 59, como também no artigo 7º (inciso XIII) da Constituição Federal de 1988, a jornada de trabalho definida para médicos, como também para dentistas, é de 4 horas/dia; como o médico acumula várias atividades, com vários tipos de vínculos, ele excede em muito o estabelecido pela lei em sua jornada de trabalho, não só nas atividades de plantão, como também nas atividades ambulatoriais e hospitalares (PERES et al., 1995).

De acordo com o exposto acima, no Brasil, 75,9% trabalham entre 12 e 48 horas/semana e 17,9% trabalham mais de 48 horas/semana⁵⁸ em regime de plantão. Infelizmente, esta pesquisa não levantou se esta jornada de trabalho era com interrupção ou não, o que nos limita na análise, pois sabe-se que as consequências para a saúde são distintas (um plantão de 24 horas seguidas produz repercussões diferentes no estado de saúde, quando comparado com dois plantões semanais de 12 horas com interrupção). Isto pode ser observado nos estudos de RIBEIRO (1989) e FERREIRA (1987) referentes aos efeitos do trabalho noturno e do trabalho em turnos sobre o organismo, que ocorre devido à dessincronização que existe entre os horários do trabalhador e aqueles do resto da sociedade (dormir, quando todos estão acordados; trabalhar, quando todos estão dormindo). Estes efeitos sobre o organismo afetam a organização temporal dos fenômenos biológicos, fisiológicos e/ou psicológicos tornando o organismo mais suscetível às agressões presentes no ambiente de trabalho.

A questão se problematiza mais quando se pensa que nestes intervalos entre plantões, em vez do descanso, o médico está em outra atividade. Cabe lembrar que, conforme visto acima, o multi-emprego é uma realidade; portanto, a maioria destes plantonistas também atuam em outras atividades hospitalares e ambulatoriais (MACHADO et al, 1996; 1997).

4.5. RENDIMENTOS E HONORÁRIOS MÉDICOS – UMA INSATISFAÇÃO GENERALIZADA:

Quanto à renda mensal declarada e obtida com o trabalho médico, o valor modal encontrado para o Brasil foi de US\$1.280,00 dólares combinando as várias formas de inserção no mercado de trabalho, sendo que a região Norte possui a maior renda

⁵⁸ A esse respeito, o Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (Cremesp) aprovou uma resolução inédita no Brasil, que proíbe plantões superiores a 24 horas ininterruptas, exceto quando estes são cumpridos à distância (Resolução nº 90/2000, publicada no Diário Oficial do Estado em 13/04/2000). Esta resolução, além de seguir a legislação ordinária de saúde ocupacional de todos os trabalhadores brasileiros, como a prevenção dos riscos biológicos, físicos, químicos e ergonômicos, trata de aspectos até então não considerados como relacionados ao trabalho, como os aspectos psicossociais: “*a atividade médica está exposta a novos riscos delineados pela precariedade do sistema de saúde no qual o médico está inserido, à má remuneração, à dificuldade de acesso a todos os recursos diagnósticos e terapêuticos necessários, ao excesso de demanda, aos plantões extenuantes, à cobrança social, entre outros fatores*”(JORNAL DO CREMESP, maio 2000: 08).

(1.429,00 dólares) e a região Nordeste a menor renda (1.250,00 dólares). Com relação ao local de residência, os valores modais foram de: 1.163,00 dólares para as capitais e 1.600,00 dólares para os interiores.

Conforme o Quadro III, em relação à renda mensal declarada, tem-se a seguinte distribuição para o Brasil:

QUADRO III: Médicos segundo renda mensal declarada – Brasil e Goiás, 1995.

Renda mensal declarada (em dólares)*	Brasil		Goiás	
	Nº	%	Nº	%
Até 500	6316	3,5	92	2,1
De 501 a 1000	22362	12,2	378	8,7
De 1001 a 2000	52868	28,9	1131	26,0
De 2001 a 4000	63925	34,9	1794	41,2
De 4001 a 8000	28597	15,6	726	16,7
Mais de 8000	5553	3,0	190	4,4
Ignorado	3431	1,9	40	0,9
Total	183052	100,0	4351	100,0

(*) Em 1995, um dólar correspondia a um real.

Fonte: Pesquisa “Perfil dos Médicos no Brasil” – Fiocruz/CFM.

Entretanto, o piso salarial sugerido para uma jornada de trabalho de 20 horas semanais foi de 1.381,00 dólares (valor modal) e a renda mensal desejada pelos médicos foi de 4.608,90 dólares (valor modal); 4.240,4 para as capitais e 5.575,5 para o interior. Isto demonstra que o que se recebe com o trabalho médico está abaixo do desejado; salienta-se que a renda mensal referida aqui é devido a todas as atividades exercidas e não a um só vínculo empregatício de 20 horas por semana (MACHADO et al., 1996; 1997).

As expectativas do médico em relação ao mercado de trabalho são altíssimas, tendo o aparelho formador um papel importante na “inculcação” ideológica do profissional liberal, que sairá da universidade e terá um consultório repleto de pacientes. Ao deparar-se com a realidade...a frustração! O desejo de uma boa remuneração encontra uma realidade com salários ruins e super-competitivo, refletindo num processo de assalariamento e no crescente “especialismo” como uma necessidade de competir pelo mercado, o que é sustentado pelo mito da racionalidade técnica e o mito da eficácia, com apoio do capital (indústria de produtos e equipamentos médico-hospitalares e de medicamentos). Este processo de especialização crescente da medicina tem forçado o médico a se super-especializar ou a ter mais de uma especialização.

4.6. O PROCESSO DE ASSALARIAMENTO:

Verifica-se a ocorrência de um processo de assalariamento, embora as atividades em consultórios ainda predominem, conforme se vê no Quadro IV:

QUADRO IV: Médicos segundo inserção no mercado de trabalho–Brasil e Goiás, 1995

Inserção no Mercado de Trabalho	Brasil %	Goiás %
Atividade no setor público	69,7	67,8
Atividade no setor privado	59,3	73,4
Atividade em consultório	74,7	84,4
Mantém convênios	79,1	93,1

Fonte: Pesquisa “Perfil dos Médicos no Brasil” – Fiocruz/CFM.

Embora a atividade em consultório predomine, a clientela preferencial não é mais de particulares e sim de convênios e/ou cooperativas, notadamente em Goiás, e apresenta a seguinte distribuição para o Brasil: 32,6% UNIMED, 23,9% medicina de grupo/seguro saúde, 19,4% SUS, 17,0% Plano de Assistência da própria empresa (autogestão) e 6,4% outras cooperativas (MACHADO et al., 1996; 1997).

Os médicos empresários de saúde totalizam 18,4% do total de médicos no Brasil, concentrando-se principalmente na região Centro-Oeste (26,9%) (MACHADO et al., 1996; 1997).

Os valores pagos por consultas médicas e/ou procedimentos nos convênios e cooperativas estão abaixo do valor “ideal” defendido pela categoria e que seja digno do trabalho realizado, bem como do estabelecido pela tabela de honorários médicos da Associação Médica Brasileira. Desta forma o médico é uma “espécie de empregado” da medicina de grupo, onde além de não ter garantido seus direitos trabalhistas, pois não tem vínculo empregatício, trabalha por produtividade num sistema de prestação de serviços. É, portanto, super-explorado, mas alimenta a fantasia de ser profissional liberal em seu próprio consultório.

4.7. UMA PROFISSÃO DESGASTANTE...

Analisando o trabalho médico com base nestes dados: nº de atividades, carga horária nos plantões e remuneração recebida, observa-se um aumento na jornada de trabalho com uma importante redução na renda mensal obtida com a atividade médica, principalmente no trabalho assalariado (público ou privado). Assim, o trabalho médico, como vem sendo desenvolvido, tem acarretado uma extração de mais-valia absoluta, pelo aumento da jornada de trabalho e os baixos salários, e de mais-valia relativa da força de trabalho, pelo aumento da produtividade pela intensificação do trabalho; isto, conforme discutido no processo saúde-doença e trabalho, traduz-se sob a forma de um desgaste (MARX, 1985; LAURELL, 1981).

MACHADO et al (1997), ao discutir as condições de trabalho relacionando o trabalho com o desgaste psíquico, cita LAURELL & NORIEGA (1989: 163) que conceitua o desgaste em sua construção teórico-metodológica como associado à “ *perda da capacidade, efetiva e/ou potencial, biológica e psíquica do indivíduo, considerando-o mediador privilegiado entre o processo de trabalho e a constituição biopsíquica característica de grupos de trabalhadores* ”. Segundo essa formulação teórica os trabalhadores, no processo de trabalho, “*estão submetidos a cargas físicas, químicas, biológicas, fisiológicas e psíquicas que interatuam dinamicamente entre si e com o corpo do trabalhador, gerando processos de adaptação que se traduzem em desgaste*”.

A estrutura da organização do trabalho em dada situação concreta pode levar os trabalhadores a experimentar sentimentos negativos, como de impotência, falta de sentido, isolamento social e auto-estranhamento, gerando um sofrimento psíquico, que segundo Canguilhem (1966 apud MACHADO et al.,1997), seria entendido como o “*sentimento de vida contrariada*”; o sofrimento para Dejours (1987, 1993 apud MACHADO et al.,1997: 165) estaria associado à especificidade do psíquico, situando-se “*no espaço entre a saúde e a doença mental, caracterizado por uma intensa luta contra a doença e o próprio sofrimento*”.

O trabalho médico é uma atividade por si mesma geradora de desgaste psíquico (PITTA, 1999). O lidar com vidas em situações de fragilidade, em circunstâncias que envolvem riscos vitais e que necessitem de tomadas de decisões, torna o médico um profissional mais propenso a sentir-se desgastado física e psicologicamente ao longo de sua profissão.

Machado et al. (1996; 1997) observou que 80,4% dos médicos no Brasil sentem-se desgastados em suas atividades médicas, sendo o maior percentual encontrado na região Centro-Oeste com 83% de desgaste (nesta região Goiás teve um maior desgaste: 84,7%).

Quanto à faixa etária, os médicos jovens (com menos de 30 anos) apresentaram um percentual de desgaste que atingiu 88,7% (MACHADO et al., 1996; 1997).

Em relação ao gênero, o desgaste foi mais expressivo no sexo feminino (81,7%) que no masculino (77,6%). A esse respeito, deve-se levar em consideração que a mulher tem dupla, às vezes tripla, jornada de trabalho, numa tentativa de conciliar diversos papéis sociais, tanto da vida privada, como da vida profissional. Além de trabalhar como médica, tem outras atividades como cuidar dos filhos e ser dona de casa, apesar das transformações culturais ocorridas, como o movimento feminista e o movimento pela cidadania. Segundo os dados da pesquisa de Machado, muitas médicas referiram discriminações sociais, por vezes sutis, por parte de seus colegas e da sociedade em geral, bem como foram vítimas de preconceitos e obstáculos sociais e familiares para exercerem a profissão. Também foi observado que, embora a mulher trabalhe tanto ou mais que o homem, e esteja submetida à mesma estrutura de prestação de serviços, ela tem recebido rendimentos inferiores (MACHADO et al. (1996; 1997).

O desgaste profissional é maior quanto maior o número de atividades exercidas por este profissional, conforme Quadro V:

QUADRO V: Médicos com desgaste segundo número de atividades – Brasil, 1995

Desgaste Profissional e número de atividades	Brasil
	%
Uma atividade	64,9
Duas atividades	77,9
Três atividades	83,5
Quatro atividades	88,1
Cinco ou mais atividades	90,0

Fonte: Pesquisa “Perfil dos Médicos no Brasil” – Fiocruz/CFM.

Os médicos que atuam em atividades de plantão mostram percentuais mais elevados de desgaste profissional (90,5%), atingindo 93,1% e 95,7% nos serviços de Pronto Socorro/Emergência dos setores público e privado, respectivamente.

Segundo o setor de atuação, o desgaste profissional assim se distribui: público com 84,5%, privado com 83,2%, consultório com 79,3; aqueles que atuam nestes três setores tiveram 86,9% de desgaste.

O fato de trabalhar em município diferente daquele onde reside, trouxe um percentual de desgaste maior entre os médicos (84,5%); os que trabalham no mesmo município de residência apresentou 66,1% de desgaste.

Os principais motivos de desgaste profissional apontados por esta pesquisa podem ser vistos no Quadro VI abaixo:

QUADRO VI: Motivos de desgaste profissional apontados pelos médicos* – Brasil, 1995.

Motivos de desgaste profissional	Total (%)
Excesso de trabalho/Multiemprego	27
Baixa remuneração	17
Más condições de trabalho	16
Responsabilidade com a “Vida”	12
Área de atuação/Especialidade	9
Relação médico-paciente	8
Conflito/cobrança da população	7
Perda de autonomia	5

* Cada médico poderia declarar mais de um motivo.

Fonte: Pesquisa “Perfil dos Médicos no Brasil”, Fiocruz/CFM.

Os principais motivos de não desgaste foram: prazer e satisfação profissional e amor à profissão (40%); boas condições de trabalho (15%); atividade profissional balanceada, não necessitando múltiplos vínculos empregatícios (9%).

***5. A REALIDADE DOS MÉDICOS
EM GOIÁS***

A fonte de dados selecionada para complementar este estudo foi o banco de dados da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) e Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP - Núcleo de Estudos e Pesquisas em Recursos Humanos em Saúde). Este banco de dados foi obtido através da pesquisa “*Perfil dos Médicos no Brasil*” (MACHADO et al., 1996), que teve início no ano de 1994; a mesma foi executada pela FIOCRUZ com a colaboração das entidades médicas (CFM, AMB e FENAM) e o apoio do Ministério da Saúde. A partir destes dados, que caracterizou o médico que atua no País, buscou-se caracterizar e analisar um dos aspectos levantado por aquela pesquisa e que tem chamado muito a atenção das entidades médicas, bem como dos planejadores de saúde, o desgaste profissional dos médicos, em particular dos médicos que atuam em Goiás.

Ressalta-se que, embora esta pesquisa da Fiocruz tenha sido publicada (1996; 1997), os dados quanto ao desgaste profissional em Goiás são inéditos, o que confere a esta descrição um caráter de originalidade ao estudo proposto. Deve ser salientado que aquela pesquisa caracterizou o desgaste profissional no Brasil e nas grandes regiões, não tendo sido feito a caracterização do mesmo em relação às unidades da federação, exceto no que se refere ao desgaste por local de moradia (capital, interior) e o total por estado.

Em relação ao estado de Goiás, a pesquisa da Fiocruz encontrou 84,7% de desgaste profissional entre médicos (maior que a média nacional – 80,4%), sendo 85,9% naqueles que residem na capital e 82,5% nos que residem no interior. Baseando-me nestas informações muitas questões se apresentam: quem são estes médicos que referiram este desgaste? Qual sua idade? Em que especialidade atuam e em qual setor? Quais os motivos apontados como causa do desgaste? E de que desgaste falam? Esse desgaste tem a ver com o processo de trabalho médico?

A população de estudo consistiu dos médicos residentes no Estado de Goiás que responderam o questionário da pesquisa, o que nos permitiu caracterizar o “desgaste profissional” destes médicos. O acesso e a utilização de alguns dados secundários referentes à população médica goiana foi possível após autorização da coordenação técnica responsável pela pesquisa “*Perfil dos Médicos no Brasil*” (MACHADO et al., 1996), que deu origem ao referido banco de dados da Fiocruz/ ENSP.

A caracterização do desgaste em Goiás em relação a outras variáveis, como: idade, gênero, número de atividades, remuneração, grupo de especialidade de atuação, setor de atuação, etc. não foi realizada naquela pesquisa, daí o caráter inédito conferido a estas informações que serão aqui apresentadas.

Por questões de ordem ética, não se teve acesso aos questionários originais daquela pesquisa, mas somente aos dados consolidados; também não tivemos acesso aos dados amostrais, mas tão somente aos dados expandidos, o que, de certa forma, trouxe-nos restrições nos cruzamentos de algumas variáveis e na análise dos resultados. Assume-se as limitações em nosso estudo, pois os dados utilizados aqui foram obtidos através de um instrumento elaborado com objetivos outros, que extrapolam o escopo deste estudo e que não esclareceram a questão aqui levantada: o desgaste como mediador do processo saúde-doença. Questões referentes sobre a saúde dos médicos não foram abordadas no questionário da Fiocruz, pois este não era o objetivo daquela pesquisa. Estes limites nos impõe a necessidade de elaborar novos instrumentos ou métodos que permitam melhor apreender o desgaste profissional e suas repercussões sobre a vida dos médicos.

Sobre a metodologia da Fiocruz:

Visando entender a metodologia utilizada nesta investigação, discorreremos um pouco sobre a metodologia utilizada na pesquisa da Fiocruz. Esta pesquisa partiu de uma amostragem aleatória simples a partir do contingente médico ativo⁵⁹ cadastrado no Conselho Federal de Medicina; o plano de amostragem buscou estabelecer tamanhos de amostras, que permitissem fornecer estimativas independentes para as unidades da federação, considerando separadamente capital e interior. Nos estados onde mais de 70% dos médicos residiam na capital, realizou-se a pesquisa somente na capital (a exclusão dos ‘interiores’ que apresentavam menos de 30% dos médicos resultou na redução do universo a ser pesquisado, passando de 197.557 para 183.758 médicos). No estado de Goiás foi pesquisado tanto a capital como o interior. As amostras foram dimensionadas buscando

⁵⁹ Médico ativo considerou-se aquele que estava regularmente inscrito no Conselho Regional de Medicina do respectivo Estado e que não tinha formalmente pedido “baixa” de sua inscrição profissional.

alcançar a mesma precisão e confiabilidade desejadas para a capital e o interior, levando em conta as proporções. Para o cálculo de suas variâncias utilizou-se o caso mais desfavorável, em que $p=q=0,5$ com nível de precisão de 95% e um erro em torno de 5%. Os médicos foram arrolados por ano de formado, tendo sido utilizado a seleção sistemática.

O banco de dados desta pesquisa concretizou-se através da utilização de um questionário como instrumento de coleta das informações. Este questionário era auto-aplicável, tendo sido encaminhada pelo correio através dos endereços dos médicos inscritos nos respectivos conselhos regionais de cada estado brasileiro; ele continha questões objetivas e subjetivas agrupadas em sete blocos: bloco 1 – Dados sócio-econômicos; bloco 2 – Formação profissional; bloco 3 – Acesso à informação técnico-científica; bloco 4 – O mundo do trabalho, bloco 5 – A mulher no exercício da profissão; bloco 6 – Participação sócio-política; bloco 7 – Mercosul. Os conselhos regionais foram responsáveis pelo acompanhamento da pesquisa de campo, assegurando assim a cobertura amostral, a precisão da coleta, a qualidade e o rigor na devolução dos questionários.

A amostra selecionada para o Brasil foi de 15.488 (capital=10.048, interior=5.440), sendo que a amostra devolvida foi de 8.024 (capital=5.085, interior=2.939); esta amostra foi expandida separadamente para capital e interior de cada unidade da federação e para cada região geográfica do Brasil, levando-se em conta a distribuição etária em nove grupos de idade e por sexo, perfazendo assim 18 fatores para a capital e 18 fatores para o interior. Os grupos de idade foram: até 27 anos, de 28 a 29 anos, de 30 a 34 anos, de 35 a 39 anos, de 40 a 44 anos, de 45 a 49 anos, de 50 a 59 anos, de 60 a 69 anos, e mais de 70 anos. Dessa forma, o universo analisado naquela pesquisa foi de 183.052 médicos.

Do total de 4.373 médicos (2.811 na capital e 1.562 no interior) inscritos no CRM-Go obteve-se o universo da pesquisa para este estado, que neste caso foi o mesmo do total de médicos de Goiás.

Para Goiás a amostra selecionada foi de 816 médicos (capital=433, interior=383) e a devolvida foi de 418 (capital=210, interior=208), o que representou um índice de devolução dos questionários da ordem de 51,2%; a seleção da mesma foi de

forma aleatória. Esta amostra foi expandida obtendo-se um total de 4.351 médicos (capital=2.787, interior=1.564), o que permite que a análise seja generalizada para o universo dos médicos. É, pois, em cima dos dados da amostra expandida que nossa investigação procederá.

Resumidamente, os médicos de Goiás apresentam o seguinte perfil, conforme pesquisa de MACHADO et al. (1996; 1997):

- * 95% encontram-se ativos na profissão;
- * há predominância do sexo masculino (78,8% homens e 21,2% mulheres);
- * 57,8% são naturais deste estado (a região Centro-Oeste é a que apresentou maior imigração de médicos de outras regiões, principalmente provenientes da região Sudeste);
- * predomina médicos jovens: 62,3% possuem menos de 45 anos, sendo que 46,5% têm menos de 15 anos de formado;
- * 75,2% têm residência médica;
- * segundo a natureza da atividade: 67,8% trabalham no setor público e 73,4% no setor privado;
- * 84,4% atuam em consultório, sendo que 93,1% mantêm convênios;
- * 59,9% trabalham em plantão;
- * 19,1% trabalham em município diferente de onde residem;
- * 67,1% têm até três atividades e 32,9% têm mais de três atividades;
- * renda mensal com trabalho médico (valor modal): 1.615,00 dólares;
- * renda mensal desejada (valor modal): 6.283,00 dólares;
- * 19,2% possuem outras fontes de renda não-médicas;

- * 84,4% estão satisfeitos com a especialidade que exerce;
- * 40,6% referem a condição feminina como um obstáculo no trabalho;
- * 51% são filiados ao sindicato médico;
- * 68,1% são filiados à sociedade médica local;
- * 48,4% vêem o futuro da profissão com pessimismo;
- * 83,8% sentem a profissão desgastante.

Os dados para nossa pesquisa, que permitiram caracterizar o desgaste dos médicos de Goiás, foram extraídos pelo Departamento de Estatística e Epidemiologia da ENSP/Fiocruz, que a nosso pedido forneceu todo o banco de dados disponível sobre os questionários respondidos pelos médicos residentes no Estado de Goiás; estes dados referem-se à amostra expandida.

Solicitamos, particularmente, os dados relacionados à variável “desgaste profissional”⁶⁰ dos médicos que atuam em Goiás. Objetivou-se traçar o perfil destes trabalhadores de saúde, na tentativa de se pensar um instrumento de investigação do processo de trabalho - processo de desgaste desta categoria profissional.

A variável desgaste profissional foi cruzada com outras variáveis independentes do questionário, conforme se segue:

- sócio-demográficas: sexo, faixa etária, local de residência;
- formação técnico-científica: grupos de especialidades e especialidade principal de atuação;
- mercado de trabalho: remuneração, tipos de atividades (público, privado e consultório), atuação em plantão e carga horária do plantão.

⁶⁰ No questionário a pergunta era: “Você considera sua atividade profissional desgastante? Por que? - em caso afirmativo ou negativo” (MACHADO, 1996).

Assim sendo, devido às limitações relacionadas à fonte de dados desta pesquisa em relação aos médicos de Goiás (amostra expandida, acesso somente aos dados consolidados e não à amostra original), o que impossibilitou a realização de alguns testes estatísticos, optou-se pela inclusão do material fornecido como uma pesquisa complementar e ilustrativa para maior fundamentação do nosso argumento, ou seja, o trabalho médico e o desgaste profissional, tendo como pressuposto que o desgaste atua como um mediador no processo saúde-doença.

5.1. O DESGASTE PROFISSIONAL EM GOIÁS:

Em relação ao desgaste profissional verifica-se que a grande maioria dos médicos em Goiás sentem a profissão como desgastante, conforme Tabela I.

TABELA I: Médicos do Estado de Goiás distribuídos por percepção do desgaste Profissional, Goiás - 1995.

Desgaste Profissional	Frequência	
	Nº	%
Sente desgaste	3644	83,8
Não sente desgaste	659	15,1
Ignorados	48	1,1
Total	4351	100,0

Fonte: Tabulação Especial da Pesquisa “Perfil dos Médicos no Brasil” - Fiocruz/CFM.

Os motivos deste elevado percentual de desgaste podem estar relacionados com o processo de trabalho médico. O que ocorre neste processo de trabalho para produzir tanto desgaste? A própria natureza do trabalho médico, o próprio processo de trabalho ou as condições materiais em que se processa o mesmo?

Analisando somente os médicos com desgaste (83,8%), alguns achados apontam a origem deste desgaste, quais são: em relação à remuneração, houve 43,6% de desgaste naqueles que referiram que esta diminuiu; em relação à jornada de trabalho, encontrou-se 64,7% de desgaste naqueles cuja jornada de trabalho aumentou; 38,2% de desgaste naqueles que referiram que as condições de trabalho pioraram; 45,4% de desgaste em relação à perda do poder médico; 41,8% de desgaste em relação à diminuição do prestígio profissional. Entretanto, em relação à competência técnica, houve 60,1% de desgaste entre aqueles que afirmaram que houve aumento na mesma; em relação à autonomia técnica, não houve diferenças significativas na distribuição do desgaste.

O trabalho médico, dependendo da especialidade, pode ser exercido em diversos locais, como numa pequena sala de um posto, num centro de saúde público, num consultório simples ou dotado de todo aparato tecnológico, numa clínica ou num hospital, com toda sua complexidade e divisão em setores ambulatoriais, cirúrgicos, pronto-socorro, enfermarias, etc. Neste trabalho há uma grande diversificação de funções, setores e atividades de acordo com o grau de complexidade do serviço, sua hierarquização na rede, sua especificidade de atendimento, suas áreas de especialização, os recursos científicos e tecnológicos existentes... Entretanto algo em comum existe em todos esses ambientes de trabalho: cuidar da saúde e o contato diário com a dor, a angústia, a loucura e o sofrimento do paciente, além do convívio diário com a morte. Outro ponto em comum nestes ambientes é *“a permanente exposição a um ou mais fatores que produzam doenças ou sofrimento”*, como riscos físicos, químicos, ergonômicos e biológicos, que produzem as doenças ditas *“ocupacionais”*, o que torna a natureza do trabalho médico *“insalubre, penosa e difícil para todos”*. Pitta cita como os principais determinantes desse sofrimento, vivenciado pelos trabalhadores de saúde, a natureza do *“próprio objeto de trabalho, ou seja, a dor, o sofrimento e a morte do outro, e nas formas de organização desse trabalho essencial e diuturno”* (PITTA, 1999: 18-19).

Pelo exposto, o trabalho médico, mesmo em condições satisfatórias de trabalho e remuneração, o que tem sido a exceção no sistema de saúde brasileiro, apresenta fatores morbigênicos relacionados com a própria natureza do trabalho em saúde e de sua organização, *“evidenciados por sintomas e sinais orgânicos e psíquicos inespecíficos”*

nestes trabalhadores. A natureza do trabalho médico, onde convive a luta pela vida e o medo da morte, é carregada de conflitos; é ao mesmo tempo fonte de prazer e de realização, mas, também é fonte de angústia, impotência e, conseqüentemente, de desgaste profissional. Segundo Pitta, “*este mesmo objeto de trabalho, paradoxalmente, é capaz de produzir satisfação e prazer através de mecanismos defensivos de natureza sublimatória quando condições facilitadoras permitem aos trabalhadores terem suas tarefas socialmente valorizadas*” (PITTA, 1999: 19).

Outro fator de desgaste refere-se à jornada de trabalho. Palácios ao analisar o sofrimento dos médicos em relação à carga horária encontrou que 81,9% dos médicos informaram ter outro emprego. Isto demonstra jornadas de trabalho extensas: 30,7% dos médicos trabalham até 40 horas semanais (9,8% destes apresentaram sofrimento), 44% trabalham entre 41 e 60 horas semanais (21,9% de sofrimento neste grupo) e 8,4% trabalham mais de 60 horas por semana (35,7% de sofrimento) (PALÁCIOS, 1993). Analisando estes dados observa-se que o percentual de sofrimento é diretamente proporcional ao número de horas trabalhadas, o que nos remete a acreditar que o fator múltiplos vínculos constitua-se em fator de risco para o sofrimento psíquico, o que está de acordo com a literatura. (MACHADO et al., 1996; 1997).

Em relação à população total de médicos que atuam em Goiás (N=4351) foi possível estabelecer algumas comparações entre sentir desgaste e não sentir desgaste (Tabelas II a X⁶¹), quando do cruzamento com algumas variáveis, como: idade, sexo, local de moradia, remuneração, grupo de especialidade, atividade nos setores público, privado, consultório e plantão. Entretanto em relação a outras variáveis, como: gênero por local de moradia, especialidades de atuação e carga horária do plantão, somente foi possível estabelecer a freqüência entre os médicos que sentem desgaste (N'= 3644); tal fato deve-se às limitações no banco de dados utilizados, pois alguns dados possuíam um elevado erro de amostragem, devido às sub-amostras pequenas e ao elevado número de respostas ignoradas.

⁶¹ Excetuando a tabela III, os resultados apresentados nas tabelas II a X são frutos desta pesquisa de mestrado (tabelas inéditas); utilizou-se de dados referentes aos médicos que atuam em Goiás e que não foram utilizados ou publicados pela pesquisa da Fiocruz.

TABELA II: Médicos que declararam desgaste profissional segundo faixa etária. Goiás – 1995.

Idade (em anos)	Com desgaste		Sem desgaste		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Até 29	432	100,0	--	--	432	100
30-39	1234	85,4	211	14,6	1445	100
40-49	1273	81,5	289	18,5	1562	100
50-59	482	77,6	139	22,4	621	100
+ 60	223	91,8	20	8,2	243	100
Total	3644	84,7	659	15,3	4303*	100

(*) A diferença quanto ao total de médicos em Goiás deve-se à exclusão dos ignorados (n= 48) quanto à percepção do desgaste profissional.

Fonte: Tabulação Especial da Pesquisa “Perfil dos Médicos no Brasil” - Fiocruz/CFM.

A distribuição somente dos médicos que têm desgaste, segundo a faixa etária, é assim configurada: 11,9% nos menores de 29 anos, 33,9% de 30–39 anos, 34,9% de 40-49 anos, 13,2% de 50-59 anos, 6,1% nos acima dos 60 anos. Entretanto, como pode ser observado na Tabela II, em relação ao total de médicos neste estado, o desgaste é maior quanto mais jovem é o médico, atingindo 100% naqueles com menos de 30 anos. O desgaste profissional decresce com o aumento da idade, voltando a subir naqueles com mais de 60 anos (91,8%); este achado diferencia-se do encontrado por CAMPOS (1999), onde o desgaste se mostrou inversamente relacionado à idade do médico chegando a 48% para os médicos acima de 60 anos.

As frequências de desgaste para este estado é maior em todas as faixas etárias, se comparadas com as encontradas no Brasil: até 29 anos: 88,7%, 30-34 anos: 87,2%, 35-49 anos: 81,2%, 50-59 anos: 69,7%, mais de 60 anos: 48,2%. Nota-se, pois, que nas idades extremas o desgaste em Goiás é mais acentuado.

Segundo MACHADO et al. (1997) a percepção do desgaste profissional está diretamente relacionada à história da vida profissional do médico. Na análise da trajetória da vida profissional do médico no mercado de trabalho, esta autora adotou a conceituação de ‘fases’ para entender a situação em que o médico se encontra em relação às suas atividades, tendo definido as seguintes fases: iniciação (médicos com até 29 anos), afirmação (30 a 34 anos), consolidação (35 a 49 anos), desaceleração (50 a 59 anos) e paralisação das atividades (mais de 60 anos). Justifica-se o desgaste maior em jovens baseando-se nestas fases da profissão: há grande desgaste nos médicos com menos de 30 anos, que estão em início de carreira e que não possuem uma clientela definida; estes profissionais estão mais sujeitos ao multiemprego, ao subemprego e a trabalhar mais intensamente em regime de plantão. Machado fundamenta-se na idéia de que a competitividade e a necessidade de conhecer e de se expor a diversas situações, funções e locais de trabalho estão bastante presente nos médicos cuja posição laboral ainda não se consolidou.

O menor percentual de desgaste foi nos médicos com 50 a 59 anos (22,4%), que corresponde à fase de desaceleração das atividades, onde o profissional, já consolidado, diminui seu ritmo de trabalho, dedicando-se às atividades mais prazerosas e rentáveis, havendo, pois, uma seleção em suas atividades e trabalhos.

Entretanto, em Goiás, na fase de paralisação das atividades (mais de 60 anos), onde pressupõe-se uma estabilidade profissional e um menor ritmo de trabalho, encontrou-se um elevado percentual de desgaste profissional (no Brasil o desgaste para esta faixa etária foi de 48,2% contra 91,8% em Goiás) que nos leva a algumas indagações: será que muitos destes médicos voltaram à intensificação de suas atividades? Se o fizeram, por que? Será reflexo da atual crise econômica? Será que houve perda de sua clientela e de seu poder aquisitivo? Devido às limitações desta pesquisa, essas são indagações que não têm como ser respondidas, por ora, devendo ser investigadas em outros estudos futuros.

TABELA III: Médicos distribuídos por desgaste profissional segundo local de moradia, Goiás - 1995.

Local de Moradia	Com desgaste		Sem desgaste		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	(%)
Capital	2369	85,9	389	14,1	2758	100
Interior	1275	82,5	270	17,5	1545	100
Total	3644	84,7	659	15,3	4303	100

Fonte: Tabulação Especial da Pesquisa “Perfil dos Médicos no Brasil” - Fiocruz/CFM.

Segundo a Tabela III, os médicos residentes na capital sentem maior desgaste em relação ao total de médicos de Goiás (85,9%). Isto pode ser explicado pela grande competitividade existente nos grandes centros urbanos e capitais, o que acaba por forçar o médico a procurar especializar-se ainda mais na tentativa de garantir uma clientela estável, além do fato de ter que submeter-se a vários tipos de convênios, que, em muitos casos, ferem a autonomia profissional. Do total de médicos com desgaste (N=3.644), 65% destes residem na capital (a maioria dos médicos concentram-se na capital) e 35% residem no interior do estado.

TABELA IV: Médicos distribuídos por desgaste profissional segundo o gênero – Goiás, 1995.

Gênero	Com desgaste		Sem desgaste		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Masculino	2887	84,7	522	15,3	3409	100
Feminino	757	84,7	137	15,3	894	100
Total	3644	84,7	659	15,3	4303	100

Fonte: Tabulação Especial da Pesquisa “Perfil dos Médicos no Brasil” - Fiocruz/CFM.

Ao analisar o desgaste por gênero em relação ao total geral de médicos neste estado, não observou-se diferenças na percepção do desgaste, conforme se vê pela Tabela IV. Este achado difere da média nacional, onde encontrou-se 81,7% de desgaste no sexo feminino contra 77,6% de desgaste no sexo masculino (MACHADO et al., 1996; 1997) (CAMPOS, 1999) e seus motivos merecem futuras investigações. Em relação somente aos médicos com desgaste, este possui uma distribuição maior entre os homens (79,2%), visto que há um predomínio de homens exercendo a atividade médica neste estado. Analisando separadamente por gênero, tanto os médicos, como as médicas com desgaste profissional concentram-se nas capitais, com 61,5% e 78,5%, respectivamente.

O desgaste maior em mulheres, que se observa no Brasil, possui vários fatores contributivos, como a dupla jornada de trabalho, no lar e na vida pública. Os encargos da procriação, as tarefas do lar, os obstáculos e preconceitos sociais são alguns dos fatores que podem contribuir para que a mulher tenha maior desgaste no trabalho. As dificuldades para exercer algumas especialidades, para prolongar a jornada de trabalho ou para assumir cargos de direção representam empecilhos para a integração da médica no trabalho e para a consolidação de sua carreira (MACHADO & LEITE, 1986) (MACHADO et al., 1997).

Outro estudo corrobora este maior desgaste em mulheres, a nível nacional, ao encontrar-se uma freqüência de sofrimento maior entre as médicas. Palácios encontrou uma freqüência maior de sofrimento entre as médicas (23,6%); entre os médicos essa proporção foi de 17,1% (PALÁCIOS, 1993).

Com relação à área de trabalho Palácios encontrou os seguintes resultados: na emergência os homens apresentaram 29,2% de sofrimento e as mulheres apresentaram 25%; esta relação se inverte entre os médicos que não trabalham na emergência: homens com 13,8% e mulheres com 23,3%. As possíveis razões apontadas como explicativas desta freqüência maior de sofrimento entre os homens da emergência foram: os médicos daquele hospital possuíam maior número de atividades que as médicas (90% contra 64% das mulheres); a média de horas trabalhadas, além do plantão da emergência, foi maior entre os homens (32h para os homens e 20h para as mulheres); as mulheres concentravam-se no plantão de pediatria, que possuía menor volume de trabalho, havia maior sentimento de equipe, não havia divisão entre tipo de atendimento (todos eram clínicos); os homens

concentravam-se na emergência de adultos, onde se avolumavam os problemas quanto ao ritmo e intensidade do trabalho, além da não existência de sentimento de equipe e da existência de uma divisão rígida entre os tipos de atendimento (PALÁCIOS, 1993).

TABELA V: Médicos com desgaste profissional distribuídos segundo os grupos de especialidades médicas. Goiás – 1995.

Grupos de especialidades ⁶²	Com desgaste		Sem desgaste		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Cognitivas	1589	86,4	250	13,6	1839	100
Técnico-cirúrgicas e de Habilidades	535	84,8	96	15,2	631	100
Intermediárias	1259	81,9	278	18,1	1537	100
Tecnológicas e Burocráticas	212	88,3	28	11,7	240	100
Ignorado	49	87,5	7	12,5	56	100
Total	3644	84,7	659	15,3	4303	100

Fonte: Tabulação Especial da Pesquisa “Perfil dos Médicos no Brasil” - Fiocruz/CFM.

Os médicos com desgaste em relação ao grupo de especialidades médicas assim se distribui: 43,6% atuam nas especialidades cognitivas, 14,7% nas técnico-cirúrgicas, 34,5% nas intermediárias, 5,8% nas tecno-burocráticas (os ignorados somam 1,4%).

⁶² **Cognitivas:** lidam diretamente com o paciente e a relação profissional se baseia no conhecimento cognitivo adquirido nas escolas médicas (especialidades clínicas).

Técnico-cirúrgicas e de habilidades: também lidam com o paciente, mas não de forma tão direta como as cognitivas e no processo de trabalho predomina o conhecimento técnico (especialidades cirúrgicas).

Intermediárias: associam as habilidades técnicas (cirurgia) à base cognitiva das ciências médicas (clínica); formam “clínicas autônomas”, unindo dois ramos da medicina que realizam o diagnóstico e a intervenção sem intervenções de outras clínicas.

Tecnológicas e/ou burocráticas: o processo de trabalho é padronizado com alto controle burocrático; o objeto de trabalho é o coletivo, a população, perdendo-se a relação médico-paciente de natureza individual, onde os resultados são mais próximos e sentidos. São especialidades urbanas e resultam de processos sociais avançados; são elas: pesquisa, diagnósticos laboratoriais, gerência, administração e planejamento em saúde, administradores hospitalares, epidemiologistas, sanitaristas, médicos do tráfego, patologistas e radiologistas.

Encontrou-se maior desgaste, em relação ao total de médicos em Goiás, naqueles que desempenham atividades tecno-burocráticas (88,3%), seguida das atividades cognitivas (86,4%), de acordo com a Tabela V. O menor desgaste encontrado foi nas atividades intermediárias (18,1%); estas atividades são denominadas como “clínicas autônomas”, pois unem dois ramos da medicina: o diagnóstico e a terapêutica, sem a intervenção de outras clínicas, possibilitando ao médico ver mais de perto o resultado de seu trabalho, que é a sua “Obra” (CAMPOS, 1997), e produzindo mais satisfação e realização profissional, o que gera menor desgaste nos médicos que atuam nesta área (DEJOURS, 1992).

As atividades monótonas e repetitivas, como se observa nas atividades burocráticas, bem como a insatisfação com o conteúdo das tarefas, são responsáveis pelo sofrimento de grande parte dos trabalhadores, conforme analisa DEJOURS (1992); o desgaste profissional seria um mediador deste sofrimento.

Dentre as especialidades médicas com maior número de médicos atuando em Goiás, as maiores proporções de desgaste encontram-se em: cirurgia geral (89,6%), pediatria (89,5%), gineco-obstetrícia (88,4%), anestesiologia (87,7%) e medicina interna (84,3%).

CAMPOS (1999), analisando esta mesma fonte de dados a nível nacional, num estudo multivariado sobre a percepção do desgaste médico, encontrou um maior desgaste nas especialidades em doenças crônico-degenerativas, onde o relacionamento médico-paciente é estreito e quase sempre levam o paciente à morte (cancerologia, hematologia, nefrologia). Especialidades que lidam com deformações, quase sempre de difícil solução (cirurgia de mão, neurologia, ortopedia e traumatologia), e aquelas que lidam com deformações e estigmas provocados pela doença (hansenologia, tisiologia, geriatria, pneumologia) também estão entre o grupamento de maior desgaste. As especialidades de diagnósticos de imagens, onde o relacionamento médico-paciente se dá de forma indireta, apresentaram menos desgaste. Os médicos satisfeitos com sua especialidade e aqueles com 40 horas/semana ou mais em docência perceberam menor desgaste.

TABELA VI: Médicos com desgaste profissional distribuídos segundo renda mensal declarada. Goiás – 1995.

Renda Mensal declarada (em dólares)*	Com desgaste		Sem desgaste		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Até 500	92	100,0	---	---	92	100
501 – 1000	335	88,6	43	11,4	378	100
1001 – 2000	981	87,9	135	12,1	1116	100
2001 – 4000	1561	87,0	233	13,0	1794	100
4001 – 8000	537	75,0	179	25,0	716	100
Mais de 8000	138	72,6	52	27,4	190	100
Ignorado	---	---	17	100,0	17	100
Total	3644	84,7	659	15,3	4303	100

(*) Em 1995 um dólar equivalia a um real.

Fonte: Tabulação Especial da Pesquisa “Perfil dos Médicos no Brasil” - Fiocruz/CFM.

A maioria dos médicos com desgaste em Goiás têm renda de 2001-4000 dólares com 42,8% (26,9% recebem de 1001-2000 dólares). Entretanto, o desgaste profissional em relação ao total de médicos pesquisados é maior quanto menor a renda recebida com o trabalho médico, atingindo 100% dos médicos que recebem até 500 dólares. Este dado vem corroborar o fato dos médicos jovens terem mais desgaste, conforme analisado na Tabela II, pois estes estão em início de carreira e, às vezes, sujeitam-se aos subempregos, recebendo salários inferiores à média. Devemos lembrar também que salários ruins quase sempre está associado com outras atividades num esforço para aumentar a renda total recebida com o trabalho médico. O sentimento de não ser valorizado e de ter perdido o *status*, que geralmente é sentido quando se recebe baixos salários ou quando a remuneração é pequena, é um aliado na geração de insatisfação no trabalho e no desgaste profissional, o que se acentua devido à representação social desta profissão e à necessidade do médico em manter um certo padrão social de consumo (MACHADO et al., 1997). Esse achado vai de encontro com o estudo de Ribeiro, que encontrou uma associação entre a fadiga e a renda percebida com a atividade médica: quando menor era a renda, maior era a sensação de fadiga (RIBEIRO, 1989).

Nota-se que o menor percentual de desgaste ocorre naqueles que recebem mais de 8.000 dólares (72,6%). Isto reforça a necessidade e importância de remunerações dignas e satisfatórias para o bom desempenho do profissional no cuidado à saúde de seus pacientes e à sua própria saúde.

TABELA VII: Médicos com desgaste profissional distribuídos segundo atuação no setor público. Goiás – 1995.

Atividade no setor público	Com desgaste		Sem desgaste		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Atua	2475	85	439	15	2914	100
Não atua	1169	84	220	16	1389	100
Total	3644	85	659	15	4303	100

Fonte: Tabulação Especial da Pesquisa “Perfil dos Médicos no Brasil” - Fiocruz/CFM.

TABELA VIII: Médicos com desgaste profissional distribuídos segundo atuação setor privado. Goiás – 1995.

Atividade no setor privado	Com desgaste		Sem desgaste		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Atua	2765	87	410	13	3175	100
Não atua	879	78	249	22	1128	100
Total	3644	85	659	15	4303	100

Fonte: Tabulação Especial da Pesquisa “Perfil dos Médicos no Brasil” - Fiocruz/CFM.

TABELA IX: Médicos com desgaste profissional distribuídos segundo atuação em consultório. Goiás – 1995.

Atividade em consultório	Com desgaste		Sem desgaste		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Atua	3063	84	576	16	3639	100
Não atua	581	88	76	12	657	100
Ignorado	--	--	7	100	7	100
Total	3644	85	659	15	4303	100

Fonte: Tabulação Especial da Pesquisa “Perfil dos Médicos no Brasil” - Fiocruz/CFM.

Os médicos com desgaste profissional assim se distribuem, segundo o tipo de atividade: 68% atuam no setor público, 76% atuam no setor privado e 84% atuam em consultório. De acordo com a atividade exercida, somente em relação aos médicos desgastados, assim se distribuem as três funções de maior desgaste no setor público: 31,6% atuam em ambulatório (plantão e rotina); 17,8% trabalham nas áreas de gestão, docência e saúde pública e 14,9% trabalham em pronto-socorro (plantão e rotina).

Em relação ao setor privado, assim se distribui o desgaste: serviços de apoio diagnóstico e terapêutico (rotina e plantão) com 24,3% de desgaste, 22,9% de desgaste no ambulatório (plantão e rotina) e 13,2% de desgaste nas atividades de enfermagem (rotina e plantão).

Comparando-se o desgaste dos médicos nas três áreas de atuação, em relação ao total de médicos pesquisado em Goiás, tem-se um maior desgaste naqueles que atuam no setor privado (87% - Tabela VIII); os médicos que atuam no setor público tiveram 85% de desgaste (Tabela VII). CAMPOS (1999) encontrou um desgaste maior entre os médicos que atuavam no setor público, que apresentou piores condições de trabalho ponderadas por carga horária; encontrou uma média de horas trabalhadas maior no setor público (25,4 h/sem) do que no setor privado (16,4 h/sem). Dentre os médicos que atuam na esfera pública, Campos encontrou que aproximadamente 30% destes trabalham mais de 40 horas semanais.

A atuação em consultório foi a que apresentou o menor desgaste (84% - Tabela IX). Chama a atenção o menor desgaste entre aqueles que não atuam no setor privado (78%) em relação aqueles que não atuam no público ou em consultório.

Devido às limitações no que tange ao banco de dados, não foi possível estabelecer o desgaste entre os médicos que combinam formas múltiplas de atuação e inserção no mercado de trabalho, o que é a realidade da maioria dos médicos.

TABELA X: Médicos com desgaste profissional distribuídos segundo sua atuação em plantão. Goiás – 1995.

Atividade em plantão	Com desgaste		Sem desgaste		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Atua	2224	86,0	357	14,0	2581	100
Não atua	1420	82,5	302	17,5	1722	100
Total	3644	85,0	659	15,0	4303	100

Fonte: Tabulação Especial da Pesquisa “Perfil dos Médicos no Brasil” - Fiocruz/CFM.

Os médicos que atuam em plantão representam 61% do total de médicos com desgaste. A carga horária destes plantonistas que referiram desgaste assim se distribui: 10% trabalham menos de 12 horas, 67,3% têm carga horária no plantão entre 12 e 48 horas de trabalho, 9,3% trabalham de 49 a 72 horas e 12,5% trabalham mais de 72 horas (no questionário da Fiocruz não foi investigado se esta carga horária era com ou sem interrupção, o que faz diferença na repercussão sobre o desgaste).

Em relação ao total de médicos pesquisados em Goiás, o desgaste foi maior naqueles que atuam neste tipo de atividade (86%), do que aqueles que não atuam em plantões, conforme pode ser visto pela Tabela X. Vários estudos têm apontado o trabalho em plantão, sobretudo em emergências (CAMPOS, 1999), como fonte de tensão, ansiedade e sofrimento. Campos encontrou uma maior associação positiva entre desgaste e plantão.

Palácios ao cruzar categoria profissional com área de trabalho, encontrou um sofrimento maior entre os médicos que atuavam na emergência (27,8%), em comparação com a frequência encontrada na UTI (16%) e na medicina interna/clínica cirúrgica (13,3%). Isto corrobora o fato da atividade de plantão ser de grande desgaste, pois os serviços de emergência funcionam em sua maioria com médicos plantonistas; poucos possuem em seu quadro médicos que trabalham na rotina (diaristas). Em relação ao trabalho na emergência este pode ser executado em regime de plantão (28,9% de sofrimento) ou rotina (15,7% de sofrimento); este achado confirma o maior desgaste entre os médicos plantonistas. Os médicos da emergência que fazem entre 41 e 60 horas de trabalho semanais (55,6% do total que trabalha na emergência) tiveram 25% de sofrimento (PALÁCIOS, 1993).

Com relação aos médicos referirem um sofrimento maior, quando atuando na emergência, mesmo em relação àqueles que trabalham na UTI, alguns pontos nos indicam a causa desse sofrimento: o objeto de trabalho na emergência é o paciente grave que precisa de cuidados imediatos, às vezes correndo risco de vida e que precisa de alívio rápido para o sofrimento intenso e agudo (“ou morre ou é transferido”). Na emergência o imprevisível é a regra; pode chegar a qualquer momento um paciente com qualquer agravo ou doença, como uma crise de falta de ar, um esfaqueado, um politraumatizado, etc.

Nos serviços de emergência, de uma maneira geral, há um acúmulo de pacientes ambulatoriais devido à demanda reprimida e à precariedade do sistema de saúde. O médico, neste ambiente, corre contra o tempo para atender o maior número de pessoas, lidando com o imprevisto, o inesperado, atendendo pacientes pelos corredores em cima de macas, atuando em condições precárias de material e equipamentos e, às vezes, com deficiência de recursos humanos.

Na emergência a divisão do trabalho ocorre da seguinte forma: ao médico cabe a responsabilidade sobre o paciente; é ele quem prescreve a terapêutica e executa muitos dos procedimentos, seja uma sutura de um ferimento, a reanimação de um paciente que “parou” ou o atendimento do paciente, seja de uma simples gripe ou de casos mais graves, como uma cólica renal ou uma convulsão; o auxiliar de enfermagem executa parte do atendimento prescrito pelo médico, não estando à frente do serviço (PALÁCIOS, 1993). Entre os médicos da emergência existe uma outra divisão do trabalho mais rígida em

função do ritmo de trabalho neste local, que se estabelece com base nas especializações: os cirurgiões quase nunca atendem queixas clínicas e os clínicos não fazem procedimentos cirúrgicos. Outro fator contributivo deste sofrimento apontado por Palácios refere-se à participação na vida do hospital e nas decisões técnicas e administrativas, colocando-se os médicos alheios às mesmas; a emergência funcionaria quase que separada do conjunto hospitalar.

Isto nos remete a algumas conclusões quanto ao processo de trabalho no hospital, pois de acordo com DEJOURS (1992), a insatisfação do trabalhador com o conteúdo das tarefas, que são traduções que MARX (1985) faz da alienação⁶³, se manifesta por um sentimento de indignidade, de sentir-se como um apêndice da máquina devido à imposição das tarefas, da falta de significação do trabalho, da inutilidade dos gestos; de um sentimento de inutilidade pela falta de significação do seu trabalho para o conjunto dos trabalhos da empresa (o hospital) ou para sua família ou para seu grupo social; pelo sentimento de desqualificação, que será maior, quanto mais simples a tarefa. A esse respeito assim se refere Dejours: o sentido da desqualificação não se esgota nos salários, mas trata-se *“da imagem de si que repercute do trabalho, tanto mais honroso se a tarefa é complexa, tanto mais admirada pelos outros se ela exige um know-how, responsabilidade, riscos”*; a vivência depressiva condensa esses sentimentos, sendo o sofrimento uma consequência dessa insatisfação (DEJOURS, 1992: 49). A alienação para Dejours passa também pelo sentido psiquiátrico, de substituição da vontade própria do Sujeito pela do Objeto, onde o trabalhador acaba por confundir seus desejos próprios com a organização institucional.

⁶³ Para MARX (1985) a alienação e o sofrimento andam juntos como resultado da dissociação entre atividade e sujeito imposta pelo capital. A alienação aparece na relação real, prática entre os homens; *“o trabalho alienado não é somente a perda de qualquer coisa do mundo interior do operário (‘o operário coloca sua vida no objeto’) que é apropriado pelo proprietário do meios de produção, é também uma alienação da própria atividade, do agir do sujeito, porque, para que o trabalho tome um sentido social, carece então, que o sentido da representação se inverta de alguma maneira: em lugar de ser um meio de expressão do produtor, é o momento onde o sistema, no qual seu trabalho se inscreve, se impõe a ele sob forma de um dispositivo técnico e regulamentar do qual ele torna-se o objeto: ‘a relação do operário com sua própria atividade como atividade estranha que não pertence a ele, é a atividade que é passividade, a força que é impotência, a procriação que é castração, a energia física e intelectual que é dirigida contra ele mesmo, independente dele, e não pertencem a ele’ “.*

Palácios ao analisar o ritmo e a intensidade do trabalho encontrou que 53% dos médicos (63,9% na emergência e 50% fora dela) achavam o tempo insuficiente ou corrido para a realização das tarefas. Nesse grupo o percentual de sofrimento foi de 25% (30,4% na emergência e 23,1% fora dela). A necessidade de descanso após a jornada de trabalho, um aspecto importante para avaliar o desgaste no trabalho e que, segundo Bartoli (1980 apud PALÁCIOS, 1993), é indicativo de medir a intensidade do trabalho através do tempo de “não-trabalho” necessário à recuperação da força do trabalhador, foi referida por 46,4% dos médicos (58,3% na emergência e 43,1% fora dela); nesse grupo, houve 29,9% de sofrimento entre os médicos (38,1% na emergência e 26,8% fora dela). Esses achados reforçam a tese de que a emergência é um dos locais de maior desgaste na prática médica, mais ainda que o trabalho em UTI, que embora lide com pacientes muito graves, existe todo um aparato tecnológico e um certo controle sobre o processo de trabalho, pois não há uma imprevisibilidade tão intensa como aquela observada na emergência, além da não existência de pressões por parte de familiares, de acompanhantes ou mesmo do próprio paciente, que na maioria dos casos encontra-se sob sedação.

Entre os médicos da emergência existe também uma outra divisão do trabalho, mais rígida em função do ritmo de trabalho neste local, que se estabelece com base nas especializações: os cirurgiões quase nunca atendem queixas clínicas e os clínicos não fazem procedimentos cirúrgicos.

Quanto ao conteúdo do trabalho, a maior frequência de sofrimento entre os que trabalham na emergência refere-se ao grupo que respondeu que as tarefas variavam pouco ou variavam dependendo do dia da semana. Isto confirma que o fator repetitividade e monotonia são fontes geradoras de sofrimento (DEJOURS, 1992). Contrariamente, entre os que não trabalham na emergência a maior frequência de sofrimento foi observada no grupo que considerou que suas tarefas variavam muito.

Outro aspecto abordado por Palácios foi quanto ao controle e a participação no planejamento e divisão das atividades. Aqueles que acham inadequada a divisão das tarefas obteve 21,4% de sofrimento (27,8% na emergência e 16,7% fora dela).

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Muitas questões se apresentaram durante o decorrer deste trabalho. Várias inquietações que motivaram esta pesquisa, ainda persistem; outras, se somaram às primeiras.

Esta pesquisa objetivou levantar questões, numa perspectiva crítica ao modelo de investigação da medicina do trabalho e da saúde ocupacional, que permeiam o trabalho e a vida dos médicos. Entende-se que somente resgatando o papel de sujeitos do processo de trabalho, os médicos assumirão o papel de agentes de mudanças e de transformação. As questões levantadas devem ser repensadas pelas entidades de saúde (sindicatos, associações, conselhos) em relação à forma como têm atuado junto a categoria, pois *“a luta pela melhoria das condições de trabalho e, conseqüentemente, pela defesa da saúde no trabalho, não se dá descolada do momento político e da dinâmica do movimento social”* (LACAZ, 1983: 128 – grifos no original).

Um novo olhar e uma nova maneira de agir em saúde também devem ser buscados pelos gestores de saúde, quando da elaboração de políticas de saúde, bem como pelos planejadores e gerenciadores de instituições de saúde públicas e/ou privadas, pois estas questões têm sido um dos nós críticos, entre vários, da relação trabalhador de saúde-usuário (médico-paciente); as conseqüências dos “ruídos” que se dão na intimidade desta relação, refletem no sistema de saúde de uma maneira geral, bem como no estado de saúde dos dois agentes envolvidos nesta relação.

Interessa-nos neste momento caracterizar o desgaste profissional em Goiás, a partir da referida pesquisa da Fiocruz, visando conhecer mais detalhadamente quem são esses médicos “desgastados”, na perspectiva de se pensar num instrumento que permita investigar o processo de trabalho e o processo de desgaste, seguindo o referencial teórico-metodológico aqui apresentado. Esse diagnóstico aqui apresentado tem como objetivo posterior subsidiar pesquisas que investiguem o estado de saúde e doença desta categoria relacionado com o mundo do trabalho. Esta, aliás, foi a grande motivação inicial desta pesquisa, que tomou outros caminhos (a vida toma caminhos nunca imagináveis, mesmo para um pesquisador...), mas que não se encerra aqui. Este é apenas o começo...

Portanto, esta pesquisa não tem a pretensão de ser conclusiva, mas de contribuir para a busca, ou melhor, o aprimoramento de um método de investigação desta categoria profissional; um método de investigar “em ato” o processo de trabalho e o processo saúde-doença. Neste processo de investigação é imprescindível pensar em instrumentos que apreendam a relação entre o trabalho e suas conseqüências na vida destes profissionais e trabalhadores de saúde, utilizando-se de outras metodologias, como a pesquisa qualitativa, incluindo-se o uso de entrevistas, questionários abertos ou semi-estruturados, estudos de caso, investigação participativa ou da utilização de técnicas antropológicas, como a história de vida, entre outros. É necessário pensar um instrumento à luz das considerações teórico-metodológicas gerais, que contenha técnicas de investigação qualitativas e quantitativas, em consonância com a natureza do problema aqui apresentado (LAURELL, 1993). É necessário construir um método de investigação que vise a ação transformadora, onde o trabalho seja assimilado, não como fonte de desgaste, de insatisfação, de sofrimento, de doenças e de mortes, mas como fonte de prazer, de realização, de saúde e de vida.

No decorrer desta pesquisa, chegou-se a pensar em um instrumento que conseguisse “captar” o estado de saúde dos médicos, levando-se em conta o mundo do trabalho. Entretanto, por limites pessoais e independentes de minha vontade, a pesquisa tomou outros rumos, outros caminhos, que extrapolaram meu alcance como pesquisadora iniciante. Este instrumento consolidou-se em um questionário semi-estruturado (ANEXO), que poderia vir a complementar, posteriormente, estudos deste tipo. Chegou-se a fazer contatos com o Conselho Regional de Medicina de Goiás para que o mesmo viesse a ser aplicado, mas a falta de empenho político por parte da direção desta entidade, aliada à estrutura centralizadora e burocrática da mesma, à escassez de recursos financeiros e de tempo, tornaram inviável a aplicação do questionário.

Porém, muito a que se caminhar no estudo do processo de trabalho e o processo saúde-doença e neste processo de investigação é importante a participação dos sujeitos envolvidos, no caso, os médicos, trazendo consigo sua vivência ou subjetividade (LAURELL et al., 1990; LAURELL, 1993).

Deve ser buscado um método de investigação que gere produção de conhecimento para uma ação transformadora e que possibilite apreender um enfoque totalizador das distintas mediações entre o processo de trabalho/processo saúde-doença, utilizando-se de um método dialético, material e psíquico ao mesmo tempo, que tome como categoria central o processo de produção com suas múltiplas determinações, dentro da estrutura econômica, política e social, mas que também não subestime a importância dos aspectos psicológicos e emocionais, como a consciência, a subjetividade e a ação humana. Pensa-se num método que abarque o processo de trabalho como determinante da totalidade vida humana, que considere esta expressando-se não somente no trabalho, mas também na criatividade e na ação histórica dos homens (BERMANN, 1990).

Assim sendo, os médicos, profissionais e trabalhadores de saúde, necessitam assumir seu “*papel de atores, de sujeitos capazes de pensar e de se pensarem, produzindo uma experiência própria, no conjunto das representações da sociedade*” (MENDES & DIAS, 1991: 347). Assumir o papel de ator social é fundamental na construção social de uma nova realidade no trabalho e por um mundo melhor; é necessário recolocar o trabalho em seu devido lugar, dentro da vida, e não como tem acontecido, a vida dentro do trabalho.

O diagnóstico, quanto ao desgaste profissional do médico, é preocupante e, mais alarmante ainda, são os resultados apontados pelas poucas pesquisas na área que investigaram o trabalho médico.

Enfim, esse é o desafio! E os desafios agora são ainda maiores devido às mudanças ocorridas no mundo do trabalho, como a reestruturação produtiva e o avanço do neoliberalismo⁶⁴, pois a exploração dos trabalhadores ainda é mais acentuada e menos visível; no mundo atual, as análises de Marx, longe de serem lembranças de um passado longínquo, continuam muito vivas e esclarecedoras.

E aqui termino, não com um ponto final... A vida segue seu curso e o trabalho continua sendo um elemento essencial às necessidades humanas, sendo ponto central na análise da determinação social do processo saúde-doença.

A vida segue e a luta continua...

⁶⁴ A esse respeito, veja WÜNSCH-FILHO (1998), que analisou as tendências dos acidentes de trabalho no Brasil e sua relação com a reestruturação produtiva.

7. SUMMARY

Starting from some restless experienced in my professional activity, it was seek to study the medical work and the professional weariness. The work was conceived as an analytical category centered on the determination process of the state, and men's health. Operating men's action over nature it self there is also a transformation process over the men.

In the present work the production process is the central element on the heath/disease determination process due to the consumption of the working force, causing the men's weariness. This weariness appears under different forms such as psyquical, suffering, stress psycoossomatical disease, metal disturbs and neurosis.

The preset situation due to the, neoliberalism and its consequences over the wok market as a productive restoration has determined changes that reflects in the medical work market, as wageness, multi-jobs, the low wages and the loss of the status quo and the medical power. The changes affects directly the doctor's work, as the super specializations, technology of the medical care, the loss of the autonomy and creativity, the intensification oh the hours of work, etc. The direct consequences can be observed on the doctor-patient relations, more and more impersonal, and focussed only on the symptoms. This reality is proved by the research "Perfil do Medico no Brasil" (The Brazilian Medical Profile), Machado et al. (1996), allied to the fact that the medical activity weariness itself, due to the nature of work object, expressed on the direct contact with pain, suffering, and death making the medical work a potential disease generator.

The medical work, our investigation object, was also approached looking up on the literature the consequences of the weariness over the morbi-mortality profile of the doctors where depression, stress, alcoholism, drug addiction and suicide are gaining alarming proportions.

A review of the heath-disease/ work has been done. As a complementary task, the professional weariness of the state of Goiás doctor's, using Machado et al. research, the results found were: 83,3% of the professional weariness, mainly in young people, doctors working in shifts, who lives in big cities, acting in the privet sector, bureaucratic activities and receiving low wages. This characterization intends to bring theoretical fudaments, to

provide a methodological instrument, which enables to learn the work process / weariness process. Goiás has been chosen because I lived all my emotional, professional and union experience there.

Some questions, which are part of doctor's life and work, have been raised in critical perspective occupation health and medicine work investigation methods. The need of investigation and intervention methods in the working environment, a method which enables the transforming action through the health workers, putting the medical work on its right place: a part of life, not life as a part of the job.

8. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. ALBORNOZ, S. – *O que é Trabalho*. 6ª Edição. São Paulo, Ed. Brasiliense, 1998. Coleção Primeiros Passos nº171. 103p.
2. ARANHA, M.L.A. & MARTINS, M.H.P. – *Temas de Filosofia*. São Paulo, Ed. Moderna Ltda, 1992. 232p.
3. AROUCA, A.S.S. – *O Dilema Preventivista – contribuição para a compreensão e crítica da Medicina Preventiva*. Campinas, 1975. Tese de doutorado da FCM/UNICAMP (mimeo). 261p.
4. BERMANN, S. - *¿ Fatiga, estrés, desgaste laboral? – Problemas metodológicos en el estudio de las relaciones entre trabajo y salud*. Cuadernos Médico Sociales, 51: 45-51. CESS, Asociación Médica de Rosario. Argentina, marzo, 1990.
5. BRASIL - *1ª Conferência Nacional de Saúde dos Trabalhadores – 8ª Conferência Nacional de Saúde*. Boletim Informativo. Brasília, 1986. 8p.
6. BRASIL - *Lei Orgânica da Saúde*. Lei nº 8.080, de 1990. Brasília, 1990.
7. BRASIL - *Constituição da República Federativa do Brasil*. São Paulo, Imprensa Oficial do Estado S.A. IMESP, 1993. Promulgada em 5 de outubro de 1988. 48p.
8. BRASIL - *Segurança e Medicina do Trabalho*. Lei nº 6.514, de 22 de dezembro de 1977. São Paulo, Ed. Atlas, 1996. 375p.
9. BRASIL - MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA SOCIAL – *Regulamento da Previdência Social (RPS)*. Brasília, 1999. Decreto nº 3.048, de 06 de maio de 1999 –DOU 1 de 07.05.99 (com republicação em 12.05.99 e retificações em 18 e 21.06.99). 88p.
10. BREILH, Jaime – *Fundamentos teóricos y metodológicos para la investigación de salud y trabajo*. In: Nuevos conceptos y técnicas de investigación.. Quito,

- Ed. CEAS, 1994. Série “Epidemiologia Crítica”/ Epidemiologia del Trabajo, nº 03. Centro de Estudios y Asesoría en Salud. p. 83-106.
11. CAMPOS, G.W.S. – *Os Médicos e a Política de Saúde*. São Paulo, Ed. Hucitec, 1988. 214p.
 12. _____ – *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. São Paulo, Ed. Hucitec, 1997. p. 229-266.
 13. _____ - *O Anti-Taylor: sobre a invenção de um Método para Co-governar Instituições de Saúde produzindo liberdade e compromisso*. Campinas, jun/nov, 1997 (mimeo). p.1-22.
 14. _____ - *Anti-Taylor: Teoria e Métodos para praxis em Instituições*. Campinas, 1998. Resumo Tese de Livre-docência do DMPS/FCM/UNICAMP (mimeo). p.1-57.
 15. _____ - *Um método para análise e co-gestão de coletivos – a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em Instituições: O Método da Roda*. Campinas, maio/ 2000. Tese de Livre-docência em Planejamento e Administração em Serviços de Saúde apresentada no DMPS/FCM/UNICAMP (mimeo). 303p.
 16. CAMPOS, M.R. – *Percepção do Desgaste Médico: um estudo multivariado*. Rio de Janeiro, 1999. Tese de mestrado do IMS/UERJ (mimeo). 58p.
 17. CARVALHO, M.M.B. – *O Professor – um profissional. Sua saúde e a educação em saúde na escola*. São Paulo, 1995. Tese de doutorado da FSP/USP (mimeo). 186p.
 18. COHN, A. & MARSIGLIA, R.G. - *Processo e Organização do Trabalho*. In: ROCHA, L.E.; RIGOTO, R.M. & BUSCHINELLI, J.T.P.(orgs.). Isto É Trabalho de Gente? Vida, Doença e Trabalho no Brasil. São Paulo-Petrópolis: Vozes, 1994. p.56-75.
 19. DEJOURS, C. – *Por um novo conceito de saúde*. Revista de Saúde Ocupacional, v.14, nº 54,: 7-11. Abr/maio/jun, 1986.

20. _____ - *A Loucura do Trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho*. 5ª edição. São Paulo, Cortez/Oboré, 1992. 168p.
21. DOLL, R. – *Mortality from lung cancer in asbestos workers*. Brit. J. Industr. Med., 12: 81–86. England, 1955.
22. DONNANGELO, M.C.F. – *O Médico e o Mercado de Trabalho*. São Paulo, 1972. Tese de doutorado do Departamento de Medicina Preventiva da FM/USP (mimeo). 216p.
23. DONNANGELO, M.C.F. & PEREIRA, L. - *Saúde e Sociedade*. 2ª Edição. São Paulo, Livraria Duas Cidades, 1979. 124p.
24. FACCHINI, L.A. – *Por que a doença? A inferência causal e os marcos teóricos de análise*. In: ROCHA, L.E.; RIGOTTO, R.M. & BUSCHINELLI, J.T.P. (orgs.). Isto é Trabalho de Gente? Vida, Doença e Trabalho no Brasil. São Paulo, Ed. Petrópolis-Vozes, 1994. p. 33-55.
25. _____ - *Uma contribuição da Epidemiologia: o modelo da determinação social aplicado à Saúde do Trabalhador*. In: ROCHA, L.E.; RIGOTTO, R.M. & BUSCHINELLI, J.T.P. (orgs.). Isto é Trabalho de Gente? Vida, Doença e Trabalho no Brasil. São Paulo, Ed. Petrópolis-Vozes, 1994. p. 178-186.
26. FERREIRA, A.B.H. – *Dicionário da Língua Portuguesa*. 3ª Edição, 11ª impressão. Rio de Janeiro, Ed. Nova Fronteira, 1993. 541p.
27. FERREIRA, L.L. – *Trabalho em Turnos: temas para discussão*. Revista Brasileira de Saúde Ocupacional, 58 (15): 27-32. Abr/maio/jun, 1987.
28. FRANCO, A.R. – *Estudo preliminar das repercussões do processo de trabalho sobre a saúde dos trabalhadores de um Hospital Geral*. Ribeirão Preto, 1981. Tese de pós-graduação da FM de Ribeirão Preto/USP (mimeo). 214p.

29. FUNDACENTRO – *OIT atualiza Lista Internacional de Doenças Profissionais*. Fundacentro Atualidades em Prevenção de Acidentes, Vol. 22 (258): 4– 11. São Paulo, 1991.
30. GARCIA, Juan C. - *La categoria trabajo en la medicina*. Cuadernos Médico Sociales – Centro de estudos sanitários y sociales. Ass. Médica de Rosario/Argentina, nº23, marzo, 1983. p. 5-17.
31. GEWEHR, P.M. & BINSENG, W. - *Prevenção de riscos elétricos no ambiente médico-hospitalar*. Revista Brasileira de Saúde Ocupacional, nº 54 (14): 22-30. Abr/maio/jun, 1986.
32. GONÇALVES, R.B.M. – *Medicina e História – Raízes sociais do Trabalho Médico*. São Paulo, 1979. Tese de mestrado da FM/USP (mimeo). 209p.
33. _____ – *Tecnologia e Organização social das práticas de saúde: características tecnológicas do processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo*. São Paulo, 1986. Tese de doutoramento da FM/USP (mimeo). 399p.
34. GORTER, R.C.; ALBRECHT, G.; HOOGSTRATEN, J. & EIJKMAN, M.A.J. – *Professional burnout among Dutch dentists*. Community Dent Oral Epidemiol., 27: 109-116. Denmark, 1999.
35. GRAMSCI, Antônio - *Concepção Dialética da História*. 2ª Edição. Rio de Janeiro, Civilização Brasileira, 1978. 341p.
36. JORNAL DO CREMESP - *Órgão Informativo do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo*. Ano XX, nº 153. São Paulo, maio/ 2000. p. 8-10.
37. JORNAL DO DIESAT – *Órgão Informativo do Departamento Intersindical de Estudos e Pesquisas de Saúde e dos Ambientes de Trabalho*. Trabalho & Saúde. Ano V, 6: 2. São Paulo, jan/mar, 1985.

38. _____ - *Órgão Informativo do Departamento Intersindical de Estudos e Pesquisas de Saúde e dos Ambientes de Trabalho*. Trabalho & Saúde. Ano V, 8: 3-4. São Paulo, jul/ago, 1985.
39. _____ – *Órgão Informativo do Departamento Intersindical de Estudos e Pesquisas de Saúde e dos Ambientes de Trabalho*. Trabalho & Saúde. Ano VII, 17: 2-4. São Paulo, jul/dez, 1987.
40. _____ – *Órgão Informativo do Departamento Intersindical de Estudos e Pesquisas de Saúde e dos Ambientes de Trabalho*. Trabalho & Saúde. Ano VII, 20: 12. São Paulo, jun/ago, 1988.
41. LACAZ, F.A.C. – *Saúde no Trabalho*. São Paulo, 1983. Tese de mestrado da FM/USP (mimeo). 131p.
42. _____ - *Relatório do seminário: 'Atividades de Saúde Ocupacional na Rede de Serviços de Saúde'* (SP, 30/03/1984). In: *Saúde do Trabalhador: um estudo sobre as formações discursivas da Academia, dos Serviços e do Movimento Sindical*. Tese de doutorado da FCM/UNICAMP (mimeo). São Paulo, 1996. 278p.
43. LAFARGUE, P. – *O Direito à Preguiça*. São Paulo, Ed. Hucitec/Unesp, 1999. 131p.
44. LAURELL, A.C. – *Processo de Trabalho e Saúde*. Revista Saúde em Debate, 11: 8-22, 1981.
45. _____ - *El estudio social del proceso salud-enfermedad en América Latina*. Cuadernos Médico Sociales, 37: 3-18. CESS (Centro de Estudos Sanitários e Sociais), Asociacion Médica de Rosário. Argentina, sep, 1986.
46. _____ – *Trabajo y Salud: estado del conocimiento*. In: FRANCO, S.; NUNES, E.D.; BREILH, J. & LAURELL, A.C. (orgs.). Debates en Medicina Social, Série Recursos Humanos, 92: 250-261. Washington, Organización Panamericana de la Salud (OPAS), 1991.
47. _____ - *La construcción teórico-metodológica de la investigación sobre la salud de los trabajadores*. In: LAURELL, A.C. (org.). Para la investigación sobre la salud de los trabajadores. Washington, OPAS, 1993. p.13-35.

48. LAURELL, A.C. & NORIEGA, M. – *Processo de Produção e Saúde – Trabalho e desgaste operário*. São Paulo, Ed. Hucitec, 1989. p.61-98.
49. LAURELL, A.C.; NORIEGA, M.; LÓPEZ, O. & RÍOS, V. – *La experiencia obrera como fuente de conocimiento – Confrontación de resultados de la encuesta colectiva e individual*. Cuadernos Médico Sociales, 51: 5-26. CESS, Asociacion Médica de Rosário. Argentina, mar, 1990.
50. LAURELL, A.C.; NORIEGA, M.; ARELLANO, O.L. & ALCÁNTARA, S.M. *El Trabajo como determinante de la Enfermedad*. Cuadernos Médico Sociales, 56: 17-33. CESS, Asociacion Médica de Rosário. Argentina, Jun, 1991.
51. MACHADO, M.H. & LEITE, I.B. – *La médica y el mercado de Trabajo*. Cuadernos Médico Sociales, 35: 25-33. CESS, Asociacion Médica de Rosário. Argentina, mar, 1986.
52. MACHADO, M.H. (org.) – *Profissões de Saúde: uma abordagem sociológica*. Rio de Janeiro, Ed. FIOCRUZ, 1995. 193p.
53. MACHADO, M.H. (coord.); ÁVILA, C.; BRAGA, M.; CAMPOS, M.; LOZANA, J.A.; OLIVEIRA, E.; PEREIRA, S.; PINTO, L.F.; REGO, S.; SERTÃ, F.; TEIXEIRA, M. & VIEIRA, M. - *Perfil dos Médicos no Brasil – relatório final: Médicos em números*. Volumes I e XII. Rio de Janeiro, Ed. Fiocruz, 1996. FIOCRUZ/CFM-MS/PNUD.
54. MACHADO, M.H. (coord.); BARCELLOS, E.R.; BRAGA, M.L.S.; CAMPOS, M.; LOZANA, J.A.; OLIVEIRA, E. S.; PEREIRA, S. R.; PINTO, L.F.; REGO, S. & SERTÃ, F. - *Os Médicos no Brasil – um retrato da realidade*. Rio de Janeiro, Ed. Fiocruz, 1997. 244p.
55. MARX, K. – *O Capital – Crítica da Economia Política*. Volume I. São Paulo, Ed. Abril S.A./ Nova Cultural, 1985. 301p.
56. MELEIRO, A.M.A.S. - *O Médico como paciente*. São Paulo, Lemos-Editorial, 1999. 271p.

57. MENDES, R. – *Medicina do Trabalho/Doenças Profissionais*. Ed. Sarvier, São Paulo, 1980. p. 3-43.
58. _____ – *O Impacto dos efeitos da ocupação sobre a saúde de Trabalhadores. I. Morbidade..* Revista Saúde Pública, São Paulo, 22 (4): 311-26, 1988.
59. _____ - *O Impacto dos efeitos da ocupação sobre a saúde de Trabalhadores. II. Mortalidade.* Revista Saúde Pública, São Paulo, 22 (5): 441 – 57, 1988.
60. MENDES, R. & DIAS, E.C. - *Da Medicina do trabalho à Saúde do trabalhador.* Revista Saúde Pública, São Paulo, 25(5): 341-349, 1991.
61. MERHY, E.E. - Em busca do tempo perdido: a micropolítica do Trabalho *Vivo em Saúde*. In: MERHY, E.E. & ONOCKO, R. (orgs.). Agir em Saúde. São Paulo, Ed. Hucitec, 1997. p. 71-112.
62. _____ – *O SUS e um dos seus dilemas: mudar a gestão e a lógica do Processo de Trabalho em Saúde (um ensaio sobre a micropolítica do trabalho vivo)*. In: TEIXEIRA, S.F. (org.). Democracia e Saúde. São Paulo, CEBES/LEMOS, 1998. p.1-27.
63. _____ - *Reflexões sobre as tecnologias não materiais em saúde e a reestruturação produtiva do setor: um estudo sobre a micropolítica do trabalho vivo*. Campinas, 2000. Tese de Livre-Docência do DMPS/FCM/UNICAMP (mimeo). 221p.
64. MIRANDA, C.R. & DIAS, C.R. - *Trios elétricos e efeitos – A perda auditiva induzida pelo ruído em trabalhadores de bandas musicais da Bahia.* Revista Proteção. São Paulo, fev, 1998. p. 52 – 60.
65. MOREIRA, M.S. – *A Síndrome do “Stress”*. Jornal Brasileiro de Medicina. 48 (4): 19-32, abr, 1985.
66. NAVARRO, V. – *The Labor process and Health: a historical materialist interpretation.* International Journal of Health Services, v. 12, nº1, 1982. p. 5-29.

67. NORIEGA, M. - *Organización laboral, Exigencias y Enfermedad*. In: *Para la investigación sobre la salud de los trabajadores*. Organización Panamericana de la Salud, 1993. p. 167-187.
68. NUNES, E.D. – *Brasil: relação médico-paciente e suas determinações sociais*. Educación Médica y Salud, 22 (2): 153-168, 1988. p. 153-167.
69. PALÁCIOS, M. - *Trabalho Hospitalar e Saúde Mental – O caso de um Hospital Geral e Público no Município do Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro, 1993. Tese de Mestrado em Saúde Coletiva do Centro Biomédico do Instituto de Medicina Social/UERJ (mimeo). 111p.
70. PERES, P.R.; GALVÃO, A.J.G.; ALVAR, M.V.Q.; RANGEL, F.M. & DI GREGÓRIO, V. – *Direitos do Médico*. São Paulo, Publisher Brasil Editora/ Sindicato dos Médicos de São Paulo, 1995. 207p.
71. PITTA, A. - *Hospital – Dor e Morte como ofício*. 4ª Edição. São Paulo, Ed. Hucitec, 1999. 198p.
72. REGO, R.A. – *Trabalho e Saúde: Contribuição para uma Abordagem Abrangente*. São Paulo, 1987. Tese de Mestrado da Faculdade de Medicina/USP (mimeo). 205p.
73. REVISTA DA UNIMED – “*Médicos são mesmo maus pacientes?*”. Ano XI, Edição 60. São Paulo, set, 1998. p. 6-10.
74. RIBEIRO, R.B. – *A Fadiga Médica: suas causas e conseqüências*. Rio de Janeiro, 1989. Tese de pós-graduação em Administração Hospitalar/PUC-RJ (mimeo). 119p.
75. SANTOS, T. - *Conceito de Classes Sociais*. 2ª Edição. Petrópolis, Ed. Vozes, 1983. 81p.
76. SANTOS, M.L. – *O Trabalho dos “Anjos de Branco”:* um estudo em hospital geral público. Tese de mestrado da COPPE/UERJ (mimeo). Rio de Janeiro, 1995. 213p.

77. TENÓRIO, L.R. – *A Saúde do Médico*. Rio de Janeiro, 1992. Relatório do Departamento de Segurança e Saúde no Trabalho - DESSAÚDE/UERJ (mimeo). 5p.
78. _____ – *Uso de drogas por Médicos*. Rio de Janeiro, 1994. Relatório do Departamento de Segurança e Saúde no Trabalho - DESSAÚDE/UERJ (mimeo). 2p.
79. TENÓRIO, L.R. & BATISTA, A.M. – *Perfil de Morbidade e Mortalidade dos Profissionais de Saúde do HUPE/UERJ de 1986 a 1990*. Rio de Janeiro, ago/1991. Relatório da Divisão de Saúde Ocupacional do HUPE/UERJ (mimeo). 24p.
80. TENÓRIO, L.R. & JORDANO, A.F. – *A Saúde do Trabalhador de Saúde*. Rio de Janeiro, ago/1991. Relatório da Divisão de Saúde Ocupacional do HUPE/UERJ (mimeo). 17p.
81. TENÓRIO, L.R. & TANCREDI, M.L. – *Riscos Ocupacionais no ambiente hospitalar*. Rio de Janeiro, 1999. Relatório da Divisão de Saúde Ocupacional do HUPE/UERJ (mimeo). 59p.
82. WAKAMATSU, C.T.; SUPINO, E.; BUSCHINELLI, J.T.P.; LEIFERT, R.M.C. & SOTO, J.M.O.G – *Riscos de insalubridade para o pessoal de hospital*. Revista Brasileira de Saúde Ocupacioanal, 53 (14): 52-60, jan/fev/mar, 1986.
83. WÜNSCH-FILHO, V.; MAGALDI, C.; NAKAO, N. & MONCAU, J.E.C. – *Trabalho industrial e câncer de pulmão*. Revista Saúde Pública, 29 (3): 166-176, 1995.
84. WÜNSCH-FILHO, V. – *Reestruturação produtiva e acidentes de trabalho no Brasil*. São Paulo, 1998. Texto do Departamento de Epidemiologia, FSP/USP (mimeo). 21p.

9. LEITURAS COMPLEMENTARES

Leituras Complementares

1. ANDRADE, A.G.; QUEIROZ, S. & VILLABOIM, R.C.M. – *Uso de álcool e Drogas em estudantes de medicina do estado de São Paulo. Ponto e Vírgula – Boletim FMUSP/CEDEM*. n°39: 2-4. São Paulo, abril, 1997.
2. ECO, Umberto – *Como se faz uma tese*. 12ª Edição. São Paulo, Ed. Perspectiva, 1995. 170p.
3. HERANI, M.L.G. – *Normas para a apresentação de Dissertações e Teses*. São Paulo, BIREME, 1990 (mimeo). 45p.
4. MELEIRO, A.M.A.S. - *Médicos Rebeldes*. Entrevista à *Revista Isto É*, São Paulo, 17/11/99. p.7-11.
5. REY, L. – “*Como redigir Trabalhos Científicos*”. São Paulo, Ed. Edgard Blücher Ltda., 1976. 128p.
6. SELIGMANN-SILVA, E. - *Desgaste Mental no Trabalho Dominado*. Cortez Editora/ UFRJ Editora. 322p.
7. SEVERINO, A.J. – *Metodologia do Trabalho Científico*. 21ª Edição. São Paulo, Cortez Editora, 2000. 279p.
8. SILVA, A.M.A.; SOUZA, C.B.; MARINI, D.; BORGES, L.H.; RAHMÉ, M. & MESQUITA, M.E. – *Prevalência do uso do álcool, cigarro e maconha nos alunos da FMUSP. Arq. Coord. Saúde Mental E.S.P.*, XLV: 134-145, jan./dez, 1985.

10. ANEXO

**QUESTIONÁRIO SOBRE PROCESSO DE TRABALHO DO MÉDICO E AS
REPERCUSSÕES SOBRE O PROCESSO SAÚDE-DOENÇA**

1) Identificação – número:

1.1) Idade:

1.2) Sexo: () 1.masculino () 2.feminino

1.3) Estado civil: () 1.solteiro () 2.casado () 3.viúvo

() 4.separado, divorciado, desquitado () 5.amasiado

1.4) Raça: () 1.branco () 2.negro () 3.pardo () 4.amarelo () 5.índio

1.5) Nacionalidade:

1.6) Naturalidade:

1.7) Procedência:

1.8) Religião:

2) Formação Profissional:

2.1) Em qual universidade formou-se? -----

2.2) Há quanto tempo formou-se? -----(anos/meses)

2.3) Possui alguma especialidade e/ou residência médica? () 1.sim () 2.não

Preencher somente em caso de resposta afirmativa:

2.3.1) Qual a principal especialidade e/ou residência de atuação?-----

2.3.2) Cite outra(s) especialidade(s) e/ou residência(s) de atuação:-----

2.4) Área principal de atuação: () 1.clínica () 2.cirúrgica () 3.administrativa
() 4.apoio diagnóstico

3) Atividade Profissional:

3.1) Em qual cidade trabalha em Goiás? () 1.capital () 2.interior () 3.em ambos

3.2) Trabalha em outro estado e/ou distrito federal? () 1.sim () 2.não

Preencher somente em caso de resposta afirmativa:

3.2.1) Cite outro(s) estado(s) e/ou distrito da União em que trabalha: -----

3.3) Quantos dias de trabalho por semana com a medicina? -----

3.4) Qual o total de horas trabalhadas por dia com a medicina? -----

3.5) Qual a média semanal de horas trabalhadas com a medicina? -----

3.6) Qual a renda média mensal com a medicina? -----

3.7) Possui outras atividades de trabalho (excetuando a medicina)? () 1.sim () 2.não

Preencher somente em caso de resposta afirmativa:

3.7.1) Cite outra(s) atividade(s) de trabalho: -----

3.7.2) Qual a renda média mensal nesta(s) atividade(s)? -----

4) Trabalho Médico:

4.1) Qual sua situação profissional atual? () 1.ativo () 2.inativo

Preencher somente se inativo na profissão médica:

4.1.1) Qual o motivo? () 1.aposentado () 2.desempregado
() 3.mudou de profissão () 4.afastamento temporário

4.1.2) Se aposentado, qual o motivo? () 1.por tempo de serviço () 2.por doença

4.1.2.1) Se aposentado por doença(s), qual(is)? -----

4.1.2.2) A doença(s) em questão tem alguma relação com seu trabalho?

() 1.sim () 2.não

4.1.2.3) Em caso afirmativo, explique: -----

4.1.3) Se afastado temporariamente da profissão, qual o motivo? -----

4.1.3.1) Em caso de doença(s), cite-a(s):-----

4.1.3.2) A doença(s) em questão tem alguma relação com seu trabalho?

() 1.sim () 2.não

4.1.3.3) Em caso afirmativo, explique: -----

4.2) Trabalha no setor: () 1.público () 2.privado () 3.ambos

4.3) Trabalha como profissional: () 1.assalariado () 2.proprietário/empresário

() 3.autônomo () 4. liberal () 4.misto

4.4) Em que tipo de unidade trabalha?

() 1.hospital () 2.clínica () 3.centro de saúde () 4.outro () 5.misto

4.4.1) Se marcou “outro”, especificar: -----

4.5) Trabalha em: () 1.ambulatório () 2.emergência/urgência/PS

() 3.enfermaria () 4.maternidade () 5.UTI

() 6.atividade administrativa/diretoria/chefia

() 7.apoio diagnóstico

() 8.docência () 9.saúde pública/sanitarista () 10.outro(s)

4.5.1) Se outro, especificar: -----

4.6) Trabalha em plantão? () 1.sim () 2.não

Preencher somente em caso de resposta afirmativa:

4.6.1) Indique em qual turno realiza o plantão:

() 1.diurno () 2.noturno () 3.nos dois turnos

4.6.2) Qual o número de horas trabalhadas por plantão? -----

4.6.3) Qual a frequência de plantão(ões) por semana? -----

4.6.4) Qual a frequência de plantão(ões) por mês? -----

4.7) Costuma tirar férias? () 1.sim () 2.não

Preencher somente em caso de resposta afirmativa:

4.7.1) Com que frequência tira férias? -----

4.7.2) Gozou de férias no último 12 (doze) meses? () 1. sim () 2. não

Preencher somente em caso de resposta negativa:

4.7.3) Qual(is) o(s) motivo(s) de não se gozar férias? -----

4.8) Costuma viajar nos feriados ou fins de semana? () 1. sim () 2. não

4.8.1) Em caso de resposta afirmativa, com que frequência? -----

4.8.2) Em caso de resposta negativa, qual(is) o(s) motivo(s)? -----

4.9) Em sua opinião, qual(is) a(s) vantagem(ens) da profissão médica? -----

4.10) Em sua opinião, qual(is) a(s) desvantagem(ens) da profissão médica? -----

4.11) Como se sente no seu trabalho? -----

5) Atividades diárias:

5.1) Possui horário fixo para refeições? () 1. sim () 2. não

Preencher somente em caso de resposta negativa:

5.1.1) Qual(is) o(s) motivo(s)? -----

5.2) Dorme em média quantas horas por noite? -----

5.3) Possui problema de insônia? ()1.sim ()2.não

Preencher somente em caso de resposta afirmativa:

5.3.1) A que atribui os motivos de sua insônia? -----

5.3.2) Utiliza alguma medicação para insônia? ()1.sim ()2.não

5.4) Prática algum esporte e/ou atividade física? ()1.sim ()2.não

Preencher somente em caso de resposta afirmativa:

5.4.1) Que tipo de esporte e/ou atividade física? -----

5.4.2) Qual a frequência por semana? -----

Preencher somente em caso de resposta negativa:

5.4.3) Qual(is) o(s) motivo(s) da não prática de atividade física? -----

5.5) Participa de alguma atividade de lazer? ()1.sim ()2.não

Preencher somente em caso de resposta afirmativa:

5.5.1) Qual(is) tipo(s) de lazer? -----

5.6) Possui algum tipo de *hobby*? ()1.sim ()2.não

Preencher somente em caso de resposta afirmativa:

5.6.1) Qual(is) tipo(s) de *hobby*? -----

6) Estado de Saúde:

6.1) Teve algum problema de saúde (doença física e/ou mental) e/ou internação nos últimos doze meses? ()1.sim ()2.não

Preencher em caso de resposta afirmativa:

6.1.1) Especifique que tipo de problema de saúde teve ou tem: -----

6.1.2) Quando ficou doente, o que fez? Marque um dos itens abaixo:

() 1. Automedicou-se

() 2. Procurou outro colega médico e/ou serviço especializado

() 3. Não fez nada

() 4. Outra alternativa, especifique: -----

6.2) Utiliza algum medicamento e/ou psicotrópico? () 1.sim () 2.não

6.2.1) Se sim, qual? -----

6.2.2) Por qual(is) motivo(s)? -----

6.3) Tem alguma doença que atribui desencadear-se ou agravar-se pelo trabalho?

() 1.sim () 2.não

Preencher somente em caso de resposta afirmativa:

6.3.1) Se sim, de que tipo? -----

6.3.2) Procurou algum Serviço de Saúde do Trabalhador? () 1.sim () 2.não

6.3.3) Se não procurou algum Serviço de Saúde do Trabalhador, qual(is) o(s) motivo(s)? -----

6.4) Já sofreu algum acidente de trabalho? () 1.sim () 2.não

Preencher somente em caso de resposta afirmativa:

6.4.1) Se sim, de que tipo? -----

6.4.2) O acidente foi notificado? () 1.sim () 2.não

6.4.3) Se sim, foi tomada alguma medida de segurança? Qual(is) -----

6.4.4) Se não foi notificado, qual(is) o(s) motivo(s)? -----

6.4.5) Procurou algum serviço especializado? ()1.sim ()2.não

6.4.6) Se sim, qual? -----

6.4.7) Se não, qual(is) o(s) motivo(s)? -----

6.5) Utiliza algum equipamento de proteção individual ou coletiva no ambiente de trabalho? ()1.sim ()2.não

6.5.1) Se sim, qual(is)? -----

6.5.2) Se não, qual(is) o(s) motivos(s)? -----

6.6) Quanto ao uso de bebida alcoólica, marque uma das alternativas abaixo:

- ()1.nenhum uso nos últimos doze meses
- ()2.uso esporádico, social, sem repercussão no estado físico e psíquico
- ()3.uso habitual com repercussão leve no estado físico e psíquico
- ()4.dependência com repercussão no estado físico e psíquico

6.7) Quanto ao consumo de cigarro, marque uma das alternativas abaixo:

- ()1.nenhum uso nos últimos doze meses
- ()2.uso esporádico, social, sem repercussão no estado físico e psíquico
- ()3.uso habitual com repercussão no estado físico e psíquico
- ()4.dependência com repercussão no estado físico e psíquico

6.8) Quanto ao uso de outras drogas não medicamentosas, marque uma das alternativas abaixo:

- 1. Nenhum uso nos últimos doze meses
- 2.uso esporádico, social, sem repercussão no estado físico e psíquico
- 3.uso habitual com repercussão leve no estado físico e psíquico
- 4.dependência com repercussão no estado físico e psíquico

6.9) Se utiliza algum tipo de droga não medicamentosa, qual(is) utiliza? -----

6.10) Assinale com um “X” o quadrado que melhor corresponde à sua opinião, cuja sequência é:

1=MUITO 2=MODERADO 3=POUCO 4= NADA

1 2 3 4

6.10.1)Você se sente satisfeito em relação ao seu trabalho? () () () ()

6.10.2)Você se sente ansioso em relação ao seu trabalho? () () () ()

6.10.3)Você se sente deprimido em relação ao seu trabalho? () () () ()

6.10.4)Você se sente motivado em relação ao seu trabalho? () () () ()

6.10.5)Você se sente estressado em relação ao seu trabalho? () () () ()

6.10.6)Você sente fadiga no trabalho? () () () ()

6.10.7)Você se irrita durante o trabalho? () () () ()

6.10.8)Você sente desgaste no exercício profissional? () () () ()

6.11) Caso sinta desgaste no exercício profissional, a que você atribui? -----

6.12)Comentários ou considerações, caso deseje fazer: -----

