

Artigo de Revisão

A MEDICINA COMO PROFISSÃO: REFLETINDO O TRABALHO DO MÉDICO

Juliana de Freitas Vasconcelos (1)
Túlio Sugette de Aguiar (2)
Maria Geórgia de Oliveira Gonçalves (3)
Daniel Reis Melo (4)
Raissa Araújo Rolim (5)

Resumo

Doença e saúde são condições relacionadas, tanto às condições de vida das pessoas, quanto à forma como trabalham e em que condições essa atividade laboral acontece. No caso dos médicos e dos profissionais de saúde de uma maneira geral, torna-se imprescindível uma interação positiva destes profissionais com o seu ambiente ocupacional, de forma a que esta seja uma experiência gratificante e realizadora. Neste aspecto, o ambiente e as condições de realização do serviço, desempenham um papel importante na determinação da qualidade do relacionamento da pessoa com o seu trabalho, o que vai implicar diretamente no seu Bem-Estar. As condições de trabalho têm sido deterioradas, havendo uma grande insatisfação com a remuneração recebida através do trabalho médico. 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 por conta da burocracia, das jornadas exaustivas de trabalho, das quantidades de consultas e atos e procedimentos terapêuticos exigidos. Nesta perspectiva, este estudo trata de refletir questões relacionadas a dimensão laboral do médico, tentando conhecer até que ponto a exposição ao estresse laboral afeta o auto-cuidado desses profissionais e, conseqüentemente o seu Bem-estar subjetivo.

Palavras-Chave: Bem-Estar Subjetivo, Estresse Laboral, Trabalho Médico

Introdução

A saúde e a doença são dimensões intimamente relacionadas com as condições de vida e de trabalho das pessoas. Algumas categorias laborais, grupos e classes sociais, portanto, não adoecem e morrem a partir de causas idênticas, pois não vivem e trabalham em condições idênticas. Como previsto na Lei 8080/90, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, esta tem como fatores determinantes e condicionantes, dentre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso a bens e serviços essenciais.

A definição clássica de saúde dada pela Organização Mundial de Saúde – OMS é que saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social e, não apenas a ausência de enfermidade (OMS, 1960). Trata-se de uma definição que dá um conceito positivo de saúde, considerando-a um estado suscetível a graduações, no sentido de admitir a possibilidade de se ter mais ou menos saúde, sem necessariamente, estar doente.

Esta definição nos leva a refletir que, tanto o bem estar físico e mental quanto o social exigem, para sua obtenção ou manutenção, uma atuação de diversos setores da sociedade organizada. Inclui, além das atividades no campo da saúde, atividades no campo das políticas públicas em âmbito educacional, de seguridade social, de promoção de emprego e renda, dentre outras. Estas são efetuadas, sob o controle e responsabilidade do Estado.

Dessa forma, torna-se relevante estudar a saúde dos profissionais envolvidos com a sua manutenção, especialmente quando partimos de uma concepção de saúde não limitada à dimensão físico-orgânica e passamos a incluir outros aspectos como o contexto sociocultural, onde se reconhece nas pessoas envolvidas além dos aspectos biológicos, a interdependência entre sua subjetividade e sua dinâmica com o ambiente social e econômico em que vivem e trabalham.

Assim, no nosso caso, a preocupação pela pesquisa com profissionais de saúde fundamenta-se na necessidade de produzir conhecimento que possa servir de base para a implementação de políticas que viabilizem uma melhoria nas condições de trabalho dos profissionais e, conseqüentemente na melhoria da saúde da população.

Segundo Vasconcelos (1995), a realização de estudos avaliativos em saúde é extremamente útil, possibilitando o aprimoramento da prestação dos serviços, no sentido de atender, tanto às expectativas dos usuários e prestadores de serviço, bem como fornecer informações relevantes que fundamentem o planejamento de decisões a serem tomadas em relação à melhoria da gestão dos serviços de saúde.

Sobre o Bem-Estar dos Trabalhadores da Saúde

O interesse em discutir o Bem-Estar dos médicos por esta via deve-se ao fato de que atualmente a qualidade dos serviços de saúde ofertados à população tem sido tema de discussões cotidianas travadas não somente pelos profissionais de saúde de todo o país, mas também pelos próprios usuários dos serviços e gestores de uma maneira geral. Ou seja, nota-se uma tendência no Brasil de buscar da qualidade dos serviços públicos de saúde. À medida que os recursos para o setor tornam-se cada vez mais escassos e, por outro lado, as desigualdades sociais aumentam, intensificam-se as necessidades de cuidado e atenção, tornando-se um verdadeiro desafio produzir saúde com qualidade (GIL, SILVA, CAMPOS e BADUY, 2001).

Sabedores somos de que a qualidade exige uma nova mentalidade tanto dos usuários quanto das instituições de saúde, no que diz respeito aos direitos da pessoa humana à autonomia, ao atendimento de qualidade e à saúde. Nesse contexto uma avaliação do Bem-estar dos profissionais envolvidos no processo torna-se importante quando consideramos que a melhoria real no atendimento à saúde passa necessariamente, pelo atendimento das necessidades de melhoria das condições laborais dos profissionais da saúde.

Apesar de haver consenso quanto à necessidade de se fazer avaliações de forma a se produzir serviços de saúde com mais qualidade, estas ainda tem sido um desafio para os pesquisadores. Além das dificuldades técnico-metodológicas (critérios bem definidos, falta ou escassez de recursos financeiros, falta de capacitação profissional) e, político-institucional (presença do descaso ante as dificuldades organizacionais, caráter autoritário dos estudos, ênfase nas diferenças individuais), há ainda a resistência dos próprios profissionais para com a mudança nas suas atuais práticas.

É importante um aprofundamento do olhar na dimensão subjetiva relacionada às práticas de saúde e, as vivências dos trabalhadores do setor, atualizando constantemente a relação entre a saúde, condições de vida e trabalho, dentre outros aspectos próprios do contexto social em que essas práticas se desenvolvem.

No Brasil, com a precariedade de recursos e a situação atual da saúde tem levado os profissionais de saúde a exercerem suas atribuições em ambiente bem diferente do ideal postulado pelo sistema de assistência à saúde vigente. A Psicologia social (BRUNER, 1997; FISKE, 1992) tem dado ênfase na busca de significados presentes na cultura para explicar os fenômenos da natureza humana. Para Bruner, os significados são componentes mediadores da relação do indivíduo com o seu mundo. Dessa forma afirma que, uma psicologia culturalmente sensível,

...é e deve ser baseada, não apenas no que as pessoas realmente fazem, mas no que elas dizem fazer e, no que dizem que as levou a fazer o que fizeram. Diz igualmente respeito ao que as

peças dizem que os outros fizeram e por quê. E, acima de tudo, refere-se ao que as pessoas dizem serem os seus mundos. (BRUNER, 1997. p. 26-27)

Portanto dizer e fazer constituem os significados construídos pelo indivíduo e são causas das ações humanas. Portanto revelar os significados que os profissionais de saúde atribuem ao seu trabalho poderá contribuir para a construção de uma fundamentação científica para a escolha de estratégias de mudanças com o objetivo de melhorar as condições deste, de forma a que este seja percebido pelo trabalhador como adequado ao exercício profissional.

No caso dos médicos e dos profissionais de saúde de uma maneira geral, torna-se imprescindível uma interação positiva destes profissionais com o seu ambiente ocupacional, de forma a que esta seja uma experiência gratificante e realizadora. Neste aspecto, o ambiente e as condições de realização do serviço, desempenham um papel importante na determinação da qualidade do relacionamento da pessoa com o seu trabalho, o que vai implicar diretamente no seu Bem-Estar.

Segundo Maslach e Leiter (1997), é a estrutura e o funcionamento do local de trabalho que tendem a determinar a maneira como as pessoas realizam seu trabalho. Se não há reconhecimento humano da atividade, o risco de desgaste do profissional aumenta, acarretando comprometimento tanto do trabalho quanto da saúde mental do trabalhador.

O trabalho é fundamental para o desenvolvimento psicológico, biológico e social do ser humano. Representa uma via importante de relação e comunicação com a sociedade em que vivemos.

Existe uma relação direta entre o ambiente laboral e o estado de saúde como bem nos aponta Soriano (1983, p.45) “dize-me em que trabalhas e te direi de que adoecerás”.

Os riscos do trabalho são geralmente os acidentes e as enfermidades a que estão expostos os trabalhadores, devido ao ambiente insalubre, características de materiais e instrumentos que se utilizam, bem como as condições de temperatura, ventilação, ruído, contato com agentes químicos ou bacteriológicos presentes no ambiente (FORASTIERI *et al*, 1983).

Outros fatores são mais subjetivos, porém não menos danosos a saúde do trabalhador e, em geral tendem a desencadear ou predispor aos primeiros. Dentre eles podemos citar a insatisfação, o desconforto psicológico e o estresse (BORGES, 2005).

Um passo fundamental na atenção e prevenção da saúde é o reconhecimento da possibilidade da existência da enfermidade frente à declarada presença de um sofrimento, principalmente daqueles que são cuidadores por profissão. É claro que somente a identificação desses fatores por si só não aliviam o padecer, mas trás a possibilidade da

tomada de consciência dos riscos a que estão expostos e de refletir sobre medidas preventivas ou curativas para os mesmos.

Apresentaremos a seguir uma breve panorâmica sobre o trabalho do médico e de como as transformações na sua prática laboral ao longo do tempo impactaram o seu Bem-Estar subjetivo.

O trabalho do Médico e suas implicações sociais

A visão da medicina e do papel do médico que predomina nas sociedades é construída dentro de realidades que se modificam de forma dinâmica, à medida que se ajustam às transformações nos contextos sociais. Segundo Machado (1997), a estrutura econômica determina o lugar e a forma de articulação da medicina e dos médicos como categoria profissional na estrutura social. Portanto, pensar o trabalho do médico é pensar também as circunstâncias em que as relações entre o profissional e seu trabalho se estabelecem com as diferentes estruturas contextuais.

Os médicos, historicamente, sempre possuíram respeitabilidade e grande prestígio social, decorrentes da relação direta com os pacientes e pela forma de trabalho individualizada e autônoma. Um vínculo baseado na confiança, no respeito e no sigilo profissional.

A própria assistência à saúde era uma assistência artesanal, que progressivamente transformou-se num sistema de produção capitalista, em que o trabalho médico passou a ser uma mercadoria socialmente valorizada.

Os médicos passaram a se submeter às regras dessa nova maneira de exercer seu ofício, desenvolvendo suas atividades em serviços públicos e privados. Conseqüentemente submetidos às regras impostas aos demais trabalhadores de qualquer empresa capitalista – instabilidade no emprego, ritmo intenso de trabalho, jornadas de trabalho prolongadas, somadas às particularidades do trabalho médico, como aliviar a dor e o sofrimento, e ter a morte como situação rotineira (MACHADO, 1997; NICS, 1998; PITTA, 1990).

Devemos entender o trabalho, neste estudo como uma atividade humana essencial. O trabalho é um processo de interação entre o homem e a natureza em que o homem, com a sua ação intencional mede, regula e controla seu metabolismo com a natureza. Ao atuar por meio desse movimento, o homem busca modificá-la e, ao fazê-lo, modifica sua própria natureza. Assim, é a intencionalidade o que diferencia o trabalho humano do realizado por outros animais. A existência de uma consciência, de uma liberdade, não apenas a motivação pela sobrevivência (MARX, 1996; GARCIA, 1984).

Garcia (1984) apresenta um modelo de trabalho humano constituído de duas dimensões: uma abstrata ou quantitativa, em que há dispêndio de força de trabalho do homem no sentido fisiológico. Nesse caso, o trabalho humano seria comparado a uma mercadoria. E, uma dimensão concreta ou qualitativa onde a força de trabalho humano, sob forma adequada, seria destinada a um fim e, nessa qualidade de trabalho concreto produziria valor de uso. O trabalho útil, criador de valor de uso, constitui um estímulo que desenvolve as capacidades físicas e mentais do ser humano, passando a ser entendido como fonte de satisfação e prazer. Assim, essas dimensões do trabalho humano devem ser pensadas de forma inseparável.

Se tentarmos compreender o trabalho abstrato sob o ponto de vista capitalista, este seria apropriado pelo capitalista que remuneraria o trabalhador, para que este pudesse recuperar a energia física consumida em sua execução. Cabe aqui a comparação com uma mercadoria. O trabalho neste sentido torna-se um objeto de troca se, o sistema de produção capitalista retira o sentido do trabalho para o trabalhador, gerando alienação do trabalho (GARCIA, 1984). Portanto, alienação é a dissociação entre atividade e sujeito, imposta pelo modo de produção capitalista. O produtor não mais se identifica no produto do seu trabalho, esse se transforma em objeto. É coisificado. O trabalhador passa a identificar sua atividade como estranha, não pertencente a ele.

A prática de trabalho é a transformação de um objeto em outro mediante gasto de trabalho humano, com a utilização de determinados meios e instrumentos. Portanto, possui três componentes básicos: objeto, meios ou instrumentos de trabalho e atividade ou trabalho propriamente dito (PAIM, 1992; SCHRAIBER, 1992).

O objeto do trabalho médico constitui-se no corpo humano em sua composição anatomofisiopsicológica. Este corpo, porém, não é simplesmente, um amontoado de células, de tecidos ou de reações bioquímicas. Trata-se de um corpo humano, que, vivendo em sociedade, é investido de valor (PAIM, 1992; SCHRAIBER, 1992).

Para a efetivação do seu trabalho, há que existir um conjunto de meios que o trabalhador interpõe diretamente entre ele e seu objeto de trabalho, para a realização do trabalho propriamente dito. No caso da medicina, esses meios podem ser tanto instrumentos que produzirão a transformação desejada (bisturi, pinças, agulhas, medicamentos, etc.), como outros mais subjetivos como o conhecimento das patologias, o raciocínio clínico, a identificação dos exames. Há ainda os que não participam diretamente do processo, como o local de trabalho, dinâmica interpessoal entre os colaboradores, mas que são fundamentais ao exercício profissional (PAIM, 1992; SCHRAIBER, 1992).

Portanto, o trabalho propriamente dito caracteriza-se como energia humana (física e emocional) empregada no processo de trabalho. No caso do trabalho médico, o dispêndio físico e intelectual, coloca esse profissional na categoria dos trabalhadores intelectuais, o que tende a implicar numa percepção e consciência de responsabilidade que predispõe ao estresse.

Ao iniciarmos uma reflexão acerca do trabalho médico, torna-se necessário conhecer um pouco acerca das transformações contextuais por que vem passando esta nobre profissão. Alguns autores referem mudanças significativas que ocorreram na organização do trabalho nos últimos anos em consequência do grande desenvolvimento científico-tecnológico. Dessa forma, a organização do trabalho humano passou a vivenciar um modelo de controle e regulação denominado Organização Científica do Trabalho (OCT), que adotou uma metodologia científica em substituição aos métodos empíricos de regulação do trabalho (SCHRAIBER, *et al*, 1994; SCHRAIBER, 1991).

Esse período é identificado por diversos autores como o de consolidação e desenvolvimento de uma forma particular de organizar o trabalho e, particularmente, o trabalho médico. Essa nova forma de organização marca uma etapa do desenvolvimento do capitalismo, impondo um novo padrão de organização do trabalho caracterizado pela produção em massa e pelo consumo (SCHRAIBER, *et al*, 1994; SCHRAIBER, 1991). Esse novo modelo de organização do trabalho impôs ao trabalhador um rigoroso sistema de controle e avaliação de desempenho, baseado em padrões de produtividade individual e coletiva, nem sempre levando em conta as diferenças individuais e peculiaridades e especificidades de cada categoria profissional.

Suas principais características são pautadas: na concentração de recursos de uma mesma organização; na separação entre trabalho intelectual – trabalho daqueles que planejam e, trabalho físico – trabalho daqueles que executam, sendo o controle e a fiscalização das atividades realizadas pelos planejadores; no estímulo à divisão de saberes e práticas nas organizações, estimulando a especialização; na divisão da organização em setores com objetivos comuns e com comando único; e na adequação do trabalhador à tarefa executada, para garantir maior eficiência e produtividade (SCHRAIBER, *et al*, 1994; SCHRAIBER, 1991).

Essa nova forma de organização do trabalho implica tanto na prática como no desenvolvimento da medicina, que, passa a não mais adotar o modelo artesanal, de controle individualizado da própria força de trabalho, para assumir esse novo modelo de racionalizar o trabalho. Dessa forma, adota como paradigmas, o mecanicismo – onde o corpo humano é visto como semelhante a uma máquina; o biologicismo – que reduz o homem a seus

componentes biológicos; o individualismo – que focaliza os aspectos bioquímicos e fisiológicos, em detrimento de aspectos psicológicos, sociais e culturais; a especialização – que promove a fragmentação de saberes e práticas dentro da medicina; a exclusão das práticas alternativas – limitando a prática terapêutica a ações legalmente instituídas; a concentração de força de trabalho em saúde – promovendo a concentração de força de trabalho e equipamentos em um mesmo ambiente, no caso, o hospital; a tecnificação do ato médico - utilização de tecnologias caras e sofisticadas para realização de suas ações; e, a ênfase na medicina curativa – que foca a atenção na doença e não na saúde (SCHRAIBER, 1993; MENDES, 1986).

Sendo possível aplicar a lógica capitalista ao modelo de sistema de saúde, tornou-se também possível gerenciar aqueles que a produzem, no caso, os médicos. Neste caso, o hospital passa ser um espaço de possível implementação desse novo modelo de organização do trabalho médico (SCHRAIBER, 1993; MENDES, 1986; CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 1998).

Essa nova lógica do trabalho médico, e o seu conseqüente re-ordenamento possibilitaram uma predominância da dimensão científico-tecnológica da medicina, que passou a orientar os processos de trabalho atuais, impondo um novo padrão de formação acadêmica, principalmente valorizando a tecnologia e a especialização como mecanismo de aquisição de conhecimentos científicos e integração ao mercado de trabalho (MENDES, 1986; NOVAES, 1990).

Essas transformações da organização do trabalho no Brasil passam a impactar de forma significativa a partir da segunda metade do século 20, quando da instalação de empresas norte-americanas, que implantam e difundem este modelo de organização do trabalho. Nesse período, também se consolidou o sistema previdenciário brasileiro, garantindo assistência médica e farmacêutica aos trabalhadores formalmente regulados pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT). O acesso dos trabalhadores a benefícios sociais, dentre os quais, a assistência médica, diminuiu a força de luta dos trabalhadores por melhorias de condições de trabalho. (MENDES, 1986; NOVAES, 1990; CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 1998).

Por volta da década de 70, devido a perdas significativas de produtividade na economia, principalmente nos Estados Unidos, intensificam-se as lutas trabalhistas por melhores remunerações. Em resposta a essas demandas, eleva-se o preço dos produtos e serviços, gerando uma crescente onda inflacionária (DRUCK, 1999; SCHRAIBER *et al*, 1994).

O investimento em novas tecnologias que gerassem aumento da produtividade propiciou a evolução da robótica, da informática e das comunicações, produzido profundas e favorecendo o desemprego. A amortização da nova crise no trabalho aparece através de benefícios ofertados pelo Estado de bem-estar social, materializados no auxílio-desemprego ou em programas de auxílio social. Novamente o capitalismo mantém o seu padrão de gestão e organização do trabalho e da sociedade, por meio do que se consolidou como uma forma de proteção social. (DRUCK, 1999; SCHRAIBER *et al*, 1994).

Por essa época, as empresas japonesas passaram a propor e difundir internacionalmente, padrões de organização do trabalho baseados na qualidade. Dessa forma, a qualidade e a diferenciação dos produtos tornaram-se fundamentais como novas bases para a competitividade. A utilização de tecnologias modernas, robótica e informática pelo novo modelo de organização do trabalho passam a impactar mais uma vez a sociedade laboral (DRUCK, 1999; SCHRAIBER *et al*, 1994).

Em conseqüência dessas transformações e pela necessidade de investimentos em modernização tecnológica, esgota-se a capacidade de investimentos sociais do Estado, impossibilitando suas ações de amortização da crise social, gerada por novas formas de organização do trabalho, novas tecnologias e competição internacional. Como conseqüência, um aumento do desemprego é inevitável, o que leva os trabalhadores a deslocarem suas reivindicações de aumentos salariais para a manutenção do emprego (DRUCK, 1999; SCHRAIBER *et al*, 1994).

Segundo Druck (1999), nos anos 90, em conseqüência da crise de anos anteriores e, por conta do enfraquecimento das reivindicações dos trabalhadores, o Estado minimiza suas ações de implementação de políticas sociais, o que agrava o desemprego e a exclusão social de trabalhadores assalariados, que só conseguem se incorporar ao sistema produtivo através de formas precárias de contratação.

A nova forma de organização do trabalho baseada no modelo japonês gera um sistema muito hierarquizado e diferenciado entre empresas de portes diferentes, da seguinte maneira: no caso das grandes empresas, estas resguardam maiores possibilidades de estabilidade no emprego, investe no trabalho qualificado, possui remuneração fixa e/ou variável em conformidade com o aumento da produção, a organização do trabalho é baseada na cultura da qualidade total, o que pressupõe a participação dos trabalhadores, envolvendo-os no processo na busca por produtividade e redução de custos. No caso das pequenas e médias empresas, estas tendem a formar uma rede de subcontratação, onde se encontram todos os tipos de trabalho. Em geral, são instáveis e contratam a mão de obra dos seus trabalhadores de maneira

precária. Estes tendem a possuir baixa qualificação profissional e a submeterem-se a condições precárias de trabalho, baixos salários e controle rigoroso para alcançar os padrões de qualidade e produtividade exigidos (DRUCK, 1999).

Como uma das conseqüências para o trabalho médico, esses passaram a sofrer com a redução da remuneração, ampliação das jornadas de trabalho, contratações precárias, controle e fiscalização de sua atividade, perda da autonomia profissional, entre outras transformações, que vêm reduzindo o prestígio da categoria perante a sociedade.

Em relação à fragmentação do conhecimento através da exigência mercadológica por especializações, tem levado a nefastos efeitos, dado que a elevada especialização da medicina acarreta uso de novas tecnologias, o que por sua vez onera e inviabiliza os custos para o consumidor final que é o cliente, afastando-os dos médicos. Por outro lado, o cliente pode passar a não mais aceitar procedimentos mais básicos como a anamnese e a ausculta, por pura insegurança ou desconfiança deste processo.

Além disso, a corrida por especializações tende a afastar os jovens médicos das áreas básicas e levar a perda da credibilidade social (GOULART e CARVALHO, 1998).

O uso abusivo dos recursos tecnológicos tendem a provocar uma dependência do profissional com relação a tais recursos, levando assim a uma gradativa perda da capacidade de raciocínio clínico. Os exames complementares tornaram-se instrumentos de proteção técnica e legal pra uma boa parcela de profissionais médicos (GOULART e CARVALHO, 1998).

Especializar-se passa a ser a solução, não somente para se preservar a autonomia técnica, mas principalmente para a manutenção da credibilidade e prestígio sociais. Compreender profundamente apenas uma parte do conhecimento científico médico acaba sendo, para o profissional médico, uma atitude mais segura, prática e adequada à realidade capitalista, num mundo cada vez mais globalizado, individualizado e competitivo.

Em resumo, ao se adotar o entendimento materialista de determinação da estrutura econômica sobre os demais componentes da sociedade aponta-se as transformações ocorridas na sociedade capitalista e, como conseqüência destas, as transformações verificadas no trabalho médico. De um modelo artesanal, mais autônomo, este se modifica para um modelo onde predomina a perda da autonomia com assalariamento.

Essas transformações na organização do trabalho médico e as novas formas de inserção do médico no mercado de trabalho apontam dificuldades que a categoria médica enfrenta na atualidade e indicam possíveis implicações sobre o ensino médico, que deverá se

adaptar a essa nova situação estrutural. A forma como se organiza o trabalho médico na sociedade impõe ao ensino médico suas próprias leis e funcionamento.

Assim, o ensino médico acaba reforçando esta situação até certo ponto, pois a educação médica tem certa autonomia, que leva à geração de contradições com as demandas surgidas na prática médica.

Se a prática médica impõe a especialização como forma de inserção no mercado de trabalho, isso influencia a formação escolar e o currículo da escola médica, que, em geral, se adaptam a essa situação. Entretanto, dentro dos limites impostos pela realidade, é possível haver criatividade e inovação. Quanto a esta alternativa, deve-se reconhecer uma autonomia relativa da escola médica em propor novos modelos de exercício profissional, atuando de maneira conflitante e dialética, e, assim, transformadora do real.

Estas considerações visam uma reflexão crítica sobre as transformações ocorridas no mundo do trabalho e no trabalho médico em particular, fundamentais para uma compreensão mais acurada da sua realidade laboral. Esta que atualmente se apresenta bastante desfavorável, uma vez que impede o adequado exercício profissional da medicina.

Retomando o raciocínio que norteia o presente sub-tópico, é importante ressaltar que o trabalho médico envolve o contato com a dor, o sofrimento e a morte, o que já é segundo Pitta (1999) uma atividade desgastante em si mesma.

Em pesquisa pioneira realizada no Brasil, na cidade de São Paulo, Donnangelo (1975), já apontava um assalariamento dos médicos, ainda que associado a outras formas de inserção no mercado de trabalho.

Machado *et al.*, (1997) num estudo sobre o perfil dos médicos no Brasil, observou uma realidade preocupante acerca desses profissionais: 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.

Outros estudos (MACHADO, 1997; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1998) demonstraram as principais características desse profissional e de seu mercado de trabalho, onde se destacaram:

– O mercado de trabalho médico com cerca de 350 mil postos de trabalho, em setores público e privado, para um contingente de 183.052 médicos em todo o país. É O estudo observou também que mais de 74,7% destes exercem atividades em consultórios particulares,

o que implica num mercado real de pelo menos 500 mil postos de trabalho. Isso equivale a 2,7 empregos ou atividades por médico;

– Em todas as regiões brasileiras a atividade profissional é predominante em instituições hospitalares, tanto no setor público como no privado;

– No caso dos consultórios particulares, 79,1% dos médicos trabalham com convênios e/ou cooperativas de saúde, sendo significativo que 16,6% dos médicos exerçam essa atividade dentro de estabelecimentos de saúde;

– Uma percentual de 65,9% dos médicos atuam em capitais brasileiras, principalmente nas mais desenvolvidas social e economicamente. Esta concentração contribui para uma relação de 3,28 médicos por mil habitantes nas capitais e 0,53 médicos por mil habitantes no interior;

– Apenas dez especialidades médicas das 65 reconhecidas à época, se sobressaem no mercado de serviços médicos e estas abrangem 62,1% do total dos médicos brasileiros;

– Metade desses profissionais, cerca de 48,9% trabalha em regime de plantão, com maior frequência de plantões de 12 e/ou de 24 horas.

Os resultados apontaram ainda a especialização, a redução da remuneração, a multiplicidade de vínculos empregatícios, a participação crescente de mulheres na categoria médica, a elevada participação de plantões entre as formas de trabalho e, a informalização crescente das relações de trabalho. Estes resultados denotam que o mercado de trabalho do médico no Brasil tem reproduzindo a tendência geral da economia contemporânea de flexibilização da contratação da força de trabalho (MACHADO, 2000).

Estudos mais recentes (CARNEIRO e GOUVEIA, 2004) demonstram dados ainda mais alarmantes. Neste estudo, cerca de 52% dos médicos exercem atividades de plantonistas, modalidade de trabalho cansativa e desgastante, principalmente quando é desenvolvida em ambientes com carência de equipamentos e materiais adequados, pondo em risco a saúde daqueles a quem se pretende socorrer.

Também a remuneração desses profissionais mais uma vez esteve aquém de suas expectativas. O estudo demonstrou que 72% dos médicos possuíam renda mensal individual inferior a U\$ 3.000,00 (três mil dólares) e que 37% U\$2.000,00 (dois mil dólares) ou menos, quando esses mesmos profissionais revelaram que estariam satisfeitos com uma renda mensal de U\$ 4.000,00 (quatro mil dólares). Nota-se pois, a distância salarial pretendida, da realidade dos médicos. Esta situação aliada às outras condições de precariedade no exercício da profissão médica compromete a satisfação com a vida desses profissionais tornando o seu trabalho - que deveria se constituir numa fonte de prazer, em uma fonte de desprazer,

sentimentos de insignificância, inutilidade e impotência, estressores potencialmente devastadores para a saúde e o Bem-Estar subjetivo.

Machado *et al* (1997) observaram que o número de profissionais médicos aumenta 3,8% percentualmente mais que a população brasileira que tem seu índice de crescimento em torno de 1,8% ao ano. Dessa forma um número relativamente grande de profissionais médicos adentra o mercado de trabalho a cada ano, gerando alta competitividade pelo excesso de mão de obra, necessidade cada vez maior de qualificação, problemas de remuneração justa e diminuição do “status e prestígio profissional”, geradores de conflitos.

Conclusão

As condições de trabalho têm sido deterioradas; Observa-se uma grande insatisfação com a remuneração recebida através do trabalho médico. 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 por conta da burocracia, das jornadas exaustivas de trabalho, das quantidades de consultas e atos e procedimentos terapêuticos exigidos.

O dia-a-dia desgastante muitas vezes sem descanso adequado, dormindo mal e alimentando-se mal, trabalhando muito e ganhando pouco, acaba contrastando com a necessidade de atender as representações sociais que se tem desta categoria profissional. Assim o médico precisa ter um consultório bonito, usar roupas elegantes e ter um carro moderno para poder identificar-se com uma elite social.

Este quadro de referência preliminar aponta elementos necessários à compreensão de, como as modificações recentes do trabalho médico, impactam não somente na qualidade de sua produção laboral, mas também trás implicações danosas a sua própria saúde, dentre essas o cansaço, a baixa auto-estima e o desconforto psicológico geradores de estresse.

Referências

BORGES, L. O. (Org.). **Os profissionais de saúde e seu trabalho**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005.

- BRUNER, J. **Actos de significado: para uma psicologia cultural**. Tradução Vanda Prazeres. Lisboa: Edições 70, 1997.
- CARNEIRO, M. B. & GOUVEIA, V.V. (Orgs.). **O médico e o seu trabalho**: Aspectos metodológicos e resultados do Brasil. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2004.
- CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Os Médicos e a Saúde no Brasil**. Brasília,DF: CFM; 1998.
- DONNÂNGELO MCF. Medicina e sociedade. **O médico e o seu mercado de trabalho**. São Paulo: Pioneira; 1975. 10.
- DRUCK MG. **Terceirização: (des)fordizando a fábrica**. Salvador (BA): EDUFBA; 1999.
- DRUCK, M. G. *Terceirização: (des)fordizando a fábrica*. Salvador, BA: EDUFBA, 1999.
- FISKE, S. Thinking is for doing: portraits of social cognition from daguerreotype to laserphoto. **Journal of Personality and social psychology**, v.63, n.6, p.877-89, 1992.
- GIL, C.R.R.; SILVA, A.M.R.; CAMPOS, J.J.B.; BADUY, R.S. Avaliação em saúde. IN: Andrade, S.M.; Soares, D.A.; Júnior, C.L. (Orgs.). **Bases da saúde coletiva**. Londrina: Ed. UEL, 2001. P. 125-132.
- GOULART, FLÁVIO A. A. e CARVALHO, G. C. M.(Orgs.). **Os médicos e a saúde no Brasil**. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 1998.
- GARCIA JC. La categoria trabajo en la medicina. **Cuadernos Médico Sociales**; 1984; 23: 5-17.
- MACHADO MH. **Os Médicos no Brasil**: um retrato da realidade. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1997.
- MARX K. **O capital** – crítica da economia política. v. I. São Paulo: Nova Cultural; 1996. 496p. (Coleção Os economistas)
- NICS LF. **Managed Care**. Médicos HC/FAMUSP. 1998; 1(2): 97-105.
- MASLACH C, LEITER M. **The Truth About Burnout**. New York: Jossey-Bass Publishers, 1997
- MENDES EV. **A evolução histórica da prática médica**. Suas implicações no ensino, na pesquisa e na tecnologia médica. Belo horizonte: PUC-MG/FINEP; 1986.
- PAIM JS. **Marco conceitual para análise da prática médica**. Salvador (BA): FAMED/UFBA; 1992. [Texto didático da disciplina MED-209 - Introdução à Medicina Social do Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da UFBA].
- PITTA A. **Hospital, dor e morte como ofício**. São Paulo: Hucitec; 1990
- SCHRAIBER LB. **O trabalho médico e a clínica na medicina moderna**. São Paulo: Centro de Formação dos Trabalhadores da Saúde; 1992. p.1-41.
- SCHRAIBER LB *et al*. El reto de la educación médica frente a los nuevos paradigmas económicos e tecnológicos. **Educación Médica y Salud**. 1994; 28(1): 20-52.
- SCHRAIBER LB. Profesión médica representación, trabajo y cambio. **Educación Médica y salud**. 1991; 25(1): 58-71.

SCHRAIBER LB. **O médico e o seu trabalho**: limites da liberdade. São Paulo: HUCITEC; 1993.

SORIANO, J. B. Satisfação e sentido: uma análise do trabalho do professor de educação física. Em Universidade Estadual de São Paulo (Org.), **Anais do Simpósio de Educação Física da UNESP** (pp. 45-88). Rio Claro, SP: UNESP, 1995.

VASCONCELLOS, M. P. C. **Memórias da saúde pública: A fotografia como testemunha**. São Paulo: Hucitec, 1995.



Sobre os autores:

1. **Juliana de Freitas Vasconcelos** é Acadêmica de Medicina da Universidade Federal do Ceará. **E-mail:** julianafv@hotmail.com;
2. **Túlio Sugette de Aguiar** é Médico pela Universidade Federal do Ceará; **E-mail:** tuliosugette@yahoo.com.br;
3. **Maria Geórgia de Oliveira** é Acadêmica de Medicina da Universidade Federal do Ceará. **E-mail:** georgia_oliver1512@hotmail.com;
4. **Daniel Reis Melo** é Acadêmico de Medicina da Universidade Federal do Ceará. **E-mail:** daniel.reismelo@gmail.com;
5. **Raissa Araújo Rolim** é Acadêmica de Medicina da Universidade Federal do Ceará. **E-mail:** raissa_rolim@hotmail.com.

Como citar este artigo (Formato ISO):

VASCONCELOS, J.F. AGUIAR, T.S. OLIVEIRA, M. G.; MELO, D.R.; ROLIM, R.A. A Medicina como profissão: Refletindo o trabalho do médico **Id on Line Revista de Psicologia**, Fevereiro de 2012, vol.1, n.16, p. 96-110. ISSN 1981-1189.