

LABORO – EXCELÊNCIA EM PÓS-GRADUAÇÃO
UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM MEDICINA DO TRABALHO

ELVIO PORTO PEREIRA

**DESGASTE À SAÚDE DO MÉDICO NO TRABALHO E AS DOENÇAS
OCUPACIONAIS: uma revisão de literatura**

São Luís
2012

LABORO – EXCELÊNCIA EM PÓS-GRADUAÇÃO
UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM MEDICINA DO TRABALHO

ELVIO PORTO PEREIRA

**DESGASTE À SAÚDE DO MÉDICO NO TRABALHO E AS DOENÇAS
OCUPACIONAIS: uma revisão de literatura**

São Luís

2012

ELVIO PORTO PEREIRA

DESGASTE À SAÚDE DO MÉDICO NO TRABALHO E AS DOENÇAS

OCUPACIONAIS: uma revisão de literatura

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Medicina do Trabalho do LABORO – Excelência em Pós-Graduação/Universidade Estácio de Sá, para obtenção do título de Especialista em Medicina do Trabalho.

Orientadora: Prof^a. Doutora Mônica Elinor Alves Gama

São Luís

2012

ELVIO PORTO PEREIRA

DESGASTE À SAÚDE DO MÉDICO NO TRABALHO E AS DOENÇAS

OCUPACIONAIS: uma revisão de literatura

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Medicina do Trabalho do LABORO – Excelência em Pós-Graduação/Universidade Estácio de Sá, para obtenção do título de Especialista em Medicina do Trabalho.

Orientadora: Prof^a. Doutora Mônica Elinor Alves Gama

Aprovada em / /

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Mônica Elinor Alves Gama (Orientadora)

Doutora em Medicina

Universidade de São Paulo-USP

Prof^a. Rosemary Ribeiro Lindholm (Examinador)

Mestre em Enfermagem Pediátrica

Universidade de São Paulo-USP

Dedico este trabalho a Deus, por estar presente em minha vida. Aos meus pais, Dionísio e Maria do Amparo que me ensinaram a arte de amar, respeitar e concretizar meus sonhos.

AGRADECIMENTOS

A cada vitória o reconhecimento devido ao meu Deus, pois só Ele é digno de toda honra, glória e louvor. Senhor, obrigado pelo fim de mais essa etapa.

Aos meus pais, Dionísio e Maria do Amparo Pereira, pelo amor e apoio de sempre.

Aos amigos queridos, de perto e de longe, a minha eterna gratidão.

Obrigado aos meus colegas, pela oportunidade e pela credibilidade.

Aos meus mestres, muito obrigado pelo conhecimento, apoio, e pela amizade.

Vocês são os profissionais que me inspiram.

A todos, agradeço por acreditarem no meu potencial, na minha profissão, nas minhas idéias, nos meus devaneios, especialmente quando nem eu mais acreditava.

Sem vocês nada disso seria possível.

A vida só pode ser compreendida olhando-se para trás; mas só pode ser vivida olhando-se para a frente.

Kierkegaard

RESUMO

No trabalho, o processo de trabalho é um componente central na deliberação do processo saúde-doença, pois determina um consumo da força de trabalho, suscitando 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. Os profissionais de saúde não estão isentos de obterem problemas de saúde, especialmente, àqueles relacionados ao ambiente de trabalho. Estes profissionais possuem uma árdua natureza de trabalho que ocasiona fadiga estresse, depressão, síndrome de burnout entre outras doenças. Assim este trabalho objetivou estudar os fatores de riscos à saúde do médico no ambiente laboral, bem como as doenças ocupacionais intervenientes na saúde deste profissional, a partir da literatura especializada. A metodologia utilizada foi uma revisão de literatura do período de 1980 a 2009, considerando os estudos de publicações nacionais, periódicos indexados, impressos e virtuais, específicas da área relacionada ao tema como livros de BREVIGLIERE, Ezio; Pereira, Ana Maria; Peluzzi, N; Pimentel, A.J; Vaz, E.Z, etc. além de monografias, dissertações e artigos, pesquisas pautadas em dados eletrônicos tais como Google Acadêmico, Biblioteca Virtual do Ministério da Saúde, Biblioteca Nacional, além da experiência do autor. Verificamos que os profissionais da saúde podem ser acometidos por riscos profissionais de origem física, química, biológica psicossocial e ergonômica. Averiguamos que os fatores de riscos psicossociais que abrangem a qualidade de vida dos médicos são o estresse, a responsabilidade profissional, o isolamento social, a fadiga, a privação do sono, a sobrecarga de trabalho, plantão noturno, jornada dupla, pressão, ausência de lazer, família, amigos, necessidades pessoais entre outros e que as tensões e prazeres relacionados ao estilo de vida e à família e a morbidade entre médicos apontam doenças referentes ao tabaco, suicídio e dependência de drogas. Vimos que a fadiga e as doenças psicossomáticas podem acometer o médico devido a sua jornada de trabalho. Verificamos também na literatura pesquisada que o suicídio entre os profissionais de medicina está relacionado com a perda da onipotência, onisciência e virilidade idealizadas por diversos aspirantes à carreira médica durante o curso e a vida profissional, e crescente ansiedade pelo temor de falhar. Portanto concluímos que essa pesquisa possibilita uma reflexão maior acerca do tema e configurações próprias que a realidade do médico apresenta.

Palavras- chave: Médico. Trabalho. Doenças ocupacionais.

ABSTRACT

At work, the work process is a central component in the determination of the health-disease process, because it determines consumption of the labor force, leading to wear on a man. This wear is expressed in different forms such as psychological distress, stress, psychosomatic diseases, mental disorders and neuroses. Health professionals are not exempt from obtaining health problems, especially those related to the workplace. These professionals have an arduous nature of work that leads to fatigue, stress, depression, burnout and other diseases. This study aimed to study risk factors to health physician in the work environment and occupational diseases in the health of professional actors from the literature. The methodology was a literature review of the period 1980 to 2009, considering the studies of national publications, periodicals indexed, printed and virtual specific area related to the theme as books BREVIGLIERE, Ezio; Pereira, Ana Maria; Peluzzi, N ; Pimentel, AJ, Vaz, EZ, etc.. as well as monographs, dissertations and articles, research guided by electronic data such as Google Scholar, Virtual Library of the Ministry of Health, National Library, and the author's experience. We found that health professionals may be affected by occupational hazards caused by physical, chemical, biological, psychosocial and ergonomic. Then used to establish the psychosocial risk factors include the quality of life of physicians are stress, professional responsibility, social isolation, fatigue, sleep deprivation, work overload, night shift, double shifts, pressure, lack of leisure, family, friends, and other personal needs and pleasures and the tensions related to lifestyle and family medical link between morbidity and diseases related to tobacco, suicide and drug addiction. We have seen that the fatigue and psychosomatic illnesses can affect the doctor because of his workday. I also noticed in the literature that suicide among medical professionals is related to the loss of omnipotence, omniscience and virility idealized by many aspiring medical career during the course and professional life, and add anxiety for fear of failing. Therefore we conclude that this research provides a broader reflection on the theme settings and own the reality of medical shows.

Key-words: Doctor. Labor. Occupational diseases.

LISTA DE SIGLAS

AMB	-	Associação Médica Brasileira
CADRHU	-	Capacitação em Desenvolvimento de Recursos Humanos de Saúde
CLT	-	Consolidação das Leis Trabalhistas
DE	-	Despersonalização
EE	-	Exaustão Emocional
IBRE/FGV	-	Instituto Brasileiro de Economia da Fundação Getulio Vargas
MBI	-	<i>Maslach Burnout Inventory</i>
OIT	-	Organização Internacional do Trabalho
OMS	-	Organização Mundial de Saúde
SUS	-	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	11
2	OBJETIVOS	14
2.1	Geral	14
2.2	Específicos	14
3	METODOLOGIA	15
4	REVISÃO DA LITERATURA	17
4.1	Trabalho	17
4.1.1	Origem	17
4.1.2	Conceito/definição	19
4.2	Trabalho em saúde	22
5	SAÚDE-DOENÇA E O TRABALHO	27
6	TRABALHO MÉDICO	32
6.1	Tipologias do mercado e a importância para saúde do médico	35
6.2	Rendimentos e honorários	36
6.3	Desgaste do médico no trabalho	38
6.3.1	Doenças psicossomáticas e orgânicas	41
6.3.2	Transtornos mentais e estresse	43
6.3.3	Síndrome de burnout	47
6.4	Suicídio entre médicos	51
	CONSIDERAÇÕES FINAIS	54
	REFERÊNCIAS	58

1 INTRODUÇÃO

A literatura que aborda a saúde, a qualidade de vida dos médicos tem sido ampliada, devido aos riscos ocupacionais e as doenças e desgastes que vem afetando à saúde e qualidade de vida destes profissionais.

O médico possui uma vida ocupacional atribulada, com jornada dupla, sentimentos controlados, horários inadequados entre outros fatores que coloca a profissão médica entre as mais silenciosas no que está relacionada ao desgaste ocupacional, aos fatores de riscos que ocasionam esse desgaste afetando a saúde destes profissionais.

Estes profissionais possuem uma árdua natureza de trabalho que ocasiona fadiga estresse, depressão, síndrome de burnout entres outras doenças que acometem o medico alem das doenças relacionadas à ausência de ergonomia.

Assim fundamentamos os direitos destes profissionais nas leis brasileiras como as leis trabalhistas que definem e asseguram a saúde do trabalhador, especialmente do médico (FREITAS, 2005).

Organização Internacional do Trabalho (OIT) ampliou o desígnio da Saúde Ocupacional para além dos acidentes de trabalho e das doenças ocupacionais. Abrangendo também os agravos relacionados com o trabalho. Acompanhando o deslocamento do perfil da morbidade que possui o trabalho como causa. Partindo-se desta conjuntura sobre a legislação trabalhista, que permanece com uma atuação tímida na tutela da vida e da saúde dos trabalhadores, é que se adentrará no campo específico das bases legais da profissão docente (WERNICK, 2000).

Assim diante do que assegura a saúde ao trabalhador, especialmente daquele que cuida da saúde, o médico, verificamos que este trabalhador pode ter sua saúde afetada devido aos fatores externo e internos além da organização e concepções que podem gerar riscos provenientes do ambiente e das atividades laborais. Esses fatores podem acometer o profissional de doenças impedindo que o mesmo continue exercendo suas atividades laborais, fazendo com este espaço e sua atividade seja parte do problema. Desta forma, o trabalho pode gerar transtornos à saúde mental, podendo não só desenvolver o desgaste emocional e físico, levando a doenças ou mesmo à morte (MAGALHÃES; GRUBITS, 2004).

O Trabalho tem que assegurar o respeito, a dignidade, ressaltando os direitos básicos dos trabalhadores, especialmente o médico, implicando também a assistência contra imprevistos e a vulnerabilidade quando estes não podem desenvolver sua atividade, conforme relata Magalhães e Grubits (2004).

A literatura que trata da qualidade de vida, conseqüentemente da saúde dos médicos fundamenta os direitos destes profissionais nas leis que asseguram esse direito ao trabalhador, entretanto, é preciso que os mesmos admitam que são seres humanos e podem adoecer (MIELNIK, 2000).

Podemos destacar como fatores de riscos à saúde do médico as extensas jornadas de trabalho, os ritmos acelerados, pausas insuficientes para descansos, plantões, jornadas tripas de trabalho, convívio diário com situações penosas, equipamentos e condições ambientais inadequadas entre outras situações penosas e insalubres que atingem como maior ou menor intensidade estes profissionais que se encontram em situações vulneráveis, isso porque em geral estão expostos a condições de trabalho mais adversas, segundo o que preceitua Mielnik.

Verificamos que a ambiente laboral influencia significativamente na saúde do medico, sua ergonomia, seu sistema, etc. sabemos que o mesmo já foi muito mais valorizado, respeitado na sociedade brasileira. Assim verificamos que estudos que tratam da saúde priorizam o paciente, o sistema, o processo saúde-doença, esquecendo-se da figura primordial para que ocorra a concretização da qualidade de vida e da saúde em si, o médico. Sem oferecer a estes profissionais um ambiente laboral digno, uma jornada de trabalho equivalente à sua responsabilidade com o seu exercício.

Martins (1989) mostra as implicações da atuação profissional do médico com interseção das manifestações de adoecimentos físicos e psico-emocionais considerando a repressão das emoções como um fator provocador do esgotamento psicológico, demonstrando como tem aumentado o índice de suicídio entre estes profissionais. Diante desta realidade, acreditamos que estudos devem ser realizados sobre a saúde, a qualidade de vida deste profissional, responsável pelo bem-estar físico e mental do homem.

Para Paranhos (2002), a concepção de saúde não deve se aludir à mera ausência de doenças ou à subjetiva noção de bem-estar físico, mental e social, mas sim à efetivação de condições básicas de cidadania. A saúde do médico afeta todo o sistema saúde-doença, a síndrome de burnout afetam o médico, especialmente, o

oncologista, visto que esses profissionais vivenciam diversas situações de profundo estresse nos exercício do seu trabalho, sendo desgastante para o médico o momento do diagnóstico do câncer. Os dados relacionados na literatura, sobre a saúde do médico tem indicado certos hábitos nocivos à saúde, como o tabagismo, o álcool e o sedentarismo. Quanto à saúde mental a literatura apresenta uma alta prevalência de suicídios, depressão, usos de substancias psicoativas, estresse, burnout e disfunções profissionais, sendo importante evidenciá-la para que haja prevenção e mais estudos para conhecimento da causa, sintomas, tratamento e prevenção. A precarização das condições materiais e ambientais em que se processa a atividade do médico nas redes públicas, expressa o desinteresse com que as autoridades governamentais têm tratado o problema (WERNICK, 2000).

Os médicos devem ser valorizados, respeitados, devendo haver estudos que priorizem estes profissionais.

Este trabalho foi dividido em quatro partes; a primeira descreve sobre o tema trabalho com uma apresentação breve dos aspectos históricos e sociais e sua importância no processo de adoecimento do trabalhador; a segunda trata do trabalho em saúde e da saúde-doença e trabalho; O terceiro identifica o trabalho médico e as tipologias do mercado da medicina. O quarto descreve sobre o desgaste do médico no trabalho e os fatores de risco à saúde física e emocional deste profissional, relatando as doenças ocupacionais que acometem os mesmos.

A justificativa para esse trabalho encontra-se em desenvolver um estudo que permita a este profissional sua valorização, respeito e, sobretudo, qualidade de vida, em seu ambiente de trabalho e também a aceitabilidade por parte deste profissional de que o mesmo pode ser acometido por uma doença.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

Estudar os fatores de riscos à saúde do médico no ambiente laboral, bem como as doenças ocupacionais intervenientes na saúde deste profissional, a partir da literatura especializada.

2.2 Específicos

- Apresentar definições e conceitos do processo trabalho e saúde e saúde-doença no trabalho;
- Identificar o trabalho médico e as tipologias e importância deste trabalho para saúde do médico;
- Avaliar o desgaste do médico no trabalho;
- Descrever os fatores de risco à saúde física e emocional dos médicos.

3 METODOLOGIA

A pesquisa realizada neste estudo trata-se de uma revisão de literatura. Portanto é um estudo com coletas de dados de caráter bibliográfico sendo um levantamento de caráter descritivo e qualitativo com dados secundários.

- **Formulação da Pergunta:**

O que a literatura descreve sobre os fatores de risco à saúde do médico no trabalho e as doenças ocupacionais que ocasionam o desgaste deste profissional?

- **Localização e seleção dos estudos:** foram considerados os estudos de publicações nacionais e periódicos indexados, impressos e virtuais, específicas da área relacionada ao tema como os livros, sobretudo o de Douglas Bauk “Temas de ergonomia para médicos do trabalho”; além de livros, monografias, dissertações e artigos que abordam o tema de autores como Pereira, Ana Maria; Peluzzi, N; Pimentel, A.J; Vaz, E.Z, entre outros. Sendo também utilizadas pesquisas pautadas em dados eletrônicos tais como Google Acadêmico, Biblioteca Virtual do Ministério da Saúde, Biblioteca Nacional, além da experiência do autor.

- **Período:** 1998 a 2009

- **Coleta de Dados:** Foram coletados dados relativos às atividades desenvolvidas pelo médico e aos fatores de riscos ocupacionais que abrange o desgaste do médico, conseqüentemente a sua saúde e as doenças ocupacionais sua funcionalidade, definição, aplicabilidade relacionada à promoção da saúde do educador relativo às doenças ocupacionais, no âmbito da atenção à saúde do médico. Descritores (palavras-chave): fatores de risco à saúde do médico; processo saúde-doença; doenças ocupacionais e desgastes do médico.

- **Análise e Apresentação dos Dados**
 - Processo trabalho-saúde;
 - Conceitos e definições;
 - Desgaste profissional do médico;
 - Fatores de risco à saúde do médico;
 - Doenças ocupacionais em médicos.

4 REVISÃO DA LITERATURA

4.1 Trabalho

4.1.1 Origem

Durante a antiguidade, o trabalho era compreendido como a falta de liberdade de alguns, visto que, confundia-se o seu significado com sofrimento ou infortúnio. O homem, ao desenvolver a sua atividade, padece sob um fardo. Este pode ser invisível, pois, na verdade, consiste no fato de ser esta carga social da ausência de independência e de liberdade (KURZ, 2000).

No Antigo Testamento, o trabalho é associado à noção de castigo, de maldição, conforme tradição judaica cristã. Na Bíblia, o trabalho é considerado uma atividade que leva à exaustão conseqüência de uma praga: “comerás o pão com o suor do teu rosto” (Gn. 3,19). Assim resulta desse princípio bíblico o sentido de dever, obrigação e responsabilidade. O confronto entre trabalho e sofrimento não consiste em apenas cansaço, mas, também de condição social segundo Kurz, 2000.

Desta forma, o significado de sofrimento e punição seguiu pela historia da civilização originando a palavra trabalho. Esse termo vem do latim vulgar *tripalium*, sendo associado à *trabaculum*. *Tripalum* era um instrumento utilizado pelos antigos agricultores para bater os cereais e processá-los. Era feito de três paus aguçados tendo ponta de ferro. É associado também esse termo trabalho ao verbo *tripaliare*, também do latim vulgar significando “torturar sobre o *trepalium*”, referido como uma armação de três troncos, ou seja, suplício que substituiu o da cruz, instrumento de tortura no mundo cristão. Assim, durante longa data, trabalho denotou experiência dolorosa, padecimento, cativo, castigo (BUENO, 2000).

A palavra “trabalho” para os gregos era designada por dois termos: *ponus*, referente a esforço e à penalidade; *ergon*, designando criação, obra de arte. Estabelecendo a diversidade entre trabalhar no sentido de penar (*ponein*) e trabalhar no sentido de criar (*ergazomai*). Observando as diferentes línguas (latim, grego, etc.) que o termo trabalho possui, vários significados como esforço, fardo, sofrimento, criação, obra de arte e recriação.

Pode-se dizer que na antiguidade trabalho era diferente de labor, visto que, as mesmas possuem etimologias diversas para nomear e determinar o que

hoje é considerado mesma atividade. “o labor é a atividade correspondente ao processo biológico do corpo humano. O trabalho corresponde ao artificialismo da existência humana. A ação equivale à condição humana (ALBORNOZ, 2001).

A partir do século VII, nasce o cidadão da *polis*. Nesta sociedade a utilização da mente não era de uso de homens livres, assim, o trabalho físico, por suas características servis e humilhantes, torna-se responsabilidade daqueles que eram escravos, na sociedade antiga (KURZ, 2000).

Na Reforma Protestante o trabalho passou a ser considerado instrumento de salvação e realização da vontade divina. Na tradição oriental, o trabalho era visto pelas religiões como uma atividade que concilia homens e natureza desenvolvendo o caráter (VÁZQUEZ, 2001).

No fim da Idade Média, o trabalho passa a ter sentido positivo, era visto como uma ação autocriadora, e o homem, em seu trabalho, como dono de si e da natureza. Desta forma, o trabalho passa a ser considerado como um espaço de aplicação das capacidades humanas, incorporando também a idéia de empenho e esforço para alcançar objetivo.

O Calvinismo modificou o trabalho tornando este, meio para aquisição de riquezas e de sucesso no mundo terreno, permitindo ao homem sentir-se um escolhido de Deus. Esta ideologia protestante conjugou-se à sede de dinheiro dos Estados absolutistas pré-modernos (WEBER, 2000).

No século XVIII a burguesia entra em ascensão enfatizando a condenação do ócio, sacralizando-se o trabalho e a produtividade. Na Idade Moderna, passou-se a fazer-se a distinção entre trabalhos qualificados e não qualificados, entre produtivo e não produtivo, desta forma, foi aprofundado a diferenciação entre o trabalho manual e o intelectual. O trabalho, nesse período, tornou-se uma atividade compulsiva e incessante; a servidão tornou-se liberdade, e a liberdade, servidão. Para os homens da modernidade, o tempo livre tornou-se insistente ou escasso (KURZ, 2001).

Assim, pode-se compreender que o trabalho iniciou-se como castigo, e tornou-se meio de sobrevivência. Na antiguidade, a produção do trabalho tinha como base o trabalho escravo; o feudal baseava-se nos trabalhos dos servos da gleba; o capitalista baseia-se no trabalho do empregado assalariado.

4.1.2 Conceito/definição

Segundo Bauk (2008) trabalhar é humano podendo constituir fonte de prazer e auto-realização em diferentes graus, contribuindo significativamente para manutenção da saúde física e mental. Entretanto, essa situação não é a regra.

O trabalho engloba aspectos físicos cognitivos e psíquicos interrelacionados, podendo ocasionar sobrecarga ou sofrimento. Os físicos, porém, são geralmente colocados em primeiro plano por sua maior evidência.

A conotação de castigo divino e sofrimento, dada pela Bíblia são reforçados por sua etimologia: trabalho vem do latim "*tripalium*", instrumento romano de tortura, composto de três estacas dispostas em forma de pirâmide (BAUK, 2008).

Baseando-se na revolução industrial, o trabalho significa a Venda do Tempo de Lazer, visto que, os contratos de trabalho são por tempo indeterminado, sendo que a maior parte deles está registrada em moedas caducas e não foram renegociadas pelo vendedor diretamente. Os dias de lazer são vendidos, buscando num futuro incerto, e sabe-se lá em que condição desfrutará do que restar, no que é nosso conceito de previdência e aposentadoria (DURO e BONAVITA, 2010).

Na língua portuguesa, a palavra "trabalho" possui as seguintes denotações: aplicação das forças e faculdades humanas para obter alguma finalidade; atividade coordenada, de caráter físico e/ou intelectual, necessária à realização de certa tarefa, serviço ou empreendimento; atividade remunerada ou assalariada; serviço, emprego; local onde se exerce essa atividade; qualquer obra realizada; lida, labuta; bruxaria (FERREIRA, 2002).

Seguindo essa definição pode-se compreender que o trabalho humano provém de atividades físicas, corporais, intelectuais, psíquicas ou espirituais, buscando um objetivo, uma finalidade, algo almejado ou um produto. Assim, o trabalho é ação enérgica do corpo e do espírito; coragem; diligência, zelo, ânimo, vigor, empenho, ação e produto final. Esta é uma das diferenças entre o trabalho efetuado pelo homem e por outros animais, ou seja, a existência de uma intencionalidade, de uma consciência e uma liberdade, independência, não apenas a motivação pela sobrevivência conforme preceitua MAX, 1985: 149-150.

Assim, podemos compreender que o conceito do trabalho pode ter vários enfoques; a definição básica diz que trabalho é a medida do esforço feito pelos seres humanos. Nos termos neoclássicos da economia o trabalho compõe um dos

três fatores da produção, juntamente com a terra e o capital. Na visão do século XIX, a concepção do trabalho diz que é a atividade que o homem realiza auferindo um salário, isto é, o preço trabalhista no mercado laboral.

O trabalho pode ser compreendido sociologicamente como sendo o processo pelo qual as pessoas na criação de bens transformam os elementos que compõem a natureza. É a fonte de cultura porque é através desta atividade que as pessoas podem suprir as suas necessidades (MEKSENAS, 2005).

Na linguagem científica, a palavra trabalho possui vários significados como, por exemplo, na física (trabalho mecânico), na fisiologia (trabalho do coração), na sociologia (trabalho infantil), porém, na linguagem cotidiana ela se refere na maioria das vezes na uma atividade humana que pressupõe um esforço.

Conforme Mielniik (2000) muitos pesquisadores compreendem o trabalho como uma forma do homem se socializar, podendo também representar uma maneira de aprender, sendo uma ligação permanente entre os indivíduos ocasionado pelo contato contínuo e direto no espaço laboral, possui uma indicação dialética que é responsável pelo desenvolvimento e a aplicação da imaginação, criatividade, criticidade, sendo, o progresso para muitos, e a insatisfação, doença e do sofrimento para alguns.

Possebon (2010) considera o trabalho peculiar ao homem, pois, somente ele tem capacidade para realizar o trabalho, visto que, é do trabalho que eles obtêm sustento próprio e de seus familiares.

Fialho e Cruz (2003) determinam que o trabalho é essencialmente humano, tendo como particularidade maior a capacidade de transformar, de modificar a própria realidade. Para eles é através do trabalho que o homem procura sua afirmação como indivíduo na sociedade na qual está inserido. A compreensão do trabalho pode ser complexa e conflitante por que sua denotação pode ser compreendida de várias formas e sua representação cognitiva pode estar sujeita a cultura, as características singulares e aos meios sociais. O trabalho permanece conectado às idéias de esforço e cansaço, assinalado também na perspectiva psicológica e de representação social.

Negri (2002) define o trabalho como atividade física, intelectual exercida pelo homem almejando realizar, modificar a aquisição, ou a cognição de algo. Esta ação gera conhecimento riquezas materiais, satisfação pessoal e evolução econômica.

Minto (2005) diz que o trabalho é fundamental no cotidiano, e na vida do homem, já que, o mesmo excede a ligação entre homem e natureza atribuindo valores a tudo que é produzido; é compreendido como gasto humano produtivo ou força humana de seu cognitivo e do seu sistema físico abordando cérebro, músculos, nervos, membros entre outros, avalizando ao homem as condições materiais para a sua existência, envolto a uma força que será transformada em trabalho útil e completo, ocasionando valores de uso.

Para a psicanálise o trabalho é fundamental para que exista o equilíbrio do homem, saúde física e mental, assim como, é importante para a sua inclusão do meio social (FREUD, 1974).

Segundo Omino (2002) o trabalho pode ser acentuado como uma ação que implica na liberdade para que o homem aproveite a sua singularidade produzindo nele características de sua personalidade. Quando isso não acontece passa a existir estados de insatisfação, desânimo, tristeza, depressão, neurose, cansaço físico, favorecendo o sofrimento no espaço de trabalho.

Bauk (2008) ressalta que, trabalhar é humano podendo constituir fonte de prazer e auto-realização em diversos parâmetros, assim, contribuirá de maneira significativa para a manutenção da saúde física e mental.

Entretanto, conforme Carneiro (2001), um homem independente de como é o trabalho e de suas definições tem que permanecer trabalhando, mesmo quando esse se encontra em ambientes e condições inadequadas, pois, a condição de desvincular-se do trabalho gera o problema maior do que a aceitabilidade das más condições.

Noriega (2003) diz que, o processo trabalhista é formado por objetos e meios de trabalho, pela atividade dos trabalhadores e pela forma de organização e divisão do trabalho. Desta forma, o trabalho é entendido “processo de trabalho”, buscando transformar a natureza, apresentando alguns elementos como “objeto de trabalho” que será modificado por meio dos “instrumentos de trabalho” em um “produto do trabalho”, que poderá ser outro produto concreto tangível, como por exemplo, uma mercadoria, ou um produto abstrato, subjetivo e intangível como no caso a saúde, neste caso, do trabalho do médico. O trabalho em si é o ato humano sobre o objeto, sendo a força física e mental do indivíduo imprescindível à concretização do processo do trabalho.

Hoje, o mundo tem sofrido diversas alterações em todos os âmbitos social, cultural, religioso, ambiental e político, consequência de um avanço significativo em todos esses âmbitos. A modernização da sociedade capitalista teve como implicação para o trabalhador a ampliação da carga de trabalho e também do grau de qualificação, tornando o trabalho manancial de angústia e estresse para maioria dos trabalhadores (DEJOURS, 1992).

As características da organização e da divisão do trabalho demarcam a dura ação da jornada, o ritmo de produção, o trabalho em turnos, os mecanismos de supervisão dos trabalhadores, o sistema, o controle do processo, a atividade, os incentivos e gratificações, a complexidade e periculosidade, a penosidade e insalubridade, etc., estas, possuem um papel importante na ordenação das características da atividade física e mental dos trabalhadores, sendo uma categoria singular no estudo da saúde dos trabalhadores (SATO, 1995).

Antunes (2002) descreve que, os processos de saúde-doença dos trabalhadores abrangem variadas formas e modificações que estão relacionadas a distintos parâmetros teóricos adotados na área de saúde e trabalho. Esses processos estão associados aos aspectos biológicos, psicológicos, psicossociais e sócio-institucionais.

Codo (2004) relata que as condições de trabalho são fundamentais no processo de adoecimento dos trabalhadores. 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 ergonômicos, que repercutem sobre as condições físicas do trabalhador. Dentro destas condições de trabalho encontram-se, por exemplo, a fadiga, a iluminação, a poeira, as radiações, os ruídos, as vibrações, fumos, os agentes biológicos (bactérias, vírus, etc.) e as substâncias químicas (solventes, ácidos, anestésicos, etc.) e os fatores externos como, a violência.

4.2 Trabalho em saúde

Conforme Gonçalves (1979, 1992) a concepção de trabalho em saúde está ligada a teoria marxista do trabalho, segundo o qual, no processo trabalhista a atividade do homem opera uma modificação no objeto sobre o qual atua através de instrumentos de trabalhos para a produção de produtos, e essa modificação esta

subordinada a uma determinada finalidade. Assim, os três elementos que compõe o processo de trabalho compreendem: a atividade ajustada a um fim, isto é, o próprio trabalho e às ferramentas ou meios de trabalho. Ressalta-se, que o processo de trabalho e seus componentes formam categorias de análise, assim são abstrações teóricas através das quais se torna possível abordar e compreender alguns aspectos da realidade, neste caso, às práticas de saúde, cujo trabalho compreende “a base mais significativa de sua efetivação”.

O cuidado médico foi uma resposta à necessidade de reprodução da força de trabalho frente ao processo de produção econômica, não ocorrendo “um padrão ‘igualitário’ de consumo”. Dessa forma, podemos verificar um processo seletivo de grupos sociais que estão incorporados ao cuidado médico, conforme sua posição dentro do contexto político econômico. Esse processo foi responsável por uma distinção entre as instituições médicas, conforme cada tipologia de ações e das diferentes clientela, constituindo as características de “privado” ou “estatal” existentes nestes serviços (FRANCO, 2003).

A medicina institucionalizada reproduz na maneira pela qual escolhe patologias, incorpora e usa tecnologia, favorecendo o atendimento diferencial das classes sociais e o caráter de classe da sociedade. Essa seletividade da medicina permeia uma orientação individualista do cuidado oferecido (ROCHA, 2000).

Conforme Peduzzi (2003) o conceito processo de trabalho em saúde esta pautado à extensão microscópica do cotidiano do trabalho em saúde, ou seja, à prática dos trabalhadores (profissionais de saúde) ensartados no cotidiano da produção e consumo de serviços de saúde. Contudo, faz-se imperativo compreender que neste processo de trabalho diário está estresida toda dinâmica do trabalho humano, tornando forçoso engranizar certos aspectos centrais do trabalho que é o grande grupo de diagnóstico do qual precede o conceito de processo de trabalho em saúde.

Rocha (2000) descreve que o conceito de processo de trabalho em saúde teve início no trabalho médico desde o começo dos anos 80, passando a ser usado para o estudo de processos de trabalho médico com a tese de Doutorado de Maria Cecília Puntel de Almeida (1984) que abordou de enfermagem, posteriormente surgiram diversas pesquisas com esta abordagem.

Segundo este autor, existe uma consubstancialidade entre trabalho e necessidades humanas, de modo que, os processos de trabalho compreendem

também re-produção das precisões, tanto reiteram as obrigações imprescindíveis de saúde e à maneira como os serviços se aparelham para atendê-las podendo inventar novas precisões e concernentes processos de trabalhos e arquétipos de organização de serviços. Entretanto, no que está relacionada ao saber, a expressão, “intermediação entre ciência e trabalho”, remete à grandeza tecnológica do próprio trabalho (MINTO, 2005).

Segundo Nogueira (2002) os conhecimentos basilares de trabalho e processo de trabalho compõem acentuada camada interpretativa nos estudos sobre recursos humanos em saúde, destacando-se o Projeto Capacitação em Desenvolvimento de Recursos Humanos de Saúde (CADRHU), implantado em 1987, que presumia a diferenciação da problemática de recursos humanos de saúde como parte do procedimento produtivo do setor saúde como procedimento de trabalho.

Hoje, o conceito do processo de trabalho em saúde é usado no estudo dos processos de trabalho peculiar das diferentes áreas que formam o campo da saúde, consentindo sua abordagem como práticas sociais para além de áreas profissionais especializadas. Utiliza-se também nas pesquisas e intervenções sobre atenção à saúde, gestão em saúde, amostra assistenciais, trabalho em equipe de saúde, cuidado em saúde em outros variados temas. Isso permite a abordagem dos aspectos estruturais e daqueles relacionados aos agentes e sujeitos da ação, visto que, é nesta dinâmica que se configuram os processos de trabalho (MERHY, 2002).

Marx assinala que, a essência da humanidade do homem é o trabalho; Paulo Freire disserta que, a cultura é adquirida conforme trabalhamos o mundo para que este adquira sentido para nós. Estes sentidos se alteram, eles são fixos, possuem diferentes significados que às vezes entram em conflito, pois sofrem variações conforme a sociedade e os interesses que o homem constrói em cada período (MERHY, 2002).

O trabalho em saúde deve se ajustar pelo seu fundamental indicativo emblemático para fazer jus à Constituição brasileira de 1988, que garante o direito à saúde, desta forma, o trabalho em saúde deve compreender “o ato de cuidar da vida e do outro, como alma da produção da saúde”. Assim, deve ter como objetivo principal o mundo da necessidade dos usuários individuais e coletivos, buscando a produção social da vida e defendendo-a (NOGUEIRA, 2002).

A produção em saúde acontece especialmente através do trabalho vivo, isto é, o trabalho humano no momento em que é efetuado, determinando a produção do cuidado. Entretanto, não se deve esquecer que todo trabalho tem tecnologias e depende da maneira como elas comportam o processo de trabalho, podem-se ter processos mais criativos, centrados nas relações, ou processos mais presos à lógica dos instrumentos duros (MERHY, 2002).

O trabalho em saúde pode ser percebido utilizado como exemplo o trabalho médico, no qual se cria a existência de três valises para demonstrar o arsenal tecnológico desse tipo de trabalho. Primeiramente, carregam-se os instrumentos (tecnologias duras), na segunda, o saber técnico estruturado (tecnologias leve- duras) e, por último, as relações entre sujeitos que somente possuem materialidade em ato (tecnologias leves). Na produção do cuidado, o médico utilizar-se das três valises conforme a sua maneira de produzir o cuidado (NOGUEIRA, 2002).

O trabalhador de saúde é sempre coletivo, já que, o mesmo é sempre efetivado por um trabalhador coletivo. Nenhum trabalhador de saúde pode sozinho cuidar das necessidades de saúde, que é o elemento real do 'trabalho em saúde'. Os trabalhadores sejam eles, universitários, técnicos e auxiliares são essenciais para que o trabalho seja complementar, eficaz, pois, estes, fazem com que o trabalho de um produza significado ao trabalho do outro, dando literalmente verdade ao objetivo do trabalho em saúde que é prestar atenção, cuidar, dá assistência ao usuário (ROCHA, 2000).

No trabalho em saúde estão presentes os objetos de trabalho, os instrumentos necessários à alteração e ao trabalho propriamente dito, a atividade humana. Conforme Merhy (2002), esta atividade humana do trabalho em saúde é arquitetada como uma ação do trabalhador, sendo este uma ocasião de concepção e de gerência que pode algumas vezes ser capturado, pelos objetos e instrumentos de trabalho (universo tecnológico).

Este trabalho tem como produto final a saúde, podendo ser realizado em distintas unidades de saúde, como postos, centros, clínicas, consultórios, hospitais, unidades móveis, unidades de pronto atendimento entre outros. Podendo ser desempenhado por diversos profissionais de saúde, como enfermeiros, dentistas, psicólogos, terapeutas, fisioterapeutas, psiquiatras, assistentes sociais, fonoaudiólogos, clínicos gerais ou com outra especialidade, técnicos, auxiliares (de

enfermagem, laboratório, odontologia) e agentes de saúde, entre outros, segundo especialidade de cada profissão, a função exercida e o local de atuação (ambulatório, enfermaria, emergência, maternidade, centro - cirúrgico etc.) (NOGUEIRA, 2002).

Além desses trabalhadores existem ainda outros trabalhadores, não técnicos, complementares à realização do trabalho em saúde, como o da gestão (superintendes, auditor, recepcionista, telefonista, atendente, arquivista, contabilidade, porteiro, segurança, motorista, auxiliar de limpeza, cozinheira, técnico em manutenção, etc.), que operam nos diversos cargos e locais de trabalho (lavanderia, refeitório, serviços de manutenção, de transporte, laboratório, RX, portaria etc. e que agem dentro da coesão do processo de produção em saúde (MINTO, 2005).

Este trabalho segundo Nogueira (2002) comporta grande diversidade de mão-de-obra. Em hospitais de grande porte pode haver aproximadamente 230 (duzentos e trinta) funções desiguais sendo desempenhadas, funcionando como uma empresa de grande porte e acompanhando a coerência do capital.

Para Arouca (2001) o processo de trabalho em saúde corresponde ao próprio cuidado em saúde, solidifica-se no corpo sob a configuração de “saúde”, que é o produto deste trabalho. Este cuidado apregoa como o período de concepção deste trabalhador.

Este produto do trabalho em saúde torna-se a “Obra” do trabalhador de saúde. “Por Obra entenda-se aqui o reconhecimento por parte do trabalhador, do cliente, da sociedade, resultado e do trabalho” (CAMPOS, 1997: 234). O trabalhador de saúde deve identificar-se com sua “Obra”, reconhecendo-se no paciente (ou na comunidade) em que observou, assistiu e que não se encontra mais adoentado, mas saudável.

5 SAÚDE – DOENÇA E O TRABALHO

Vaz (2003) Os termos saúde e doença tem tido diversas alterações ao longo da história, assim, ambos os termos são definidos seguindo valores sociais, culturais, econômicos, políticos e ideológicos.

Conforme Canguilhem (2001) a medicina contempla a enfermidade sob dois parâmetros: um antológico do mal, como sendo algo que entraria e sairia do homem, independente de sua vontade; outro teria como base o equilíbrio das forças dentro de uma concepção dinâmica procurando um novo equilíbrio. Dentro desses dois parâmetros ocorreria uma disputa do organismo contra os agentes externos ou um duelo dinâmico desta igualdade de forças, sendo que a enfermidade é uma interação do homem diante dos incentivos patogênicos. Neste contexto ocorre a eliminação da doença ou do agente, restabelecendo a harmonia perdida.

A saúde deve ser estendida em sentido mais abrangente, como componente da qualidade de vida, visto que ela não é um bem de troca, mas, um bem comum, um bem e um direito social, em que todos de maneira individual ou coletiva possam ter assegurados o exercício e a prática do direito à saúde, a partir da aplicação e utilização de toda a riqueza disponível, conhecimentos e tecnologias desenvolvidas pela sociedade nessa área, ajustados às suas precisões, abrangendo promoção e proteção da saúde, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação de doenças (CANGUILHEN, 2001).

Segundo Nogueira (2002) o processo saúde-doença pode ser compreendido como um conjunto de relações variáveis que produz e condiciona o estado de saúde e enfermidade de uma população, se modificando em todos os momentos históricos e também em momentos do desenvolvimento científico da humanidade.

Segundo a teoria mística a doença era um fenômeno sobrenatural, pois, a mesma encontrava-se além da compreensão do mundo. Posteriormente a doença foi entendida como um fato decorrente das modificações ambientais do meio físico e concreto que o homem vive. Em seguida, aparece a teoria dos miasmas (gases) que predomina durante muito tempo (NOGUEIRA, 2002).

Louis Pasteur na França apresenta a teoria da unicausalidade, com a descoberta dos micróbios (vírus e bactérias), portanto, do agente etiológico, ou seja, aquele que gera patologias (CANGUILHEN, 2001).

Nogueira (2002) enfatiza que anos depois surgem teorias complementares produzidas pela epidemiologia, que demonstra a multicasualidade como determinante da doença e não apenas a presença exclusiva de um agente. Hoje, saúde e doença são consideradas, estados do mesmo processo formados por fatores biológicos, econômicos, culturais, trabalhistas e sociais.

Diante da engenharia genética e da biologia molecular surgiram diversos arquétipos de aplicação e entendimento da saúde, da doença e do processo saúde-doença, tendo como base três componentes: agente, hospedeiro e meio; tidos como fatores causais, que se desenvolveram para arquétipos mais amplos, como do campo de saúde, com o envolvimento do ambiente, sendo que este, não abrange apenas o físico; estilo de vida; biologia humana e sistemas-serviço de saúde, numa permanente interrelação e interdependência. Ressalta-se que, alguns autores discordam deste arquétipo (CANGUILHEN, 2001).

A saúde compreende dois estados de equilíbrio entre as forças internas e externas ao indivíduo, o relativo e o dinâmico. O sujeito desequilibra-se ao interagir com os estímulos patogênicos, dessa forma, estará ausente de saúde, ou seja, enfermo. Poderia haver uma harmonia entre homem-ambiente-agente que será responsabilizado pelo estado de saúde. Neste parâmetro, o agente é determinante das doenças; o ambiente deverá ser considerado em todos os níveis físico, químico, biológico e social. Quando esta harmonia se rompe origina-se a doença, podendo se manifestar de diferentes maneiras, seguindo gradações e dentro de um processo (CLARK apud AROUCA, 2001).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) conceitua saúde como o mais completo estado de bem estar físico, mental e social, ou seja, não apenas a ausência de doenças (CANGUILHEN, 2001).

Dessa forma, entre as diversas definições de doença e saúde, o trabalho pode modificar a saúde, visto que o mesmo abrange aspectos físicos cognitivos e psíquicos interrelacionados, podendo ocasionar sobrecarga ou sofrimento. Os aspectos físicos, entretanto, são geralmente colocados em primeiro plano por sua maior evidência (BAUK, 2008).

Conforme Bauk custos humanos não se restringem às doenças e lesões ligadas ao trabalho. Diversos fatores contrários não enquadráveis como doenças físicas ou mentais, exercem constrangimentos ou incômodos sobre os

trabalhadores, determinando desgastes físicos, emocionais e afetivos, que integram os custos humanos do trabalho.

Os custos humanos do trabalho são reconhecidos pela Legislação Trabalhista através da classificação de determinadas atividades profissionais em perigosas, insalubres e penosas. Talvez, a pior doença ou lesão traumática seja o sofrimento invisível ou disfarçado de cansaço ou insatisfação representado pela ausência de conteúdo significativo da tarefa, pela robotização, repetitividade e monotonia do trabalho, pela desqualificação do mesmo, ausência de reconhecimento social e outras tantas situações que, minando a auto-estima e destruindo sonhos, tornam-se evidentes através de perturbações psíquicas ou doenças psicossomáticas (BAUK, 2008).

Hoje, a medicina considera as implicações do trabalho sobre a saúde como um fenômeno biológico, individual e positivista, prevalecendo à relação causa-efeito. Dentro desta ligação de casualidade, considera-se trabalho somente as condições materiais do mesmo, quais sejam: a iluminação, ventilação, ruídos, maquinários, equipamentos de proteção individual, ergonomia, sistema, etc., neste contexto, as verdadeiras causas do adoecer e estar sadio no trabalho permanecem disfarçados pelas condições trabalhistas sucedendo uma naturalização dos fenômenos ocorridos. As implicações do laboro sobre a saúde dos trabalhadores são ocultos, quando não são consideradas as implicações do sistema de produção sobre o sistema saúde-enfermidade (CLARK apud AROUCA, 2001).

Em 1950, o Comitê Misto OIT/OMS definiu saúde ocupacional:

A saúde ocupacional tem objetivos, como: 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 desvio de saúde ocasionado 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 de trabalho ao homem e de cada homem a de cada homem a sua atividade (OIT/OMS apud MENDES, 2000).

Segundo Mendes (2000) teoricamente, qualquer trabalhador é um sujeito sadio, sendo o empregador responsável por assegurar condições adequadas. Este deverá prevenir, minimizar ou anular os riscos existentes no ambiente de laboro para que seja mantida a saúde de seus empregados.

Franco (2001) afirma que, a saúde ocupacional possui uma preocupação direcionada para a intervenção sobre o ambiente, procurando procurar os agentes nocivos a saúde dos empregados. Este ambiente conforme Franco é natural e os agentes, ou riscos ocupacionais, são externos ao empregado. Tendo como um dos objetivos mais importantes dessa medicina a higiene do ambiente, verificando a ausência de aeração e luz, o nível de ruído, a presença de substâncias tóxicas existentes no meio, a concentração de máquinas perigosas, o sistema organizacional e sua relação com a saúde dos trabalhadores.

Contudo, verifica-se que surgem novos agravos à saúde dos trabalhadores como os transtornos psíquicos, a enfermidades psicossomáticas e a fadiga, que estão vinculados ao trabalho, porém, muitas vezes, estes transtornos não são reconhecidos como doenças do trabalho ou ocupacionais (NORIEGA, 2003).

Mendes e Dias (1999) sintetizam os fatores que ocasionam adoecimento dos trabalhadores em quatro grupos de causas:

- Enfermidades comuns, aparentemente não apresentam qualquer ligação com o trabalho;
- Enfermidades comuns (crônico-degenerativa, infecciosas, neoplásicas, traumáticas, etc.), alteradas de maneira casual devido ao aumento da frequência de sua ocorrência ou devido à prematuridade de seu surgimento em trabalhadores, sob certas condições trabalhistas, por exemplo, a hipertensão arterial em motoristas de ônibus urbanos;
- Enfermidades comuns que possuem o espectro de sua origem ampliado ou mais complexo devido ao trabalho como, por exemplo, a asma brônquica, a dermatite alérgica, a perda auditiva induzida pelo ruído (ocupacional, doenças músculo-esquelético e transtornos mentais. Nesta tipologia devido ao trabalho, soma-se (efeito aditivo) ou multiplicam-se (efeitos sinérgico) as condições provocadoras ou desencadeadoras destes quadros nosológicos;
- Agravos à saúde ocasionados pelos acidentes do trabalho e pelas doenças profissionais. Como por exemplo, a silicose e a asbestoses.

Os fatores de risco para a saúde e segurança dos trabalhadores, presentes ou relacionados ao trabalho podem ser classificados em cinco grupos (BAUK, 2008):

- Físicos – ruído, vibração, radiação ionizante e não ionizante, temperaturas extremas (frio, calor), pressão atmosférica anormal, etc.;
- Químicos – agentes e substâncias químicas, sob a forma líquida, gasosa ou de partículas de poeiras minerais e vegetais, comuns nos processos de trabalho;
- Biológicos – vírus, bactérias, parasitas, ocasionalmente associados ao laboro em hospitais, laboratórios, agricultura e pecuária;
- Ergonômicos e psicossociais – surgem da organização e gestão do trabalho, por exemplo, o uso de equipamentos, máquinas e mobiliários inadequados, ocasionando à postura posições incorretas; locais adaptados com más condições de iluminação, ventilação e de conforto para os trabalhadores; trabalho em turnos e noturnos; monotonia ou ritmo de trabalhos excessivos, exigências de produtividade, relações de trabalho autoritárias, falhas no treinamento de supervisão dos trabalhadores, fatores externos como a violência, entre outros;
- Mecânicos e de acidentes – ligados à proteção das máquinas, arranjo físico, ordem e limpeza do ambiente de trabalho, sinalização, rotulagem de produtos e outros fatores que podem ocasionar acedentes do trabalho.

6 TRABALHO MÉDICO

O exercício da atividade médica objetiva “a manutenção, recuperação e transformação de certos valores vitais”. Arouca (2001) diz que, o trabalho médico possui como finalidade a produção de saúde no âmbito individual e coletivo. Esse exercício médico é compreendido como um “trabalho” pressupõe um procedimento de transformação. Este procedimento estabelece um relacionamento entre homens: médico e paciente, portador de uma necessidade.

O resultado do trabalho médico acompanha a regra de todo o trabalho em saúde, ou seja, produzir saúde de qualquer sujeito ou grupo. Assim, o trabalho desenvolvido pelo médico requer responsabilidade, dedicação, capacitação (MINTO, 2005).

O propósito final da medicina e do trabalho médico, de maneira teórica, é a geração de saúde proporcional para toda a população. Entretanto, este rendimento, adquirido por meio desta dedicação médica, tem determinações individualizadas: de uma maneira pela “expansão social do imperioso, que se perpetra através da consignação dos caracteres dos denodos vitais na vida, que estabelece quais sujeitos terão acesso a esse cuidado e sob qual forma e também através da resolução da própria medicina que, pode instituir quais condições demandam cuidado e que tipo, porém, de outra maneira, pela “própria expansão vital da indisposição que vem atravancar um curso (AROUCA, 2001).

Sabe-se que o médico pode desempenhar sua profissão de diversas maneiras, tais como, em seu consultório particular; como funcionário público através de aprovação em concurso, como autônomo ou empregado em hospital privado. Em todos esses setores o médico exerce sua profissão de maneira liberal, para tanto, possui liberdade e autonomia para usar a técnica científica mais eficaz, entretanto, sob o domínio do órgão responsável e fiscalizador (MINTO, 2005).

Quando o médico é contratado este é empregado, dessa forma, existe uma subordinação ao empregador negando a autonomia quanto à jornada de trabalho e remuneração. Segundo a Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT), “empregado é toda pessoa física que presta serviços não eventuais ao empregador, sob subordinação deste e mediante salário (AROUCA, 2001).

Assim, conforme demanda a CLT todo médico contratado para exercer sua atividade profissional tendo jornada e salário definido mediante as determinações do seu empregador como descreve Arouca (2001).

Ainda segundo Arouca o artigo 8º da Lei 3.999/61, demanda sobre a jornada de trabalho que a duração normal de trabalho, salvo acordo realizado desde que este não fira de modo algum o disposto no artigo 12, será:

- a. Para médicos, no mínimo de duas horas e no máximo de quatro horas diárias;

A lei fixa a jornada de quatro horas, sendo consideradas por alguns a jornada mínima, sendo ponderadas extras àquelas que excedem vinte horas semanais. Entretanto, a maioria sopesa extra apenas as horas trabalhadas além das oito horas, pois, às quatro horas diárias serve somente de bases para a fixação da remuneração mínima a ser paga ao médico (MINTO, 2005).

Porém, a questão de que existe jornada de trabalho especial para médicos foi jugulada, ensejando até mesmo na edição da OJ nº. 53, da SBDI-I, a qual foi resumida na Súmula 370 do TST, conforme segue (AROUCA, 2001):

As Leis nº 3.999/1961 e 4.950/1966 não estabelecem a jornada reduzida, mas, fixa o salário mínimo da categoria para uma jornada de 4 (quatro) horas para os médicos [...], não havendo horas extras, salvo as excedentes à oitava, desde que seja respeitado o salário mínimo/horário das categorias" (conversão das Orientações Jurisprudenciais nº 39 e 53 da SBDI-1 - Res. 129/2005 - DJ 20.04.2005

Ainda, não é incomum o médico ter mais de um emprego, entretanto, a lei designa em seu §2º do art. 8º, que possuindo mais de um emprego sua carga horária diária não poderá cobrir 6 (seis) horas. Senão vejamos:

Art 8º A duração natural do trabalho, salvo acordo documentado que não lanceie de modo algum o disposto no artigo 12, será: (...)

§2º Aos médicos e auxiliares que acertarem com mais de um empregador, é vetado o trabalho além de seis horas diárias.

Por fim, resta-se evidenciado que os médicos empregados não têm jornada de trabalho exclusiva, assim, a tese que asseverava o avesso foi sobrepujada, portanto, possuem jornada de trabalho de 8 (oito) horas, salvo quando laborarem para mais de um empregador, quando não poderá cobrir seis horas diárias.

Segundo Arouca, entre médico-paciente há uma permuta, em que o paciente tem uma precisão: amainar seu sofrimento, padecimento, dor ou a recuperação da sua saúde; o médico por sua vez, tem a propriedade da técnica e do conhecimento: o saber que amortece o pesar, o padecimento ou a cura da enfermidade, ou seja, a recuperação da saúde almejada pelo cliente.

Pode-se compreender que, nesta permuta entre médico-paciente a troca não é de conhecimentos, dos saberes, pois, o cliente não recebe o conhecimento de como tratar-se. Visto que, este saber, antes de domínio universal é fundamentado na experiência coletiva, foi apropriado e legitimado socialmente para um grupo seletivo que se concentra e consolida-se na Medicina (MINTO, 2005).

Assim, podemos verificar que o cliente recebe apenas a informação de como deverá proceder para que atenuo o seu padecimento. Este procedimento está consubstanciado na ação ou no cuidado médico. Desta forma, o cliente recebe o cuidado médico, que é a maneira técnica e instrumental de conhecimentos e habilidades usurpados pela Medicina. Podemos dizer que nesse contexto este “cuidar” do médico é o mediador entre estes dois sujeitos, médico e cliente como preceitua Minto (2005).

Minto ainda enfatiza que o processo de trabalho da atividade médica é percebido como o próprio cuidado ou tratar médico, no qual interatuam sujeito – “o médico” e objeto – “o paciente”.

Esse tratar médico, segundo Arouca, tem a particularidade de, como esse sistema de produção pode intervir sobre valores vitais biológicos ou psicológicos e, como unidade de permuta, atenderá as precisões do homem que se encontram imbuídas de um valor social, e, historicamente determinadas.

A prática médica é entendida como a força de trabalho que coloca em curso o processo de produção se direcionando a aquisição de implicação peculiar, norteados sobre uma percepção ideológica do que seja normal ou patológico (MINTO, 2005).

Esta atividade constitui arquétipos de normalidade que deliberam os imperativos em saúde; estes arquétipos são acentuados socialmente, externos à dimensão puramente biológica, estabelecendo as formas de proceder no trabalho médico, que são interiorizados no processo de trabalho (GONÇALVES, 2001).

Para Gonçalves este proceder na prática médica origina um gasto de energia para o trabalhador médico; energia esta imprescindível a uma alteração 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.

6.1 Tipologias do mercado e a importância para a saúde do médico

Torna-se significativo as tendências do mercado no setor da medicina para que haja compreensão das maneiras de inserção dos médicos neste mercado, e também para compreender as particularidades de cada âmbito. O trabalho médico geralmente envolve 8 (oito) horas de trabalhos de atendimentos diários em consultórios particular, atendendo convênios a mesma quantidade de horas trabalhadas como assalariado em ambulatório público, ou divididas entre consultório e um emprego público ou privado (NORIEGA, 2003).

Segunda a pesquisa realizada pelo Instituto Datafolha no ano 2000, no Brasil, encontra-se aproximadamente 260 (duzentos e sessenta) mil médicos em atividades, sendo que a cada ano formam-se oito mil novos profissionais em medicina. Existem aproximadamente 160 (cento e sessenta) mil estabelecimentos de saúde no país, sendo que o Estado de São Paulo responde por 30% do total de estabelecimentos e de profissionais médicos. Menos de 20% dos médicos brasileiros desenvolvem apenas uma atividade profissional, sendo que, a maioria realiza jornada de trabalho de três ou mais empregos (GUIMARÃES, 2007).

Segundo Guimarães, o número total de empregos médicos no Brasil, a participação da administração pública responde por 50,1% do total, sendo que, no Estado de São Paulo essa cifra sobe para 60,9%. Enquanto o vínculo assalariado predomina no serviço público, na rede privada predomina a contratação de médicos via organização de terceiros ou como profissionais autônomos. Uma tendência crescente no seguimento nos hospitais privados com fins lucrativos vem sendo a organização dos médicos em sociedades cíveis de profissões regulamentadas ou sociedade de quotas de responsabilidade limitada.

Ainda segundo mesmo autor, pesquisa realizada em 40% dos estabelecimentos hospitalares encontrou a seguinte situação: um terço da rede era de hospitais com fins lucrativos, contra dois terços com fins não lucrativos; 86,3% trabalhavam por convênios e 2,6% eram públicos; a principal fonte de financiamento encontrada na maioria dos estabelecimentos vinha das verbas do Sistema Único de

Saúde (SUS); os hospitais com fins lucrativos eram responsáveis pela maior parte da oferta de vagas de trabalho (65%), seguidos pelos hospitais com fins não lucrativos 60% e pelos hospitais públicos (56%); as especialidades mais procuradas, especialmente nas com fins lucrativos, foram: otorrinolaringologia, cardiologia, urologia, gastroenterologia, nefrologia e neurologia. O setor público teve o melhor mercado para especialidades básicas, tais como clínica médica, pediatria e ginecologia e obstetrícia.

Nos hospitais com fins lucrativos ocorreu predomínio da contratação de médicos na condição de autônomos, ou seja, como pessoa física que recebe por serviço prestado sem vínculo empregatício. Existindo tendência crescente de haver contratação em serviços terceirizados, e nestes, predomina o contrato com empresas de profissionais liberais seguidas pelas cooperativas de médicos. Destacaram-se as empresas organizadas por oncologistas, nefrologistas e neurocirurgiões. Foram apontadas a hematologia, a medicina intensiva e a nefrologia como as especialidades mais terceirizadas conforme cita Guimarães.

Nos hospitais públicos quase 100% dos vínculos eram assalariados, sendo que as especialidades mais assalariadas foram à psiquiatria, medicina intensiva e os médicos plantonista (GUIMARÃES, 2007).

6.2 Rendimentos e honorários

No Brasil, entre 1988 e 1998, ocorreu uma diminuição significativa na contratação de médicos pelo regime CLT (13% em São Paulo e 42,2% no Brasil). Nesse período, a diminuição em níveis de emprego no mercado formal de trabalho médico foi em parte compensada pela contratação do serviço público pelo regime estatutário. No início de 2000, observa-se uma tendência de recuperação dos vínculos empregatícios regidos pela CLT, destacando-se mais uma vez São Paulo, sendo responsável por 53% do saldo nacional de admitidos e desligados (SOUZA apud GUIMARÃES, 2007).

Em relação aos salários pagos aos médicos, dados de 1997, indicam média salarial mensal de 10 (dez) a 20 (vinte) salários mínimos mensais. Neste levantamento, as especialidades citadas com remuneração, tendo ganhos superior 4 (quatro) mil dólares mensais, foram à radioterapia, a radiologia, a medicina nuclear, a cirurgia cardiovascular e a mastologia. As especialidades com piores

remunerações são as medicinas preventivas, a genética clínica e a fisiologia, tendo ganhos inferiores a 2 (dois) mil dólares mensais. Entre as instituições que contratam os melhores salários foram praticados pela rede privada no setor de hospitais e serviços de saúde e os piores foram oferecidos pelo setor público, no setor de administração direta e autárquica. Levantamento feito pelo Instituto Datafolha em 2000 indicava que os médicos de São Paulo apresentavam em média renda familiar de R\$ 8.287,30 (SOUZA apud GUIMARÃES, 2007).

Conforme esses dados dessas duas últimas décadas houve uma precarização dos vínculos empregatícios dos médicos, devido o abandono da contratação pelo regime estatutário no setor público para fugir dos encargos previdenciários. A rede privada passa a contratar mais via pessoa jurídica para camuflar um vínculo regular de trabalho, evitando desta forma os encargos sociais decorrentes. Outro dado convergente a precarização de trabalho refere-se ao grande crescimento de vínculos informais sem carteira assinada (GUIMARÃES, 2007).

Entre os anos de 1995 e 2000, verificou-se uma diminuição de aproximadamente 20% nas atividades de consultório realizadas pelos médicos. A causa deste declínio é o extenso descredenciamento de médicos promovidos pelos Planos de Saúde, mostrando a perda do caráter liberal da medicina e a grande dependência de convênios para os consultórios se manterem (VAZ, 2003).

Nas últimas décadas ocorreu um declínio significativo da atividade liberal da medicina, isso demanda ao um componente subjetivo, pois o consultório privado encontra-se associado à identidade médica e à auto-estima de muitos destes profissionais (PIMENTEL, 2003).

Segundo estas pesquisas, os médicos convivem com o multiemprego, divididos entre os setores público, privado e consultórios o que resulta em um acúmulo de atividades. No Brasil, verifica-se que 45,3% dos médicos possuem até duas atividades, 46,2% possuem entre três a quatro atividades, sendo que 54,7% conciliam três ou mais atividades, chegando a uma carga horária de doze a quatorze horas diária. Estes percentuais demonstram que mais da metade dos médicos brasileiros acumulam diversas atividades, implicando numa jornada de trabalho extensa (VAZ, 2003).

Vaz relata que, quanto à jornada de trabalho, verifica-se que é bastante extensa e muito intensa sendo extenuante e desgastante. Os médicos plantonistas

brasileiros, 76,6% trabalham entre doze a quarenta e oito horas semanais e 18,9% trabalham acima de quarenta e oito horas semanais, tendo conseqüências para a saúde deste profissional.

Os efeitos do trabalho noturno e em turnos sobre o organismo acontecem devido à dessincronização existente entre os horários do trabalhador e aqueles considerados normais para a sociedade. Estas implicações sobre o organismo afetam a organização temporal dos fenômenos biológicos, fisiológicos e/ou psicológicos, tornando o organismo mais suscetível às agressões presentes no ambiente laboral (BAUK, 2008).

Segundo Machado (2000) os valores pagos por consultas médicas e/ou procedimentos em convênios e cooperativas estão bem abaixo do valor ideal pretendido pela categoria, qualificando e dando dignidade ao trabalho efetuado, assim como do estabelecido da tabela de honorários médicos da Associação Médica Brasileira (AMB). Assim, o médico pode ser considerado um empregado da medicina grupal em que além de não ter seus direitos trabalhistas garantidos, alguns não possuem vínculo empregatício, trabalhando por produtividade num sistema de prestação de serviço. Desta forma, este profissional passa a ser super-explorado, alimentando a fantasia de ser profissional liberal, ou ser seu próprio chefe, isso acarreta transtornos a saúde do médico.

6.3 Desgaste do médico no trabalho

A descaracterização e desumanização do atendimento médico contém implicações diretas à saúde dos pacientes e de alguns médicos, como o desgaste profissional (DEJOURS, 2002) e a fadiga médica (RIBEIRO, 1989); podendo também produzir a alienação no processo de trabalho (MARX, 1985), assim poderá fazer com que o médico torne-se alienado e alienante nas relações inter-pessoais, adquirindo uma postura a-crítica e naturalizada do processo saúde-doença.

Outro fator ressaltado é a ausência de autonomia sobre o processo de trabalho, seja por estar contido às regras e normas burocráticas instituídas pela instituição empregadora (pública ou privada), como a prescrição da carga horária, protocolos rígidos, cota de exames, ou as constituídas pelos convênios e/ou cooperativas, que se fundamentam na produtividade. Estas regras deliberam, por exemplo, o número de pacientes a serem atendidos, as cotas de exames que podem

ser requeridas ou dos procedimentos que devem ser realizadas, etc.; o estabelecimento destas cotas baseia-se em discernimentos econômicos e não técnicos, interferindo na autonomia do médico e na resolutividade do cuidado médico.

Giglio (2008) relata que durante a rotina diária, o médico cuida de diversos pacientes, conversam com seus familiares, conhecidos, enfrentando entraves burocráticos, recebendo elogios e reclamações. Enfrentam situações de ansiedade em casos que não estão evoluindo bem ou com exigências de pacientes e de seus familiares, enquanto a rotina de preenchimento de guias, relacionamento com fontes pagadoras e com auditores que crescem diariamente. Como se não bastasse, soma-se a tudo isso as próprias angústias de viver nesse tempo de insegurança e múltiplas atribulações, como educar filhos compartilhar um pouco de tempo que tem com a família, para o lazer etc.

Ao longo do tempo, a prática da medicina deixará de ser prazerosa, e enxergaremos nela, muitas vezes, uma das importantes razões das agruras psicológicas do médico. Estaremos diante da síndrome da estafa profissional conforme relata Giglio (2008).

Machado et al (2001) conceitua o desgaste psíquico como a perda da capacidade, efetiva e/ou potencial, biológica e psíquica do sujeito, considerando-o mediador privilegiado entre processo de trabalho e a constituição biopsíquica peculiar de grupos de trabalhadores. Conforme essa teoria, os trabalhadores estão submetidos a cargas físicas, químicas, biológicas, fisiológicas, psíquicas e ergonômicas que interatuam de maneira dinâmica entre si e com o corpo do trabalhador, ocasionando procedimento de adequação que são traduzidos em desgastes.

Machado preceitua que, a forma como a estrutura organizacional do trabalho está planejada em dada a situação concreta pode gerar nos trabalhadores sentimentos negativos, como impotência, ausência de sentido, isolamento social e auto-estranhamento, ocasionando sofrimento psíquico que pode ser compreendido como sentimento de vida contrariada; para Dejours (2002) o sofrimento estaria associado peculiaridade do psíquico, situando-se no espaço entre a saúde e a doença mental, caracterizado por uma luta intensificada contra a doença e o próprio sofrimento.

Vaz (2003) aponta que, o trabalho médico é uma atividade por si mesma geradora de desgaste psíquico. O lidar com vidas em situações de fragilidades. Durante o aprendizado sentimentos e emoções são suprimidos. Alega-se que a “asessia” emocional do médico seja importante para assegurar o autocontrole e manter a qualidade técnica da intervenção. Entretanto, na prática, o que se consegue são médicos despreparados para lidarem com muito dos aspectos intrínsecos da profissão, que são verdadeiramente estressantes.

Filho (2007) relata que, se, por um lado a prática da medicina é fonte frequente de muitas satisfações, por outro tem sido notado um aumento significativo da insatisfação e do sofrimento no seu exercício. O estresse é peculiar à atividade médica pelas próprias características da profissão. É interessante ressaltar que, frequentemente, os mesmos fatores que podem determinar gratificação, realização e melhora da qualidade de trabalho, também contêm o potencial de provocar sintomas usualmente descritos como decorrentes da chamada Síndrome do Estresse Profissional, que é o burnout.

Filho também evidencia que estes profissionais, com frequência, apresentam dificuldades em perceber tais condições, tendem a reagir de forma cínica quando lhes são oferecidas ajudas ou sugestões. Habitualmente dizem estar cansados, chateados, mostram-se retraídos ou irritados e procuram culpar os outros e/ou instituições pela condição em que se encontram. Estudo de Kaplan, citado por Singen, revela que, em amostras comparativas com outras profissões, os médicos apresentaram: maior sobrecarga de trabalho, maior responsabilidade entre todos os ofícios, maiores níveis de complexidade no emprego e as mais altas expectativas de realizações e motivação para o trabalho.

Giglio (2008) relata que no Brasil, em relação ao gênero, o desgaste mais expressivo ocorre no sexo feminino (81,7%), no masculino (77,6%). Deve-se considerar que isso acontece devido às diversas atribuições da mulher, visto que, a mesma possui dupla ou até tripla jornada de trabalho, buscando conciliar os vários papéis sociais que a mesma desempenha na vida privada e profissional. Outro fator deste desgaste profissional do médico foi atribuído a quantidade de atividades exercidas por este profissional.

Ressalta-se ainda que no Brasil o maior percentual de desgaste encontrado nesta atividade ocorre no centro-oeste. Quanto à faixa etária os médicos

jovens com idade inferior a 30 (trinta) anos apresentaram um percentual de desgaste bem mais significativo com afirma Giglio.

Quanto às atividades, os plantonistas apresentam maior desgaste profissional (91,5%), atingindo (95,1%), nos serviços de pronto-socorro/emergência dos setores públicos e privados. Quanto ao setor de atuação, o público destaca-se com (86,5%), o privado com (82,1%), consultório com (79,6%); ressalta-se que àqueles que atuam nos três setores tiveram (89,9%), de desgaste (FILHO, 2007).

Filho diz que, os principais motivos de desgaste profissional compreendem o excesso de trabalho, baixa remuneração, más condições de trabalho, responsabilidade, área de atuação, relação médico-paciente, conflito e cobrança da população além da perda de autonomia entre outros fatores.

6.3.1 Doenças psicossomáticas e orgânicas

Algumas doenças que acometem o coração estão sendo relacionada com o ambiente laboral, a hipertensão arterial, a angina pectoris, o infarto agudo do miocárdio. Estas doenças estão anexadas aos diversos fatores que atingem a qualidade ou o próprio estilo de vida do sujeito como o sedentarismo, a obesidade, o tabagismo, a ingestão excessiva do sal, assim como também estão ligados à organização e ao processo de trabalho, como o autoritarismo nas relações, no ritmo intenso do trabalho, pouca ou nenhuma autonomia no laboro, pressões de produtividade, tarefas repetidas e monótonas, muita coisa para ser realizada em pouco tempo etc.conforme Mendes, 2000.

Pode- se também associar aos riscos existentes do próprio espaço de laboro, como: calor e ruídos intensos, vibrações excessivas, além de estarem anexadas alterações vistas no sistema econômico, assim como aos problemas relacionados com o emprego e o desemprego (BENEVIDES-PEREIRA, 2002).

Mendes (2000) enfatiza que entre estas patologias pode-se destacar as do aparelho locomotor e as já mencionadas como os distúrbios mentais e o estresse, as doenças respiratórias crônicas que são originadas devido às poeiras aos gases entre outros fatores que fazem parte do cotidiano do médico.

As doenças do aparelho locomotor estão associadas às questões ergonômicas e o próprio processo de trabalho; podemos citar dor lombar devido ao ritmo intensivo e as condições anti-ergonômicas (MENDES, 2000).

A esse respeito Benevides-Pereira (2002) relata que 25,3% das doenças ligadas ao sistema osteo-muscular causam morbidade entre os médicos, seguida por 20,3% das doenças cardiovasculares.

Podemos destacar como sintomas psicossomáticos a cefaléia, dor no peito, dor abdominal e a fadiga persistente. Em relação ao trabalho médico iremos destacar a fadiga que é um estado fisiológico completo, reversível, caracterizado por perda de eficiência e aversão a qualquer tipo de esforço, sua presença indica uma alteração de equilíbrio fisiológico do indivíduo podendo acompanhar-se de sinais funcionais e biológicos que demonstram a existência de diversos distúrbios (BAUK, 2008).

Bauk (2008) diz que, didaticamente, existem dois tipos básicos de fadiga, a física e a psíquica, entretanto, outras classificações podem ser encontradas na literatura. A física ou somática seria caracterizada pelas seguintes alterações fisiológicas, como a redução das reservas de combustível muscular e queda da glicemia e as alterações neurofisiológicas e hormonais decorrentes de trabalho mental atento e de trabalho muscular leve com repetição contínua de movimentos, envolvendo o uso contínuo dos mesmos trajetos nervosos presentes no trabalho do médico.

Baseado nestas alterações fisiológicas, ou seja, na causa ou no modo de manifestação podemos considerar presentes no médico a fadiga muscular a visual, resultante da sobrecarga ocular, a fadiga geral conseqüente à sobrecarga de todo o organismo, a fadiga mental induzida pelo seu trabalho mental ou intelectual a fadiga nervosa ocasionada pela solicitação excessiva de uma parte do sistema psicomotor, a fadiga por monotonia do ambiente, a crônica devido ao acúmulo de efeitos em longo prazo e por vezes a circadiana ou nictemeral devido à quebra do biorritmo enfatiza Filho, 2007.

A manifestação da fadiga muscular é bem presente no quadro psicomotor do médico, visto que a mesma é uma manifestação aguda e dolorosa localizada em músculos excessivamente solicitados, acompanhada da acumulação de resíduos metabólicos como o ácido lácteo e o dióxido de carbono. Nesta fadiga, o músculo perde a força, sua contração e relaxamento tornam-se mais lentos e o período de latência torna-se mais longos, acarretando distúrbios de coordenação, aumentando a probabilidade de erros e acidentes (BENEVIDES-PEREIRA, 2002).

Segundo Benvides-Pereira a fadiga muscular torna-se evidente como sensação de cansaço; esse quadro apresenta repercussões orgânicas como cefaléias, tonturas, dificuldade de concentração, crises de choro, alterações do sono, tendências a depressão, emotividade acerbada, quadro de mal estar geral, etc., ressalta-se também que o sono ou o repouso não levam a uma recuperação como ocorre na fadiga física e também haverá uma diminuição da eficiência para atividades físicas e mentais.

Essa fadiga ocorre no médico devido a sua jornada de trabalho que os obrigam a trabalharem em turnos ou em período noturno diminuindo as horas de sono, alterando o horário das refeições e contribuindo para perda de momentos de lazer, e também o controle excessivo do seu psicológico e emocional, além dos fatores ergonômicos e de suas atividades laborais, isso aumenta a sensação de cansaço que impacta as atividades podendo limitá-los, os deixando-os lerdos e sonolentos, sem vontade de qualquer esforço físico ou mental afirma Filho, 2007.

Filho enfatiza que eles, os médicos, são forçados a seguir trabalhando, conseqüentemente a sensação de cansaço aumenta levando-os ao esgotamento, podendo desenvolver a fadiga aguda caracterizada por sensação de fraqueza, sonolência, desmaio, aversão ao trabalho, raciocínio lento, redução do grau de alerta e declínio do desempenho físico e mental.

Vaz (2003) afirma que quando o médico não atende aos sinais da fadiga aguda pode desenvolver a crônica que por sua vez é marcada pelo cansaço matinal, tendência a depressão, irritabilidade, instabilidade psíquica, relutância em trabalhar e a manifestação psicossomática, comprometendo a segurança, a qualidade, a produtividade e, sobretudo, a saúde e o bem-estar do médico.

6.3.2 Transtornos mentais e estresse

Alguns profissionais como bombeiros, policiais, professores, médicos, trabalham sob pressão, não podendo correr o risco de tomar atitudes precipitadas, devido à responsabilidade inserida na profissão estes profissionais podem desenvolver transtornos mentais e estresse preceitua Vaz (2003).

O estresse entre os diversos fatores relacionados à saúde mental parece ser o de maior prevalência na gênese de distúrbios psíquicos e somáticos. Seus efeitos repercutem sobre a saúde e o comportamento dos indivíduos, impactando a

produtividade e favorecendo acidentes, independentemente da sua fonte ser ou não ligada ao trabalho (BAUK, 2008).

Segundo Selye apud Bauk (2008) o estresse é definido como um estado manifestado por uma síndrome específica, constituída por todas as alterações não específicas produzidas no sistema biológico.

Selye discorre que os fatores que interagem para desencadear o estresse são três: o estressor, o contexto e a vulnerabilidade. Os estressores são os inúmeros agentes da mudança. Podendo ser físicos, químicos, bacterianos, viróticos, metrológicos, ecológicos, psicológicos, resultantes de conflitos interpessoais etc.,

Vaz (2003) preceitua que os fatores de contexto ou externos são oriundos do ambiente em que o indivíduo esta inserido. Sua avaliação pode variar em amplitude, abrangendo desde uma família, uma empresa, a globalização, considerando as condições de vida, padrões morais e sociais, políticas empresarial, situação econômica, segurança etc.

Os fatores de vulnerabilidades ou internos são os pontos fracos do individuo relacionados aos agentes estressores, são variáveis e determinantes na intensidade do estresse. Ela depende da hereditariedade, personalidade, idade, sexo, nível educacional, experiência de vida, atividade, etc.

O estresse ocupacional como relata Bauk (2008) são reações psicofisiológicas originadas da percepção de um desequilíbrio entre as demandas ocupacionais e as habilidades individuais para atendê-las, quando as consequências do insucesso são importantes. Segundo ele, os estressores estão presentes em qualquer tipo de atividade, entretanto, muitos estressores ocupacionais, devido sua natureza ou magnitude, podem acarretar prejuízo ao desempenho dos trabalhadores, dificultando o relacionamento interpessoal, reduzindo a capacidade de atenção e concentração, causando lapso de memória, aumentando o absenteísmo e os acidentes de trabalho e diminuindo a produtividade.

Vaz (2003) disserta que as reações decorrentes do estresse se dividem em três: as emocionais que compreendem ansiedade, depressão e histeria; comportamentais compreendem o alcoolismo, tabagismo, dependência de drogas, aumento do absenteísmo e suicídio; fisiológicas abrangem alterações hormonais e farmacológicas responsáveis por taquicardia, sudorese, hipertensão arterial, aumento de lipídio no sangue entre outros fatores.

O estresse do médico abrange três categorias a seguir (DE MARCO, 2007):

- O estresse profissional associado aos processos de profissionalização e desenvolvimento do papel médico na sociedade. Este estresse está vinculado a: administrar o peso da responsabilidade profissional, lidar com pacientes difíceis, supervisionar estudantes e residentes mais jovens, gerenciar o crescente volume de conhecimentos médicos e planejar a carreira profissional;

- O estresse situacional - é o estresse associado a certas peculiaridades do treinamento tais como: privação do sono, fadiga, excessiva carga assistencial, muitos pacientes difíceis, excesso de trabalho administrativo, corpo auxiliar insuficiente e problemas relativos ao ambiente de trabalho;

- Estresse pessoal – vinculado as características individuais e situações pessoais, como características de personalidade, vulnerabilidades psicológicas, situação socioeconômica, problemas familiares, eventos de vida, etc.

Essas três categorias de estresse segundo De Marco (2007), com frequência, se superpõem. Por exemplo, o estresse associado à escolha de especialidade envolve elementos pessoais e profissionais. Por outro lado, a carga de trabalho e a pressão do tempo podem ser consideradas como estresses situacional, pessoal e profissional.

Em um estudo prospectivo realizado na Escola Paulista de Medicina (Nogueira - Martins, 1994) apud De Marco (2007) implicaram que as principais dificuldades encontradas pelos médicos na tarefa assistencial foram:

- Quantidades de pacientes;
- Comunicação com pacientes de baixo nível socioeconômico e cultural;
- Pacientes hostis e/ou reivindicadores;
- Pacientes que venham a falecer;
- Pacientes com alterações de comportamento;
- Comunicações dolorosas, como por exemplo, comunicar ao paciente e/ou família situações graves ou de mortes;
- Dilemas éticos;
- Medo de contrair infecções durante a realização de atos médicos.

Nesse estudo as principais fontes de estresses identificadas foram:

- Fadiga;
- Cansaço;
- Pressão;
- Plantão noturno;
- Excessivo controle das emoções;
- Lidar com as exigências internas, como pro exemplo não falhar;
- Jornada múltipla;
- Falta de tempo para lazer, família, amigos e necessidades pessoais.

Segundo pesquisa do Instituto Brasileira de Economia da Fundação Getulio Vargas (IBRE/FGV), realizada em 2006, os médicos são os profissionais que mais trabalham, com uma jornada de 52 (cinquenta e duas) horas semanais em média e precisam ter três ou mais vínculos empregatícios para compor o seu salário. Existindo ainda as dificuldades que cada médico enfrenta no seu cotidiano, entre elas estar a sua abnegação e sua dedicação na busca de salvar vidas, minorar o sofrimento e levar avante sua profissão com dignidade e respeito ao ser humano.

A formação precária e os excessos de médicos colocam em risco a saúde da população, pois, estão relacionados ao aumento das infrações éticas à aceitação de salários irrisório, honorários abaixo da média e condições de trabalho desfavoráveis. Esses fatores são apenas alguns que afetam a vida emocional de muitos médicos brasileiros, pois atinge diretamente a auto-estima desses profissionais (GUIMARÃES, 2007).

Segundo este autor, a saúde mental, é um fenômeno complexo e determinado por múltiplos fatores sociais, ambientais, biológicos e psicológicos, neste caso específico da saúde mental do médico, dependerá da sua formação, prevenção maturidade e qualidade pessoal, dentre outros fatores.

Relacionado com a saúde dos médicos Guimarães (2007), ressalta que tem-se observado em diferentes investigações um aumento de estresse e depressão. Os médicos mais estressados costumam serem aqueles que estão na posição do “sanduíche”, ou seja, os que coordenam uma equipe médica e simultaneamente, tem uma chefia acima deles. Não tem todas as decisões em sua

mão, como seu chefe, mas, possuem a responsabilidade de garantir que seus subordinados trabalhem de forma eficiente.

Como resposta aos fatores estressantes pode surgir a síndrome de burnout, que é um descritor de respostas dos profissionais a determinadas condições laborais, sobretudo em profissões que possuem grau elevado de contato com o público, como os médicos afirma Guimarães, 2007.

6.3.3 Síndrome de burnout

Segundo Bauk (2008) burnout é uma consequência do estresse excessivo, caracterizado por uma sensação progressiva de deterioração e exaustão de energia. É acompanhado de forma frequente de perda de motivação. É uma sobrecarga que afeta o comportamento e a disposição geral.

De Marco (2007) relata que o indivíduo acometido de burnout apresenta queixas psicossomáticas, alterações de sono, fadiga excessiva, distúrbios gastrintestinais, dores nas costas, cefaléias, problemas cutâneos e até vagas dores cardíacas de origem inexplicada. Distúrbios comportamentais manifestam-se irritabilidade, problemas sexuais (frigidez ou importância), raiva, frustração etc., levando à perda da autoconfiança, baixa auto-estima, depressão, ansiedade e pessimismo.

Ainda segundo Bauk (2008) o ambiente de trabalho tem sido significativo ao estresse e ao burnout que está relacionado à preocupação do indivíduo com o desempenho, ambiguidade, posição hierárquica, condições inseguras, sobrecarga ou subcarga de trabalho (qualitativa e quantitativa), ausência de controle sobre a atividade e seu ritmo de monotonia etc.

O burnout é uma forma de reação ao estresse crônico proveniente do sistema organizacional do laboro e das condições do mesmo, vem ocasionando um impacto significativo na saúde do profissional que cuida das doenças, ou seja, o médico, e conseqüentemente, implicando no atendimento e tratamento do paciente, na medida em que a relação médico-paciente fica comprometida.

VAZ (2003) relata que o médico afetado por essa síndrome realiza consultas rápidas, evitando o contato visual com os pacientes. Isto ocasiona sentimentos de raiva, impotência, depressão, sofrimento do alcoolismo, de sintomas psicossomáticos, distúrbios mentais e o estresse, além de modificações no perfil de

morbidade e de mortalidade destes profissionais, como a detecção das doenças relacionadas ao ambiente laboral. Têm implicado de maneira direta no relacionamento médico-paciente, que se encontra degradada, focalizada em sintomas e com pouca resolutividade.

Pereira (2002) relata que no tocante a síndrome burnout vários são os aspectos do trabalho do médico que podem fazer desta atividade uma ocupação vulnerável a esta síndrome. Segundo ele, na literatura pode-se encontrar um número significativo de fatores comumente associados a agentes estressores, têm-se:

- Quanto à organização no trabalho: conflito e ambiguidade de papéis, ausência de participação nas decisões, plantões (especialmente o noturnos), longas jornadas de trabalho, rodízio de horários, número insuficiente de pessoal, recursos escassos, sobrecarga de trabalho, falta de treinamento notadamente às novas tecnologias, mudança constante das regras, excesso de burocracia, excesso de horas extras, clima tenso de trabalho;
- Quanto ao convívio profissional: relacionamento muitas vezes conflituoso com a equipe, a falta de apoio e/ou suporte social, falta de reconhecimento profissional, alta competitividade, pressão por maior produtividade, ausência de confiança e companheirismo, pouco contato com os demais integrantes da equipe;
- Quanto a agentes físicos: ambiente propício a riscos químicos (produtos para desinfecção hospitalar, medicamentos, produtos de manutenção de equipamentos), biológicos (bactérias, fungos, vírus, etc.), físicos (ruídos, iluminação, ventilação, radiações, etc.), mecânicos (transporte e/ou movimentação e posicionamento de pacientes, etc.), psicossociais (contatos com pacientes agitados, descontrolados, agressivos), ergonômicos (posturais, psicomotor, padrões cinéticos, fatores ambientais, sistema de produção, divisão de tarefas, instrumentos, carga de trabalho, higiene, etc.);
- Quanto à vida pessoal: turnos rotativos que dificultam a convivência social e familiar, dificuldade em conciliar o trabalho com atividades extraprofissionais, inclusive de aperfeiçoamento e crescimento pessoal, conflito entre valores pessoais e os laborais;

- Quanto à atividade profissional: interação próxima com o paciente, atenção constante, contato constante com o sofrimento, a dor e muitas vezes a morte, complexidade de alguns procedimentos, responsabilidade muitas vezes implicando manutenção da vida de outrem.

A síndrome de burnout se diferencia de outros estados depressivos, com os quais podem ser confundidos: tédio, depressão, ansiedade, insatisfação no trabalho ou estresse, pois, a síndrome de burnout supõe uma interação de variáveis afetivas, cognitivas e comportamentais que se influenciam constituindo esse estado de estresse crônico no trabalho. O que individualiza o estresse do burnout é que aquele pode ter implicações positivas e negativas enquanto este possui apenas implicações negativas e de origem predominantemente laborais.

O médico em seu espaço laboral tem agentes que exercem pressão aumentando o grau de risco da ocorrência de burnout. Sabemos que a instituição hospitalar é determinada pela luta constante entre a vida e a morte. Nele estão as esperanças de melhora, cura, minimização ou supressão do sofrimento, porém, encontra-se também a morte em batalha constante diante das condutas terapêuticas (BENEVIDES-PEREIRA, 2002).

Segundo estes autores, um estudo sociológico sobre o perfil do médico no Brasil 80% dos médicos Brasileiros considera a atividade médica desgastante, atribuindo fatores como excesso de trabalho, alta responsabilidade profissional, cobrança da população, infalibilidade, entre outros fatores.

Esses autores afirmam que a solução para lidar com o burnout está em ações integradas comprometimento e qualidade de vida no ambiente laboral. Eles enfatizam que os médicos burned-out apresentam facilidades para entrar em confrontos com a equipe, pacientes e familiares, demonstrando baixo entusiasmo para o trabalho, tomam decisões pobres e erram demasiadamente. Em alguns casos à síndrome é adicionada ao uso de substâncias químicas como álcool, maconha, solventes, cocaína, anfetaminas, nicotina e tranquilizantes.

Tucunduva et al (2006) relata que a síndrome de burnout é frequente em médicos cancerologistas brasileiros apresentando níveis moderados ou graves nas três dimensões da síndrome, outros estudos realizados por Tucunduva considera

que devem ser desenvolvidas pesquisas significativas para analisar a prevalência e a prevenção nas especialidades médicas.

A síndrome de burnout interfere na qualidade de vida do médico é um fator significativo no desgaste profissional afetando a saúde e a vida profissional do mesmo. A seguir quadro descritivo da sintomatologia desta síndrome descrita por Benevides-Pereira, 2002 para melhor compreensão de porque a mesma é tão significativa na qualidade de vida e a própria vida deste profissional:

SINTOMATOLOGIA DA SÍNDROME DE BURNOUT			
Físicos	Comportamentais	Psíquicos	Defensivos
Fadiga constante	Negligência ou exagero de escrúpulos	Ausência de concentração e atenção	Tendência ao isolamento
Distúrbio do sono	Irritabilidade	Alterações de memória	Sentimento de onipotência Ausência de motivação pelo trabalho ou lazer
Dores musculares e osteomusculares	Incremento de agressividade	Lentidão do pensamento	Absenteísmo
Cefaléias, enxaquecas	Incapacidade de relaxar	Sentimento de alienação	Ironia, cinismo
Perturbações gastrointestinais	Dificuldade de aceitar mudanças	Impaciência	Astenia, desanimo, depressão
Imunodeficiências	Ausência de iniciativa	Sentimento de insuficiência	Desconfiança, paranóia
Transtornos cardiovasculares	Aumento de consumo de substância	Redução da auto-estima	
Distúrbios respiratórios	Comportamento de alto risco	Labilidade emocional	
Disfunções sexuais	Suicídio	Dificuldade de auto-aceitação	
Alterações menstruais	-----	-----	-----

Fonte: Benevides-Pereira, 2002.

Considera-se que não é imperativo oferecer todos os sintomas para diagnosticar Burnout. Observa-se também que o que distingue a síndrome do estresse são os sintomas defensivos constituindo a peculiaridade mais significativa, da síndrome (Benevides-Pereira, 2002).

Conforme o manual do M.B.I. (*Maslach Burnout Inventory*), o sujeito com Burnout tem grau alto em Exaustão Emocional (EE) e Despersonalização (DE) e Baixa Realização Profissional (RP). Golembiewsky, Munzenrider e Carter (1983), citados por Benevides-Pereira (2002) apresentam que, no início aparece a despersonalização como enfrentamento ao estresse, para então se alojar a exaustão emocional. Ressalta-se que para desenvolver a síndrome, o sujeito não necessita passar, basicamente, por todos esses estágios.

Assim, conforme Benevides-Pereira, o médico tem presente em seu ambiente de trabalho, nas condições ergonômicas, nos fatores externos e no seu psicológico, fatores que podem ocasionar o desenvolvimento da síndrome de burnout.

Segundo Benevides as relações de trabalho, o tempo dedicado à atividade profissional concebem influência expressiva na saúde do médico. A classe médica está entre o grupo de categorias que menos aprecia esses fatores de risco no trabalho.

Uma das tentativas teóricas existentes no campo da saúde mental do trabalhador é atuar no processo de adoecimento através da renúncia do trabalhador de suas atividades laborais valendo-se designadamente da psicopatologia do trabalho que, por definição, é a “análise dinâmica dos processos psíquicos mobilizados pela comparação do sujeito com a realidade do trabalho” (Machado, 1997).

Benevides-Pereira (2002) acrescenta que o laboro pode instituir um lugar de prazer, além da subsistência da vida, e não somente de consternação e dano de saúde.

6.4 Suicídio entre médicos

O médico no exercício profissional identifica-se como ser onipotente desenvolvendo o complexo tonatolítico, que é a idealização de um ser onipotente capaz de retardar ou mesmo anular a ameaça de morte. Assim, o médico corre o risco de identificar-se totalmente com esse ser tanatolítico, assumindo compromissos onipotentes (Machado, 1997).

Desta forma, o médico pode desenvolver sentimentos de culpa por fracasso de onipotência favorecendo o surgimento de quadros depressivos e suicídios que são evidenciados por fatores epidemiológicos da literatura, de incidência e prevalência, nesses profissionais (VAZ, 2003).

VAZ enfatiza que médico pode ser na maioria das vezes, ativo, ambicioso, competitivo, compulsivo, entusiasta e individualista, é facilmente frustrado em suas necessidades de realização e conhecimento. Estes fatores podem contribuir para a produção de ansiedade, depressão e necessidade de cuidados

psiquiátricos. Entretanto, caso haja preconceitos com a Psiquiatria, o médico buscara opções como a somatização, abuso de álcool e drogas, e o suicídio.

O suicídio entre os profissionais de medicina está relacionado com a perda da onipotência, onisciência e virilidade idealizadas por diversos aspirantes à carreira médica durante o curso e a vida profissional, e crescente ansiedade pelo temor de falhar (WEKSTEIN, 2001).

Desta forma, devido ao complexo mundo do médico, o tema do suicídio entre médicos tem sido abordado na literatura, assim como tem sido observado no cotidiano profissional. Estudos divulgados por Meleiro (1999) evidenciou que a taxa de suicídio entre médicos é alarmante, chegando a ser seis vezes superior à da classe social semelhante. Seguindo este mesmo contexto Roman et al (1981 apud Rego, 2001) em seus estudos na Inglaterra elevadas taxas de morte por suicídio especialmente em profissões médicas e paramédicas.

Baseando-se nesse contexto e diante da literatura pesquisada verifica-se que mundialmente na taxa de suicídio nos médicos é superior à da população geral e também proeminente aos profissionais de nível superior, talvez devido ao acesso fácil e ao conhecimento dos meios letais; o conhecimento farmacológico permite qualquer tentativa de suicídio através da ingestão de medicamentos (RIBEIRO, 2001).

Tem-se conhecimento que o suicídio é um ato de desespero e sem retorno, sendo uma das implicações de estados depressivos e de inadaptação; quanto aos mecanismos de defesas frente às situações estressante, angustiantes e adversas da vida, dessa forma o laboro possui uma parte significativa e essencial seja para a sobrevivência ou realização pessoal. Assim, o suicídio está presente no processo de saúde e doença, sendo o suicídio uma das conseqüências deste processo ou dos fatores que contribuem para o desgaste físico e emocional do médico, sendo uma resposta individual, evasiva, solitária e triste (WEKSTEIN, 2001).

Pesquisas realizadas por Feifel et al (2007) estudaram oitenta e um médicos e concluíram que o medo da morte foi um fator primordial da escolha da carreira médica, isto porque alguns médicos percebem a morte pela visão materialista, sendo um final da vida. Esses aspectos não devem servir de justificativa para a segurança pessoal, doenças e para controlar a morte.

Segundo esses autores a morte torna-se familiar para este profissional, em todas as suas formas, que, diante da facilidade do meio ao seu alcance, dada

ausência de princípios elevados e inibições morais, adotam o suicídio como uma forma direta e efetiva de eliminar seus problemas.

Meleiro (1999) aponta que o risco de suicídio é quase sempre reconhecível e previsível, devendo haver esforços para melhorar o diagnóstico, incluindo terapias e prevenções para aqueles médicos que fazem gestos ou tentativa de suicídios, visto que, o mesmo é um grito de socorro que precisa ser respondido imediatamente.

Na revisão de literatura pesquisada, verificamos que os fatores de risco nesta profissão são ansiedade, depressão, quadro psicótico e estado de exaustão, mudanças no comportamento, aumento de indecisão, desorganização, história familiar de suicídio, intoxicação por álcool ou droga, sentimento de desesperança, remorso, idade, sexo, estado civil, etc., (ROSS, 2003).

Esse autor relata que o suicídio entre médicas é mais frequente do que entre médicos, visto que, a taxa de suicídio entre as médicas é quatro vezes maior que nas mulheres da população em geral com idade acima de 25 (vinte e cinco) anos; outro dado importante apresentado por Ross é a incidência de morbidade psiquiátrica e a disponibilidade e a oportunidade de acesso a meios de suicídio (drogas, veneno, etc.).

Millan (2005) considera fatores de risco para o suicídio as seguintes características: indivíduo do sexo masculino, com mais de 45 (quarenta e cinco, divorciado ou viúvo, desempregado, com doença crônica, comportamento suicida anterior e ateu. Quanto à profissão destacam-se os médicos do sexo feminino, os psiquiatras, anesthesiologistas e oftalmologistas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os componentes obtidos nessa pesquisa viabilizam com a maior compreensão sobre o desgaste profissional do médico, sua saúde e as doenças ocupacionais em que os mesmos encontram-se vulneráveis.

Assim verificamos que os fatores relacionados às variáveis predominantes na bibliografia consultada refletem que:

- A definição de trabalho sofreu várias modificações até a atualidade e que a mesma possui origem latina existindo desde a antiguidade.
- A concepção de trabalho em saúde está ligada a teoria marxista do trabalho. O conceito de processo de trabalho em saúde iniciou-se nos anos 80 com a tese de doutorado de Maria Cecília Puntel de Almeida (1984).
- Na saúde- doença e trabalho a medicina contempla a enfermidade sob dois parâmetros, o antológico do mal e o outro com base no equilíbrio das forças; o processo saúde-doença pode ser compreendido como do conjunto de relações variáveis que produz e condiciona o estado de saúde e enfermidades de uma população.
- Os custos humanos do trabalho são reconhecidos pela legislação trabalhista através da classificação de determinadas atividades profissionais em perigosas, insalubres e penosas. Considerando o sofrimento invisível ou disfarçado de cansaço ou insatisfação como a pior doença ou lesão traumática trabalhista.
- Os principais fatores de riscos que acometem a saúde e a segurança dos trabalhadores no ambiente de trabalho são classificados em cinco grupos (físicos, químicos, biológicos, ergonômicos, psicossociais, mecânicos e de acidentes).
- O trabalho médico tem como objetivo a manutenção, a recuperação e a transformação de certos valores vitais no âmbito individual e coletivo de uma população.
- O trabalho médico geralmente contém oito horas de trabalho de atendimentos diários em consultórios particulares, atendendo

convênios e tendo a mesma quantidade de horas trabalhadas como assalariado em ambulatório público ou divididos entre o emprego público e o privado; os salários pagos aos médicos possuem média mensal entre dez a vinte mil salários mínimos; existiam até o ano de 2000 aproximadamente 260 (duzentos e sessenta) mil médicos em atividades, sendo que a cada ano formam-se oito mil novos profissionais em medicina.

- Desgaste do médico no trabalho está relacionado à desumanização e descaracterização do atendimento médico, ao desgaste profissional, a fadiga médica e a ergonomia do ambiente laboral e dos seus sistemas trabalhistas, além da ausência de autonomia e de algumas normas burocráticas.
- O trabalho médico é por si mesma geradora de desgaste psíquico porque lida com vidas em situações de fragilidade. Assim o estresse é peculiar à atividade médica pelas próprias características da profissão. A prática da medicina é frequente de muitas satisfações, entretanto, vem aumentando significativamente a insatisfação e o sofrimento no seu exercício.
- Os fatores que desencadeia o estresse são três: o estressor, o contexto e a vulnerabilidade, assim, verificamos que o estresse do médico abrange três categorias, o profissional, o situacional e o pessoal, relacionados à jornada de trabalho, quantidades de pacientes e atendimentos, o falecimento de pacientes, dilemas éticos, comunicações dolorosas, fadiga, cansaço, plantões entre outros fatores.
- Síndrome de burnout é uma reação de ao estresse crônico proveniente do sistema organizacional e das condições do laboro. Vimos que o médico afetado por essa síndrome realiza consultas rápidas, evita o contato visual com os pacientes, desenvolve sentimentos de raiva, impotência, depressão, alcoolismo, sintomas psicossomáticos, etc., que comprometem o atendimento, o tratamento e a relação médico-paciente.

- Os médicos em seu espaço laboral têm agentes que exerce pressão aumentando grau de risco da ocorrência de burnout.
- A fadiga e as doenças psicossomáticas podem acometer o médico devido a sua jornada de trabalho que os obrigam a trabalharem em turnos ou em período noturno diminuindo as horas de sono, alterando o horário das refeições e contribuindo para perda de momentos de lazer, aumentando a sensação de cansaço que impacta as atividades podendo limitá-los, deixando-os lerdos e sonolentos, sem vontade de qualquer esforço físico ou mental.
- O suicídio entre os profissionais de medicina está relacionado com a perda da onipotência, onisciência e virilidade idealizadas por diversos aspirantes à carreira médica durante o curso e a vida profissional, e crescente ansiedade pelo temor de falhar.
- Diante da literatura pesquisada verificou-se que mundialmente a taxa de suicídio dos médicos é superior à da população geral talvez devido ao acesso fácil e ao conhecimento dos meios letais.
- As tensões e prazeres relacionados ao estilo de vida e à família e a morbidade entre médicos apontam doenças referentes ao tabaco, suicídio e dependência de drogas.
- Averiguamos que os fatores de riscos psicossociais que abrangem a qualidade de vida dos profissionais da saúde, especialmente os médicos são o estresse, a responsabilidade profissional, o isolamento social, a fadiga, a privação do sono, a sobrecarga de trabalho, plantão noturno, jornada dupla, pressão, ausência de lazer, família, amigos, necessidades pessoais entre outros.
- As tensões e prazeres relacionados ao estilo de vida e à família e a morbidade entre médicos apontam doenças referentes ao tabaco, suicídio e dependência de drogas.
- Averiguamos que os fatores de riscos psicossociais que abrangem a qualidade de vida dos profissionais da saúde, especialmente os médicos são o estresse, a responsabilidade profissional, o isolamento social, a fadiga, a privação do sono, a sobrecarga de

trabalho, plantão noturno, jornada dupla, pressão, ausência de lazer, família, amigos, necessidades pessoais entre outros.

- Essa pesquisa possibilita uma reflexão maior acerca do tema e configurações próprias que a realidade do médico apresenta.

REFERÊNCIAS

ALBORNOZ, S. – *O que é Trabalho*. 6ª Edição. São Paulo, Ed. brasiliense, 2001. Coleção Primeiros Passos nº201. 103p.

AROUCA, A.S.S. – *O Dilema Preventivista – contribuição para a compreensão e crítica da Medicina Preventiva*. Campinas, 2005. Tese de doutorado da FCM/UNICAMP (mimeo). 261p.

ANTUNES, S.;. **Síndrome de Burnout: um problema do individuo ou do seu contexto de trabalho**: Caderno Universitário, Canoas: Universidade Luterana do Brasil- ULBRA, 2002.

BENEVIDEZ-PEREIRA, A.M.T. **Burnout: o processo de adoecer no trabalho?** In: BENEVIDES-PEREIRA, A.M.T. (Org.). *Burnout: quando o trabalho ameaça o bem-estar do trabalhador*. São Paulo: casa do Psicólogo, 2002.

BAUK, Douglas A. **Ergonomia para médicos do trabalho**. 2 ed. Anaiteroi, RJ; Nitpress, 2008

BUENO, L. H. **A saúde do médico**. In: Bessen, P.G *Tratado de Medicina*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília; 1988.

BRASIL, Ministério do Trabalho. **Doenças relacionadas ao trabalho**: manual de procedimentos para os serviços de saúde. Brasília; 2001.

BRASIL. Ministério do Trabalho. **Norma Regulamentadora nº 9. Programa de prevenção dos riscos ambientais**. Brasília: Ministério do Trabalho; 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde - NOB - SUS 1/96. Gestão plena com responsabilidade pela saúde do cidadão**. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. Acesso em 12/12/2011. Disponível em: http://www.conass.com.br/?page=publicacao_livro_detalha&cod_livro=1.

CARNEIRO, L. H. **A saúde do médico**. In: Bessen, P.G *Tratado de Medicina*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.

CANGUILHEN L.B. **Medicina tecnológica e prática profissional contemporânea: novos desafios, outros dilemas**. *Interface* (Botucatu), Botucatu, v. 6, n. 2, Fev., 2001.

CODO, F.A. O mal estar no trabalho. In: Volich M, Ferras FA, Arantes M, organizadores. *Psicossoma II: psicossomática psicanalítica*. São Paulo (SP): Casa do Psicólogo, 2004.

DE MARCO, Mario Alfredo. **A face humana da medicina: do modelo biomédico ao modelo biopsicossocial**. ed 2ª. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007.

DEL GIGLIO, Auro. **Conselhos para um jovem médico**. ed 1ª. São Paulo: Minha Editora, 2008.

DEJOURS, C.; ABDOUCHELI, E. Desejo ou motivação? A interrogação psicanalítica sobre o trabalho. In: DEJOURS, C.; ABDOUCHELI, E. & JAYET, C. *Psicodinâmica do trabalho: contribuições da escola dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho*. São Paulo: Atlas, 2002.

_____. – Por um novo conceito de saúde. *Revista de Saúde Ocupacional*, v.14, nº 54: 7-11. Abr/maio/jun, 1986. 1992

_____ - A Loucura do Trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho. 5ª edição. São Paulo, Cortez/Oboré, 1992. 168p.

DURO, Jorge; BONAVIDA, J.R. **Desperte o Empreendedor em você**. ed.4ª Rio de Janeiro: SENAC 2010.

FEIFEL H, Hanson S, Jones R, Edwards L. Physicians consider death. In: *proceedings of the 75th Annual Convention*. Washington, DC, American Psychology Association, 2007.

FERREIRA, L. H. **A saúde do médico**. In: Bessen, P.G *Tratado de Medicina*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

FIALHO, S.N.; CRUZ, H.. *Trabalho em saúde: organização e subjetividade*. Florianópolis: Papa-Livros, 2003.

FILHO, Julio de Mello. *Identidade Médica*. ed 1ª. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006.

FRANCO, T.B.; **Processos de trabalho e transição tecnológica na saúde**; Tese de Doutorado, Campinas (SP); Unicamp, 2003.

FRANÇA, C.; HIPPERT, M.I. Estresse: possibilidades e limites. In: CODO, W.; JACQUES, M.G. **Saúde mental e trabalho: leituras**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1999.

FREITAS, A.C.L. **Stress e trabalho**. 2 ed. São Paulo: Atlas, 2005.

FRANCO, A.R. – *Estudo preliminar das repercussões do processo de trabalho sobre a saúde dos trabalhadores de um Hospital Geral*. Ribeirão Preto, 2001. Tese de pós-graduação da FM de Ribeirão Preto/USP (mimeo). 214p.

GOLEMBIEWSKY, E.;MUNZENRIDER , G.H; CARTER, R. **O mal estar no trabalho**. In: Volich M, Ferras FA, Arantes M, organizadores. *Psicossoma II: psicossomática psicanalítica*. São Paulo (SP): Casa do Psicólogo, 1983.

GONÇALVES, R.B.M. – *Medicina e História – Raízes sociais do Trabalho Médico*. São Paulo, 1979. Tese de mestrado da FM/USP (mimeo). 209p.

_____ – *Tecnologia e Organização social das práticas de saúde: características tecnológicas do processo de trabalho na rede estadual de centrosde saúde de São Paulo*. São Paulo, 2001. Tese de doutoramento da FM/USP (mimeo). 399p.

GUIMARÃES, Katia Burle dos Santos. **Saúde Mental do Médico e do Estudante de Medicina**. ed 1ª. São Paulo: Casa do psicólogo, 2007.

KURZ, O. **Aspectos Clínicos dos Distúrbios Osteo-musculares** Relacionados ao Trabalho (DORT), 1ª ed. Belo Horizonte: Editora Ed Ergo, 2000.

GUIMARÃES, Lílíana Andolpho Magalhães; GRUBITS, Sonia. **Série Saúde Mental e Trabalho**. ed 2ª vol. 2. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

MARTINS, A.T. **A função psicológica do trabalho**. Petrópolis: Vozes, 1989.

MAX, C; LEITER. **Trabalho: fonte de prazer ou desgaste?** Campinas: Papyrus, 1985.

MARX, K. – *O Capital – Crítica da Economia Política*. Volume I. São Paulo, Ed. Abril S.A./ Nova Cultural, 1985. 301p.

MACHADO, U.A et al *Processo de produção e saúde-trabalho e desgastes operário*. São Paulo: EPU, 2001.

MELEIRO, A.M.A.S. - *O Médico como paciente*. São Paulo, Lemos-Editorial, 1999.

MENDES, R. – **Medicina do Trabalho/Doenças Profissionais**. Ed. Sarvier, São Paulo, 2000. p. 3-43.

MEKSENAS, Paulo. **Aprendendo Sociologia: A Paixão de Conhecer a Vida**. ed. 9ª. São Paulo: Loyola, 2005.

MILLAN, Luis Roberto; DE MARCO, Orlando Lúcio Neves; ROSSI, Eneiza; ARRUDA, Paulo Corrêa Vaz de. **O Universo Psicológico do Futuro Médico: vocação, vicissitudes e perspectivas.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005.

MIELNIK, I. **Higiene mental no trabalho.** São Paulo: Artes Médicas, 2000.
MERHY, E. E. **Saúde: a cartografia do Trabalho Vivo.** São Paulo: Hucitec, 2002.

MINTO, G. A. **A saúde dos médicos no Brasil.** Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2005.

NAVARRO, V. – **The Labor process and Health: a historical materialist interpretation.** International Journal of Health Services, v. 12, n°1, 1982. p. 5-29.

NEGRI, M. E.N. **Doenças Ocupacionais.** Leitura Petrópolis, RJ: Vozes, 2002.

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.

NOGUEIRA, Roberto Passos. **Capital e trabalho nos serviços de saúde.** Introdução e o conceito de serviços; determinação geral. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000, (mimeo).

OMINO, N. W. **Acidente do trabalho e doenças ocupacionais.** 4ª ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara koogan, 2002.

PARANHOS, I. S. **Interface entre trabalho docente e saúde dos professores da Universidade Estadual de Feira de Santana, 2001.** Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Feira de Santana: Universidade Estadual de Feira de Santana, 2002.

PEREIRA M.G. **Epidemiologia – Teoria e Prática.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 2002.

PEREIRA, Ana Maria Benevides. **Burnout: quando o trabalho ameaça o bem-estar do trabalhador.** São Paulo: casa do Psicólogo, 2002.

PEDUZZI, M. **Mudanças tecnológicas e seu impacto no processo de trabalho em saúde.** Trabalho, Educação e Saúde, 2003.

PIMENTEL, A.J.P. (2003). **O trabalho precário na área da saúde pública no Brasil e as perspectivas de solução do problema.** Disponível em alceupimentel@cfm.org.br. Acesso em: 13/03/12.

ROSS M. **Suicide among physicians**: a psychological study. *DisNerv System* 2003; 34(3): 145-50.

SAÚDE, Manual de Procedimentos para Serviços de. Doenças Relacionadas ao Trabalho: **Manual de Procedimentos para os Serviços de Saúde**. 2 ed, Brasília: Editora M/S, 2001.

PINES, A.M. **Psicologia existencial e a síndrome de burnout**: demonstração em casos de alunos, professores. *Revista Eletrônica*, Maringá, 2002.

REGO, R.A. – **Trabalho e Saúde**: Contribuição para uma Abordagem Abrangente. São Paulo, 1987. Tese de Mestrado da Faculdade de Medicina/USP (mimeo). 205p.

RIBEIRO, Stephen Paul. **Comportamento Organizacional**. São Paulo: Prentice Hall Brasil, 1989.

RIBEIRO, A. L. **Stress e trabalho**: guia básico com abordagens psicossomáticas. São Paulo: Atlas, 2001.

ROCHA, L. O. D. **Evolução de acidentes de trabalho em profissionais de saúde**. *Controle de Infecção*, n. 24, 2000.

SATO, L. **Atividade em grupo com portadores de LER e achados sobre a dimensão psicossocial**. *Revista Brasileira Saúde Ocupacional*, 2000.

TUCUNDUVA, M.B. *et AL*. **Doenças Ocupacionais**. Leitura Petrópolis, RJ: Vozes, 2006.

TESTA, M. **Pensar en Salud**. Argentina: Lugar Editorial, 1993.

VAZ, E.S. (2003). **Valorização do trabalho médico**. Disponível em eduvaz@uol.com.br. Acesso em: 03/03/12.

VÁZQUEZ, Menezes. **O que é burnout?** Em W. Codo (Org.), *Educação: Carinho e trabalho* (pp. 237-255). Rio de Janeiro: Vozes, 2001.

WERNICK, C. L. G. **Lazer, trabalho e educação: relações históricas, questões contemporâneas**. Belo Horizonte: UFMG/EEF/CELAR, 2000.

WEKSTEIN, L. **Handbook of suicidology**. New York, Brunnel/ Magel, 2001.

