



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
PRÓ REITORIA DE PÓS GRADUAÇÃO E PESQUISA
NÚCLEO DE PÓS GRADUAÇÃO EM MEDICINA
MESTRADO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

DÉBORAH MÔNICA MACHADO PIMENTEL

**SAÚDE MENTAL DOS
PROFISSIONAIS DE SAÚDE**

ARACAJU

2005

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

DÉBORAH MÔNICA MACHADO PIMENTEL

**SAÚDE MENTAL DOS PROFISSIONAIS
DE SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Núcleo de Pós-graduação em Medicina da Universidade Federal de Sergipe como um dos requisitos para a obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde.

ORIENTADORA: PROF^a DR^a MARIA JÉSIA VIEIRA

Aracaju

2005

Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca do Campus da Saúde da UFS

P644s Pimentel, Déborah
Saúde mental dos profissionais de saúde / Déborah Pimentel.
Aracaju, 2005.
191f.
Orientadora: Prof^a. Dr^a. Maria Jésia Vieira

Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) – Universidade Federal de Sergipe, Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa, Núcleo de Pós-Graduação em Medicina.

1. Saúde mental 2. Formação profissional - Área de saúde 3. Profissionais de saúde – Qualidade de vida 4. Estresse profissional 5. Psicanálise I. Título

CDU 613.86:159.964.28

PIMENTEL, Déborah. Saúde mental dos profissionais de saúde. Aracaju, 2005. 191f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) – Núcleo de Pós-graduação em Medicina, Universidade Federal de Sergipe, Aracaju, 2005.

RESUMO

Apesar dos profissionais de saúde se prepararem para cuidar da saúde da população, há uma ausência de preocupação com o seu próprio bem estar e estes não se reconhecem vulneráveis e passíveis de adoecimento e sofrimento, quer físico quer mental. Diante desta constatação empírica, pesquisou-se o perfil e a saúde mental das várias categorias que trabalham com saúde e buscou-se conhecer também a percepção dos líderes de classe e coordenadores de curso destas profissões para identificar os investimentos que estão sendo feitos. A primeira etapa do presente estudo, de caráter transversal, quantitativa e com variáveis qualitativas, utilizou um instrumento com 69 questões fechadas, abrangendo as categorias de análise: características sócio econômicas; investimento profissional; condições de trabalho; sexualidade, vida familiar e social; uso abusivo de álcool e drogas; estado geral de saúde; stress e sofrimento psíquico. A segunda etapa, foi para captar a percepção dos líderes de classe e coordenadores de curso sobre as mesmas questões, incluindo a formação profissional, e o método utilizado foi o descritivo exploratório com abordagem qualitativa através de entrevistas semi-estruturadas utilizando um formulário com 41 questões abertas adaptadas de acordo com as atividades de cada entrevistado. Os dados revelaram, entre outros aspectos, que 52% trabalham com planos de saúde; 27% consideram seus honorários insatisfatórios; do total, 46% trabalham entre mais de 8 e 18 horas por dia, e 32% trabalham de 6 a 7 dias por semana. Em relação à saúde, 5,82% não lembram quando fez os últimos exames e 0,45% nunca se submeteram a nenhum exame em sua vida. Entre os que bebem, 22% confessaram que se embriagaram no último ano e 2,69% relataram ter trabalhado sob efeito do álcool. No tocante ao relacionamento afetivo, 14% afirmaram infidelidade, e 20% dos profissionais de saúde têm comportamento de risco nas relações extra conjugais ou em situação de sexo casual. Detectou-se que 31% dos participantes apresentam fobias e 11% já tiveram síndrome de pânico, 64% já apresentaram sintomas de depressão e 14% já pensaram em suicídio ao menos uma vez na vida. Conforme pressupostos iniciais, a pesquisa revelou indícios de sofrimento mental, apontando para a necessidade destes profissionais, de maiores cuidados e investimentos na

sua saúde. Apontou ainda que os líderes de classe e coordenadores de curso, apesar de perceberem estas questões, informam não haver investimentos e ofertas de ajuda por parte das instituições que eles representam e não interferem de forma objetiva oferecendo programas de conscientização ou prevenção para propiciar mudanças, garantir saúde mental e qualidade na prestação de serviços à comunidade. Este trabalho apresenta algumas propostas que enfocam os aspectos da prevenção em saúde mental, com um envolvimento mais efetivo das políticas públicas de saúde e educação, bem como instituições e associações de classe, promovendo mais pesquisas, reforma curricular, mais rigor na avaliação dos cursos de graduação, implantação de serviços especiais desde a formação, humanização da assistência, Grupo Balint e psicanálise.

PALAVRAS-CHAVE: saúde mental; *stress*; formação profissional; profissionais de saúde, Grupo Balint, psicanálise.

PIMENTEL, Déborah. Mental health of the health professionals. Aracaju, 2005. 191f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) – Núcleo de Pós-graduação em Medicina, Universidade Federal de Sergipe. Aracaju, 2005.

ABSTRACT

In spite of health professionals prepare themselves to take care of the population, there is a concern absence with their own health and they do not recognized themselves vulnerable to the physical and mental suffering. Due to this empiric verification, it was evaluated the profile of mental health of the several health workers categories and class leaders' and coordinators of course of these professions perception and what investments are being done. It was a cross study with quantitative and qualitative variables. In the first stage we used a questionnaire with 69 closed questions, embracing the analysis categories: social and economic characteristics; professional investment; work conditions; sexuality, family and social life; the abusive use of alcohol and drugs; general state of health; stress and psychic suffering. The second stage, was to capture the class leaders' and course coordinators perception on the same subjects, including the professional formation. For this, was used the descriptive exploratory method with qualitative aspects through semi-structured interviews using a form with 41 open subjects adapted for each interviewee's activities. The data revealed, among other aspects, that 52% of the professionals work with insurance companies of health; 27% consider unsatisfactory the honoraria that they receive; 46% work among more than 8 to 18 hours a day, and 32% work 6 to 7 days in a week. Concerning to their health, 5,82% don't remind when they made the last exams and 0,45% never underwent any exam in their lives. Among the ones who drink alcool, 22% admitted had been intoxicated last year and 2,69% told that they have worked under effect of the alcohol. Concerning the affective relationship, 14% affirm infidelity, and 20% of the professionals have risk behavior in relationships out of the marriage or in situation of casual sex. It was detected that 31% of the participants present phobias and 11% have panic syndrome, 64% already presented depression symptoms and 14% already thought of suicide at least once in their lifetime. According to presupposed initials, the research revealed indications of mental suffering, pointing to the professionals' needs and investments in their health. In spite of the class leaders and course coordinators perception of subjects, they inform there are not investments and support from the institutions that

they represent and they don't interfere in an objective way offering understanding programs or prevention to promote changes in order to guarantee mental health and quality in the services for the community. This work introduces some propositions that focus on the aspects of the prevention in mental health, with more involvement of the public politics of health and education, as well as institutions and class associations, promoting more researches, changes in the graduation curricula, more rigidity in the evaluation of the graduation courses, the need to implant special services, the attendance in a more human way, the Balint experience and psychoanalysis.

KEY WORDS: mental health; stress; professional formation; professionals of health; Balint experience; psychoanalysis.

*Aos meus pais, fonte de inspiração para minhas realizações,
Nazário e Elena Pimentel ...*

À encantadora tia Cila ...

*Aos meus mais preciosos bens, e neles a certeza que Deus existe,
Kátia, Roberta, Paula, Laiza e Felipe...*

Ao meu amado marido, Jansen Paz...

*À minha querida amiga, professora e orientadora Maria Jésia
Vieira...*

... com gratidão e amor, lhes dedico este trabalho.

AGRADECIMENTOS

À Dra. Maria Jésia Vieira, mais que orientadora e professora, uma amiga e cúmplice de todas as minhas iniciativas, que me acolheu de forma singular, com afeto, paciência e tolerância, estimulando o meu processo de crescimento pessoal e profissional e a quem devo de forma inquestionável todas as conquistas e produções acadêmicas dos últimos dois anos. Muito obrigada Jésia!

Ao Dr. Ricardo Queiroz Gurgel, o primeiro que me apontou a possibilidade do mestrado e indicou a orientadora ideal para a minha proposta de trabalho. Como coordenador do Núcleo de Pós-Graduação e em seguida como Pró-Reitor de Pós-Graduação e Pesquisa, Ricardo não mede esforços para o sucesso do Mestrado em Saúde. O meu reconhecimento e gratidão pelo seu sonho, obstinação e trabalho que fizeram deste mestrado uma realidade.

Ao meu marido Jansen Paz, fonte de paciência e de amor, que estabeleceu e montou os recursos de informática que usei para explorar o instrumento de trabalho desta pesquisa e por conseguinte facilitou a tabulação de todos os questionários.

Aos membros da Banca de Qualificação, Dr. Ricardo Queiroz Gurgel, Dr. Manuel Hermínio de Aguiar Oliveira e Dr. Valdinaldo Aragão Melo pelas suas contribuições que enriqueceram este trabalho na sua fase final.

À Banca de defesa da dissertação, em especial ao Dr. Tarcísio Matos de Andrade que trouxe novas e importantes contribuições na reta final deste mestrado.

A todos os colegas do mestrado que colaboraram na coleta de dados, em especial, minha gratidão para aqueles que empenharam-se de forma enfática como a Lígia, Neuza, Stela, Márcia, Marta, Francisco, Salvador, Michaellis, Norma, Gustavo, Vaneska, Alexandre, Agostinho, José Carlos e Jean. Vocês foram maravilhosos e o grupo como um todo me proporcionou crescimento e oportunidade de novos laços afetivos. As amizades construídas no mestrado foram ganhos preciosos.

Aos membros do Círculo Brasileiro de Psicanálise e Círculo Psicanalítico de Sergipe que deram suas contribuições: Anchyses, Carlos Pinto, Lucy Mara, Cecília, Patrícia e Aline. Meu agradecimento também à Ionara, a secretária do Círculo.

A Graça Araújo pelo estímulo inicial, que só uma amiga que compartilha ideais sabe oferecer, e que foi fundamental para que eu me inscrevesse no processo de seleção do mestrado.

A Ana Valença, que não calcula a dimensão de sua colaboração quando leu e deu forma de projeto, às minhas primeiras anotações.

Aos demais colaboradores, em especial minha comadre Clara Elcy, Selma Araújo, Mércia Oliva, e às secretárias do Conselho Regional de Odontologia e Sindicato dos Médicos do Estado de Sergipe, respectivamente, Andréa e Célia.

A Márcia, bibliotecária do Campus da Saúde da UFS, que colaborou na busca de referências e na elaboração das fichas catalográficas dos artigos e livros que publiquei neste período de mestrado.

Ao Prof. Daniel Neyra Castañheda, estatístico da UFS.

Ao coordenador do Núcleo de Pós graduação, Dr. José Augusto Barreto, aos professores que estiveram conosco e às funcionárias Marta e Bruna do Núcleo de Pós-graduação, sinônimo de atenção e carinho.

Às alunas Elaine e Waneska, que trabalharam com meu instrumento de pesquisa na construção de monografia de graduação do curso de enfermagem, contribuindo para sua validação.

Às alunas Shirley e Ticiane que tiveram uma participação ímpar nesta pesquisa colaborando na fase qualitativa deste trabalho concomitantemente aos seus trabalhos no PIBIC.

Às colegas Lígia e Joseilze pelo carinho e ajuda na semana que antecedeu a defesa do mestrado. Valeu meninas!

A todos que, de alguma forma, contribuíram e participaram deste estudo

Muito obrigada!

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	13
1.1 A Escolha profissional, o sonho do jaleco branco e a realidade da medicina hoje	15
1.2 A exploração econômica da atividade médica e a relação médico-paciente.....	19
1.3 Planos de saúde.....	21
1.4 Profissionais da área de saúde	24
1.5 Relevância social e questões de pesquisa	26
2 REVISÃO DA LITERATURA	28
2.1 Conceito de saúde.....	28
2.2 Sociedade e saúde.....	29
2.3 Políticas públicas de saúde e dívida social	30
2.4 O adoecer, o contexto saúde doença e suas representações	32
2.5 Buscando a cura.....	34
2.6 Trabalho médico	35
2.7 O profissional de saúde <i>workaholic</i> e sua relação com o trabalho.....	40
2.8 O cuidar	43
2.9 Residência Médica, prática de Enfermagem e outras condições promotoras de <i>stress</i>	44
2.10 <i>Stress</i> ocupacional	50
2.11 Conceito de <i>burnout</i>	55
2.12 Estatuto do corpo e os fenômenos psicossomáticas	57
3 OBJETIVOS.....	62
4 REFERENCIAL TEÓRICO.....	63
4.1 Saúde mental e psicanálise	63
4.2 Pulsão, trabalho e <i>stress</i>	65
5 PROCEDIMENTOS GERAIS E METODOLOGIA	73
5.1 Levantamento de dados com os profissionais de saúde	73
5.2 Levantamento de dados com os líderes de classe e coordenadores de curso de graduação.....	79
6 ANÁLISE DOS RESULTADOS	81
6.1 Saúde mental dos profissionais de saúde.....	81
6.1.1 Dados gerais de identificação	81
6.1.2 Rendimentos da atividade, mercado de trabalho e associações de classe	84

6.1.3 Vida familiar e social.....	103
6.1.4 Condições gerais de saúde, drogas, tabagismo e álcool.	107
6.1.5 Sexualidade e relacionamentos afetivos	115
6.1.6 Avaliação psíquica.....	119
6.2 Percepção dos líderes de classes e coordenadores de cursos de graduação	132
7 PROPOSTAS E CONSIDERAÇÕES ADICIONAIS.....	140
7.1 Propostas específicas	140
7.2 Papel das associações e órgãos de classe.....	147
7.3 Papel das escolas	149
7.4 Proposta de um programa de prevenção de doenças mentais.....	158
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS	163
REFERÊNCIAS	169
APÊNDICES	180
ANEXO	191

Deus quer, o homem sonha, a obra nasce
Fernando Pessoa

*Pasmo sempre quando acabo qualquer coisa. Pasmo e desolo-me. O meu
instinto de perfeição deveria inibir-me de acabar; deveria inibir-me até
de dar começo. Mas distraio-me e faço. O que consigo é um produto, em
mim, não de uma aplicação de vontade, mas de uma cedência dela.
Começo porque não tenho força para pensar; acabo porque não tenho
alma para suspender. Este livro é minha covardia.*

Fernando Pessoa

1. INTRODUÇÃO

Cada um sabe a dor e a delícia de ser o que é...
Caetano Veloso

Há uma crise de referências generalizada que nos tira das nossas certezas, principalmente diante das transformações e evoluções das sociedades atuais, com o desenvolvimento técnico-científico, em um mundo globalizado e capitalista. Dentro deste cenário há que se destacar a saúde do trabalhador que passou a receber uma maior atenção tanto dos cientistas sociais, quanto do público leigo em geral, sob a influência da imprensa, que têm explorado o tema com inúmeras reportagens de alerta. Entretanto, ainda não se despertou para o fato de que, profissionais da área de saúde, suscitam muito mais preocupações, uma vez que formam um grupo de risco, mediante os estímulos externos e as mazelas do social, e ainda em condições que são inerentes à sua função de cuidador que possivelmente os leva a viver em constante *stress*, gerando conflitos internos que podem promover transtornos mentais.

A prática da medicina é exercida desde o surgimento do homem sobre a face da terra. Desde os primórdios, diante da dor do corpo e da alma dos homens, as sociedades preocupavam-se em preparar pessoas para a função de curadores de sofrimentos. “As primeiras vocações para o cuidado dos enfermos se situam no âmbito da religião e não da ciência e tecnologia” (PITTA, 1999, p.51).

Na era pré-cristã havia o preparo de pessoas habilidosas e com conhecimentos específicos para cuidar dos doentes. Habitualmente, os escolhidos eram os sacerdotes, feiticeiros e as mulheres. No Egito, havia duas classes de sacerdotes, os que cuidavam dos ricos e aqueles que cuidavam dos pobres. Em Roma, os responsáveis pelas tarefas eram estrangeiros ou escravos.

Asclépio, no segundo milênio antes de Cristo, era considerado uma divindade para os gregos e tornou-se conhecido pelas suas cirurgias e sua habilidade com as drogas.

Ele era conhecido pelos romanos como Esculápio e foi glorificado como médico e deus da cura. Asclépio ou Esculápio considerava a doença e a cura como fenômenos espirituais e fazia interpretação dos sonhos (MIRADOR,1994).

A medicina científica e leiga surgiu na Grécia em torno do século VI a.C., passando a co-existir com a medicina sacerdotal e nasceu no seio das primeiras escolas filosóficas.

Na Grécia (460- 375 a.C.), Hipócrates, tornou-se importante e conhecido como o maior médico da Antiguidade no Ocidente, com uma formação de características asclepianas, próximo do xamanismo, mas também com abordagem holística, buscando as causas das doenças nos mecanismos biológicos, ambientais, sociais e psicológicos. Os historiadores apontam que seu maior mérito foi o de fazer com que a Medicina perdesse o caráter divino e passasse a ser humana com caráter de ciência. Hipócrates foi precursor da medicina ocidental e privilegiou a visão do homem como unidade, princípio da psicossomática (ÁVILA, 2002).

Na Idade Média os religiosos assumiram a tarefa de cuidar dos doentes e em especial nos séculos XI e XII este cuidado ficou a cargo das mulheres surgindo as enfermeiras. Essas mulheres, por centenas de anos aprendiam o ofício sem a ajuda dos livros e eram apoiadas apenas nas trocas de experiências entre si. Essas mulheres eram chamadas de sábias pelo povo e bruxas e charlatãs pelas autoridades (MELO, 1986).

Com toda a evolução tecnológica e com o inesgotável manancial de conhecimentos, os profissionais da saúde passaram a ter uma rigorosa formação com o requinte das múltiplas sub-especializações, porém com uma dissociação e talvez, uma falha muito grande, nas atuais propostas de graduação: os formandos aprendem a lidar com os seus pacientes, mas não conseguem observar as alterações do seu próprio corpo e psique, e não se percebem vulneráveis a doenças e nem tampouco, aptos a cuidar da própria saúde. Trata-se do outro lado, o lado triste, da moeda.

Os profissionais da área de saúde frequentemente se queixam do seu trabalho, do *stress* promovido pela rotina, os horários extenuantes e a má remuneração que gera frustrações. Que fatores levariam estes profissionais a um índice de insatisfação e *stress* a ponto de avaliar as suas atividades profissionais de forma negativa?

Pode-se tentar responder aos questionamentos acima, lembrando a existência de estressores potenciais do ambiente que podem ser ocupacionais, sociais e domésticos (REINHOLD, 1996). Os domésticos dizem respeito aos conflitos com os filhos e as

doenças, basicamente. Os sociais são os relacionados ao estilo de vida das pessoas com os respectivos valores intrínsecos. Finalmente, os estressores ocupacionais que podem ser psicológicos e que se manifestam, por exemplo, no mau relacionamento dentro da equipe, e ainda, as condições físicas oferecidas no local do trabalho. Estes estressores potenciais podem funcionar, algumas vezes como ameaça para o bem estar e auto-estima dos profissionais da área de saúde, objeto do nosso estudo, e isso depende de características pessoais (sexo, idade, atitudes, valores, crenças, experiências, etc).

Tendo em vista estes aspectos, pretende-se nesta pesquisa levantar alguns pressupostos e/ou questões norteadoras que apontam para o desconforto e o mal estar destes profissionais e que justificam a preocupação com a formação que eles recebem.

O processo evolutivo das profissões ligadas à saúde tem sofrido o impacto da globalização, da evolução tecnológica, da rapidez da circulação das informações, da qualidade da formação universitária e do mercado de trabalho do segmento saúde, a questão do desemprego, dos vínculos empregatícios e dos convênios de saúde que terceirizam essa mão de obra e levam a mudanças nas condições econômicas, sociais e culturais destes profissionais.

1.1 A ESCOLHA PROFISSIONAL, O SONHO DO JALECO BRANCO E A REALIDADE ATUAL

Uma coisa perdurará, que é a relação do homem com os seus fantasmas, seu impossível, sua dor sem corpo, sua carcaça noturna; e, uma vez colocado o patológico fora do circuito, a sombria vinculação do homem à loucura será a lembrança intemporal de um mal desaparecido em sua forma de doença, mas que sobrevive como infelicidade.

Michel Foucault

O processo de escolha de uma profissão de saúde depende de vários elementos: os fatores cognitivos e entre eles, a compreensão, o conhecimento e a capacidade de avaliar e analisar; os fatores afetivos, como a identificação e valoração, e os fatores psicomotores, compreendendo-se aí as habilidades específicas (VIEIRA, 2002).

Vieira (2002) acrescenta que para a escolha profissional e a construção da imagem do “objeto de escolha”, as experiências prévias de tratamentos de saúde, desenvolvimento de atividades e as informações adquiridas sobre as profissões com

profissionais da área desejada, brincadeiras de faz de conta, filmes, a literatura, o teatro, histórias ouvidas e outras vivências são fundamentais para uma identificação afetiva com a profissão.

A escolha profissional se faz hoje, entretanto, cada vez mais cedo, e às vezes, aos 15 e 16 anos de idade os jovens estão prestando vestibular, sem uma compreensão das verdadeiras demandas, inclusive as sócio-familiares, que as influenciam. Sem maturidade, muitas vezes, não têm um conhecimento prévio sobre estas profissões com as respectivas responsabilidades e atribuições envolvidas, e ainda, desconhecem também as ofertas do mercado de trabalho.

A escolha da profissão e até da especialização não são feitas aleatoriamente. Quer consciente ou inconscientemente são feitas escolhas baseadas em algum detalhe crítico perdido para sempre. As escolhas são difíceis porque implicam em abdicar de uma outra coisa que jamais saberemos como teria sido.

Freud em carta a Theodor Reik aborda a questão da escolha e diz que para se tomar uma decisão, mesmo que de importância secundária sempre se deve pesar os prós e contras. Mais adiante Freud recomenda que para os temas de capital importância, como a escolha de um cônjuge ou de uma profissão, as decisões deveriam vir sempre do inconsciente e que o sujeito deveria se deixar governar pelas necessidades mais profundas de sua natureza (REIK, 1976).

Freud também se refere, concernente às nossas escolhas, à influência dos nossos mestres, uma vez que eles são na maioria das vezes re-edição dos nossos pais (FREUD, 1970, original de 1910).

Mais adiante no texto *Mal estar na civilização*, Freud (1974, original de 1929-1930) volta a falar sobre as escolhas profissionais e o quantum de satisfação que as atividades profissionais podem oferecer a partir daí. Ele diz:

A atividade profissional constitui fonte de satisfação especial se for livremente escolhida, isto é, se, por meio de sublimação, tornar possível o uso de inclinações existentes, de impulsos instintivos persistentes ou constitucionalmente reforçados. No entanto, como caminho para a felicidade, o trabalho não é altamente prezado pelos homens. Não se esforçam em relação a ele como fazem em relação a outras possibilidades de satisfação. A grande maioria das pessoas só trabalha sob a pressão da necessidade e essa natural aversão humana ao trabalho suscita problemas sociais extremamente difíceis (FREUD, 1989, p. 99, original de 1929-1930).

Alves (2003) complementa, amargo, descrente das motivações atuais nas nossas escolhas: “nossos impulsos vocacionais têm raízes em lugares obscuros da alma. O que não acontece com as escolhas profissionais, que nascem de considerações racionais sobre o mercado de trabalho” (p.34).

Os números de candidatos ao curso de medicina, estimulados social e familiarmente pelo sonho do jaleco branco, são sempre superiores aos dos outros cursos e uma legião de vestibulandos esforçados embarcam nesse sonho sem saber que a vida de médico implica grandes custos pessoais.

A admissão em uma escola de medicina não é garantia de saúde mental. Possivelmente alunos com alguns traços obsessivos compulsivos sejam os mais bem sucedidos na área (MIYAZAKI, 1997). Outra característica possível é o perfeccionismo que faz com que este aluno busque um desempenho cada vez melhor nas suas tarefas, com uma preocupação excessiva acerca dos seus erros e com receio de frustrar as altas expectativas e nível de crítica dos pais. Quando o aluno acredita falhar e não corresponder às expectativas, experimenta sentimentos de fracasso, desamparo, raiva, ansiedade, desespero, associados à depressão e suicídio (MIYAZAKI, 1997).

Na Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, uma das razões para se criar um serviço de atendimento psicológico para alunos, são, justamente, os riscos de suicídio (MIYAZAKI, 1997).

A formação e a prática na área de saúde são situações que põem o sujeito diante de estressores, deixando-o vulnerável aos transtornos psíquicos.

Um problema freqüente nos estudantes de medicina, e possivelmente acontece com outros alunos da área de saúde, é a percepção de estar apresentando sintomas que estão sendo objeto de estudos, centrando-se em seu cansaço e em sensações corporais que passariam despercebidos em outras circunstâncias, aumentando a ansiedade (MIYAZAKI, 1997).

São comuns, na área da saúde mental, as freqüentes somatizações, funcionamentos psicóticos e perversos entre os profissionais de saúde. Para Marazina (1997) a saúde mental no Brasil é um território de menos valia, com profissionais despreparados, ou porque são recém formados ou porque estão próximos da aposentadoria no serviço público, e sentir-se-ão ameaçados se questionados com relação às suas práticas. Na área da saúde mental, segundo a autora citada, os profissionais tratam os pacientes sem nenhum respeito, com consultas de cinco minutos e muitas internações, com uso

indiscriminado de drogas pesadas (psicotrópicos, a exemplo dos neurolépticos) que garantem a manutenção da indústria da loucura. Não é à toa que justamente estes profissionais também sofram.

Dados de 2002 revelam que o Brasil possui cerca de três milhões de pessoas trabalhando na área de saúde, quer no setor público quer no setor privado, e segundo o Conselho Federal de Medicina, dentro deste contingente, temos 285.000 médicos. O Brasil forma 11.000 novos médicos por ano, oriundos de 115 cursos espalhados pelo país reconhecidos pelo MEC até 2002, em faculdades que nem sempre possuem bom conceito, pois 1/3 dos cursos obteve conceito entre ruim e péssimo. Existem, além disso, 40 novos cursos esperando a aprovação do MEC para que comecem a funcionar (PAIVA, 2002).

As escolas médicas precisam cumprir sua função social que é formar bons profissionais. O nível dos médicos formados pela grande maioria das nossas escolas não é adequado às necessidades do país. Deve-se levar em conta que médicos mal formados colocam em risco a saúde da população.

Outro dado relevante é que apenas cerca de 60% desses médicos conseguem após a graduação, vagas para Programas de Residência Médica, estágios ou especialização e com programas curriculares que não atingem 50% das qualificações exigidas no primeiro mundo (PAIVA, 2002).

Pesquisa do Conselho Federal de Medicina (CFM) revela ainda haver 60 mil estudantes de Medicina em um país de menos de 300 mil médicos. Uma parcela de 69,9% dos médicos, formou-se em instituições públicas de ensino, federais ou estaduais e 30,1% fizeram o curso em instituições privadas, segundo pesquisa de 1996 (FIOCRUZ/CFM, 2003).

A situação de psicólogos no país não é fácil também: são 170 cursos que formam oito mil psicólogos por ano. No Brasil há 200 mil psicólogos e destes apenas 118 mil estão inscritos nos conselhos regionais da categoria, uma vez que os demais estão atuando em outros campos do mercado de trabalho. Os psicólogos ganham pouco, exercem mais de uma atividade para se sustentar, buscam aperfeiçoamento na pós-graduação e têm baixa inserção nos postos de saúde pública. Apenas 58% exercem exclusivamente a profissão de psicólogo, 26% exercem de forma complementar a outras atividades, 13% não exercem, mas pretendem exercer, 2% não exercem e não pretendem exercer (IBOPE, 2004).

Com relação aos dentistas, hoje no Brasil, são 171 mil oriundos de 148 cursos reconhecidos pelo MEC e com 13 mil novos dentistas por ano. A concentração nacional de um dentista para 958 habitantes, é considerada pela Organização Mundial de Saúde, um dos melhores índices do mundo, que propõe como ideal, um dentista para cada 1500 habitantes. Entretanto há uma ausência de programas de saúde bucal voltados para o atendimento básico negando o acesso a tratamento odontológico a 100 milhões de pessoas. Em Sergipe a relação cirurgiões dentistas por habitante é de 1/1826 (ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE CIRURGIÕES DENTISTAS, 2003) e há, no estado, 2 cursos de odontologia.

São sérios os problemas de saúde do país por falta de recursos e organização, inclusive pela distribuição geográfica destes profissionais que preferem se concentrar nos centros urbanos, como a maioria absoluta da população (81%) em geral, por falta de uma política governamental (FIOCRUZ/CFM, 2003).

No Brasil há uma concentração média de 1,19 médicos por 1000 habitantes. No Nordeste as estimativas retratam níveis de países subdesenvolvidos, 0,66/1000 habitantes, não cumprindo a recomendação da Organização Mundial de Saúde que preconiza um profissional para cada 1000 pessoas. As maiores concentrações de profissionais estão na região sudeste (MACHADO et al., 1997).

1.2 A EXPLORAÇÃO ECONÔMICA DA ATIVIDADE MÉDICA E A RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE

Os médicos já não gozam do prestígio social e da respeitabilidade que lhes eram auferidos anteriormente pela profissão e que era decorrência da relação direta do médico com o seu paciente, em um laço baseado no respeito, na cega confiança e na ética.

Clavreul (1983, p.11), fala do laço entre médico e paciente e afirma que o discurso médico é extremamente próximo do discurso do Mestre, por ser produtor do saber sobre o diagnóstico, a terapêutica e o prognóstico da patologia e, ainda, também quanto à pesquisa e “à posição constante de conquista em relação ao desconhecimento da doença”. O exame médico remete o sujeito, tanto à ameaça de um perigo que pode estar próximo, quanto cria a ilusão de uma possível garantia e proteção às doenças. Para o paciente, o médico é um deus, dono do saber e não admite a idéia que ele possa falhar, desconhecer meios e lhe desamparar.

O médico é o Outro idealizado. E o encontro médico-doente, facilitado pelo distanciamento entre médico e paciente, é fundado na exclusão da subjetividade de cada um. Clavreul (1983, p.52) cita Lacan para arrematar: “não existe relação médico-doente”. Trata-se de uma ficção, ainda que absolutamente necessária para que o paciente possa, por confiança submeter-se ao tratamento e favorecer os processos de cura. Ou seja, reconhecer a castração¹ do Outro, justamente do Mestre do saber, do seu médico, implica que o paciente terá que aceitar a falta em si mesmo, terá que tomar conhecimento da sua própria fragilidade, da sua própria castração, do seu desamparo, da sua incompletude e finitude.

Considerando estas questões, a formação e qualificação dos profissionais de saúde devem cumprir rígidos critérios para uma compreensão, inclusive, da dimensão humana e essencialmente psicológica da prática, e não pode atender apenas aos interesses financeiros dos empresários da educação, por falta de uma fiscalização adequada que exija critérios mínimos de qualificação.

Tampouco a saúde da população pode estar a serviço dos interesses capitalistas dos empresários que detêm o capital dos investimentos na área de saúde, hospitais, clínicas, seguradoras e atividades afins.

Hoje o médico saiu da condição de profissional liberal para a de assalariado, fazendo uma prestação de serviço despersonalizada, submetendo-se às mesmas leis do frio e vil capitalismo, impostas a qualquer trabalhador que tenha a sua força de trabalho explorada pelo mercado. A necessidade de subsistência e de emprego coloca a relação dos médicos com os usuários, através dos empresários da saúde, cooperativas e planos de seguros, numa dimensão das relações de produção.

Segundo o Instituto de Pesquisas Econômica Aplicada – IPEA, a taxa de desemprego do país é consideravelmente alta (9,4% da população em 2001) e este é um dos fantasmas que promovem assombro em profissionais da área de saúde também. A título de ilustração, importante apontar a tendência de queda no rendimento médio das famílias brasileiras que foi divulgado pelo IBGE dia 12 de setembro de 2002, que se reduziu de R\$ 1.098,00 em 1996, para R\$ 993,00 em 2001 (IBGE, 2002).

Vivemos ainda, no nosso país, um momento de incertezas, com a ameaça da

¹ Em 1908 Freud descreveu pela primeira vez o complexo de castração em referência as teorias sexuais infantis, que atribuem um pênis a todos os seres humanos, e que pela castração podiam explicar a diferença anatômica dos sexos. O complexo de castração, por sua vez, tem estreita relação com o complexo de Édipo, e por conseguinte com a interdição e a lei (Freud, 1976, original de 1908). Aqui, fazer referência à castração do Outro, implica em reconhecer o médico, no caso específico, como um sujeito barrado, com limites, e ao fazê-lo, o paciente é obrigado a se reconhecer como um sujeito de falta também.

permanência dos juros em patamares cada vez mais altos, com a livre flutuação do câmbio, criando um clima de tensões em todo o mercado de trabalho (SOARES, 2005; DIANNI, 2005; VIEIRA, 2005).

Em 1999, nos Estados Unidos da América, o Instituto Nacional de Segurança e Saúde do Trabalho e o Instituto Nacional de Saúde realizaram uma conferência conjunta para discutir as questões do *stress* relacionado ao trabalho e trouxeram as informações que os americanos têm trabalhado mais e por mais tempo nas duas últimas décadas, apenas para manter o mesmo padrão de vida. Informaram ainda que o número de horas trabalhadas aumentou 8% em uma geração, e a média passou a ser de 47 horas/semana. Um em cada cinco trabalhadores passou a trabalhar 49 horas/semana e mesmo assim mais pessoas perderam seus empregos em 1998 do que em qualquer outro ano nos últimos cinquenta anos, aumentando o número de trabalhadores com medo de perder seus empregos que duplicou em relação à década passada (ROSCH, 2001).

Quando, diante das dificuldades do mercado de trabalho, os médicos conseguem conquistar vínculos empregatícios, 75% deles abraçam mais de três empregos para garantir um orçamento mínimo e digno (MACHADO et al., 1997).

A capacidade de produção de profissionais mal remunerados tende a reduzir e por conta disso, e, possivelmente, como conseqüência direta do desestímulo pela baixa recompensa financeira, aliado ao cansaço por ter múltiplas jornadas de trabalho, o número de processos de responsabilidade civil contra os médicos, aumentou significativamente.

O Conselho Regional de Medicina de São Paulo aponta um aumento de denúncias na ordem de 42%. São seis denúncias por dia e 2.000 denúncias por ano. No PROCON em São Paulo, houve aumento no número de denúncias no primeiro semestre de 2002, de 170% (VEJA, 2002). Supõe-se assim, que um dos problemas da medicina está circunscrito à exploração econômica da atividade, fazendo com que esses profissionais fiquem estressados e vejam os seus pacientes como fonte de transtorno e aborrecimentos graças à exposição crônica às altas expectativas vindas dos seus pacientes, somados a uma dedicação absoluta ao seu trabalho e às inúmeras frustrações materiais e emocionais.

1.3 PLANOS DE SAÚDE

A medicina é uma profissão a serviço da saúde do ser humano e da coletividade e deve ser exercida sem discriminação de qualquer natureza.

Código de Ética Médica

O Brasil tem quase 170 milhões de habitantes e cerca de 130 milhões deles dependem exclusivamente do Sistema Único de Saúde/SUS. Como formas de compensação de um sistema de saúde precário, surgiram as seguradoras que vendem planos de saúde e atendem a cerca de 35 milhões de pessoas. Estes planos são fiscalizados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar, que não consegue responder pelo seu papel regulador de forma satisfatória fazendo surgir queixas dos usuários. O número de insatisfeitos com a prestação desse serviço é de 2,1 milhões de usuários, o que corresponde a 6% do total, que se sentem constrangidos economicamente. Há ainda as queixas dos profissionais de saúde, que além de mal remunerados pelos atendimentos, vêem a sua autonomia profissional ser tolhida pelas restrições de procedimentos diagnósticos, desrespeitados tecnicamente e humilhados com glosas injustificadas e com descredenciamento unilateral (CARVALHAES, 2002).

O descompasso entre o nível tecnológico e a qualidade dos serviços prestados é apontado por Sampaio (2003, p.7) como fontes de aborrecimentos, *stress* e frustração para os médicos e seus pacientes, em decorrência da impotência e pobreza dos serviços públicos de saúde, e em parte, da ganância dos empresários da área: “Quanto maior o avanço tecnológico da medicina, tanto menor a possibilidade de aplicá-lo à população enferma”.

Ao longo dos anos, muitas mudanças foram promovidas na relação médico-paciente com vários fatores envolvidos, entretanto o mais importante, certamente, é o fato da medicina e as demais práticas laborais de saúde, serem exercidas através de entidades puramente mercantis, como os convênios e as seguradoras.

...os médicos se encontram lado a lado com os prestadores de serviços, os encanadores, os eletricitas, os vendedores de seguro, os agentes funerários, os motoristas de táxi. É só procurar na lista de classificados. A presença mágica já não existe. O médico é um profissional como os outros. Perdeu sua aura sagrada [...] o médico é agora procurado não por ser amado e conhecido, mas por constar no catálogo do convênio [...] um médico é uma unidade biopsicológica móvel, portadora de conhecimentos especializados e que vende serviços (ALVES, 2003, p. 20-21).

O usuário deixou de ser paciente e compra os serviços que lhe são oferecidos *à la carte*, ou seja, através da lista do convênio, fazendo com que os profissionais se apresentem de uma forma massificada sem o reconhecimento dos valores intelectuais individuais e em um aniquilamento calcado em uma remuneração única e abjeta.

O cruel é que a sociedade não é sensível às dificuldades do exercício profissional destas categorias que lidam com a saúde e desconhece as restrições impostas pelos convênios aos profissionais que questionam as práticas abusivas que impedem, muitas vezes, a realização de vários exames ou procedimentos e ameaçam os profissionais com o descredenciamento e glosas de trabalhos executados.

A população também desconhece que só nos últimos sete anos do Plano Real, enquanto os usuários tiveram os seus planos de saúde reajustados em 248%, sem contar a recente majoração de 11,75% autorizada pela Agência Nacional de Saúde (ANS), a tabela da Associação Médica Brasileira (AMB) permanece congelada sem nenhum tipo de reajuste, começando só no final de 2004, sob pressão dos sindicatos da classe, tímidas negociações para implantação da Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos (CBHPM) com reajustes que não ultrapassarão a casa dos 50%, com bastante otimismo (ENTIDADES MÉDICAS..., 2004).

Os sindicatos e conselhos de Medicina, desconfiam seriamente das justificativas oferecidas pelos planos de saúde de que os avanços tecnológicos encarecem a assistência médica de tal forma que não há possibilidades de aumentar as remunerações destes profissionais sem repassar para os usuários tais custos. É assustador para o usuário ser atendido por um médico que recebe menos do que um encanador, para acolhê-lo e aliviá-lo de seu sofrimento. Por outro lado, questiona-se porque estes médicos que atendem a troco de nada não se descredenciam em massa dos planos de saúde que aviltam o seu trabalho. Diante dos planos, estes deixam de ser vítimas do sistema e passam a ser cúmplices, contra eles mesmos, os seus princípios éticos, contra a sua resistência física e seu equilíbrio mental e o que é pior, contra os usuários, praticando uma medicina sem qualidade.

Honorários é uma palavra do latim que significa pagamentos recebidos com honra (FERREIRA, 1999). Será que, o valor que os profissionais de saúde recebem hoje, a título de remuneração, para salvar vidas, curar doenças, sedar dores, dar conforto, podem ser chamados de honorários?

Uma vez que os honorários são parcos, para que o médico possa garantir um rendimento mínimo, ele usa de um expediente que fere os princípios éticos: faz de conta que trabalha e marca até 50 pacientes por dia, em um ritmo alucinante e fazendo uma medicina de baixa qualidade, com consultas que duram no máximo entre 10 a 15 minutos. Como um médico consegue tal proeza, se afinal ele deveria fazer uma boa anamnese,

atento às descrições dos sintomas, realizar um bom exame físico, solicitar exames complementares e ainda proceder com aconselhamentos e orientações terapêuticas? Daí a enxurrada de exames que são solicitados ao paciente: são mais rápidos e satisfazem os pacientes que se iludem acreditando estarem sendo assistidos e dão ao médico a oportunidade de enviar a fatura em cinco minutos. Há de convir que as chances de erro médico aumentam significativamente nestas circunstâncias.

A Associação Médica Brasileira (AMB), o Conselho Federal de Medicina (CFM), a Federação Nacional dos Médicos e a Associação Paulista de Medicina, juntos realizaram uma pesquisa cujos resultados apontam que 90% dos médicos brasileiros trabalham para planos de saúde e atendem uma média de 11.3 planos. Esta pesquisa foi realizada pelo Instituto DataFolha com 2.160 médicos em todo o país e apresenta margem de erro de 2 pontos percentuais com 95% de nível de confiança (INSTITUTO DATAFOLHA, 2002).

Em uma escala de zero a dez, a nota média atribuída pelos médicos aos planos de saúde foi de 4.66, considerando três requisitos: interferência do plano na autonomia médica, burocracia para o usuário conseguir autorização para os procedimentos, e pagamento de honorários: 93% dos entrevistados entendem que os planos interferem na sua autonomia, uma vez que 82,2% destes médicos indicam restrições dos planos a doenças pré-existentes; 72,2% apontam glosas de procedimentos ou medidas terapêuticas; 69,10% assinalam atos diagnósticos e terapêuticos mediante designação de auditores; 64% relacionam restrições ao tempo de internações dos pacientes e 48% citam a redução ou ausência do período de internação pré-operatório como interferência à sua autonomia (INSTITUTO DATAFOLHA, 2002).

O curioso é que as relações entre médicos e os planos de saúde e seguradoras são regulados pelo Código de Ética Médica que determina a sujeição daqueles órgãos às normas nele estabelecidas. Há, entretanto, pouco ou nenhum respeito às normas o que gera uma avalanche de denúncias sobre os abusos praticados em relação aos profissionais.

1.4 PROFISSIONAIS DA ÁREA DE SAÚDE

O conceito de profissão, construído por Peduzzi; Palma (1996), aponta para uma imagem de prática laboral autônoma vinculada a um conjunto de conhecimentos específicos e atrelada a um sistema de valores e representações, dentro de uma

organização social (as corporações), que por sua vez, legitima o monopólio de saber e prática destas profissões.

Sabe-se que outros profissionais da área de saúde, além do médico, têm os mesmos problemas, sofrem as mesmas pressões, ficam horário integral nas escolas de graduação, dão plantões e sofrem *stress*, considerando inclusive as rápidas mudanças sociais que vão transformando o homem em um escravo angustiado das informações que eles não conseguem absorver dentro de um ritmo e volume desejado, dando-lhes a sensação de estarem ultrapassados.

Pela possibilidade de se identificar as questões citadas também em outras profissões, pelas características e responsabilidades comuns na prestação de serviços à mesma clientela, na área de saúde, decidiu-se estender este trabalho e estudá-las indistintamente e descobrir como estes profissionais lidam com seus próprios limites, a sua saúde e as relações que estabelecem com seus pacientes, seus pares, sua família e com a sua própria vida.

Nos seus trabalhos, esses profissionais, rompem, muitas vezes, com os limites, quer físicos e emocionais, quer éticos, inclusive quando tentam adaptar-se à desestruturação dos sistemas de saúde e ao aviltamento profissional denunciado pela remuneração recebida de uma sociedade que lhe paga mal, mas é extremamente exigente e que quer dele uma performance misericordiosa, talentosa, senão divina no seu exercício profissional (PIMENTEL;VIEIRA, 2003).

Lembramos a benevolência do Ministério da Saúde que aumentou em julho de 2002 o valor da consulta paga ao médico pelo Sistema Único de Saúde (SUS), evoluindo os valores de R\$2,55 (dois reais e cinquenta e cinco centavos) para R\$ 7,55 (sete reais e cinquenta e cinco centavos), ou seja, menos de três dólares.

Pretendeu-se nesta proposta, detectar a participação e o papel desses profissionais neste cenário pós-moderno, como cidadãos (sua inserção sócio-cultural) considerando suas responsabilidades para com seus pacientes e com eles próprios, a sua capacidade de cuidar de outrem e se cuidar também e descobrir ainda as suas formas de adoecimento. O cuidador também tem suas carências afetivas que podem incluir crises de identidade, dúvidas profissionais, solidão, sensação de esvaziamento existencial e não raro, depressões que se revelam de forma mascarada escamoteando a angústia que é reduzida cuidando da dor do outro, muitas vezes trabalhando de uma forma inadequada, narcísica, onipotente e autoritária.

1.5 RELEVÂNCIA SOCIAL E QUESTÕES DA PESQUISA

Pensar é enfrentar pela reflexão a opacidade de uma experiência nova cujo sentido ainda precisa ser formulado, e que não está dado em parte alguma, mas precisa ser produzido pelo trabalho reflexivo, sem outra garantia senão o contato com a própria experiência.

Marilena de Souza Chauí

Na atualidade as pessoas trabalham cada vez mais, se permitem cada vez menos ao lazer e estão sempre com a sensação de que seu tempo é insuficiente para honrar todos os seus compromissos, quer seja com o trabalho, quer seja com a família, gerando angústia e frustração.

Para que se possa dar uma maior atenção aos profissionais da área de saúde a partir da compreensão desse universo, com uma efetiva contribuição social, é preciso consciência e visibilidade das reais necessidades desses profissionais para que eles próprios tenham condições de perceber sua força, seu papel, sua importância social, familiar, cultural, econômica e política, como elementos catalisadores, aglutinadores e ainda formadores e multiplicadores de opiniões, capazes de alavancar mudanças significativas no panorama atual da saúde da coletividade, contanto que eles também percebam da importância de se cuidarem para melhor servir à sua comunidade a si próprio e à sua família, vivendo com saúde, qualidade de vida e dignidade.

Descortinar o universo dos profissionais da saúde em Sergipe foi objeto deste trabalho, diante da falta de estudos brasileiros que abordem o tema de forma específica e multiprofissional, alertando-os da necessidade do autoconhecimento e do reconhecimento dos perigos que o exercício da profissão pode promover para a sua saúde mental.

Entende-se, ainda, que a prevenção destes problemas deva ser trabalhada a partir da escolha profissional, tornando possível a esses trabalhadores usufruírem melhor qualidade de vida e darem um teor com maior conteúdo humanitário ao seu desempenho profissional, uma vez que a relação desses com seus pacientes tem sido preterida diante do tecnicismo exacerbado.

Diante destas considerações, necessário se torna estudar os aspectos do cuidado destes profissionais com a sua própria saúde, e mais especificamente com a sua saúde mental, levando em conta as transformações sociais decorrentes das mudanças impostas

pela contemporaneidade: globalização, evolução tecnológica, mercado de trabalho, processo de formação.

Discute-se as questões da formação destes profissionais para o seu auto cuidado, considerando que as atuais propostas da graduação direcionam-se ao cuidado do outro, sem atentar para os riscos a que todo ser humano está exposto, e mais especificamente aos riscos inerentes às características do seu próprio trabalho.

Esta problemática aponta para uma necessidade de maior adequação pedagógica e formação desses profissionais, revendo sua grade curricular na graduação. Sabemos que é reduzido o número de aulas ministradas nesses cursos sobre a dimensão psicológica do ser humano e menos tempo ainda é oferecido para se estudar os aspectos culturais, sociais e econômicos da realidade em que estamos inseridos e que ajudaria a partir desta compreensão a elevar o nível de saúde da população e daqueles que por ela são responsáveis: os profissionais da área de saúde.

Revedo os processos acadêmicos de formação e ensino com as suas grades curriculares, pode-se trazer esses profissionais para uma posição mais próxima de um perfil exigido pelas reais demandas da sociedade, em uma concepção mais humana e mais ética, de sorte que as escolas de graduação formem profissionais, não só tecnicamente capazes, mas comprometidos. Este compromisso deve ser não só com a população a que eles servem, mas também com eles próprios, em aspectos que dizem respeito ao estímulo do exercício da profissão que escolheram, com oportunidades de aperfeiçoamento contínuo e sendo capazes de ter uma percepção sobre os seus limites, para que possam continuar a exercer suas funções de cuidadores, interagindo socialmente com responsabilidade para com eles próprios e para com seus pacientes, fazendo-o com muita saúde e qualidade de vida, evitando um desequilíbrio psíquico que promove, por sua vez, desajustes bio-psico-sociais.

2. REVISÃO DA LITERATURA

2.1. CONCEITO DE SAÚDE

Saúde é o estado de equilíbrio do indivíduo, ou seja, suas funções orgânicas, físicas e mentais encontram-se em perfeito funcionamento.

A definição de saúde pela Organização Mundial de Saúde (OMS) é que se trata de um estado de completo bem estar físico, mental e social e não somente ausência de doença ou enfermidade.

Dejours (1986) faz uma crítica a esta definição de saúde da OMS por acreditar que esta é muito vaga, e advoga que os indivíduos estão em processo contínuo de mudança e transformação, não havendo, portanto, um estado estável, mas inúmeras variações no decorrer do dia-a-dia do trabalhador. E afirma que: “a saúde não é um estado de estabilidade, não é um estado, não é estável. A saúde é alguma coisa que muda o tempo todo [...] é ter um caminho pessoal e original, em direção ao bem-estar físico-psíquico e social” (p.10).

E ainda afirma que: “A saúde mental não é certamente o bem-estar psíquico. A saúde é quando ter esperança é permitido” (DEJOURS, 1986, p. 10).

Sampaio (2003, p.3) também faz críticas ao conceito de saúde da OMS e diz que: “essa concepção deixa de levar em conta a perspectiva ética e personalista que implica no reconhecimento de que a saúde é um bem pessoal, pelo qual cada um deve se responsabilizar e dar um significado próprio”.

Por outro lado, saúde mental, é um status individual que revela um desenvolvimento equilibrado de personalidade em um sujeito que é capaz de estabelecer relações sócio-familiares-afetivas harmônicas e de contribuir e participar nas modificações do meio social e físico onde está inserido.

Saúde mental é uma preocupação não só dos médicos. Os escritores, poetas, filósofos e a igreja preocupam-se com o bem estar psíquico da população em geral desde

os primórdios.

Hipócrates, no século V a.C. foi um dos primeiros a estudar os transtornos mentais desvinculando-os da idéia do sobrenatural ou demoníaco. O pensamento grego foi quem primeiro estabeleceu distinções entre razão e realidade e entre soma e psique (MIRADOR,1994).

Discorrer sobre saúde mental requer sempre considerações bio-psico-sociais, ou seja, temos que nos referir às questões físicas, às questões de ordem social que incluem as inter-relações e os valores culturais e ainda, às questões psicológicas onde estão envolvidos os processos conscientes e as formações do inconsciente (sintomas, sonhos, atos falhos e chistes) motivados pelo desejo, mola propulsora maior do ser humano.

2.2 SOCIEDADE E SAÚDE

A busca pelo bem estar, e por conseguinte por saúde, é uma tônica da vida do ser humano. Quando se estabelece constitucionalmente na nossa Carta Magna (CONSTITUIÇÃO 1988, art. 196), que a saúde é um direito de todos e também um dever do Estado, revelam-se imediatamente as dificuldades encontradas nas políticas públicas de saúde e as distorções deste mesmo sistema, frente às desigualdades sociais e ao grande contingente de excluídos neste país. Certamente, as premissas anteriores trazem subsídios preciosos para uma reflexão sobre as nossas práticas de saúde, a formação e o papel dos profissionais de saúde, as relações profissional-paciente, profissional-doença e paciente-saúde-doença, a partir do imaginário social e de suas representações.

A saúde pública aponta, portanto, uma tensão existente entre as questões do coletivo e do individual e as práticas curativas e preventivas, cristalizando-se principalmente, porquanto a fragilidade ou ausência de um suporte financeiro adequado.

Um equívoco das nossas políticas de saúde é deter-se à necessidade do atendimento médico sem considerar as condições e a qualidade de vida da população, bastante carente do ponto de vista nutricional, habitacional e educacional.

Paira, portanto, uma importante questão sobre formação de recursos humanos: que tipo de profissionais de saúde estão sendo preparados? Ou ainda, será que estão preparando material humano capaz de reconhecer e atender as demandas da população?

2.3 POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE E DÍVIDA SOCIAL

Os aspectos conceituais das nossas políticas públicas de saúde incorporam princípios gerais de ordem doutrinária (universalidade, equidade, integralidade) e organizativos (regionalização, hierarquização, resolutividade, descentralização, participação do cidadão).

Conceitos como territorialização, planejamento, medicina da família, participação comunitária e educação continuada fazem parte da proposta e dos discursos atuais, habitualmente hegemônicos, dos profissionais e gestores da saúde (JACQUES; CODO, 2002; ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE MEDICINA, 2002; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002; ROCHA, 2003).

Não obstante reconhecerem-se os avanços na reorganização do setor saúde, o Brasil ainda está longe de resgatar a sua dívida social estabelecendo reformas que efetivamente correspondam às necessidades da população, minimizando o confronto estabelecido entre uma demanda conformada, haja vista solicitar-se sempre do cidadão o conhecimento da existência e a forma de acesso a determinados serviços e a compreensão da dinâmica do sistema com suas regionalizações e hierarquizações, e por outro lado, os reais recursos que o Estado oferece. Importante frisar que este desconhecimento da população se deve à falta de informação do próprio sistema e que simboliza o nível de exclusão e injustiça social onde quase um terço da população está inserido.

O perfil da demanda dos serviços de saúde por parte deste segmento carente da população diz respeito também às representações sobre a gravidade da doença e que tipo de atendimento responde àquela gravidade construída no imaginário de cada um e ainda a representação elaborada sobre o que venha a ser resolução dos sintomas e a respectiva cura. Ou seja, três elementos constitutivos da percepção do paciente são determinantes na procura dos serviços: importância do diagnóstico, o remédio e a cura (MACHADO, 1995).

As razões que regem a orientação dos usuários para a utilização dos serviços públicos de saúde são os fatores proximidade, direito, conhecimento do serviço e qualidade do atendimento. Os pacientes declaram que o fato de conhecer um determinado serviço de saúde, ou por conhecer algum agente de saúde, inclusive o médico, ou ainda por referência de terceiros de sua confiança, fazem com que escolham um específico serviço e não outro, ou seja, apesar da complexidade da vida urbana, a relação médico-paciente, revela-se elemento importante na fidelização aos serviços públicos de saúde (COHN, et al., 2002).

O Programa Saúde da Família (PSF) é uma estratégia do Ministério da Saúde, implantado nos municípios brasileiros com o objetivo de redimensionar e reorganizar a assistência à saúde, através da Atenção Básica, em um trabalho multiprofissional, tendo como núcleo de atenção à família. As equipes de saúde são as responsáveis pela implementação de ações estratégicas no seu local de atuação, com uma visão epidemiológica e com a participação do cidadão no controle destes serviços (ROCHA, 2003).

O trabalho de Rocha (2003), aponta os médicos como produtos de uma formação básica que exclui a determinação social na doença, nos processos de cura e na manutenção da saúde, onde o conhecimento biológico tecnicista não dá conta da realidade adversa.

Para Rocha (2003), o médico que atua no PSF, realiza uma prática entre um saber clínico e as ações programáticas típicas das prescrições de caráter sanitário, executando consultas e visitas, com grandes dificuldades na sua função de agentes de uma política de saúde para a qual não foi preparado e por conseguinte terá dificuldades de criar propostas que sejam factíveis e coerentes. Esta falha está na formação e capacitação destes profissionais, porquanto lhes faltarem conceitos como medicina da família, territorialização, planejamento, participação comunitária e educação continuada. “...a idéia de que tentar resolver as questões da saúde a partir da doença, da clínica, como única resposta ao adoecer é um equívoco; dar a dimensão correta à tecnologia é o desafio; considerar a necessidade do diálogo dos saberes é repensar o poder” (ROCHA, 2003, p.99).

O PSF tem contribuído para atender às principais demandas de saúde da população mais carente e se estende a 75% de todo o território nacional e na percepção de 70% dos médicos, em pesquisa do Conselho Federal de Medicina (2004), aumentou e garantiu a cobertura de assistência à saúde. Na opinião de 74,6% dos médicos, o PSF aumentou as chances de emprego, mas na percepção deles as condições de trabalho não foram alteradas e tampouco aumentou os rendimentos médicos ou melhorou a organização e qualidade dos serviços (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2004).

A questão da saúde não pode ser dissociada, como disse Sampaio (2003, p.24), das políticas de saúde, pois uma sociedade sadia com real qualidade de vida é aquela em que as necessidades básicas da população são satisfeitas e ao mesmo tempo “o campo dos desejos e aspirações esteja num clima de criatividade que permita a esperança e a

confiança dos homens”.

2.4 O ADOECER, O CONTEXTO SAÚDE DOENÇA E SUAS REPRESENTAÇÕES

Buscando os registros da história da Medicina é possível perceber as inúmeras transformações da compreensão humana sobre o fenômeno do adoecer e as relações médico-paciente.

O médico era mais que um curador, era um conhecedor da alma.

A partir da segunda metade do século XIX, com as descobertas da microbiologia e da patologia, a relação médico-paciente mudou de configuração, ou seja, "à medida que o prestígio das ciências experimentais foi crescendo, o das ciências humanas esvanecia-se no meio médico. O doente foi perdendo suas marcas sociais e psicológicas; seus aspectos emocionais, crenças e valores relegados a um segundo plano” (NOGUEIRA-MARTINS, M.C.F, 2002, p.123).

França; Rodrigues (2002) fazem uma retrospectiva lembrando que em torno de 1881, o francês Louis Pasteur, químico e microbiologista e o alemão Robert Koch, médico, criaram condições necessárias para uma compreensão mais racional dos processos infecciosos o que facilitou a descoberta do bacilo da tuberculose e do princípio das vacinas que deram a Koch o prêmio Nobel de Medicina em 1905 e a partir daí, criou-se o mito de que o estudo de vírus, bactérias e fungos iriam resolver todos os problemas da Medicina.

Quando não eram as idéias de contágio o que justificaria o processo de adoecer, surgiam outras tentativas de compreender o fenômeno, recorrendo-se aos conceitos de hereditariedade e constituição, ou ainda, quando as doenças não tinham uma causa aparente eram chamadas essenciais, inespecíficas ou idiopáticas.

Com o surgimento de um conjunto de procedimentos intelectuais e técnicos para se atingir o conhecimento, o que chamamos de método científico, criou-se condições para entender o processo saúde-doença, não mais dentro de uma dimensão individual, mas sim, a partir de uma perspectiva e dimensão coletiva. Pudemos a partir de então, compreender como as estruturas sociais são fatores de risco para o desenvolvimento das doenças. Com a Revolução Industrial surgiram também as primeiras preocupações com a saúde do trabalhador e as condições do trabalho.

As desigualdades sociais estão diretamente articuladas com as representações sobre saúde e doença construídas no cotidiano da população carente, diante dos míseros

salários que impedem a aquisição de remédios, diante da má alimentação e da fome, moradia inadequada e falta de acesso a transporte. Diante de tais adversidades, as conseqüências da doença recaem mais pesadamente sobre aqueles que pouco ou nada possuem. Com estes dados, conclui-se que instituir equidade na saúde não implica apenas em adequar e promover mais qualidade aos serviços, mas garantir o direito à saúde do cidadão, o que implica em algo de maior magnitude, oferecendo-lhe condições dignas de viver, gerando trabalho e renda para que ele possa alimentar-se e suprir as necessidades de sua família e morar em lugar saneado e limpo. A evolução na saúde, portanto, só de fato dar-se-á, quando fizermos uma grande reforma social, reduzindo os bolsões de miséria deste país e fazendo surgir uma sociedade mais justa e igualitária.

Um dos entraves dos serviços de saúde está nas representações sociais de saúde/doença e na linguagem metafórica que permeia o campo do simbólico na relação médico-paciente. Há um vínculo instaurado entre os indivíduos, diz Rocha (2003), vínculo este, estabelecido na comunicação cotidiana entre os sujeitos sociais e mediado por leis e procedimentos, cuja estrutura subjetiva permite um perceber e agir conforme orientação de um outro. A relação médico-paciente é resultado deste vínculo e é um ato que além de técnico é social e traduz dentro do processo de trabalho, o binômio agente/sujeito ou objeto/sujeito. Trata-se de uma relação regida pelo desejo e pela ética.

Há uma particular dificuldade entre os prestadores de serviço médico de apreender as verdadeiras concepções e percepções das representações sociais do binômio saúde/doença dentro de cada grupo ou camada social, uma vez que os conceitos populares sobre a doença diferem dos apresentados pelos médicos, mesmo quando existe apropriação dos termos médicos por parte do doente ou seu responsável. Sobre estas questões Oliveira (1998) complementa dizendo que a doença constitui fenômeno social por excelência, que supera em muito os limites biológicos do corpo.

A forma como os indivíduos se percebem doentes é determinante da maneira como relatará os seus sintomas para os profissionais de saúde, que por sua vez honrarão a sua parte na relação com o paciente, tentando mitigar a partir da fala do outro, a dor e o sofrimento, através de um bom diagnóstico e uma terapêutica adequada.

Os sujeitos sociais interagem ativamente com o universo que partilham entre si, no sentido de “as representações e práticas estarem ligadas ao sistema global de valores da sociedade”, da mesma forma que “a linguagem da doença não é uma linguagem do corpo... entre a doença, produto do ‘modo de vida’ e a conduta do doente. O corpo, o estado

orgânico em si, é esquecido, ele desaparece” (HERZLICH, 1984 apud COHN et al. 2002, p.102). Isso significa que a representação social dos profissionais sobre saúde/doença, por partilhar e compor o universo do “modo de vida” dos distintos grupos sociais, compreende também a sua inserção na condição de promotores de uma concepção frente a outras no binômio dominação/subordinação.

É necessário resgatar a importância da saúde conferindo-lhe o status merecido dentro das questões sociais, o que implica em buscar nas autoridades vontade política para reorganizar o setor e oferecer equidade, garantindo ao cidadão o direito à saúde, o que implica dizer, acesso, disponibilidade e qualidade (COHN et al., 2002).

Hoje, para se fazer clínica, é necessário ter uma concepção sobre o sujeito e sua doença com uma visão mais humanista e menos capitalista. Daí a importância de se promover uma reestruturação e valorização do trabalho dos profissionais de saúde como mais uma condição básica para se promover saúde com qualidade neste país. As escolas por sua vez, precisam estar atentas à formação profissional e oferecer também programas de educação continuada.

Por outro lado, os serviços de saúde devem ser vistos como um sistema social e cultural, daí a necessidade de que os profissionais estejam mais bem preparados para estes desafios, conscientes da nossa realidade social e estejam aptos a apreenderem as representações saúde/doença que moldam as relações entre estes profissionais e os usuários do sistema de saúde, contribuindo para uma maior qualidade no atendimento e atenção à saúde.

2.5 BUSCANDO A CURA

O sofrimento nos ameaça a partir de três direções: de nosso próprio corpo, condenado à decadência e à dissociação, e que nem mesmo pode dispensar o sofrimento e a ansiedade como sinais de advertência; do mundo externo, que pode voltar-se contra nós com forças de destruição esmagadoras e impiedosas; e finalmente, de nossos relacionamentos com os outros homens.

Freud

O atendimento a grande parte dos brasileiros em hospitais, clínicas, laboratórios e ambulatorios, tem sido motivo de críticas constantes. Sabemos que hoje o Brasil possui vários centros de excelência na área de saúde, com profissionais mais bem qualificados e com instalações e equipamentos adequados, que, contudo, atendem apenas reduzida parte da população. O desafio que se propõe é o de levar esse nível de eficiência

no atendimento a todos os brasileiros, em especial aos mais carentes, ou seja, as nossas políticas públicas de saúde demandam mão de obra qualificada para exercer suas atividades, em especial a do médico, profissional historicamente detentor do poder e em cuja prática se ancoram os serviços (ROCHA, 2003).

É interessante também frisar que principalmente entre os indivíduos das camadas mais baixas, é usado um outro recurso de busca de cura. As pessoas em vez de procurar o posto de saúde, vão diretamente às farmácias, no sentido de suprir a ausência ou a dificuldade de acesso aos serviços médicos e que reforça a elevada tendência à automedicação da nossa população. Importante registrar, que há uma tendência em se repetir medicamentos prescritos por médicos, utilizados em situações similares anteriores (COHN et al., 2002).

Sampaio (2003, p. 4) afirma que graças à mídia e à própria medicina, os pacientes mudaram, tornaram-se impacientes, não suportando qualquer desconforto: "... vivem com o ideal do corpo silencioso, desenvolvendo extraordinário apetite por cuidados e estética, num culto à imagem e na procura do 'estado de pleno bem-estar', ainda que, muitas vezes, apenas o alcance através da ilusão do 'paraíso químico'".

Outro dado importante é a junção de medicamentos da medicina oficial com os da medicina popular, recursos tão comuns neste Brasil gigante e pobre, associando chás e benzeduras.

O médico há de ter sensibilidade para orientar, mas nunca coibir determinadas práticas agregadas ao seu tratamento convencional, salvo se estas forem prejudiciais à saúde do seu paciente, do contrário, dificilmente conseguirá uma adesão adequada do seu paciente à terapêutica necessária. Provavelmente, muitas vezes, serão situações que promoverão desconforto nestes profissionais de saúde, que se sentirão desafiados no seu saber e na sua prática, se não houver um preparo acadêmico adequado destes, com relação aos impasses da sua práxis.

2.6 TRABALHO MÉDICO

A categoria profissional dos médicos tem peculiaridades específicas, haja vista a sua grande responsabilidade frente à vida. A sua qualificação e competência profissional, a sua conduta e intervenções precisas, são capazes de aliviar o sofrimento e em alguns casos, evitar a morte daqueles que lhe pedem ajuda, investindo o médico de um poder

quase divino, poder de vida e morte, que exige deste profissional um grande equilíbrio emocional para lidar com estas demandas e sofrer menos diante da sua comprovada impotência a cada morte que assiste.

Como elemento agravante do desgaste físico e emocional dos profissionais de saúde, em especial os médicos, diante de um cotidiano avassalador, esta categoria profissional é a que mais resiste às medidas profiláticas para cuidar de sua própria saúde. Não se sabe o que faz com que os médicos, subestimem esses cuidados que eles preconizam e recomendam aos seus pacientes, no seu próprio exercício profissional, relacionados à sua própria saúde. Tenório (2002) diz que o médico, entre todos os profissionais de saúde, é aquele que menos participa dos poucos programas de controle de saúde ocupacional que existem no nosso país.

Não se pode esquecer o modo como se produz o trabalho médico e que ele está ligado diretamente às necessidades de subsistência do profissional enquanto indivíduo e dentro de uma estrutura de produção. A saúde passou a ser um bem de consumo, uma mercadoria reificada, e a doença a ser considerada como possibilidade de lucro. A consulta médica passa a ser a mais tradicional unidade de produção de serviços médicos, “simbolizando a independência do ato técnico e seu isolamento como produção social” (ROCHA, 2003).

Na organização social da produção, o coletivo surge a partir da clientela institucional, distribuído em camadas sociais e por agrupamentos de segmentos já estratificados na população, implicando uma divisão técnica e social do trabalho, pois os profissionais de saúde, inclusive o médico, através da atenção individual atuam no coletivo em equipes institucionais. Serrano (1985) frisa que o profissional liberal está sendo, aos poucos, engolido pela medicina de grupo (quer como servidor público, quer ligado à iniciativa privada, a exemplo dos planos e seguradoras de saúde). A privatização da medicina, concentrando os lucros nas mãos dos empresários da saúde, avilta os médicos e a população, sob os auspícios do governo que avaliza esta situação. Os médicos brasileiros sofrem a ameaça do subemprego devido à medicina empresarial e ao grande exército de novos profissionais que chegam todos os anos no mercado de trabalho.

A cada tempo – quer histórico ou cronológico, quer como tempo de trabalho dos profissionais de saúde, há uma inserção de um conhecimento dentro de um contexto social, cultural, econômico e político das relações que se circunscrevem. Schraiber (1993) apud Rocha (2003, p.11) afirma que para compreender o conhecimento médico, é

necessário também percebê-lo inserido em um processo de construção do pensamento, no desenvolvimento da humanidade e nas suas relações e concepções de mundo decorrentes de “opções teóricas e conceituais dentro de contextos de produção da ciência e escolhas epistemológicas”. E continua dizendo que a cada época histórica “o conhecimento científico é limitado em medida e atributo [...]. A cada época, o conhecimento tem incontestável verdade relativa”.

No livro *Tendências de Mudanças na Formação Médica* de Jadete; Lampert citado por Noronha; Sophia; Machado (2002), fala-se em um novo modelo de educação médica com uma formação mais contextualizada levando em conta as dimensões sociais, econômicas e culturais da vida da população. No novo modelo de educação, a saúde deve ter mais importância que a doença. Neste novo modelo deve haver também, uma reflexão sobre as questões econômicas das práticas de saúde, as humanísticas e ainda, os aspectos éticos aí implicados.

A saúde, a doença e as várias formas de se curar são tão antigas quanto a humanidade. Entre o mágico e o divino, mesmo os povos ditos primitivos tinham os seus responsáveis por intermediações, a exemplo dos pagés, entre nossos índios, os xamãs entre os ameríndios, curandeiros e feiticeiros entre os povos africanos, a medicina ayurvédica dos hindus, para citar só esses. Desde os primórdios, portanto, havia sempre um grupo de homens que detinham o conhecimento ou a explicação sobre a doença. Havia também códigos e formas de quem cuidava das doenças e dos doentes. Havia ainda, desde sempre, uma ligação entre a doença e o divino, “exigindo um processo de intervenção em um trabalho de iniciação, estudo e sacralização dessa mediação” (ROCHA, 2003, p.12).

Aos poucos a medicina passa a ser ciência e se recusa a ser magia, sacerdócio ou filosofia. A partir do século XVIII a doença não é mais procurada na alma do indivíduo ou nas forças sobrenaturais e passa a ser buscada no corpo, iniciando-se a era nosológica (SERRANO, 1985). Entretanto, paradoxalmente, nos dias atuais, século XXI, diante de todo o tecnicismo e evolução científica, mas também, diante do mal estar contemporâneo que gera novas formas de neuroses, ou ainda diante da miséria financeira e cultural do nosso povo, nunca houve tanta busca pelas terapias alternativas e entre elas a cura pela fé com uso de rituais os mais diversos, calcados nas mais variadas expressões religiosas.

Os antropólogos têm apontado os aspectos positivos do tratamento religioso, graças à forma como age sobre o indivíduo, considerando-o como um todo, relançando-o em um novo contexto de relacionamentos, refazendo laços sociais. Lévi-Strauss (1967)

apud Rabelo (1998) afirma que mais do que atribuir uma causa objetiva a estados desordenados e confusos, a interpretação religiosa organiza tais estados em um todo de forma coerente.

Aqueles profissionais de saúde que forem capazes de aceitar a doença como uma realidade cultural e biológica dos seus pacientes, terão mais chances de estabelecer uma aliança terapêutica em direção da cura ao analisar a relação entre os símbolos e práticas rituais e o curso dos sintomas. Aqueles profissionais de saúde que se prepararem melhor, e tiverem mais sensibilidade para a escuta, sofrerão menos e oferecerão melhores serviços.

Rocha (2003) traz a idéia de que o objeto de trabalho dos profissionais de saúde é o corpo humano doente. Este corpo humano doente do paciente não é o mesmo corpo humano visto pelos profissionais de saúde, em especial pelo médico, mas um objeto modificado e portador de uma necessidade. O produto é a saúde, resultado de ações em que o portador teve suas necessidades atendidas. Ao coexistir, um corpo e uma necessidade, simultaneamente, em um mesmo espaço, este se torna, enquanto lugar de relação, ambíguo.

O saber médico segundo Herzlich apud Carrara (1998, p.38) era até metade do século XX, uma mera “decodificação do orgânico que o desenvolvimento científico tornava mais preciso e seguro a cada dia”. Hoje este saber se amplia e tem o poder de legislar e julgar, tanto no plano do conhecimento, quanto no plano da prática, sobre Saúde e Doença, a partir de concepções científicas, dentro dos limites físicos, químicos e biológicos do corpo humano. A Epidemiologia, por outro lado, constitui-se um saber estruturado sobre a dimensão coletiva do fenômeno da saúde. Carrara (1998, p.38) citando White diz que necessário se faz “trabalhar sobre a doença enquanto conduta social, status social e o papel do doente na sociedade e suas relações com a instituição médica”.

As Universidades têm grande responsabilidade e são o melhor fórum para o debate, consciente da necessidade de se refletir e discutir sobre o nosso país, a nossa realidade, os nossos problemas e as possíveis soluções para eles.

A Organização Mundial de Saúde e Associação Brasileira de Ensino Médico conjuntamente a outras entidades de ensino promovem diversos eventos para analisar as reformas de saúde deste país e deparam-se com uma série de enfrentamentos ideológicos e políticos que vão desde a terminologia/jargão médico até discussões de que tipo de profissionais de saúde a sociedade precisa.

Uma outra questão que tem mobilizado todos os profissionais de saúde e principalmente o médico. Até os anos 50 do século passado, havia no Brasil apenas cinco tipos de agentes profissionais no campo da saúde: médicos, veterinários, dentistas, farmacêuticos e enfermeiros. Todos tinham o seu espaço institucional e campo de trabalho definidos em leis e na medida que foram surgindo novas profissões, elas foram também legalmente se instituindo, exceto a medicina.

Há no Congresso Nacional, uma grande polêmica acerca dos papéis inerentes a cada profissional de saúde. O CFM, acredita ser fundamental dizer para a sociedade quais são os procedimentos médicos válidos e reconhecidos, definindo o ato médico. O projeto de lei do Senado, que define o ato médico, nº 25/2002, é de autoria do médico e senador Geraldo Althoff e se propõe definir o campo de atividade laboral dos médicos, da mesma forma que já foram definidos legalmente os campos de trabalho das outras profissões da área de saúde. O projeto agora será submetido à Comissão de Assuntos Sociais (CAS) do Senado onde tramitará em caráter terminativo (ATO MÉDICO..., 2004).

Entretanto as demais profissões sentem-se bastante ameaçadas e o Fórum dos Conselhos Federais da Área de Saúde se posicionou contrário ao Projeto de Lei que define o ato médico. Um exemplo deste imbróglio que envolve o ato médico foi a Resolução do CFM nº 1455/95 que conseguiu suspender a prática da acupuntura pelos farmacêuticos, fonoaudiólogos, psicólogos e biomédicos (BIOMÉDICOS..., 2002).

Os médicos acham que não podem permitir que atos de sua competência sejam executados por outros. Portanto o projeto de lei que define o ato médico tem seu ponto mais polêmico no fato de restringir o diagnóstico e prescrição terapêutica ao médico. Os Conselhos das demais profissões articularam-se contra o projeto e afirmam que o médico tem visão tecnicista e mecânica, enquanto os demais, têm visão humanista e holista, e mais, que os CRM são órgãos a serviço do corporativismo, tentando sempre encobrir a incompetência e arrogância médica (ATO MÉDICO, 2002; PROJETO DE LEI..., 2003).

Os psicólogos, por sua vez, acreditam, também, que o projeto de lei do ato médico tem a pretensão de tornar o médico, uma figura de grande poder e fazê-lo controlar o exercício de todos os profissionais de saúde. Os psicólogos afirmam que se vive um momento em que a saúde é prática interdisciplinar e que “temos atividades profissionais que são da competência de duas ou mais profissões”, e que, por conseguinte, este projeto não reflete a realidade contemporânea das profissões (EDITORIAL, 2002).

Os fatos acima, relacionados ao projeto de lei que define o ato médico e que envolvem a promoção da saúde, prevenção, diagnóstico e tratamento das doenças, portanto, depõem contra a união dos membros das equipes de saúde que competem entre si, criando clima de desconfiança e desconforto entre as categorias.

2.7 O PROFISSIONAL DE SAÚDE *WORKAHOLIC*² E SUA RELAÇÃO COM O TRABALHO

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

DEJOURS

O conceito de trabalho tem várias significações e varia conforme a cultura de um determinado grupo social e em um dado momento histórico.

Na língua portuguesa a palavra trabalho tem sua origem no termo latino *trabaculum*, entretanto cita-se como origem também o termo do latim, *tripalium*, que “era um instrumento feito de três paus aguçados, algumas vezes ainda munidos de pontas de ferro, no qual os agricultores bateriam o trigo, as espigas de milho, o linho, para rasgá-los e esfiapá-los” (ALBORNOZ, 1998, p. 10).

Importante frisar que *tripalium* também vem a ser instrumento de tortura cuja origem é o verbo *tripaliare*, no latim, que significa torturar. Daí a associação que se faz do trabalho com padecimento, sofrimento e cativo (SILVA, M.M.A. 2001).

Buscando os inúmeros significados da palavra trabalho na língua portuguesa encontramos os seguintes conceitos:

... aplicação das forças e faculdades humanas para alcançar um determinado fim; atividade coordenada, de caráter físico e/ou intelectual, necessária à realização de qualquer tarefa, serviço ou empreendimento; trabalho remunerado ou assalariado; serviço, emprego; local onde se exerce essa atividade; qualquer obra realizada; lida, labuta; bruxaria (FERREIRA, 1993, p. 541).

² Expressão da língua inglesa que significa pessoa viciada em trabalho

No que diz respeito ao trabalho na área da saúde, a medicina saiu de sua condição de atividade originalmente artesanal e tornou-se institucionalizada, tecnologicizada e burocratizada com fortes características empresariais, com múltiplas especializações e inovações tecnológicas e impondo novas divisões no processo de produção/trabalho.

O hospital antes considerado local de caridade e filantropia, apresenta-se como uma grande empresa, cuja finalidade primeira é a promoção, proteção e manutenção da saúde da comunidade, através da prestação de serviços. Por outro lado, estes serviços têm sofrido um processo de mercantilização de acordo com interesses capitalistas e a medicalização da sociedade se enquadra neste bojo, domesticando o corpo e impondo padrões de normalidade (SILVA, M.M.A.2001).

Em contrapartida, do outro lado da moeda, encontramos profissionais de saúde que se reconhecem *workaholics*. Esta palavra em inglês é universalmente conhecida para designar aquelas pessoas que são viciadas em trabalho, ou seja, sentem-se dependentes das suas atividades de tal maneira que nunca descansam, trabalham em um ritmo bem superior ao esperado, raramente tiram férias e quando o fazem, não conseguem se desligar de suas funções, não sabem usufruir o ócio/lazer com criatividade, revelando-se ansiosas e irritadas, com dificuldade de convívio familiar e social, não raro desenvolvem processos de depressão e se acostumaram a trabalhar sob *stress*, transformando inclusive, o trabalho em válvula de escape para seus conflitos pessoais.

São pessoas bastante valorizadas por serem muito produtivas e este reconhecimento, estimula o profissional a manter-se nesta posição. Motivados pela busca do sucesso, gratificação financeira, status e reconhecimento social, os profissionais de saúde, em especial os médicos, muitas vezes desenvolvem esta forma de relacionar-se com o trabalho, minando a sua saúde física e mental (FRANÇA; RODRIGUES 2002).

Existem seis pontos de desequilíbrio entre os indivíduos e seus trabalhos, segundo os estudos de Maslach; Leiter (1999), quais sejam:

1. excesso de trabalho, e sem chances de encontrar alívio. Não existem momentos de tranqüilidade no trabalho, pois cada exigência se prolonga sem interrupção até a próxima. Fora do trabalho também não há alívio pois existem as cobranças que o seu cotidiano particular lhe faz: crianças, a administração da casa, pais idosos. Com a renda da família cada vez mais baixa, trabalha-se mais, têm menos férias e mais preocupações;

2. falta de controle e autonomia para decidir quais os procedimentos são mais importantes para a realização do seu trabalho;
3. remuneração insuficiente que gera a perda da satisfação intrínseca ao trabalho;
4. fragmentação das relações pessoais que mina o trabalho de equipe, trazendo conflitos e levando a um sentimento crescente de isolamento;
5. ausência de equidade entre os membros da equipe, faltando confiança, franqueza e respeito entre eles;
6. valores conflitantes. Quase sempre os objetivos de uma equipe de saúde entram em conflito com as questões capitalistas que movem os interesses dos empresários da saúde.

Qualquer uma das seis áreas citadas representa um bom ponto de partida para se conquistar um equilíbrio maior no trabalho com menos desgaste físico e emocional, se os percebermos como adequação ou compromisso:

1. carga de trabalho sustentável
2. sentimento de escolha e autonomia
3. reconhecimento e recompensa
4. senso de união de equipe
5. equidade, respeito e justiça
6. trabalho significativo e valorizado

A literatura sugere que nesta corrida desenfreada dentro do mercado de trabalho, no meio desta imensa competitividade em busca do sucesso e da riqueza, haja esperança.

As razões do mercado que movem o mundo e os homens, só nos oferecem a repetição de sua própria trivialidade, revestida das aparências de um “saber viver” que só funciona se conseguirmos reduzir a vida à sua dimensão mais achatada: o circuito da satisfação de necessidades. Esse circuito parece o da agitação de um desejo insaciável, mas não é; pois os objetos oferecidos para nossa sociedade são tão banais e equivalentes quanto todas as mercadorias. Além disso são objetos que existem no mundo criando a permanente ilusão de que o desejo pode ser satisfeito – ao passo que o objeto do desejo é um objeto inexistente, perdido desde sempre, cuja busca lança o sujeito numa incansável repetição. Mas é nessa mesma busca que se originam, vez por outra, todos os atos de criação humanos (KEHL, 2002, p.11).

Resta ao homem, a esperança e o seu desejo que algo se salve, além do paciente, que muitas vezes, está completamente abandonado e esquecido na sua dor. Que haja um mínimo de dignidade profissional! Que haja rigor ético! Que haja a conscientização de mudanças e criação!

2.8 O CUIDAR

Mitos antigos e pensadores contemporâneos dos mais profundos nos ensinam que a essência humana não se encontra tanto na inteligência, na liberdade ou na criatividade, mas basicamente no cuidado.

Leonardo Boff

O maior sintoma da atualidade é um difuso mal estar que não raro aparece sob a forma de descuido, descaso, abandono, falta de cuidado. Falta de cuidado com as crianças que morrem na primeira infância; falta de cuidado com os menores que são abandonados nas ruas ou têm seu trabalho explorado; falta de cuidado com os velhos sem abrigos, com os desempregados e aposentados; falta de cuidado com os filhos criados na frente da TV; falta de cuidado com os pacientes nos hospitais; falta de cuidado consigo mesmo, com os próprios sonhos que não são alimentados; falta de cuidado com os seus próprios limites físicos e emocionais que são testados e esticados a cada dia (BOFF, 1999).

Muitas vezes percebe-se no atendimento que o profissional de saúde oferece ao seu paciente, um formalismo e rigidez de atitudes na execução de um protocolo de procedimentos com pouca demonstração de solidariedade e interesse genuíno. A preocupação é de apenas cumprir tarefas, revelando um cuidado mecânico. As relações são frágeis, muitas vezes com uma hostilidade mascarada e muita indiferença. O que se contrapõe a este descuido e ao descaso é o cuidar.

Waldow (1999) advoga que a prática e o ensino do cuidar, à medida que evoluem de uma mera tarefa técnica e passa a ser uma atitude responsável pelo fortalecimento de quem é cuidado e pelo crescimento de quem cuida, passa da condição de obrigação para ser um prazer. Waldow (1999) acrescenta que o cuidar ...

... não pode ser prescrito, não existem regras a seguir, nem manuais de cuidar ou de ensinar a cuidar ... cuidado humano como uma forma ética e estética de viver, que inicia pelo amor à natureza e passa pela apreciação do belo. Consiste no respeito à dignidade humana, na sensibilidade do sofrimento e na ajuda para superá-lo, para enfrentá-lo e para aceitar o inevitável. Esse processo envolve crescimento e aprimoramento (p.14).

Quem primeiro praticou a medicina foram as mulheres, e não era simplesmente pela sua função procriadora ou de doméstica, no sentido de manter a casa, preparar os alimentos, cuidar das crianças e dos velhos, educar os filhos, e tampouco por ajudar a natureza na hora do parto, mas pela sua aproximação com o solo, dando-lhes conhecimentos sobre as plantas, raízes, as folhas, as sementes, os frutos e habilitando-as a desenvolver a arte das mezinhas e por conseguinte da farmacologia e da medicina, dando um salto que as distinguiu da magia dos religiosos e *xamãs*. As mulheres dentro desta ótica são cuidadoras por excelência (WALDOW, 1999).

Os objetivos do cuidar são aliviar, confortar, ajudar, favorecer, promover, restabelecer, restaurar, dar, fazer, etc. O cuidado auxilia no processo de cura. Mas, estes atos podem levar à cura ou à morte.

Segundo Silva, M.M.A. (2001) a relação médico-paciente é mediada por uma relação de troca, onde o paciente tem a necessidade de aliviar o seu sofrimento e o médico possui o conhecimento que ameniza as dores e traz a cura algumas vezes. Nesta relação de troca entre médico e paciente, o cuidado médico é o mediador entre estes dois sujeitos. O paciente é detentor de um não-saber e receberá orientações específicas que terá que seguir, caso queira aliviar-se de seu sofrimento; estas orientações ou fórmulas, no dizer de Silva, M.M.A. (2001), estão consubstanciadas no ato ou no cuidado médico. O cuidado médico é a forma instrumental de conhecimentos e habilidades próprias da área médica.

O fato de ser uma ação interativa envolve transformações em ambos, entre aquele que é cuidado, e recebe conforto e alívio às suas dores, e o cuidador. No que tange ao cuidador, a realização profissional eleva a auto-estima e oferece sensação de bem estar, fortalecendo a identidade profissional. Entretanto, o cuidar tem também efeitos deletérios à saúde mental do cuidador. É freqüente perceber cuidadores com *stress*, e que por sua vez, varia conforme as condições de trabalho e o apoio psicológico específico oferecido pela organização. Lamentavelmente na maioria das vezes este apoio não existe.

2.9 RESIDÊNCIA MÉDICA, PRÁTICA DE ENFERMAGEM E OUTRAS CONDIÇÕES PROMOTORAS DE *STRESS*

A Residência Médica como processo de preparação de médicos surgiu nos Estados Unidos na metade do século XIX. Em 1848, o Conselho de Hospitais e Ensino

Médico da Associação Médica Americana, aprovaram um sistema de ensino médico utilizando a rede hospitalar, privilegiando o ensino da prática clínica hospitalar. A expressão Residência Médica está diretamente vinculada ao fato de que aqueles profissionais deveriam residir na instituição onde estariam sendo treinados, para poder ficar integralmente à disposição do hospital (FEUERWERKER, 1998).

A Residência Médica no Brasil foi implantada em 1944 no Hospital das Clínicas de São Paulo, ligado à Faculdade de Medicina da USP (FEUERWERKER, 1998).

A Residência Médica têm um duplo papel: complementar a graduação e oferecer uma especialização que possa melhorar as chances de inserção dos jovens médicos no mercado de trabalho.

O treinamento prático dos estudantes de medicina começa durante o internato que é uma fase obrigatória nas escolas médicas, ainda que este treinamento seja insuficiente para garantir bons procedimentos futuros, pois o raciocínio fisiopatológico envolve conhecimentos complexos, devido a duas questões básicas: a fragmentação dos processos de especializações e o grande avanço tecnológico.

A Residência Médica é um momento em que os jovens profissionais aprendem a lidar com os limites, estabelecendo uma identidade profissional, confrontando-se com a realidade assistencial do país, ou seja, terão que estabelecer uma fronteira entre o que deseja oferecer e aquilo que o sistema perverso permite.

São situações que vem promovendo uma série de sinais de alerta e bastante criticadas nos Estados Unidos, Austrália, Canadá e Inglaterra, onde há mais de vinte anos trabalhos vem sendo desenvolvidos (NOGUEIRA-MARTINS; JORGE 1998).

Neste sentido, a Associação Médica Americana (AMA) desde 1976 alerta sobre a gravidade do desgaste físico e sofrimento mental dos médicos, em especial os residentes, e propõe que eles façam um trabalho de conscientização sobre este impacto físico e emocional (NOGUEIRA-MARTINS; JORGE 1998).

Programas de adaptação na Residência Médica, urgem, com a perspectiva de reduzir os fatores estressores dos jovens médicos, promover “o crescimento profissional e pessoal dos residentes, prevenir disfunções profissionais e distúrbios emocionais, oferecendo atendimento psicológico, assessorando os preceptores dos Programas de Residência Médica” (NOGUEIRA-MARTINS, L.A., 2002).

Porquanto a distância entre o treinamento oferecido nas residências e as verdadeiras demandas da população, Feuerwerker (1998) propõe um reconhecimento e

valorização do papel do trabalho como instrumento básico do aprendizado na Residência Médica, ou seja, reconhecê-la como parte integrante e fundamental na formação médica e intrinsecamente ligada à produção dos serviços de saúde. A Residência Médica, seria assim, um elemento que faria interface entre políticas de educação médica e políticas de saúde. Neste aspecto, pensa-se na possibilidade de se criar programas de Residência Médica em Saúde da Família como uma forma de se preparar profissionais para o sistema público de saúde. Essa autora propõe ainda uma articulação entre os processos de especialização (Residência Médica com valor *lato sensu*) e os cursos de pós-graduação *stricto sensu* que resultaria em um mestrado profissionalizante e com isso seria reduzido o tempo de formação pós-graduação dos médicos que é extremamente prolongado.

Nogueira-Martins; Jorge (1998) apontam a natureza estressante do próprio treinamento na Residência Médica apresentando os seus efeitos nos residentes e na qualidade da assistência prestada aos pacientes.

Um outro autor citado por Nogueira-Martins; Jorge (1998) é o Small que descreveu em 1981, um quadro que ele chamou de *the house officer stress syndrome*, ou seja, a síndrome de *stress* do residente, caracterizada por distúrbios cognitivos episódicos, raiva crônica, ceticismo, discórdia familiar, uso abusivo de drogas, depressão, ideação suicida e suicídio. Este autor cita ainda a etiologia deste quadro: privação do sono, excessiva carga de trabalho, responsabilidade profissional, mudanças frequentes das condições de trabalho e a competição entre os residentes.

Aach et al. apud Nogueira-Martins; Jorge (1998) classificou o *stress* da Residência Médica em três categorias:

- Profissional – associado às dificuldades, responsabilidades e gerenciamento da carreira profissional.
- Situacional – excesso de trabalho, privação do sono, qualidade do treinamento e dos serviços prestados.
- Pessoal – depende das características pessoais, nível sócio-econômico, estado civil, sexo, do momento de vida de cada um, do seu nível de tolerância ao cansaço e ou até mesmo às frustrações.

Colford e McPhee apud Nogueira-Martins; Jorge (1998) apresentaram outra classificação de fatores estressantes:

- Busca da independência e autonomia em relação aos pais, conflitos entre trabalho e lazer e aqueles relacionados aos relacionamentos afetivos.
- Responsabilidades profissionais, questões éticas, a relação com pacientes e a morte.
- Natureza do treinamento da Residência Médica, estrutura educacional, *stress* ocupacional e ainda, um *stress* peculiar às mulheres.

Privação do sono e depressão são dois elementos promovidos pela Residência Médica e capazes de desencadear *stress*. Estes últimos autores classificam os distúrbios de comportamento dos residentes em quatro grupos:

- abuso de álcool e drogas;
- divórcio e ruptura das relações afetivas;
- ansiedade, depressão e suicídio;
- disfunção profissional: insatisfação no trabalho, absenteísmos, erros, excesso de segurança ou insegurança, perda de compaixão e ceticismo.

Existem ainda diferentes situações na tarefa assistencial, que envolvem, também, outras categorias entre os profissionais de saúde, que promovem desconforto e *stress*, principalmente aquelas que dizem respeito às tomadas de decisões importantes como a descontinuidade de um tratamento, dilemas éticos e/ou comunicar à família a morte de um paciente.

No mundo ocidental quando as pessoas adoecem são afastadas da família e dos amigos para morrer no hospital. A morte foi transferida de lugar, saindo da intimidade protetora e afetiva dos lares para as instituições hospitalares, lugares frios e despersonalizantes. Cabe ao enfermeiro uma grande responsabilidade na humanização do cuidado. O serviço de enfermagem sofre o impacto maior advindos do cuidado com o doente e o seu sofrimento é gigante nesta tarefa. Menzies (1970), realizou pesquisa, citada por Labate; Ribeiro; Bosco (2001), cujos resultados identificam como geradores de *stress* as seguintes condições: contato freqüente com pessoas doentes; a incerteza da cura; doenças incuráveis; a dor e a morte; executar tarefas repulsivas e desgastantes.

Em pesquisa de Peniche; Nunes (2001) para identificar nos enfermeiros as situações geradoras de *stress* em sala de recuperação anestésica descobriu-se que a administração de recursos humanos era mais desgastante naquela área do que o cuidado técnico dos pacientes, ainda que estes pacientes demandem bastante atenção e cuidados.

Labate (1997) também ilustra o stress da categoria ao divulgar os resultados de sua pesquisa com profissionais de saúde que atendem pacientes mastectomizados revelando que a dor do paciente desperta sentimentos de impotência no cuidador, principalmente quando este cria expectativas de cura que são tomadas como referência para medir a sua capacidade de ajuda.

Em outra pesquisa de Silva; Bianchi (1992) os resultados acerca do desgaste profissional apontaram *stress* elevado em enfermeiras de centro de material, haja vista os materiais hospitalares utilizados nos procedimentos serem capazes de elevar os índices de infecção hospitalar, quando não preparados de forma adequada. Outros fatores que concorrem são a insalubridade inerente ao centro de material, as rotinas monótonas e desvalorizadas, gerando alto percentual de insatisfação total (25%) que podem levar ao abandono da profissão.

Hewitt (1980) é citado por Bianchi (1988) como o primeiro autor na literatura que realizou pesquisa com enfermeiras de centro cirúrgico e os resultados apontaram como elementos estressores a alta tecnologia, monotonia de procedimentos, técnicas invasivas, a baixa remuneração, contato limitado com o paciente e conflitos com os médicos. Bianchi (1990) e Bianchi; Salzano (1991) apresentaram os resultados de suas pesquisas apontando que os fatores estressantes relatados pelos enfermeiros de centro cirúrgico são relacionados às condições de trabalho, englobando as tarefas de coordenação e administração das atividades no próprio centro.

Bianchi (2000) fez estudo comparativo com relação ao *stress* do enfermeiro em instituições hospitalares em unidades consideradas abertas e as fechadas. A atuação relacionada à administração de recursos humanos foi considerada desgastante para ambos os grupos. Por outro lado, é um equívoco imaginar de que somente enfermeiros que atuam junto a pacientes graves são estressados. Nesta pesquisa os enfermeiros de unidades abertas revelaram-se mais estressados do que os que trabalhavam em unidades fechadas.

Nogueira-Martins; Jorge (1998) citam uma pesquisa realizada em 1993 por Bing-You, sobre as situações em que os residentes de medicina apontavam como geradoras de ansiedade. Os resultados demonstraram que, em ordem decrescente de intensidade, as situações tidas como ansiogênicas eram: atendimento de parada cardíaca; ser acusado de erro profissional; conversar com pacientes terminais; não conseguir administrar o tempo; contrair infecções dos pacientes; apresentar casos nas visitas; ensinar aos estudantes;

perguntas difíceis dos pacientes; interagir com o corpo de enfermagem; lidar com pacientes alcoolizados ou hostis.

Segundo Silva; Kirschbaum (1998) e Pita (1999) há um alto risco destes profissionais serem invadidos por uma grande ansiedade diante da natureza do trabalho, e que pode ser reduzida ou estimulada pelo processo tecnológico que envolve a prestação de serviços. Estas autoras abordam as formas de defesa, estruturadas socialmente, para que os profissionais sofram menos e possam melhor lidar com a angústia, inclusive daqueles que trabalham com pacientes terminais: através da rotina e fragmentação de tarefas (os enfermeiros tentam destarte reduzir as responsabilidades, decisões e contatos com o paciente); despersonalização e negação da importância do indivíduo (todos são iguais vestidos de maneira uniforme, pacientes e técnicos); negação de sentimentos e com um distanciamento que impeça envolvimento com o paciente.

Sampaio (1987) aborda a repercussão do trabalho no psiquismo de médicos intensivistas, diante do permanente estado de tensão imposto a estes profissionais e aos demais membros da equipe.

Em pesquisa realizada em 1989, com 38 médicos intensivistas da UTI do Hospital de Ipanema do Ministério da Saúde, verificou-se que 72.7% deles apresentavam alterações psico-fisiológicas frente ao *stress* e às condições adversas no ambiente de trabalho. Entre eles, 92.1% admitiam que já tinham provocado ações iatrogênicas nos pacientes que estavam sendo por eles tratados pelas seguintes causas: 54.16% por erros de atenção; 30.2% por falta de conhecimento e 15.62% por erro de avaliação diagnóstica (RIBEIRO, 1989 apud TENÓRIO, 2002).

Tenório (2002) relata que fez uma pesquisa com 200 médicos plantonistas em 1992, sobre os danos à sua própria saúde, em decorrência de suas práticas, na rede pública do Estado do Rio de Janeiro. Os profissionais tinham entre 27 e 42 anos de idade e afirmaram que 52% deles já haviam apresentado distúrbios cardiovasculares; 60% queixavam-se de instabilidade emocional, insônia e depressão; 43% já haviam feito uso de ansiolíticos ou tranquilizantes; 38% relatavam perda de libido ou impotência sexual após jornada de trabalho exaustiva e 43% atribuíam ao trabalho muito dos seus conflitos emocionais.

Pode-se inferir, frente às inúmeras pesquisas, que os danos à saúde dos trabalhadores da saúde são decorrentes das características pertinentes às atividades destes

profissionais e dos riscos ocupacionais que estão expostos e ainda relativos à forma da organização e das relações de trabalho.

2.10 *STRESS* OCUPACIONAL

Stress é uma palavra derivada do latim e ganhou inúmeros significados a partir do século XVII, evoluindo de um conceito que implicava em adversidade até alcançar o conceito de esforço ou pressão. Estresse, segundo o Dicionário Aurélio é um “conjunto de reações do organismo a agressões de ordem física, psíquica, infecciosa, e outras, capazes de perturbar-lhe a homeostase” (FERREIRA, 1999 p. 843).

Hans Selye austríaco-canadense, foi o primeiro (1965) e um dos mais importantes estudiosos sobre o tema *stress*, com quase 1500 artigos escritos e afirmava, que *stress* é um mecanismo de defesa diante de situações em que o sujeito se vê sem saídas. Portanto, *stress* não é considerado doença, mas um conjunto de reações orgânicas, frente a questões aparentemente insolúveis, quer afetivas, sociais, financeiras e ou de qualquer ordem, que exijam do sujeito um esforço de adaptação, alterando a capacidade de relacionamento interpessoal, o comportamento mental, afetivo e físico (FRANÇA; RODRIGUES, 2002).

Diante de situação de perigo, quer real, quer imaginária, há uma liberação de substâncias, promovendo reações corporais que a princípio consideramos positivas e benéficas, por serem defensivas, ou sejam, que preparam o indivíduo para uma contração. O cérebro ordena que as glândulas supra-renais liberem uma quantidade extra de adrenalina na corrente sanguínea, dilatando as artérias e acelerando o coração e a respiração. O sangue mais oxigenado deixa os músculos aptos para agir se necessário (fugir, correr, lutar). Altera-se também a quantidade de três das principais substâncias químicas excitatórias do cérebro: noradrenalina, dopamina, serotonina, que aumentam a velocidade psicomotora, do pensamento e de atenção. O estômago passa a produzir mais ácido gástrico. Os neurônios liberam neurotransmissores que estimulam a memória e a motricidade e bloqueiam a dor (às vezes nos machucamos e só percebemos isso algum tempo depois, reforçando aquilo que os leigos dizem que a percepção da dor acontece quando o sangue esfria e os ânimos acalmam) (MENDES, 1988; FIGUEIRAS; HIPPERT, 2002).

Quando os problemas persistem, com a constância do *stress*, a química cerebral

é alterada em suas estruturas mais profundas. Muda, sobretudo, o funcionamento do sistema límbico, as estruturas cerebrais responsáveis pelo controle das emoções. Essas transformações são tão intensas que há mudanças nos padrões de comportamento. O sujeito tranqüilo e bem humorado pode tornar-se agitado e nervoso. Um funcionário padrão pode tornar-se desatento, desorganizado e comprometer o seu trabalho (MENDES, 1988; FIGUEIRAS; HIPPERT, 2002).

A tradicional Escala de Ajustamento Social de Holmes e Rahe (1967), é resultado de uma pesquisa feita pelos autores que usaram amostra composta de 394 indivíduos atribuindo diversos valores a vários fatores desencadeadores de *stress*. Os principais eventos, entre os 40 citados, por ordem de importância, capazes de promover o *stress* são, em primeiro lugar a morte de um cônjuge; a perda do emprego, considerada como a segunda maior dor; o divórcio, separação conjugal; pena de prisão; morte de familiar próximo; doença pessoal ou acidente; casamento e reconciliação conjugal; aposentadoria; comprometimento de saúde em membro da família; gravidez; dificuldades sexuais; aumento da família; mudança importante no trabalho e mudança na condição financeira (BIANCHI, 2001; FRANÇA; RODRIGUES 2002; SILVA, M.M.A.,2001).

Uma das maiores fontes de *stress* para o ser humano é aquela promovida pela prática profissional, o chamado *stress* ocupacional e que gera alterações físicas e emocionais importantes. Pesquisas americanas apontaram que em 84% das consultas médicas, as queixas eram concernentes ao *stress*, e entre estes, 89% relacionaram o *stress* ao trabalho (LAUTERT, 1999).

Em pesquisa realizada no Chile com 205 profissionais de saúde, os sintomas mais freqüentes decorrentes de desgaste laboral foram: dificuldade de desfrutar a sua própria vida; tensão permanente; insônia; sentimento de tristeza e depressão; dificuldade de levantar-se pela manhã; dificuldade de concentrar-se; incapacidade de administrar a própria vida; cansaço fácil; não se sentir feliz, dores no pescoço, ombros e braços. Na mesma pesquisa também citaram as causas de maior tensão no trabalho: ter que satisfazer e responder a muitas pessoas; trabalhar contra o tempo e prazos; condições físicas inadequadas; tomar decisões; excesso de trabalho; não ter *feedback* sobre o seu desempenho; excesso de responsabilidade; trabalhar com materiais e equipes diferentes; ter que trabalhar com critérios dos quais discorda (TRUCCO; VALENZUELA; TRUCCO, 1999).

França; Rodrigues (2002), lembram que graças aos estressados profissionais,

principalmente os da área de saúde, em especial, os médicos e psicólogos, temos hoje maiores conhecimentos sobre o *stress*, uma vez que são as grandes vítimas do fenômeno que atinge os trabalhadores. Importante frisar que geralmente não é o trabalho em si, o desencadeador do *stress*, ou seja, o *stress* não está apenas relacionado com as pressões externas. As pressões internas, os conflitos de cada um, a história pessoal, a forma de lidar com as dificuldades do dia a dia, também são dados relevantes e que podem contribuir sobremaneira para uma situação de *stress*.

O *stress* do profissional não diz respeito apenas ao fato de se ter responsabilidades maiores ou ter que cumprir tarefas ou metas, mas também à sua capacidade de adaptação às demandas do ofício escolhido e a forma como este sujeito lida com o seu trabalho. Não raro, o seu *stress* é em decorrência de uma atividade, muitas vezes, com uma rotina desgastante e distante de um projeto infanto-juvenil, desenhado romanticamente, acerca da escolha de sua profissão e do que deveria ser a realização profissional montada no sonho do jaleco branco.

O *stress*, na maioria das vezes é o grande mecanismo desencadeador de transtornos psiquiátricos. Os sintomas mais frequentes nas pessoas estressadas são palpitações, sensação de falta de ar, dor no peito, náuseas, tontura, boca seca, sensação de desmaio, sensação de morte iminente. Quando estes sintomas, se apresentam concomitantemente, caracteriza o que chamamos de ataque de pânico, que hoje é bastante comum nos consultórios médicos e que na realidade é a velha neurose de angústia descrita pelo Dr. Sigmund Freud, de roupagem nova.

Ou ainda, o sujeito sente que suas preocupações são excessivas e permanentes, com pensamentos antecipatórios catastróficos, tensão e dores musculares, tremores, inquietação, sudorese, e dores de cabeça. Este quadro caracteriza uma ansiedade generalizada.

O sujeito pode, ainda, apresentar as manifestações de uma depressão, com uma tristeza crônica, com apatia, perda de interesse, de energia e de concentração, baixa auto-estima, sentimentos de culpa, sono alterado e redução de apetite.

Sabe-se através de todos os livros básicos acadêmicos que os principais fatores de risco para problemas cardíacos são o *stress*, a hipertensão e a hereditariedade. O *stress* é um elemento importante e frequentemente registrado como um vilão na hipertensão arterial primária ou essencial. Várias pesquisas em todo o mundo estabelecem relações entre as causas emocionais e as alterações na pressão arterial. No intervalo entre 1986 e 1996,

houve um aumento de 10% nos índices de mortalidade por doenças coronarianas no nosso país e, a cada 3 pessoas que morreram, uma foi vítima de doenças cardiovasculares (ALCINO, 1996).

França; Rodrigues (2002) sugerem alguns recursos para lidar com o *stress*:

1. Físicos

- técnicas de relaxamento;
- alimentação adequada;
- exercício físico regular;
- repouso, lazer e diversão;
- sono apropriado às necessidades individuais;
- medicação, se necessário e sob supervisão médica.

2. Psíquicos

- Métodos psicoterápicos;
- Processos que favoreçam o autoconhecimento;
- Estruturação do tempo livre com atividades prazerosas e ativas;
- Avaliação periódica de sua qualidade de vida;
- Reavaliação de seu limite de tolerância e exigência;
- Busca de convivência menos conflituosa com pares e grupos.

3. Sociais

- Revisão e redimensionamento das formas de organização de trabalho:
 1. mudanças no poder, com equalização deste;
 2. aperfeiçoamento dos métodos de trabalho, com o sentido de incrementar o aumento da participação e da motivação;
 3. melhoria das condições sócio-econômicas;
 4. investimento na formação pessoal e profissional.
- Aprimoramento, por parte da população em geral, do conhecimento de seus problemas médicos e sociais;
- Concomitância dos planejamentos econômico, social e de saúde.

4. O que as escolas e hospitais podem fazer:

- ginástica laboral;
- comunicação positiva;

- maturidade de interação;
- educação alimentar;
- arranjo físico/ambiente;
- co-responsabilidade;
- programas de motivação e desenvolvimento profissional.

Como formas de garantir saúde mental deve-se estimular os profissionais a um estilo de vida mais saudável e com qualidade. Recomenda-se:

- cursos sistemáticos e treinamentos para que estes profissionais possam reconhecer as fontes de *stress*, quer produzido pelo próprio sujeito, quer pelas rotinas do seu trabalho; perceber como este afeta a sua vida pessoal e profissional, e ainda, estratégias para ter um desempenho pessoal e profissional satisfatório;
- fazer terapia;
- alimentação saudável;
- atividade física sistemática.

Cañete apud Guimarães (2000) fala da importância da Ginástica Laboral que visa recuperar a capacidade de amplitude dos movimentos que o ser humano possui naturalmente e mostra em seu trabalho de 1996 os resultados obtidos com os trabalhadores em geral, através da Ginástica Laboral:

1. Resultados esperados:

- redução dos acidentes de trabalho;
- redução das algias;
- redução dos afastamentos para tratamento de saúde;
- aumento da produtividade;
- melhoria da saúde física.

2. Resultados adicionais

- melhoria das condições de trabalho;
- aumento da disposição para o trabalho;
- desenvolvimento de postura positiva;
- aumento da motivação para o trabalho;
- desenvolvimento da responsabilidade e comprometimento;
- melhora da qualidade de vida;

- redução do número de erros e falhas;
- aumento da qualidade do trabalho;
- cultivo de hábitos saudáveis;
- redução de faltas;
- melhoria do relacionamento interpessoal;
- humanização do ambiente de trabalho;
- liberação da criatividade;
- redução do *stress*;
- conscientização sobre cuidados consigo mesmo e com a sua saúde.

Muitas vezes as pessoas têm dificuldades de avaliar se o cansaço que está sentindo é ou não *stress*, pois se trata de uma avaliação altamente subjetiva. Só a história pessoal de cada um e as vivências podem dar pistas sobre os sintomas que aquela pessoa sente, para melhor discernir tratar-se de um mero cansaço ou *stress*. O cansaço é mais de ordem física e capaz de desaparecer após uma boa noite de repouso, restaurando-se as forças deste sujeito. Já o *stress* tem um comprometimento psíquico e emocional servindo de gatilho, quando prolongado, para o *burnout*, e que, por sua vez, desencadeia os vários transtornos psicossomáticos e as doenças crônicas.

2.11 CONCEITO DE *BURNOUT*

A organização do trabalho desempenha papel importante na gênese do sofrimento psíquico.

Este termo, *burnout*, de origem inglesa, significa um estágio bastante avançado do *stress* e significa aquilo que deixou de funcionar por exaustão de energia. Trata-se de um conceito em voga e que não pode ser ignorado quando se trabalha a saúde mental dos trabalhadores. O psicanalista Herbert Freudenberger e a psicóloga social Cristina Maslach na década de 1970 desenvolveram o conceito como sendo a resultante emocional de situações de *stress* crônico e estando relacionado ao ônus pago pelos profissionais por se dedicarem ao cuidado de outras pessoas e a qualidade dos relacionamentos que se estabelecem com os pacientes, no caso dos profissionais de saúde; com seus pares; pela forma que lutam por uma realização, e ou ainda, o reconhecimento do seu trabalho, que

parece sempre muito distante ou insuficiente diante das inúmeras expectativas criadas em relação ao sonho do jaleco branco (FRANÇA; RODRIGUES, 2002).

A expressão *burnout* é usada com frequência para apontar a dedicação excessiva e prolongada a uma causa. O desgaste promovido no sujeito, com perdas de energia e o esvaziamento de recursos internos é capaz de promover o *stress* crônico de profissionais cujas atividades requerem contato permanente com pessoas, a exemplo de policiais, professores, assistentes sociais, telefonistas, motoristas, profissionais da área de saúde, constantemente expostos a situações em que são convocados para intervir em situações limites que geram tensões, como a violência, disciplina, ordem, a doença e a morte. Esta condição crônica, manifesta-se, muitas vezes sob a forma de uma aparente falta de sensibilidade com relação ao sofrimento do outro, a exemplo dos profissionais de saúde. Geralmente o *burnout* surge de forma insidiosa, e quase não é percebido, porque os seus portadores são homens e mulheres auto-suficientes, considerados competentes e sequer se dão conta de suas próprias fraquezas (COVOLAN, 1996).

O *burnout* tem uma instalação insidiosa e corrói a relação que o profissional tem com sua atividade laboriosa. A sensação de frustração em relação ao seu trabalho e o seu desempenho é sempre presente, desencadeado, muitas vezes, pela relação desigual entre as exigências psíquicas do ambiente de trabalho e a estrutura psíquica do trabalhador.

Pepper apud Covolan (1996) observou que o *burnout* atinge os médicos, principalmente entre os 10 e 15 anos de exercício profissional pelo contato direto com o sofrimento de seus pacientes, algumas vezes reforçado pelas identificações e laços afetivos que se estabelecem com o paciente e seus familiares; pelo ambiente altamente estressor; carga horária excessiva; decisões importantes e a exigência de atualização permanente.

O portador do *burnout* sofre uma deterioração física, apresentando cansaço crônico, sentimentos de exaustão ou fadiga, sensação de mal estar, perda de energia levando ao esgotamento físico, mental e emocional, insônia, cefaléias e enxaquecas, gastrites e úlceras, entre outras manifestações físicas e fenômenos psicossomáticas. Além disso há um sentimento de desamparo e infelicidade, redução da auto-estima, perda da motivação e do entusiasmo com a profissão e com outros setores de sua vida e a sensação de impotência, de estar ultrapassado e esvaziado de recursos emocionais e técnicos para continuar atendendo as pessoas, transformando o trabalho em uma prisão geradora de grande sofrimento (COVOLAN, 1996; FRANÇA; RODRIGUES, 2002).

2.12 Estatuto do Corpo e os Fenômenos Psicossomáticos

Sempre houve uma tendência, quer filosófica, quer científica, para se dissociar mente e corpo, ainda que desde Hipócrates houvesse uma recomendação básica da necessidade de se conhecer a pessoa que tem a doença e não o inverso.

A psicossomática não é um ramo da medicina nem se trata de uma medicina psicológica. A psicossomática é um conceito vasto a partir da participação de psicanalistas aliados a profissionais de outros ramos do conhecimento que tem a proposta de olhar o homem como uma unidade, um ser indivisível (MELLO FILHO, 1994).

Não raro se ouve questionamentos se a psicossomática não seria um campo do saber distinto da psicanálise, ou se seria uma mera extensão ou um desenvolvimento da mesma. O certo é que a psicanálise neste contexto, leva a uma compreensão acerca das relações e interferências do psiquismo nas manifestações somáticas e os psicanalistas têm sido os fomentadores do movimento psicossomático e de uma medicina integral e holística (MELLO FILHO e col., 1992).

Quando se investiga sofrimento psíquico no ambiente de trabalho, não se pode distanciar das manifestações somáticas que certos indivíduos apresentam, em especial aqueles com extrema pobreza mental.

Profissionais da área de saúde, pelo fato de conviverem, como ofício, rotineiramente, com o sofrimento, a dor e a morte, ficam extremamente vulneráveis e fortes candidatos aos fenômenos psicossomáticos e às somatizações.

O fenômeno psicossomático surge onde, face à dor psíquica, o homem não pode elaborar as suas divisões internas e desafia um saber teórico sobre a alma humana. A fronteira entre a dor psíquica e a dor física é tênue, daí a importância para o médico ou psicanalista de escutar as perturbações psicológicas promovedoras de um sofrimento corporal.

Os profissionais de saúde ao perderem um paciente sentem-se constrangidos diante da morte, diante deles mesmos, da família do paciente e dos seus pares. A perda é um desses momentos de grande dificuldade da equipe e certamente é promotora também de grandes conflitos, ferindo o narcisismo desses profissionais que questionam nessas horas o poder que supunham fossem portadores, a fé e a vocação.

A psicanálise nos aponta que uma grande dor surge sempre de um transtorno do eu, mesmo momentâneo. Sentimentos como angústia, raiva, culpa, desamparo, podem,

inclusive por defesa, permanecer fora da psique e incapazes, portanto, de alertar o sujeito para uma ação. Esta impotência para sentir e representar a dor torna-se uma ameaça para a integridade física e somática do sujeito. Freud diz que o que se transforma em dores físicas certamente é algo que poderia e deveria dar nascimento a uma dor moral (FREUD; BREUER, 1974, original de 1893-1895).

Um dos mecanismos de defesa do homem é uma certa tolerância a alguns traumas, mas que em algumas condições não conseguem ser elaborados, provocando uma descarga extra no corpo. A pulsão é essa energia que tem origem no corpo, se faz representar no psiquismo através das idéias, pensamentos e fantasias e diante de certas circunstâncias, ou seja, na ausência ou falta de trabalho psíquico há um aumento ou acúmulo desta energia promovendo perturbações psicopatológicas e ou somáticas (FREUD, 1974, original de 1915).

O fenômeno psicossomático é uma explosão no corpo com uma função de descarga, como uma resposta sem palavras a um conflito primitivo, não verbal, provocando curto circuito no trabalho psíquico e onde um órgão é chamado a reagir psiquicamente. Pode-se dizer ainda, que o fenômeno psicossomático é a expressão no corpo de um fenômeno psíquico enigmático que não obedece aos mecanismos clássicos de formação do sintoma e pode ser interpretado como uma falha no processo da elaboração de trabalho psíquico e que desafia todo o saber teórico. O portador de um fenômeno psicossomático procura o médico e não o psicanalista por ter uma lesão de órgão. A demanda é inicialmente de tratamento médico. Fala-se de fenômeno psicossomático quando existe um órgão lesado sem a participação de um agente quer tóxico, quer externo. São questões limites, provocadas por fatores emocionais (PIMENTEL, 1998).

O corpo, mediante os fenômenos psicossomáticos, é vivido como algo exterior. O sujeito não consegue reconhecer e nomear (alexitimia) as suas próprias experiências emocionais, desqualificando-as ou eliminando-as do seu discurso, não se dando conta do seu sofrimento psíquico (NASIO, 1993).

Apesar de ser o médico aquele que deve tratar do órgão lesado, diante de um corpo que fala e questiona, sem dúvida cabe ao psicanalista nesta intertextualidade com outros saberes, a tarefa mais árdua. Principalmente se este paciente é o próprio médico ou um outro profissional qualquer da área de saúde, que não consegue reconhecer-se doente e quando o faz não consegue confiar nos colegas e entregar-se a uma terapêutica.

Profissionais de saúde, muitas vezes, na sua formação, recebem “conselhos dos mais experientes” para deixar as suas emoções fora do seu cenário de trabalho e recomendados para não se deixar tocar por nenhuma manifestação de afeto (positivos ou negativos) dos seus pacientes, como forma preventiva de sofrimento. Eles são treinados para oferecer atendimentos aos seus pacientes sem se deixarem envolver pelos seus problemas pessoais, oferecendo sua técnica, com o máximo de precisão e o mínimo de emoção. O fato de reprimir afetos por força do ofício é um elemento que provoca extremo desconforto e que aliado aos seus próprios conflitos, tornam estes sujeitos vulneráveis e fortes candidatos, quer às somatizações, quer aos fenômenos psicossomáticos (PIMENTEL, 1998).

Estes profissionais que trabalham sem afeto, invariavelmente sentem-se vazios sem saber o porquê, sentem-se também condenados a uma vida sem sentido e são portadores de pensamentos operatórios, que são uma forma de pensar pragmática e deslibidinizada, diante de uma forma de relação objetal marcada pela pobreza de investimentos libidinais.

McDougall (1983) advoga que certas manifestações psicossomáticas podem levar a um despertar para si e para os limites, físicos e psíquicos, de um determinado sujeito, como se ao adquirir uma certa capacidade de adoecer, alcançasse simultaneamente a sensação de existir, ter limites e poder se cuidar sozinho e ainda, como se pudesse aí, restabelecer sua unidade. Talvez neste momento estes profissionais da área de saúde, pudessem se perceber mais humanos.

O doente, neste caso, o próprio profissional da área de saúde, habita o corpo graças ao seu sofrimento psicossomático. É claro, trata-se de uma defesa perigosa porque pode eclipsar a distinção entre o que é de dentro e o que é de fora, o que é dor corporal ou dor emocional. O que estes sujeitos querem, é se defender das frustrações próprias de todas as relações objetais e da ameaça de uma identificação introjetiva e despedaçante com a dor e os problemas do outro, gerando o temor de não conter e suportar estes afetos mobilizados. É como, se de repente, a própria vida instintiva fosse perigosa para o sujeito. E onde a psique se recusa a uma confrontação com a dor e com o conflito, o corpo responderá neste lugar, reagindo a estas ameaças psíquicas como se fossem de natureza biológica. Nesta luta insana que pode levar à morte, paradoxalmente o objetivo era manter-se vivo (PIMENTEL, 1998).

Importante frisar a diferença entre somatização e fenômeno psicossomático, uma vez que a somatização é uma resposta aos conflitos internos e aos traumas vindos do exterior e que tenta manter o equilíbrio psíquico evitando outros sintomas quer neuróticos quer psicóticos. Pode-se ainda dizer que a somatização é uma forma, entre outras, que o sujeito lança mão para resolver seus conflitos. A somatização não obedece a nenhum critério médico e é a própria expressão somática do conflito psíquico. O sintoma é uma projeção imaginária sobre o corpo e não segue nenhuma lei anatômica ou fisiológica, pois apesar de existir alteração de função, não há alteração de órgão. No sintoma podemos encontrar um sentido, pois se trata de uma das formações do inconsciente, com deslocamentos e substituições, permite metaforização e refaz-se como linguagem, sob o efeito da interpretação. Os sintomas, tal qual os sonhos, são realizações deformadas do desejo. (FREUD; BREUER, 1974, original de 1893-1895).

Ao adoecer, qualquer sujeito, inclusive e principalmente, o profissional de saúde, sente que perdeu em maior ou menor grau, um pouco de sua completude ilusória (sentimento de onipotência) e quando apela para o psicanalista (a tendência é resistir), fará tal qual uma criança em relação à sua mãe, busca alguém que supra sua falta, alguém que saiba sobre sua demanda e seja capaz de contê-la. É como se o analista estivesse apto a restituir a situação perdida e nela estivesse depositada toda a esperança do reencontro com alguma coisa relacionada com a incompletude e a tal falta (GUIR, 1992).

Entre todas as manifestações da psique diante dos conflitos emocionais, sem dúvida, os fenômenos psicossomáticos são os mais enigmáticos e o analista tem o papel de nomear a lesão e fazer surgir um sintoma novo a partir do corte interpretativo. Talvez, dando um sentido a esta lesão que traz consigo um gozo específico, seja possível sintomatizar o fenômeno psicossomático, ou seja, torná-lo passível de acesso, via discurso.

Entre as posturas possíveis e legítimas do analista, deve prevalecer também a do bom-senso, encaminhando seu analisando, ao profissional da área de saúde, neste caso específico, para um médico especialista, simultaneamente à cura analítica, pois se trata de uma lesão de órgão que precisa paralelamente de uma terapêutica medicamentosa (PIMENTEL, 1998).

Os sintomas e as doenças psicossomáticas são decorrentes algumas vezes das insatisfações ou inadequações do sujeito no que tange à sua qualidade de vida e antes de ser uma mera inadaptação ao trabalho, diz respeito ao lugar que este ocupa enquanto realização pessoal. Pode-se afirmar que o trabalho está na gênese de algumas expressões

psicossomáticas, haja vista a relação que existe entre estas e a organização e as condições do ambiente do trabalho ao qual o trabalhador é submetido, tais como tarefas, jornadas, turnos, serviços médicos, relações interpessoais, alimentação e relação produção-salário (CARVALHO, 2004).

Dejours (1992), em sua teoria da Escola de Psicossomática de Paris, afirma que quando um sujeito não encontra saídas para seus conflitos psíquicos, há uma desorganização no plano somático e surgem as manifestações psicossomáticas.

Os sinais de sofrimento psíquico [...] são particularmente encontrados em modalidades de organizações que expõem trabalhadores a atividades perigosas, que costumam produzir mais situações de conflito que momentos de prazer, condicionando o uso de alguns estereótipos: a interrupção freqüente de tarefas, uma auto-aceleração mental etc [...] A profunda ignorância por parte dos gerentes das organizações quanto às características fisiológicas e psicológicas do homem se constitui num fator importante na inadaptação entre o que se supõe que os trabalhadores façam e aquilo que efetivamente eles são capazes de fazer... (PITTA, 1999 p. 69).

Baseado nestas considerações, este trabalho propõe, a seguir, os seus objetivos.

3 OBJETIVOS

3.1 GERAL

Caracterizar os aspectos relacionados à saúde mental dos profissionais da área de saúde em suas questões sócio econômicas, mercado e condições de trabalho, formação e auto cuidado, diante da globalização, avanços tecnológicos e do seu papel social no estado de Sergipe.

3.2 ESPECÍFICOS

- 3.2.1 Conhecer o perfil de saúde mental dos profissionais de saúde do estado de Sergipe;
- 3.2.2 Identificar o desconforto e o mal estar destes profissionais e os sintomas que mais os acometem;
- 3.2.3 Conhecer, na perspectiva dos líderes de classes e coordenadores dos cursos de graduação, os investimentos com relação à formação e os cuidados relativos à saúde mental dos profissionais de saúde.

4 REFERENCIAL TEÓRICO

4.1 SAÚDE MENTAL E PSICANÁLISE

O conceito de saúde mental varia de acordo com as diferentes culturas e abrange também o bem estar subjetivo, a auto percepção da eficácia, autonomia, competência, realizações do seu potencial intelectual e emocional e por conseguinte, algo mais do que ausência de transtornos mentais (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE/OPAS; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE/OMS, 2001).

Consideram-se transtornos mentais, os sintomas psiquiátricos que promovem alterações no relacionamento do sujeito com o mundo. Dejours afirma que a doença não tem caráter permanente, pois se trata de um processo, e que a noção de sofrimento psíquico seria uma zona de passagem entre a saúde e a doença (DEJOURS apud PITTA 1999).

Heródoto, segundo Rosen (1983), no mundo greco-romano, aceitava duas explicações para a origem dos transtornos psíquicos: uma, centrada no divino ou sobrenatural e só se podia intervir com orações e sacrifícios, e a outra, tinha respostas nas causas naturais e, por conseguinte, coincidente com as interpretações médicas da época, ou seja, os distúrbios psíquicos teriam as mesmas origens das doenças físicas incorporadas à teoria dos humores. Todo tipo de disfunção mental era considerado como resultado da produção excessiva da “bile negra” que alterava as faculdades mentais e era reconhecida como sendo loucura.

Na Antiguidade e Idade Média, os distúrbios mentais foram considerados como vícios cuja origem eram as transgressões das normas que regiam as forças naturais e a loucura era uma demonstração de revelação divina. No século XV, a loucura era considerada um defeito ou uma irracionalidade e um fenômeno de transgressão social. Os loucos deveriam ser excluídos com os feiticeiros, vagabundos e marginais (PITTA 1999).

Pinel, no século XVIII, foi o pai da psiquiatria moderna. Para ele, “o conhecimento era um processo cuja base era a observação empírica dos fenômenos que

constituíam a realidade” (BERCHERIE, 1989).

Em 6 de maio de 1856, em Freiberg, na Moravia (República Tcheca), nasceu Sigmund Freud, um homem que recebeu educação judaica não tradicional e aberta a filosofia do iluminismo, e marcou irremediavelmente a história da humanidade com um livro, *Die Traumdeutung*, conhecido como “A Interpretação dos Sonhos”, considerado como o texto fundamental à Teoria Psicanalítica. O livro foi publicado em novembro de 1899, mas datado de 1900 pelo seu editor e influenciou, de forma marcante, a psiquiatria, a sociologia, a literatura, o cinema, a educação e todo o pensamento do século XX (GAY, 1989).

São decorridos, no momento, 106 anos da *Die Traudeutung*, obra que mudou a paisagem cultural do mundo moderno (1899), 59 anos após o primeiro computador (1946), 36 anos após o homem ter conquistado a lua (1969), 32 anos após o filme revolucionário “O Último Tango de Paris” (1973), 16 anos após a morte de um grande ídolo popular no Brasil, Cazuza, o primeiro a admitir ser vítima da Aids (1989), dez anos após a popularização da Internet (1995), oito anos após a clonagem do primeiro mamífero, a ovelha Dolly (1997), sete anos após o revolucionário Viagra (1998), quatro após as primeiras grandes conclusões do Projeto Genoma (2001) (VEJA, 2002).

O inconsciente de hoje, com todas essas mudanças sociais, científicas, tecnológicas, culturais já não é o mesmo inconsciente de 106 anos atrás estruturado por Freud. Entretanto, a teoria psicanalítica torna-se cada vez mais forte, apesar das vicissitudes e desafios da clínica, inclusive por essa cultura capitalista de consumo diante do crescente imaginário social que só encontra paralelo na clínica do narcisismo.

As manifestações psíquicas nos dias atuais se caracterizam por um mal estar difuso, um sentimento interior de esvaziamento, forte oscilação de humor.

O grande fantasma da pós-modernidade permanece o mesmo, não de há cem anos, mas de há milhares e milhares de anos, desde quando o homem surgiu: a morte.

Quando falamos de profissionais da saúde, o fantasma da morte é maior ainda, pois as ameaças são diárias desafiando-os rotineiramente. Apesar dos grandes avanços tecnológicos e científicos, a cada novo progresso surge um novo desafio, mais ameaçador e terrorífico do que os anteriores a exemplo da bactéria assassina, Ebola, HIV, que sofrem mutações constantes que os tornam cada vez mais resistentes às drogas existentes e recém descobertas. A constante ameaça de morte sempre remete esses profissionais a uma condição de impotência e correlata à castração, lugar do confronto com o real, que nos dá a

dimensão da falta que nos mobiliza em direção ao desafio e à criação (PIMENTEL 2000).

4.2 PULSÃO, TRABALHO E *STRESS*

Todo mundo carrega a forma inteira da humana condição.

Montaigne

Uma das formas possíveis para o homem subjetivar-se, ainda que de maneira superficial e efêmera, é através da sua inserção no mercado de trabalho, onde, muitas vezes, a despeito da competitividade e do ambiente hostil que o capitalismo selvagem imprime, consegue conquistar o reconhecimento do outro.

O trabalho ocupa um papel importante na vida das pessoas e faz ponte com a intencionalidade humana e a necessidade de atender às suas próprias demandas, transformando e adaptando-se à natureza. Funciona como fonte de realização e construção com possibilidade de ganhos materiais e de prestar relevantes serviços à sociedade, bem como de sofrimento, maldição e escravidão, podendo adoecer e levar à morte.

O cuidador, às vezes se põe vulnerável emocionalmente pela falta de suporte afetivo e social gerando sofrimento, crises de identidade, dúvidas profissionais, solidão, sensação de esvaziamento existencial e não raro, depressões que se revelam de forma mascarada, escamoteando a angústia que é reduzida ao cuidar da dor do outro, muitas vezes trabalhando de uma forma inadequada, narcísica, onipotente e autoritária.

Pulsão

O sentido de pulsão (*Trieb*) aponta para uma incompletude do ser humano, diferente de outros animais, aonde o instinto vem pronto com objetivo e objeto pré determinados. De acordo com Veschi (1999), em relação à pulsão, o objeto que vai se configurar como alvo e as condições de seu manejo e alcance, que se apresentam como o objetivo, são constituídos historicamente e permanecem na dependência das interações do sujeito. A pulsão deixa o circuito da ação aberto para sempre.

As relações com o mundo acontecem através dos múltiplos encontros e desencontros, oscilando entre amor e ódio, vida e morte. A realidade externa cobra do aparelho psíquico, reconhecimento. As manifestações psíquicas revelam-se abertas às

influências ambientais, onde se inscrevem, deixando o sujeito vulnerável às angústias próprias da modernidade, ainda que lute para adaptar-se e evitar sintomas desestruturantes. Em um processo infinito de possibilidade, o sujeito que será sempre inacabado, se constrói dia a dia.

O que caracteriza a subjetividade do sujeito é o seu próprio desamparo estrutural diante da presença da pulsão de morte no psiquismo humano e o reconhecimento que ela é um obstáculo intransponível. O desamparo funda o mal estar na modernidade e cabe ao sujeito, colocado entre a vida e a morte, tecer circuitos pulsionais e construir “possibilidades de sublimação e de criação, pela construção de uma forma singular de existência e de um estilo próprio para habitar seu ser” (BIRMAN, 2001,p.45).

A saída possível para o desamparo do sujeito, segundo a teoria freudiana seria, numa primeira leitura, através do domínio das pulsões sexuais, que Freud chamou de sublimação, e que deixaria o sujeito eroticamente empobrecido. Numa evolução das idéias freudianas, haveria o reconhecimento da irreduzibilidade do desamparo humano, ou seja, não existe oposição entre sexualidade e sublimação. A sublimação seria a transformação da pulsão de morte em pulsão sexual, possibilitando erotismo e trabalho de criação simultaneamente, constituindo destinos eróticos e sublimatórios para a pulsão, administrando o desamparo (BIRMAN, 2001).

No texto de Freud (1974), *As pulsões e suas vicissitudes* (original de 1915), ele diz que embora o fim último de toda pulsão seja imutável (a supressão da excitação e a satisfação da pulsão), pode haver diversos caminhos que levam ao alvo. Ou seja, a sublimação só é possível graças a essa grande maleabilidade da pulsão, que permite que qualquer coisa possa servir de objeto e que o alvo possa ser alcançado por inúmeros caminhos.

O ser humano vive um dilema promovido pelo circuito pulsional. Boa parte das pulsões é recalçada, e quanto maior este recalque mais pobre a vida deste sujeito. Por outro lado se fosse possível deixar as pulsões fluírem livre e ininterruptamente seria impossível a convivência humana e ou realizações culturais. A sublimação não é privilégio de poucos, mas, uma condição pulsional humana, oferecida como possibilidade criadora e que implica tanto em recalques quanto em inibições e sintomas. A sublimação é a grande saída para que este sujeito possa se inserir na cultura de uma forma particular e simultaneamente se lance ao coletivo.

A sublimação é aquilo que permite ao sujeito fazer laço, através da sua

produção. Silva (2000, p.207-208) diz que a produção do sujeito “lhe transcende: não é ele, é outra coisa; não é para ele, mas sim para o mundo; não finda com a sua existência, está além de sua finitude”. Esta característica da obra humana atinge seu ápice na produção artística. Citando Arendt (1997, p. 181):

... é como se a estabilidade humana transparecesse na permanência da arte, de sorte que certo pressentimento de imortalidade – não a imortalidade da alma ou da vida, mas de algo imortal feito por suas mãos imortais – adquire presença tangível para fulgurar e ser visto, soar e ser escutado, escrever e ser lido (SILVA, 2000 p.208).

Freud (1972, original de 1905) diz que os historiadores acreditam que o processo de sublimação, definido por ele como o desvio das forças pulsionais de seus fins sexuais para novos fins, é uma poderosa aquisição para o trabalho da civilização. A sublimação se dá no campo social, em especial no trabalho.

Enquanto para Freud, a sublimação é fruto da pulsão articulada com a exigência civilizatória internalizada, para Lacan, trata-se da introdução do significante e do campo simbólico, daquilo que cria o vazio e possibilita a criação.

O esforço humano, quando processo de sublimação, é capaz de criar o ato, cujo produto se põe a um terceiro, para que deste circuito de produção seja possível que algo lhe retorne, abrindo possibilidades para que o sujeito se sustente.

Quando Freud menciona as atividades criativas ou produtoras de cultura [...] talvez ele pensasse numa certa categoria de trabalho no social pelo qual aquele que o realiza, ao menos enquanto o realiza, não tenha na busca pelo sustento a única razão para a sua atividade, quer dela lhe advenha ou não remuneração (RUFFINO, 2000, p.196).

Trabalho, portanto, é uma atividade, vinculada ou não a um pagamento, através da qual o sujeito responde a um apelo da coletividade e muitas vezes extrai o seu sustento e inscreve sua marca no mundo, podendo conquistar, quando realizada com paixão, o reconhecimento do outro.

Em Freud, o conceito de trabalho tanto significa atividades realizadas pelo homem, como aquelas que promovem mudanças no homem.

Diante dos impedimentos que o sujeito se depara, a vida lhe cobra que ele dê conta do seu desamparo, do contrário não haverá a possibilidade de trabalho como oferta

na coletividade. Deverá existir um “esforço do indivíduo para superar, no universal, o particular de sua situação carente” (GIANNOTTI apud RUFFINO, 2000, p.199-200).

Mesmo com uma capacidade inesgotável de simbolizar e de sublimar, a energia do circuito pulsional nunca é totalmente inscrita no universo das representações, ficando um resto, que sob a forma de compulsão a repetição requer mais trabalho psíquico. O desamparo está sempre ameaçando sob forma de angústia.

Para o desamparo não há cura. Cabe ao sujeito criar para si um destino afim com sua singularidade, através da sublimação. Através da sublimação, a força pulsional busca novas ligações e novos objetos de investimento.

É o mecanismo da sublimação, o recurso usado pelo sujeito para combater os efeitos do impedimento. Este confronto com o desamparo, só é possível a partir do desejo do sujeito em empreender sua energia em uma escolha por uma construção/criação que leve ao êxito da sublimação. “Ninguém faz ato ou empreende uma construção por fazer, há aí sempre um risco. Ninguém acede do impedimento ao trabalho recusando-se a esse risco” (RUFFINO, 2000, p. 200).

Trabalho e *stress*

A vida cotidiana se organiza mediatizada pelas instituições: família, escola, trabalho e as dicotomias entre o social e o individual que perpassam este cotidiano, promovem um grande mal-estar. Saldanha; Ferreira (1998, p.303) dizem, recorrendo a Figueiredo (1991), que na passagem do sistema social de trocas para o sistema de mercado, a produção deixa de ser uma resposta às necessidades individuais em nome de uma produção comercial, e em contrapartida, “... os interesses particulares passam a ser mais importantes do que os interesses da sociedade e as experiências da subjetividade vão se tornando cada vez mais determinantes da consciência que os homens têm da própria existência”.

O homem dos dias atuais, na busca da sobrevivência, lutando contra a desagradável sensação de desamparo e esvaziamento gerada pela dificuldade de encontrar sentido para a sua própria existência, checado na sua autonomia e no seu desempenho, se confronta constantemente com a sua angústia.

No texto de 1926, *Inibição, Sintoma e Angústia*, Freud (1976) distingue a angústia como uma reação direta diante de um trauma, da angústia-sinal, aquela que ocorre

como aviso diante da iminência do perigo. O excesso de estímulos é vivido pelo sujeito como algo avassalador. No adulto, este desamparo surge frente ao que é excessivo, de uma forma semelhante àquela vivida pelo bebê, que é incapaz, sem a ajuda de quem faz maternagem, de afastar os estímulos, promover a descarga e a satisfação da necessidade, sucumbindo à angústia.

Até bem pouco tempo atrás, o modelo de sociedade dividido em classes era “definido pelo lugar social de nascença e o que interessava era o ser” (SUDBRAC, 2000, p.71). Hoje, a mais valia é o ter e a tônica é o individualismo, onde o sujeito se representa nos objetos, perdendo a sua referência de sujeito.

Todo processo produtivo, que articula o progresso da ciência e tecnologia com a circulação rápida da informação, favorece um capitalismo que faz promessas de felicidade ao tempo que prescinde ao máximo da mão de obra humana, gerando desconforto e mal-estar na sociedade. Cria-se um paradoxo: de um lado o efeito do fetiche dos bens de consumo, do outro, a desqualificação do trabalho e o crescente desemprego. Resultado: sofrimento psíquico.

O mercado de trabalho cobra dos trabalhadores iniciativa, criatividade, empreendedorismo, liderança, uma boa *networking*³, capacidade de discernimento e julgamento, flexibilidade, capacidade elástica de adaptação, disponibilidade em tempo integral para a função, que não sejam individualistas e saibam trabalhar em equipe. Portanto, o mercado exige uma atuação sem falhas, sem fronteiras com a vida privada, com o máximo de certezas e intolerância absoluta com o que é próprio ao ser humano e com a presença maciça de elementos produtores de angústia que se manifesta sob a forma de síndrome de pânico, depressão, *stress*, ou outra coisa qualquer (CABISTANI 2000).

O mundo cobra a excelência máxima do trabalho humano. O mercado requer um trabalho sem falhas, perfeito e completo e portanto além dos limites humanos. Trabalho perfeito é de outra natureza, não é humano.

Sem saída para o sujeito, o trabalho passa a ser tributário do *stress*.

O mercado de trabalho é determinado pela necessidade de subsistência, o livre arbítrio, a lógica do capital e o laço social.

Percebe-se um rompimento dos laços sociais organizados pelo trabalho, como consequência da dispersão social deste, com o aumento do trabalho autônomo, a

³ *Networking* é uma expressão usada no marketing para designar uma rede de relacionamentos interpessoais desenvolvida e alimentada por contatos constantes.

terceirização da mão de obra, a oferta de serviços domiciliares, a globalização dos sistemas de produção, a ausência de critérios e planos de cargos e salários. O que Cabistani (2000) questiona, é como esses laços passarão a se organizar com esta desestruturação da atualidade.

Birman (2001) afirma que o mundo e o desejo das pessoas buscam a harmonia possível entre as demandas das pulsões e a sua satisfação para afastar o mal-estar produzido pelo desamparo e por conseguinte, como saída para criação de novos laços.

Deve-se questionar qual o lugar que o desejo ocupa no trabalho contemporâneo. Existe espaço para desejo? O sujeito tem autonomia para fazer valer o seu desejo?

Se o desejo aparece, ele entra em conflito com o trabalho. O que o mercado faz é calar o desejo e reprimi-lo. A resposta, às vezes, torna-se dramática, com riscos de sofrimento físico e mental. O sujeito torna-se incapaz de continuar indeterminadamente em um processo de repressão do desejo.

O sujeito ao realizar um trabalho, qualquer que seja a natureza, ainda que repetitivo, busca via seu desejo, registrar a sua marca, revelando a sua singularidade. Quando o mercado com suas exigências de produção, imprime um ritmo e uma forma que impedem a assinatura do sujeito em uma produção, algo falha, “introduz-se na repetição uma hiância⁴ algo faz buraco e é preciso parar de alguma forma a ‘máquina’ de repetir.” (CABISTANI, 2000, p.259).

As formas de cura, adverte Cabistani (2000 p. 259), são um engodo: descansar, não se preocupar muito, viajar, diminuir o ritmo, trabalhar menos, não resolvem. Afinal foi o desejo que resolveu aparecer e atrapalhar. A angústia é a forma de insistir e de falar sobre a ameaça “de ver se apagar um único traço que faça valer a singularidade do sujeito contemporâneo”.

Diante da ameaça de apagamento do próprio sujeito, como resultante do seu desempenho profissional, o *stress* é nada mais do que uma nova forma de expressar o sofrimento humano na contemporaneidade e também uma possibilidade de humanizar o trabalhador, esta supercriatura dotada artificialmente com superpoderes e tão exigido pelo mercado de trabalho.

Freud (1974, original de 1929-1930) em seu texto O Mal-estar da Civilização

⁴ Fenda, lacuna.

diz que a principal fonte de sofrimento dos homens é o fruto da relação com outros homens, ou ainda, o mesmo laço social que constitui a humanidade cria para ela mal-estar.

A sociedade de consumo e a globalização fortalecem o vazio existencial, e, possivelmente, nestes casos, a sublimação é substituída pela idealização. O sujeito auto suficiente é uma utopia perseguida, pois ninguém se faz sozinho fora de um laço social. O preço é a solidão e a angústia, e apesar das prováveis conquistas narcísicas e materiais, o sentido da vida se esvai.

Diante do vazio interior, vislumbrando com pessimismo seu futuro, o homem contemporâneo sofre mais com a redução do seu desempenho profissional ou sexual, do que pelas emoções e afetos circulando de forma livre, gerando angústia, e não raro, fazendo com que este sujeito jogue no corpo as suas emoções.

Apesar de posicionar-se sempre no primeiro plano, o ser humano busca aprovação nos grupos sociais, para seus atos, legitimando suas escolhas, inclusive de ordem profissional.

Kupsinsku apud Saldanha; Ferreira (1998 p. 314) diz que as pessoas, com relação ao significado do trabalho e as escolhas profissionais, têm medo de tomar decisões, pois não sabem se vai ser esta a decisão correta e temem ficar prisioneiros daquela escolha o resto da vida. Kupsinsku continua dizendo que se percebe muitas idealizações acerca das profissões que não condizem com a realidade e exemplifica “o sujeito pode chegar querendo ser médico somente pelo status, mas realmente não pensou naquela escolha como um projeto de vida”. A autora acredita que a escolha de uma profissão está vinculada a sua história de vida, não sendo um momento isolado de construção do sujeito. E mais, o social, família, amigos, colegas, exercem grande influência nas decisões do sujeito.

A missão da psicanálise é estimular a produção do conhecimento sobre a subjetividade e favorecer, ainda que jamais sem garantias, escolhas possíveis, inclusive profissionais.

A psicanálise a cada dia se confronta com novos desafios e se vê impelida diante das demandas contemporâneas, a se adaptar e acolher o crescente sofrimento e sintomas humanos, nas suas mais variadas formas.

No mundo do trabalho, não existem garantias. O trabalhador, independente do posto ou cargo que ocupe, convive com as incertezas. O grande organizador hoje das relações de trabalho é a produção e a capacidade produtiva de cada trabalhador, onde o ideal é produzir cada vez mais, em menos tempo, com o mínimo de energia e mão de obra,

e com o mínimo ou nenhuma falha. A dimensão da castração é ignorada. Os limites do humano são tamponados: o trabalhador não erra, não falha, não adocece, não sofre, não se afasta do trabalho, não precisa descansar. Que máquina extraordinária e poderosa é essa? É um pássaro? É um avião? Não. É o super-homem-trabalhador (PIMENTEL; VIEIRA, 2003).

O tempo é outra variável totalmente controlada pelas demandas do trabalho e não tem limites definidos. O tempo do trabalho é definido pela produção que invade o tempo livre.

Os profissionais liberais são uma categoria prisioneira dos ponteiros do relógio capazes de escravizá-los em nome da produção, uma vez que são avaliados/reconhecidos/remunerados pelo número e rapidez dos serviços prestados e a falsa ilusão da garantia de seu lugar no mercado de trabalho. O trabalhador deve responder pelas suas escolhas e pela ruptura dos limites do tempo.

As transformações das relações de trabalho, evoluíram historicamente em um sistema laboral com as mais variadas formas de produção, até a esta forma selvagem capitalista de busca desenfreada pelo lucro e ganho fácil, promovendo conseqüências significativas para a saúde mental e qualidade de vida dos trabalhadores.

O sujeito só abre mão do seu desejo quando diante da morte. A morte o joga ao desamparo. Não é o amor pelo próximo que faz o sujeito renunciar de seu desejo. O temor da morte faz os homens se unirem em nome do projeto social e da comunidade, ou seja, o homem é obrigado a amar para não ser destruído, a não matar, para não morrer. Ao substituir, a cada momento, ainda que parcial e rapidamente, o desamparo pela criação, o homem dá sentido à sua história.

A psicanálise tem sido nos últimos cem anos, uma grande interlocutora com outros saberes, sempre disposta a levar a bom termo, discussões éticas das metamorfoses que a nossa subjetividade sofre no mundo contemporâneo, subjetividade esta, marcada pela morte, pelos amores e paixões, pela sexualidade, pela loucura, pelo inconsciente e as relações com o outro (ROUDINESCO, 2000).

Por essa razão a psicanálise será usada como referencial teórico neste trabalho de pesquisa. Por outro lado, é a psicanálise que sabe melhor acolher a angústia do homem, alterando sua relação com o mundo, o que significa trazer à superfície os desejos e os conflitos. Portanto é ela, essa centenária senhora, a psicanálise, que melhor poderá ajudar a identificar o sofrimento psíquico destes profissionais da área de saúde.

5. PROCEDIMENTOS GERAIS E METODOLOGIA

O estado de Sergipe, assim como o próprio Brasil, apesar das amplas mudanças ocorridas nas últimas três décadas, em particular com a ampliação do universo acadêmico, não têm pesquisas sobre a saúde e bem estar dos profissionais da área de saúde em geral, embora haja pesquisas por categorias isoladas.

Com base nos objetivos traçados, esta pesquisa descritiva exploratória de abordagem qualitativa, foi feita em três etapas: levantamento dos dados já publicados sobre o tema proposto em relação a categorias profissionais isoladas, de dados quantitativos com os profissionais de saúde, incluindo principalmente variáveis subjetivas (TURATO, 2003) e de dados qualitativos com os líderes de órgãos de classe e coordenadores de cursos de graduação.

5.1 LEVANTAMENTO DE DADOS COM OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Ainda que não se possa ignorar que a dimensão mais profunda de certos dados, muitas vezes só emergem a partir de abordagens qualitativas, Alves-Mazzotti; Gewandsznajder (2001) afirmam que somente quando se mede aquilo de que se fala, sabe-se algo a seu respeito, ou, deve-se admitir que o conhecimento que se dizia ter, era insatisfatório e escasso: as observações quantitativas forjam conceitos com maior precisão e com informações mais confiáveis sobre os fenômenos.

Para avaliar a saúde mental de profissionais da área de saúde, a distribuição e a compreensão de seus agravos em uma pesquisa epidemiológica, estabelecendo correlações entre as condições estressoras de trabalho e o sofrimento psíquico destes trabalhadores, deve-se considerar o que foi dito por Almeida Filho em uma conferência proferida na oficina de trabalho sobre Epidemiologia Social em São Paulo, que:

... idade será sempre mais do que o número de anos vividos, sexo mais

que definição genetal, dieta mais que ingestão alimentar, herança mais que genética, exposição mais do que efeitos químicos, lugar mais que geografia e tempo mais que história individual. Trata-se de uma outra maneira de considerar inescapável o caráter social da ciência epidemiológica (ALMEIDA FILHO, 1988, apud PITTA, 1999, p.113).

Perfil epidemiológico, segundo Sampaio; Messias (2002 p. 152), é um “conjunto de características demográfico-sanitárias dominantes, que descrevem os elementos específicos do processo saúde/doença de um grupo humano qualificado em seu perfil de produção”.

Independente da escola, da matriz teórica, do objetivo específico e do objeto, a epidemiologia possibilita um arsenal diversificado de modelos operacionais de investigação, entre os quais os estudos transversais (SAMPAIO; MESSIAS, 2002).

Algumas vantagens destes estudos são a simplicidade, baixo custo, rapidez e objetividade na coleta de dados, não havendo necessidade de seguimento das pessoas, e ainda a facilidade de se obter amostra representativa na população, sendo esta modalidade de estudo uma boa opção para descrever características dos eventos na população, sendo ainda o único tipo de estudo epidemiológico possível de realizar em numerosas ocasiões, para obter informação relevante, em limitação de tempo e de recursos (PEREIRA, 1999).

Assim, o mais indicado para esta etapa da pesquisa foi o método epidemiológico transversal descritivo, com a utilização de técnicas quantitativas, a partir de variáveis, principalmente subjetivas, pré-estabelecidas.

Quanto ao instrumento de coleta de dados, não se encontrou, na literatura, nenhum que atendesse satisfatoriamente às expectativas em relação aos objetivos, uma vez que este estudo é declaradamente psico-social e portanto, multidisciplinar, com notável influência sociológica e não, necessariamente, apenas psiquiátrico.

Trata-se de uma “outra maneira de considerar inescapável o caráter social da ciência epidemiológica” (ALMEIDA FILHO; ROUQUAYROL, 1992, p.113).

Tendo em vista estes aspectos, foi criado um instrumento capaz de levantar dados sobre a saúde mental destes profissionais de saúde, bem como sobre cuidados à manutenção de sua saúde física, possibilitando, depois de adequada interpretação, entender/identificar alguns pressupostos e/ou questões norteadoras que apontem para o desconforto e o mal estar destes profissionais no atual cenário, o competitivo mercado de trabalho.

Pitta (1999, p. 104) diz que

... o difícil é a travessia que nos leve da identificação de um fenômeno que por qualquer razão nos interesse, nos impressione, a uma discussão aceita por uma comunidade a quem caberá examinar e julgar a consistência de teorias e instrumentos na construção de paradigmas que, talvez, jamais se constitua enquanto tal.

Mais adiante Pitta complementa dizendo (p. 105) que

... os caminhos metodológicos de qualquer disciplina das diversas ciências nos levam sempre a buscar encontrar uma lógica, um modo de desenvolver um pensamento, para a seguir, identificar estratégias compatíveis ao desenvolvimento deste pensar e, como consequência imediata, a eleição de uma ou mais técnicas entre as inúmeras disponíveis para servir de instrumentos para conhecer o desconhecido proposto.

5.1.1 Etapas de construção e validação do instrumento: Saúde Mental dos Profissionais de Saúde – SMPS.

Considerando as variáveis a serem estudadas e que a maioria dos transtornos psíquicos não tem, ainda, determinadas as suas causas específicas, consultou-se vários instrumentos entre os já consagrados na literatura (NUNES FILHO; BUENO; NARDI, 2001; KAPLAN; SADOCK; GREBB, 1999; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1993; TABORDA; PRADO-LIMA; BUSNELLO, 1996; LOUZÃ NETO ET AL., 1995; MIRANDA-SÁ, 1993; LOPES, 1980; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1998), não encontrando nenhum que por si só atendesse satisfatoriamente às necessidades e abrangência deste estudo, optando-se pela construção de um específico, a partir dos consultados e da experiência clínica em saúde mental.

Assim, foi elaborado um instrumento que fosse simples, prático, auto-aplicável, de fácil e rápido preenchimento, contribuindo para a criação de um novo modelo de instrumento de pesquisa, capaz de apontar características que levem a conhecer estes profissionais da área de saúde, de acordo com as variáveis sócio-econômicas e as condições pertinentes ao seu trabalho e rotinas ocupacionais; conhecer padrão de uso de álcool e outras drogas e ainda reconhecer as condições de trabalho, o estilo de vida, e as formas de adoecimento e sofrimento psíquico.

a) Processo de criação

Sendo o questionário um instrumento rico para a coleta de dados e capaz de reunir todas as informações desejadas para o esclarecimento de hipóteses ou pressupostos (GIL, 1991; MARCONI; LAKATOS, 2001; OLIVEIRA, 1999), optou-se, pela construção do SMPS, totalmente auto explicativo, que pudesse ser usado como instrumento para a apreensão do ritmo e estilo de vida e sofrimento psíquico, ao tempo que garantisse também o anonimato dos sujeitos da pesquisa (APÊNDICE A).

Este tem por base questionários de anamnese sobre saúde mental e uma revisão da literatura sobre saúde mental, *stress* e *burnout*. É formado por 69 questões fechadas, e elaborado a partir dos conceitos gerais de saúde mental e adaptado de exames psicopatológicos, onde 9 questões são referentes a identificação de características sócio-econômicas, 15 questões sobre investimento profissional e condições de trabalho, 17 questões sobre sexualidade, vida familiar e social, 9 sobre o uso abusivo de álcool e outras drogas, 6 sobre o estado geral de saúde e 13 sobre sofrimento psíquico.

A proposição do instrumento SMPS, não é de diagnóstico, pois para tal, seria necessário muito mais que um simples questionário, mas uma anamnese formal com uma escuta detalhada da história do paciente, suas queixas e sua história familiar, associado a um exame do paciente (NUNES FILHO; BUENO; NARDI, 2001). O objetivo aqui é apenas a construção de um perfil destes profissionais, daí não ser relevante a criação de escalas ou outros recursos similares.

b) Avaliação por peritos

Inicialmente o referido questionário foi apreciado por peritos, todos pesquisadores ligados a programas de pós-graduação, incluído no grupo um professor de estatística, que o avaliaram sob o ponto de vista de pertinência, adequação do conteúdo, clareza e compreensão dos itens e ainda, sobre a capacidade de atender aos objetivos propostos na pesquisa.

As análises destes peritos apontaram para a necessidade de instruções que tornassem o instrumento auto-explicativo, uma reorganização do *layout*, acrescentar outras opções de respostas e colocação de quadriculas para facilitar a marcação. Todos o

consideraram eficaz, objetivo, claro, adequado e capaz de alcançar os objetivos aos quais se propunha.

5.1.2 Questões da ética em pesquisa

Porquanto as diretrizes e normas que regulamentam as pesquisas envolvendo seres humanos, e de acordo com a Resolução número 196, de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde, foi elaborado um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), a ser assinado pelos sujeitos, declarando conhecer os objetivos do projeto de pesquisa sobre o tema Saúde Mental dos Profissionais da Área de Saúde e autorizando o uso das informações, ao tempo que lhes fora assegurado o direito ao anonimato na pesquisa, bem como seu direito de retirar este consentimento, no todo ou em parte, em qualquer fase do processo. O referido instrumento foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade Federal de Sergipe em reunião realizada em 06/03/03 (ANEXO).

5.1.3 Teste e contribuição dos respondentes

Para efeito de teste, o SMPS, foi aplicado a 60 profissionais, abrangendo as categorias de médicos, psicanalistas, enfermeiros, odontólogos e fonoaudiólogos, buscando verificar compreensão, objetividade, clareza, completude e consistência de respostas em relação às proposições teóricas. Após a análise dos questionários deste grupo, considerado como piloto, concluiu-se da necessidade de reorganizar as questões, agrupando-as por categorias temáticas, com o objetivo de facilitar a análise dos dados propriamente ditos.

5.1.4 Resultados iniciais

A análise dos dados deste grupo foi realizada com êxito, e após esta testagem o SMPS foi utilizado em pesquisa para construção de monografia de graduação de alunos de enfermagem que versou sobre a Saúde Mental dos Enfermeiros em Sergipe (FERREIRA; CORREIA, 2003).

Assim, o questionário SMPS mostrou atender amplamente aos objetivos para

os quais foi constituído sendo em seguida aplicado aos profissionais de diversas categorias, para a construção desta dissertação.

Diante da natureza desta pesquisa pode-se aceitar como validado o instrumento proposto, com respaldo na afirmação de Dejours (1992, p. 156) de que esta é feita “durante a própria pesquisa, ou seja, as elaborações, interpretações, hipóteses, temas e comentários são feitos à medida que a discussão se desenrola, sendo então rejeitados ou retomados, eventualmente até aprofundados, com novo material de análise”.

5.1.5 Cálculo do tamanho da amostra e operacionalização da pesquisa

Considerou-se um universo com uma população aproximada de 4.000 profissionais da área de saúde no estado de Sergipe, que correspondem a cerca de 1.800 médicos, 250 psicólogos, 700 enfermeiros, 1.100 dentistas, 30 fonoaudiólogos, 120 fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais.

Esta população é considerada de amplitude finita e dela foi retirada uma amostra acidental (RUDIO, 1999), que segundo a classificação de Gil (1999) ou de LoBiondo-Wood; Haber (2001) é uma amostragem não probabilística por acessibilidade ou por conveniência, na qual o pesquisador seleciona os elementos a que tem acesso, admitindo que estes possam, de alguma forma representar o universo, em estudos exploratórios ou qualitativos. Teve-se, entretanto o cuidado de incluir representantes de todas as categorias profissionais.

Para a composição da amostra a ser pesquisada indistintamente dentro deste universo de 4.000 profissionais, considerou-se um nível de confiança de 95,5% correspondente a 02 desvios padrão, e uma hipótese de 10% de manifestação do fenômeno, com erro máximo permitido de 3%, segundo proposição de Gil (1999), obtendo-se, assim, uma amostra ideal de 364 sujeitos.

Considerou-se como critérios de inclusão: ser profissional de saúde, concordar livremente em participar da pesquisa, assinando o TCLE. Os respondentes foram buscados em locais de trabalho de maior concentração de profissionais, e/ou em eventos científicos das diversas categorias. Tendo em vista que o tempo de resposta ao questionário, apurado na fase de testagem deste, foi de 05 a 07 minutos, considerou-se que o ambiente e as condições do momento de resposta não interfeririam no mesmo, desde que o respondente manifestasse disponibilidade para preenchê-lo, sendo os mesmos devolvidos

de imediato.

Mesmo considerando que a amostra seria de 364, foi aplicado o questionário a 670 profissionais. O período de coleta dos dados foi de abril a novembro de 2003. Os resultados foram organizados em um banco de dados, construído especificamente para este fim, utilizando-se o programa da Microsoft® Access 2002, que permitiu, também a sua tabulação e os cruzamentos necessários entre eles. O passo seguinte da análise foi feito utilizando-se o programa Microsoft® Excel 2002 para a construção de tabelas e gráficos.

Não se fez necessário o uso de testes estatísticos inferenciais, vez que as variáveis analisadas são do tipo qualitativo, de medição nominal, e cuja significância de sua ocorrência dá-se apenas pelo fato de estarem presentes ou ausentes, independente de qualquer expectativa e/ou dos escores apurados (LOBIONDO-WOOD; HABER, 2001).

5.2 LEVANTAMENTO DE DADOS COM OS LÍDERES DE CLASSE E COORDENADORES DE CURSO DE GRADUAÇÃO

O objetivo desta etapa da pesquisa, foi colher depoimentos dos líderes de classes e coordenadores dos cursos de graduação de profissionais da área de saúde sobre o cotidiano destes profissionais, condições de trabalho, principais problemas que predisõem às alterações da sua saúde mental, necessidades e aspectos da formação para o enfrentamento dos problemas e o atendimento de sua própria saúde; conhecer a atuação destes com relação a estas questões pelo fato de entender-se que estes líderes devem atentar para as mesmas nas suas respectivas categorias e promover uma maior consciência acerca de seus mecanismos profiláticos desde o processo de formação destes profissionais.

A abrangência da pesquisa foi de 100% da população, sendo esta composta de 05 presidentes de conselhos regionais, 05 presidentes de associações de classe, 03 presidentes de sindicatos profissionais e 09 coordenadores de cursos de graduação, abrangendo as categorias profissionais de enfermagem, medicina, odontologia, fonoaudiologia, psicologia, fisioterapia e nutrição.

Utilizou-se uma entrevista semi-estruturada cujo instrumento continha 41 questões abertas (GOODE; HATT, 1979) adaptadas à função de cada entrevistado (APÊNDICE B).

Segundo Nogueira-Martins 2001, a entrevista permite o acesso a dados de difícil obtenção por meio de observações diretas, tais como sentimentos, intenções,

pensamentos, permitindo ainda, correções, adaptações e esclarecimentos que se tornam eficazes na obtenção das informações desejadas.

As entrevistas foram previamente agendadas, segundo disponibilidade dos sujeitos, sendo-lhes explicado os objetivos da pesquisa, lembrando sua liberdade de recusa, seus direitos à privacidade, tendo, os mesmos, assinado o termo de consentimento livre e esclarecido – TCLE. As entrevistas foram gravadas com a permissão dos entrevistados, e a seguir transcritas e analisadas.

Paralelamente a esta fase foram realizadas duas pesquisas complementares à presente dissertação com a co-orientação da autora desta pesquisa (SANTOS, 2004; CARVALHO, 2004).

Para analisar os dados nesta etapa foi utilizada a técnica de análise de conteúdo na modalidade categorial (BARDIN, 1977).

Seguindo os passos preconizados desta técnica, inicialmente foi feita a pré análise constando de escuta das gravações, tendo presente as anotações de campo que informam sobre o transcurso destas, o processo, possíveis intercorrências, disponibilidade dos entrevistados e outros aspectos conjunturais; transcrição e limpeza de erros lingüísticos sem descaracterizar o estilo dos sujeitos; leitura flutuante para entender a caracterização geral de cada fala e seu direcionamento; e constituição do corpus de análise pelo critério de representatividade profissional, chegando-se à exaustividade, vez que todos os elementos da população foram incluídos.

Na análise propriamente dita fez-se a leitura dirigida de cada entrevista e a identificação das unidades de registro que se constituíram em pré-categorias de análise; o agrupamento destas pré categorias em categorias maiores, priorizando-se as categorias analíticas ou empíricas (aquelas previamente eleitas em vista dos objetivos), seguidas das categorias operacionais (aquelas não previstas mas identificadas no decorrer do processo); e a aproximação por semelhança entre as categorias. A seguir as categorias foram agrupadas em uma grelha que privilegiou as profissões dos entrevistados, para possibilitar o entendimento do todo e dos problemas específicos de cada grupo profissional. Nesta etapa foi feita a leitura horizontal dos conteúdos, por categorias de análise e por profissão dos entrevistados resultando no material utilizado para a discussão e alcance do objetivo.

6 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Consolo de um progresso desesperado. É como se tudo se tornasse caótico, o antigo se perdesse, o novo nada valesse e ficasse cada vez mais frágil.

Friedrich Nietzsche

6.1 SAÚDE MENTAL DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

6.1.1 Dados gerais de identificação

Ninguém é igual a ninguém. Todo ser humano é um estranho ímpar.

Drummond

6.1.1.1 Gênero

Aplicou-se o questionário em 670 profissionais de saúde entre os cerca de 4000 que trabalham em Sergipe, de forma indiscriminada e aleatória. Os resultados apontaram para uma predominância das mulheres (69%) exercendo profissão ligada à saúde.

Tradicionalmente há um elevado número de profissionais de saúde do sexo feminino em todo o mundo, entretanto essa inserção no mercado de trabalho não trouxe mudanças com relação às responsabilidades das mulheres na esfera doméstica com relação à família (TRUCCO; VALENZUELA; TRUCCO, 1999).

As mulheres têm ocupado ao longo dos últimos anos a dianteira em algumas áreas e conquistado muitos espaços. A sua questão neste ranking deve ser sobre o seu lugar no contrato social, tido como da ordem do sacrifício. As mulheres não querem mais ser excluídas, desejam transformações e ao mesmo tempo desejam manter-se nas funções que tradicionalmente sempre lhe foram atribuídas, de manter, cuidar, acomodar, fazer durar esse contrato sócio-simbólico como mães, esposas, enfermeiras, médicas, professoras (KRISTEVA, 2002).

As mulheres historicamente sempre estiveram presas às atividades domésticas que incluía “o cuidar dos doentes, preparar os mortos e assistir às mulheres na hora do parto” e a enfermagem é reconhecidamente uma profissão com características ligadas à maternidade, paciência e abnegação (FERREIRA-SANTOS apud VIEIRA 2002, p.19-20).

Fernandes et al. (2002) realizaram investigação com o objetivo de estabelecer a relação entre saúde mental e trabalho feminino através de imagens e representações de enfermeiras, categoria majoritariamente feminina, que exerce uma função, o cuidar, que é percebido como extensão do trabalho doméstico, enquanto o diagnóstico e o tratamento são majoritariamente exercidos pelos homens. Concluiu-se que essas enfermeiras absorveram os significados da relação saúde mental e trabalho de enfermagem como trabalho essencialmente feminino, materializando o que era apenas simbólico. Suas representações trazem a marca do individual e do coletivo organizacional e conclui-se que estas enfermeiras são produto, mas, principalmente, também são responsáveis pelas suas escolhas, pelas suas próprias histórias, pelas suas mazelas e sofrimento mental no ambiente de trabalho.

Em pesquisa sobre o perfil dos psicólogos brasileiros, em levantamento solicitado pelo Conselho Federal de Psicologia 91% dos profissionais são do gênero feminino e 60% formaram-se após 1991, ou seja, são mulheres jovens (IBOPE, 2004).

Em estudo realizado pela Associação Paulista de Cirurgiões-Dentistas (APCD) 62% da amostra é constituída por mulheres, o que revela que as mulheres estão sendo mais atraídas para esta profissão (ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE CIRURGIÕES DENTISTAS, 2003).

Sabe-se que a Medicina continua sendo exercida majoritariamente por homens. No Brasil, este índice é de 69,8% de profissionais do sexo masculino segundo pesquisa do Conselho Federal de Medicina (2004) e que possivelmente refletem políticas discriminatórias e não representando a conjuntura atual. Pesquisas já em andamento pelo CFM com estudantes universitários apontam para um equilíbrio entre gêneros e apontam uma tendência de que as mulheres venham a ser o maior contingente de médicos nos próximos anos.

Há, portanto, uma tendência nacional do destaque feminino, em todos os segmentos: as mulheres estão se graduando mais que os homens, chegam no mercado de trabalho com três anos a mais que eles e entre universitários e pós-graduandos, elas

representam 56% deste universo (IBGE 2002), não surpreendendo, portanto, o percentual feminino de 69%, encontrado na atual pesquisa.

6.1.1.2 Faixa etária e estado civil

A maioria dos sujeitos da presente pesquisa, 67,76%, está na faixa etária entre 20 e 40 anos de idade, 24,18% estão entre 41 e 50 anos, 7,61% entre 51 e 60 anos e 0,45% acima dos 60 anos (GRÁFICO 1).

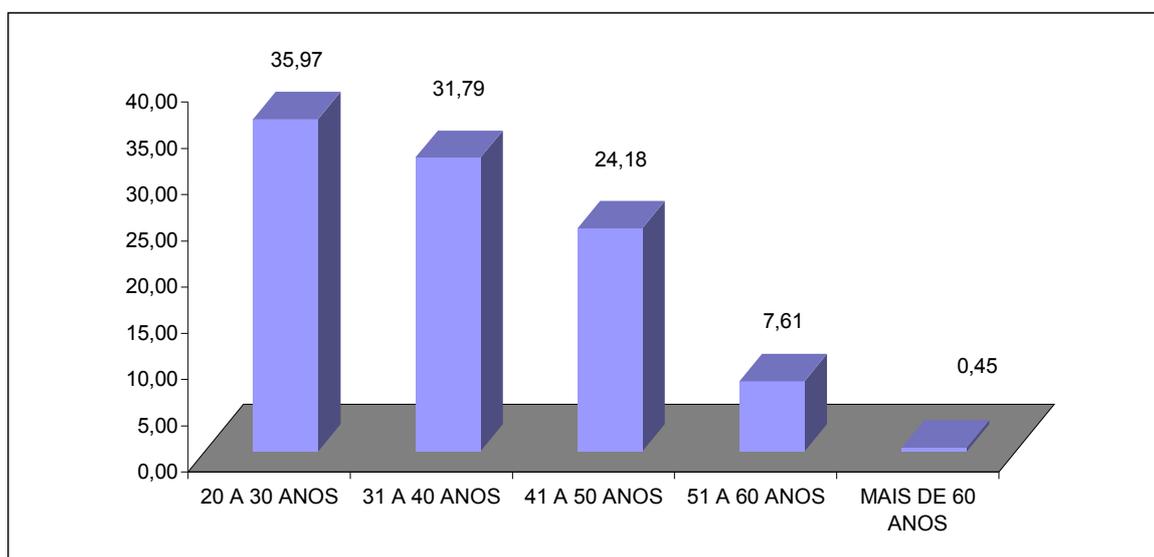


GRÁFICO 1 – Idade dos profissionais de saúde pesquisados

Na pesquisa da Associação Paulista de Cirurgiões Dentistas (2003), entre os dentistas 71% estão entre 25 e 39 anos de idade, sendo que 33% estão entre 35 e 39 anos. Valores, portanto, muito próximos daqueles aqui encontrados.

Quanto ao estado civil, 52% dos respondentes desta pesquisa, são casados, sendo que destes 6% estão na segunda ou terceira união, 39% deles são solteiros e 7% são divorciados (GRÁFICO 2).

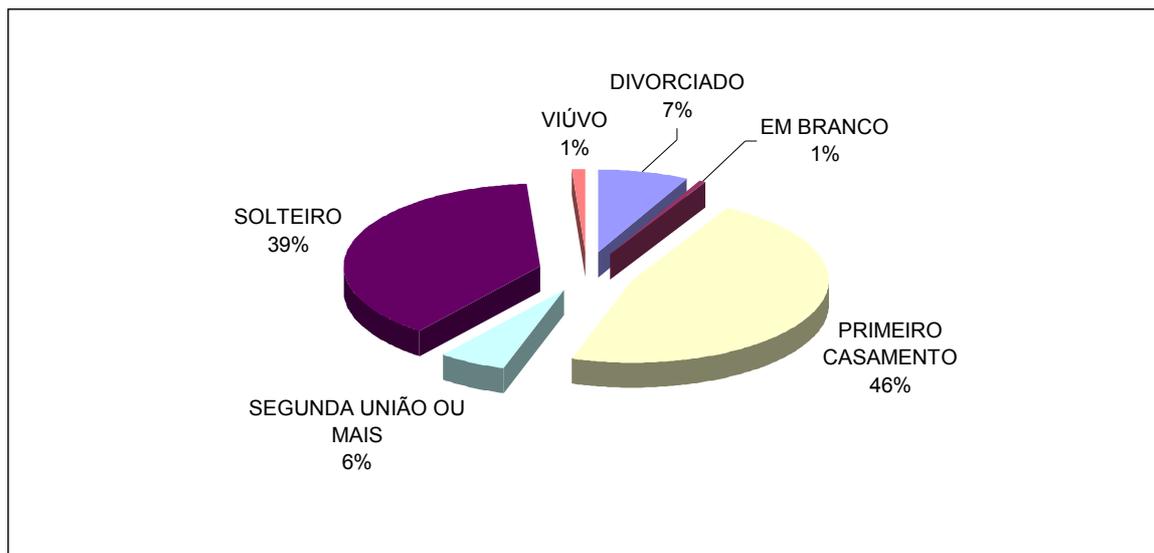


GRÁFICO 2 – Estado civil dos profissionais de saúde

6.1.2 Rendimentos da atividade, mercado de trabalho e associações de classe

Quanto às questões que traduzem o rendimento destes profissionais com a profissão, importante lembrar que a medicina que antes era considerada arte, passou a ser um negócio lucrativo para alguns empresários.

O salário profissional do médico foi fixado através de legislação específica de 1960, que estabelecia três salários mínimos e uma carga horária de vinte horas semanais. Para fugir dos encargos trabalhistas as empresas, desde então, contratam estes profissionais através de cooperativas.

No início da década de 80, houve um grande movimento sindical médico, fazendo campanha para assinatura da carteira de trabalho.

Foi realizada uma pesquisa sobre o mercado de trabalho formal dos médicos, entre 1988 e 1998, em todo o Brasil, pelo CREMESP (Conselho Regional de Medicina do Estado de S. Paulo), em parceria com o Nescon (Núcleo de Estudos de Saúde Coletiva) da UFMG, que revelou uma diminuição de 10% de empregos, neste período, no país (OLIVEIRA, 2002).

Algumas empresas usam o artifício de exigir destes profissionais que constituam micro-empresas para poder terceirizar a sua prestação de serviços, seguindo a atual tendência, que só favorece o empregador, eximindo-o de sua responsabilidade social e tributária e penaliza os profissionais de saúde, fazendo com que eles abdicuem de todos

os seus direitos trabalhistas, arduamente conquistados e garantidos pela Constituição Federal de 1988, como férias, décimo terceiro salário, licença-maternidade, salário família, recolhimento do FGTS e aposentadoria .

Na década de 90, aumentou o número de trabalhadores informais, inclusive médicos. com o retorno das cooperativas de trabalho médico para contratação individual.

A natureza do processo de trabalho médico se alterou radicalmente nos últimos anos. Por intermédio de iniciativas empresariais propriamente ditos, honorários médicos, consultas e cirurgias passam a ser questões tratadas e intermediadas por estruturas burocráticas e cada vez mais eficientes [...] é a apropriação do controle, da gerência e da produção do trabalho médico por agentes estranhos ao seu mundo de trabalho (OLIVEIRA,2002, p.31).

Os sindicatos são instâncias de proteção dos interesses dos trabalhadores, entretanto é preciso que os profissionais de saúde reconheçam a necessidade desta proteção, em especial os médicos, que têm dificuldade de se posicionar enquanto categoria profissional, conseqüência da cultura liberal que ainda vigora nas entidades médicas e subestimam os fatores de risco no trabalho. Na pesquisa do Conselho Federal de Medicina (2004) o estado com maior percentual de sócios à Associação Médica foi Sergipe com 83,2% e o terceiro estado de maior filiação proporcional ao sindicato médico com 63,6%. As razões citadas nesta pesquisa para tornarem-se sócios foram para manter-se informados (54,6%) e por exigência profissional (41%) e para filiar-se aos sindicatos, as razões apresentadas foram a defesa dos interesses sindicais (54,2%) e a proteção do exercício da medicina (45,3%). A leitura de jornais impressos pelo CFM foi citada por mais de 90% entre os médicos de Sergipe e que também declararam (80,1%) conhecer o Código de Ética Médica em vigor. Sergipe, foi o segundo estado que melhor avaliou a Associação Médica Brasileira (AMB) com 41%, o primeiro foi Roraima com 57,8% e entre as filiadas da AMB, a Sociedade Médica de Sergipe (SOMESE) foi a terceira melhor avaliada pelos seus sócios, com 30% de satisfação. Os aspectos acima revelam a percepção dos médicos sobre a sua situação laboral dentro de uma perspectiva sócio-política (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2004).

Considerando os aspectos acima mencionados sobre rendimentos e mercado torna-se mais fácil a compreensão dos resultados da atual pesquisa, a seguir apresentados.

6.1.2.1 Participação no orçamento doméstico, satisfação com honorários e poder aquisitivo

A renda é compreendida como um dos indicadores da distribuição da população em classes sociais e também capaz de influenciar padrões de consumo. Os profissionais de saúde pesquisados em Sergipe, no que tange à sua participação no orçamento doméstico: 25% assumem totalmente a condição de provedor, 50% participam parcialmente e 21% declararam não participar de nenhuma forma com as despesas (GRÁFICO 3). Entre estes últimos, 82.73% dos não provedores, são solteiros.

Comparando os resultados com a literatura, em especial com pesquisas realizadas anteriormente com algumas categorias de profissionais de saúde, destaca-se a situação dos psicólogos. Apenas 32% dos psicólogos do Brasil afirmaram que os seus proventos conseguiam suprir entre 76% a 100% do seu orçamento pessoal; 34% declararam que recebiam entre três e dez salários mínimos, 17% recebiam entre dez e vinte salários mínimos e 16% entre um e três salários mínimos. O surpreendente é que 25% afirmaram não ter renda na condição de psicólogos (IBOPE, 2004).

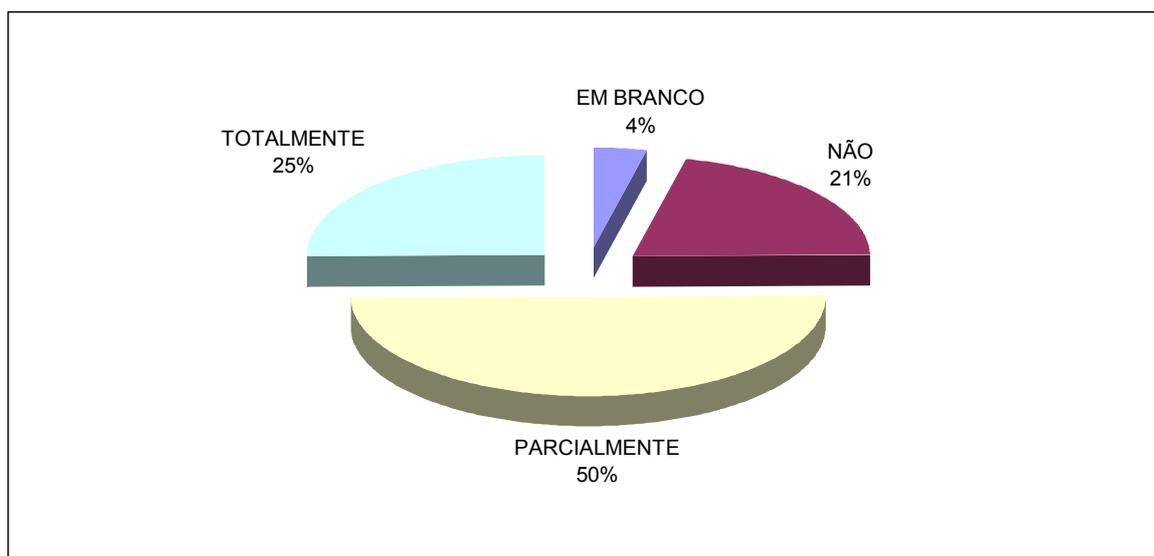


GRÁFICO 3 – Participação no orçamento doméstico

Do total da amostra da presente pesquisa 62% estão satisfeitos com os seus vencimentos sendo que 54% parcialmente e 8% totalmente. Declararam-se totalmente insatisfeitos, 27% (GRÁFICO 4).

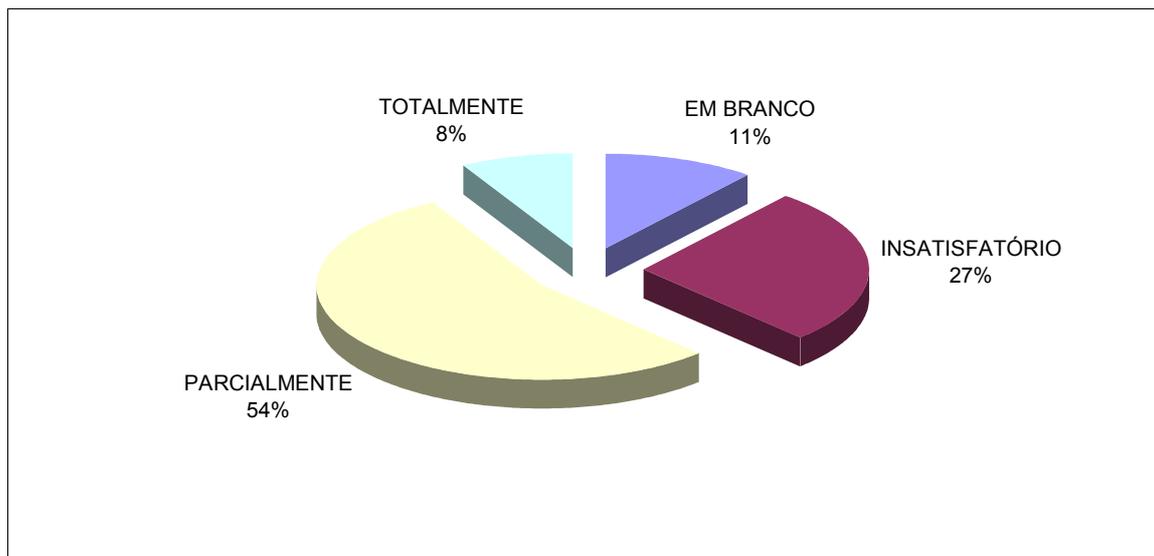


GRÁFICO 4 – Satisfação com honorários.

Entre aqueles que se declararam totalmente realizados, na presente pesquisa, apenas 14,54% se disseram totalmente satisfeitos com honorários e 18,90% deles afirmaram que seus honorários são insatisfatórios, não sendo observado, portanto, uma relação direta entre realização profissional e satisfação com honorários. Por outro lado, entre os que pensam em mudar de profissão, 41,17% estão parcialmente ou totalmente satisfeitos com honorários, confirmando a máxima popular que “dinheiro não traz felicidade”. Estes dados são confirmados pela literatura: em pesquisa de Batista (2003), com enfermeiros, em Sergipe, foi encontrado que 82% da população manifesta-se como insatisfeita com seus honorários diante da carga horária exaustiva e das responsabilidades assumidas, embora declare que estes honorários provêm suas necessidades básicas. Os resultados mais significativos apontaram que a remuneração não era o único fator motivacional para o exercício da profissão. Esta autora revela ainda que existem dois blocos de estudiosos sobre remuneração e motivação: aqueles que acreditam que a remuneração é elemento de motivação e os que crêem que a remuneração não substitui a motivação interna que leva alguém a fazer o que lhe dá prazer e lhe realiza. Na pesquisa de Batista (2003) há o registro de pessoas que se sentem felizes fazendo o que gostam, conquanto que haja um mínimo de retorno financeiro para garantir uma sobrevivência digna. Carvalho (2004) fala na capacidade do trabalho transcender o simples atendimento de necessidades econômicas ou emocionais e afirma que com relação à enfermagem, o fato de ajudar e sentir-se útil muitas vezes supera as questões da baixa remuneração.

Em um estudo realizado por Nicolielo; Bastos (2002) sobre a satisfação profissional do cirurgião-dentista conforme o tempo de formado, observou-se que no grupo de profissionais com mais de cinco anos de graduação, 70% afirmaram que os honorários que recebiam eram suficientes para sustentar a família e atendiam as suas próprias necessidades, enquanto que o grupo de recém-formados até cinco anos de graduação revelou insatisfação com relação aos honorários. Os autores concluíram que há uma relação direta entre tempo de graduação e satisfação profissional. Concluíram ainda, que a odontologia não tem conseguido oferecer aos novos profissionais que chegam no mercado de trabalho, tudo aquilo que eles esperavam enquanto estudantes, pois chegam no mercado sem estarem preparados para com o que de fato vão ter que lidar, e sem a necessária consciência dos problemas e dificuldades que terão de enfrentar.

Na medicina as dificuldades não são diferentes, pois os jovens também não têm idéia das dificuldades que encontrarão. Nogueira-Martins; Jorge (1998) citam uma pesquisa de Smith et al. que estudaram por cinco anos, a frequência de licenças e afastamentos, de 50.000 residentes norte-americanos, por distúrbios emocionais e registraram que 47 deles trocaram de carreiras e oito se suicidaram. Os autores concluem que apesar deste número representar um baixo percentual, equivale, entretanto à perda de recursos de uma classe de graduação.

O fato dos profissionais de saúde estarem cada vez mais pobres tem seus reflexos nas condições de moradia que por sua vez, favorecem a compreensão sobre o poder aquisitivo e qualidade de vida destas pessoas.

Na presente pesquisa, encontrou-se que apenas 74% da amostra tem casa própria (GRÁFICO 5) e 79% deles possuem automóveis (GRÁFICO 6).

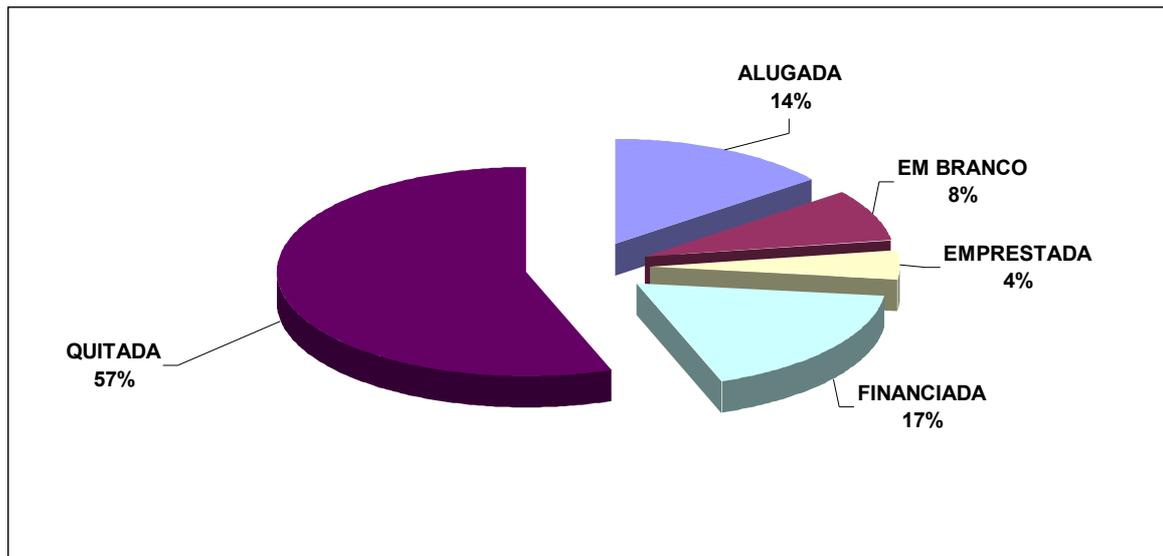


GRÁFICO 5 – Situação dos profissionais de saúde com relação à moradia

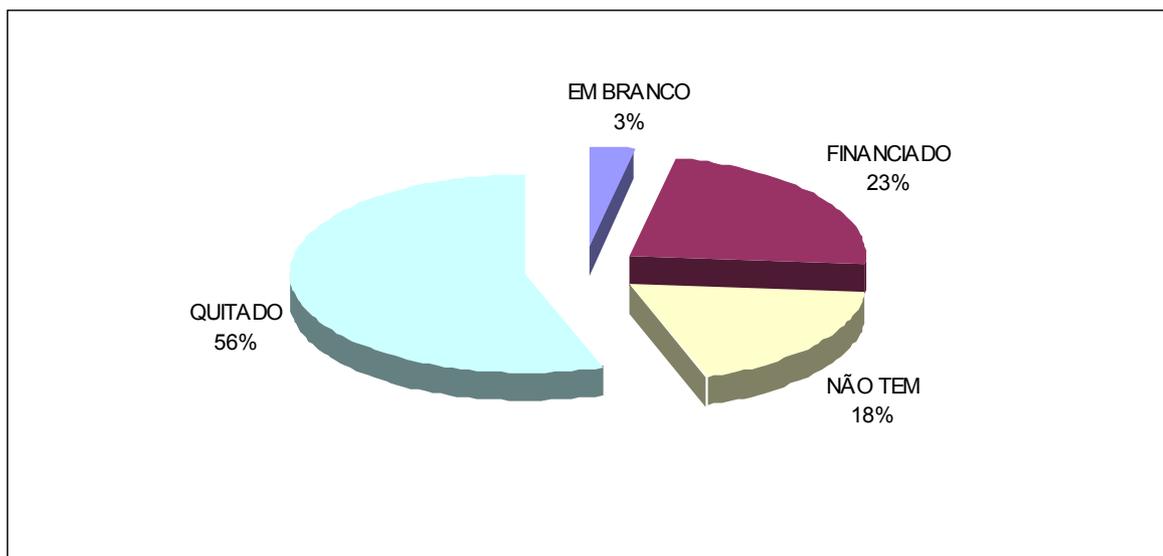


GRÁFICO 6 – Proprietários de automóveis

6.1.2.2 Investimento, satisfação profissional e condições de trabalho

A condição essencial para a felicidade do ser humano é o trabalho
Tolstói

a) Investimentos profissionais

O Brasil, segundo dados do Censo 2000 realizado pelo IBGE, é um país com 169,7 milhões de habitantes e pobre em diplomas universitários, concentrados numa elite:

só 6,8% da população, com mais de 25 anos, conseguiu diploma universitário. Os profissionais de saúde representam 15% dos graduados neste país (ESCÓSSIA, 2003) e é dentro deste universo que se encontra a amostra da atual pesquisa.

Com relação ao tempo de graduação dos sujeitos desta pesquisa, 24% estão entre 16 a 25 anos de formados e 22% têm menos de cinco anos de exercício profissional.

Do total de respondentes 50% declararam-se participantes de grupos de estudos, 61,50%, investem em seus estudos, sendo que, 50,60% fizeram especializações, 7,91% fizeram mestrado e 2,84% fizeram doutorado. Ainda há um percentual de 0,15% que têm pós-doutorado.

Pode-se comparar os resultados acima com algumas categorias. Na pesquisa realizada pelo Conselho Federal de Medicina (2004) pela internet, com 14.405 médicos de todo o Brasil, 71,3% disseram que eram membros de alguma sociedade científica. Importante lembrar que participar de um grupo de estudos é diferente de ser membro de uma sociedade científica, vez que o primeiro exige maior participação individual com leituras e atualizações. Outra comparação possível é com os resultados da pesquisa realizada pela Associação Paulista de Cirurgiões Dentistas (2003) quando se registrou que em São Paulo 92% dos dentistas têm especialização, 17% têm mestrado e 7% têm doutorado. Podemos ainda comparar os resultados acima com os dos psicólogos: 49% já fizeram ou fazem especialização, 7% têm mestrado, 2% têm doutorado (IBOPE, 2004). Ou ainda, em comparação aos médicos no Brasil, onde 78,1% deles têm cursos de pós-graduação. Dentre estes que realizaram cursos de pós-graduação *lato sensu* (Residência Médica e especialização), 66,5% obtiveram o título de especialista, apenas 61,6% indicaram ter feito a Residência Médica, 14% deles fizeram mestrado, 6,8% têm doutorado e 1,3% têm pós-doutorado (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2004).

Percebe-se ao comparar a presente pesquisa com os dados acima que os percentuais encontrados com relação a doutorado e pós-doutorado deve-se provavelmente a uma dificuldade regional em relação a oferta de cursos de pós-graduação *stricto sensu* na área de saúde. Entretanto, Sergipe não está distante da realidade nacional, pois, no Brasil, apenas 304 mil profissionais em geral, têm mestrado ou doutorado, segundo o IBGE, ou seja, 5,24% dos graduados têm estes tipos de capacitação (ESCÓSSIA, 2003).

b) Satisfação com a escolha profissional

A maioria dos sujeitos da presente pesquisa (52%), declarou que estava parcialmente realizado e 41% disseram que estavam totalmente realizados profissionalmente (GRÁFICO 7). Entre eles, 80% disseram que se sentiam bastante orgulhosos deles mesmos e de suas conquistas pessoais e profissionais, revelando uma auto-estima elevadíssima. Encontramos ainda um percentual de 3% que revelou o desejo de mudar de profissão.

Quando se atenta à literatura sobre a satisfação profissional, de dentistas em especial, Nicolielo; Bastos (2002), conceituam-na como um estado emocional positivo resultante do prazer que as experiências do trabalho oferecem ao sujeito. A satisfação profissional, ainda segundo estes autores, está diretamente relacionada ao desempenho profissional, honorários, qualidade de vida, saúde física e mental e a auto-estima do trabalhador. O resultado da pesquisa apresentada por eles foi que os dentistas estavam satisfeitos, entretanto o número de profissionais que recomendavam a profissão a outras pessoas ou que a escolheriam novamente estava diminuindo. Ainda sobre a satisfação profissional e qualidade de vida, foi revelado que embora a metade dos profissionais estivesse satisfeita com sua profissão, estava insatisfeita com o seu *stress*, o ambiente de trabalho e o tempo que dispunha para questões pessoais.

A Associação Paulista de Cirurgiões Dentistas (2003) apontou como resultado dos seus estudos, que para os dentistas, a admiração, vocação e influência dos pais e familiares são os fatores mais importantes para a escolha da profissão (35% , 32% e 24% respectivamente). Estes dados comparados com pesquisa realizada pela mesma instituição seis anos antes, revelam que a admiração pela profissão como fator de escolha profissional, era de 50% mostrando que na atualidade há um desencanto e insatisfação profissional.

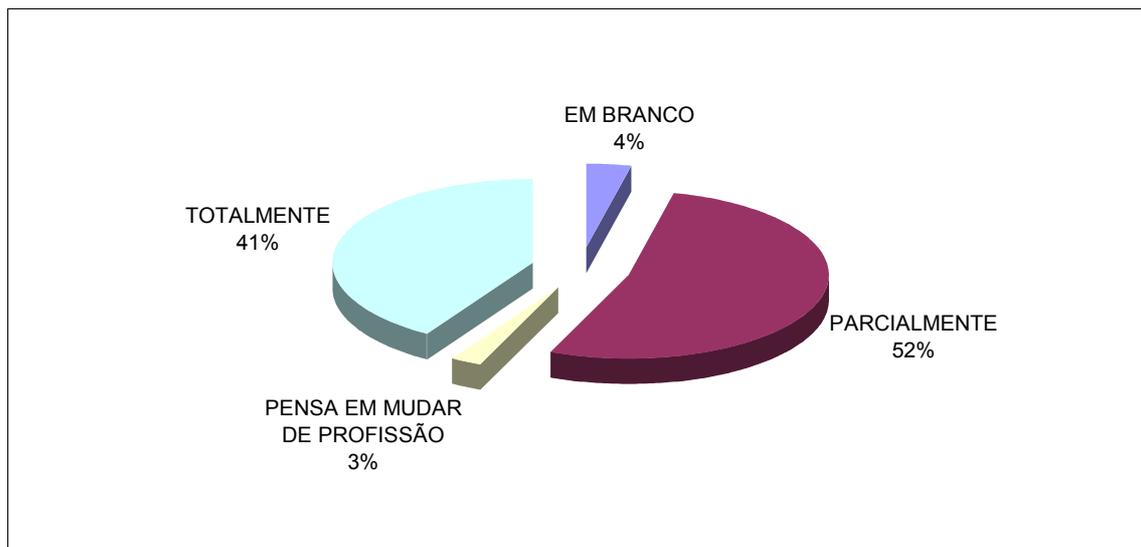


GRÁFICO 7 – Satisfação com a profissão (realização profissional)

O binômio saúde/doença do trabalhador, oscila de acordo com alguns elementos determinantes neste processo em uma interação de diversos fatores: as condições gerais de vida oferecidas pela remuneração e que pressupõe a forma como este sujeito está inserido no mercado de trabalho (padrão e qualidade de vida, consumo de bens, acesso a serviços especiais); as relações de trabalho (jornada de trabalho, tipo de contrato de trabalho, horário de trabalho – turnos e plantões são dois vilões estressores); e a dinâmica e condições do trabalho, como por exemplo a exposição a agentes nocivos à saúde, e isso diz respeito à especificidade de uma dada categoria profissional (NASCIMENTO SOBRINHO; NASCIMENTO, 2002).

O trabalho desenvolvido pelo ser humano, portanto, pode ser fonte de prazer e realização, com a possibilidade de conferir ao sujeito formas de subjetivação, mas pode, também, se tornar elemento patogênico e nocivo à saúde e o bem estar do sujeito, gerando desconforto e *stress* (PIMENTEL; VIEIRA, 2003).

No que tange aos médicos, a satisfação profissional da categoria com a especialidade em que atua, segundo a pesquisa do Conselho Federal de Medicina (2004) é de 91,1% (parcial ou totalmente). Nessa mesma pesquisa analisou-se a percepção dos médicos sobre o futuro da sua profissão e os resultados apontam mais médicos pessimistas (45,7%) do que otimistas (14,7%). O pessimismo diz respeito à perspectiva de que haverá maior assalariamento (62,2%) e uma onda de incertezas sobre este futuro (59,9%). Quanto aos otimistas, a competência é citada por 46% deles como o atributo mais importante no

futuro da medicina. E o CFM averiguou ainda o nível de satisfação do sujeito com a sua própria vida e no geral, aqueles profissionais mostraram-se satisfeitos com suas vidas (66,5%), ficando a insatisfação entre os 27,4%. Este percentual chama a atenção por ser a medicina, entre as profissões de saúde, aquela que tradicionalmente goza de mais prestígio e *status* no mundo. Os pesquisadores advertem que a satisfação aqui não diz respeito apenas às questões materiais ou bens acumulados.

Fatores estressantes inerentes ao exercício profissional exigem um equilíbrio emocional, algumas vezes inatingível e interferem diretamente na satisfação profissional. Os fatores de maior pressão e que geram fenômenos psíquicos são: o contato direto com a dor, o sofrimento e a morte; as leis do mercado de trabalho que imprimem competitividade; o número de empregos e o número de horas trabalhadas, inclusive em regime de plantões; a conscientização dos usuários/consumidores/pacientes sobre os seus direitos; a enxurrada de informações diárias frente ao grande avanço tecnológico e científico que obrigam os profissionais a uma constante e ininterrupta atualização; os riscos ocupacionais, inclusive os biológicos, químicos, físicos e ergonômicos; e ainda, no caso do médico, a perda de autonomia (os procedimentos médicos são controlados pelos planos de saúde e seguradoras que tolhem a liberdade do ato médico) e a perda de seu lugar de saber único, a sua hegemonia, para outros profissionais de saúde (PIMENTEL; VIEIRA, 2003).

O Conselho Federal de Psicologia verificou que as maiores dificuldades que dizem respeito ao exercício profissional da categoria, estão ligadas à política sócio-econômica do país e pela desvalorização do psicólogo por outros profissionais. Nas regiões onde o desemprego e a baixa remuneração são maiores, aumentam os índices de insatisfação com a profissão. O fracasso profissional dos psicólogos é na maioria das vezes atribuído às suas questões emocionais, já que eles se oferecem como instrumento de trabalho. Entre os insatisfeitos, naquela pesquisa, 5,6% gostariam de mudar de profissão baseados em razões econômicas e baixos honorários, questões psicológicas e também, graças ao interesse por outras profissões em decorrência do mercado e oportunidades de trabalho (COVOLAN, 1996).

c) Condições de trabalho

Quanto às condições de trabalho, 52% dos profissionais de saúde pesquisados em Sergipe trabalham com planos de saúde, um dos elementos de transtorno e *stress*.

Subtraindo do total da amostra os enfermeiros que não trabalham diretamente vinculados aos convênios e planos de saúde, o percentual dos vinculados sobe para 71%.

Os planos odontológicos também ganharam importância uma vez que existem três milhões de brasileiros atendidos por cooperativas e convênios de acordo com o Sindicato Nacional das Empresas de Odontologia de Grupo. Os convênios respondem por 37% da renda média dos dentistas brasileiros segundo informações da Associação Paulista de Cirurgiões Dentistas (2003).

Na presente pesquisa revelou ter consultório, 40% dos sujeitos, sendo a metade, próprio, a outra metade, emprestado, alugado sozinho ou compartilhado. Pode-se comparar com os dados fornecidos pela Associação Paulista de Cirurgiões Dentistas (2003) que revela que entre os dentistas que trabalham em consultórios, 52% alugam e 45% têm imóveis próprios.

Diante dos baixos salários, da possibilidade de trabalhar sob o regime de turnos e ou plantões, criam-se circunstâncias facilitadoras para vários vínculos empregatícios simultâneos. Entre todos, apenas 38% têm um único emprego, enquanto 34% possuem dois ou mais vínculos empregatícios, o que é fonte produtora de excesso de carga de trabalho e que por sua vez favorece o cansaço e o *stress*. Foi registrado que 17% dos profissionais são exclusivamente autônomos (GRÁFICO 8).

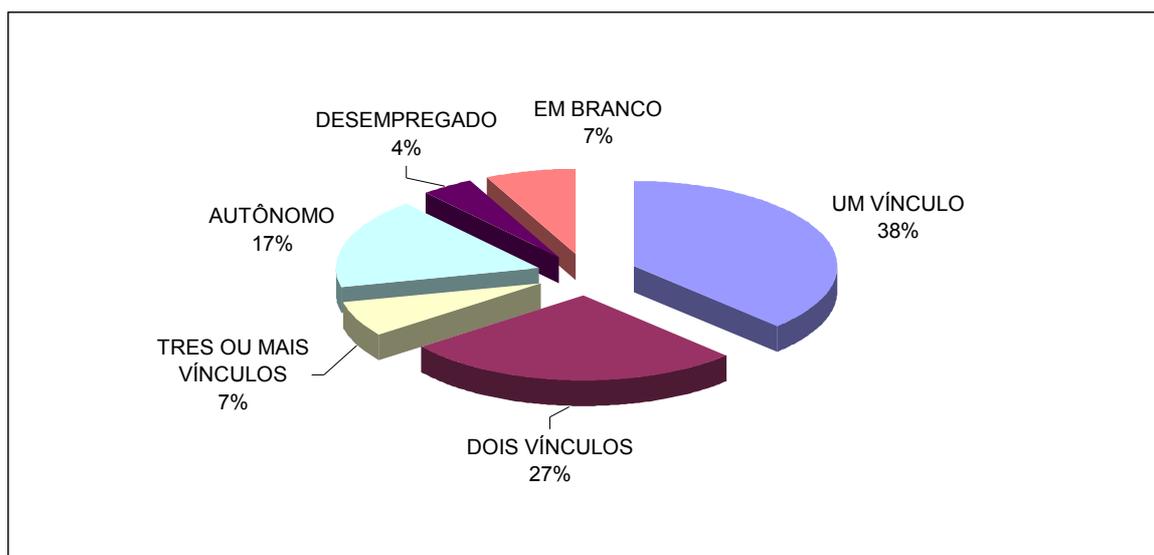


GRÁFICO 8 – Número de vínculos empregatícios

Estes dados podem ser comparados com os da literatura: 74.7% dos médicos

brasileiros têm consultórios próprios, trabalhando na condição de autônomos, cerca de 70% são assalariados (com vínculos), e destes últimos, 69,7% trabalham no setor público (SINDICATO DOS MÉDICOS DE SÃO PAULO, 2002).

Em pesquisa realizada pela FIOCRUZ em 1995/1996, em parceria com o CFM revelou-se que 75,6% dos médicos trabalhavam em até três empregos e recebiam, em média, mil e trezentos dólares, 44,5% deles recebiam, no máximo, dois mil dólares e 18,6% disseram receber mais de quatro mil dólares. Em 2004, os percentuais para estas duas faixas eram de 51,5% e 8,5% respectivamente, ou seja reduziu-se para menos da metade, o número de profissionais que recebem honorários mais altos. O CFM informa a partir dos seus estudos que 24,4% dos médicos declararam ter mais de três empregos, sendo que, entre estes últimos, 15,9%, afirmaram ter quatro empregos e 2,4% dos médicos disseram que atuavam em mais de cinco atividades. Um terço (31,1%) dos respondentes afirmou que houve uma queda na sua remuneração nos últimos cinco anos e 62,1% registram um aumento de sua jornada de trabalho. Chama a atenção nesta pesquisa da FIOCRUZ/CFM, a baixa aspiração manifestada em relação aos rendimentos mensais desejados: 12% disseram que ficariam satisfeitos em ganhar dois mil dólares e 35,9% declararam que a renda ideal deveria ser além dos quatro mil dólares (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA 2004).

Ainda comparando a pesquisa de 1996 com a de 2004, realizadas, ambas pelo Conselho Federal de Medicina (2004), os médicos que indicaram realizar quatro atividades sobem de 15,9% para 16,7%; aqueles com cinco atividades eram 6,1% na pesquisa citada, e nesta são 7,4% e finalmente os que disseram ter seis ou mais atividades ou vínculos praticamente duplicaram de 2,4% para 4,1%.

Estes números revelam uma sobrecarga de intenso trabalho que podem levar a repercussões físicas e mentais.

Ainda na pesquisa do Conselho Federal de Medicina (2004), constatou-se que, entre os médicos, aqueles em atividade são 98,3% da categoria, revelando que a aposentadoria é um dos maiores fantasmas deste grupo profissional e é retardada ao máximo, haja vista as possibilidades de perdas financeiras que comprometem o orçamento doméstico. Constatou-se que os médicos tentam minimizar as questões da aposentadoria tornando-se proprietários de empresa médica, o caso de 25,7% deles ou ainda, como 11,1% da categoria que declarou ter outra fonte de renda além da medicina. Apesar de um número

significativo de empreendedores, a maioria dos médicos vive da prestação de serviços médicos, como autônomo ou assalariado.

Na pesquisa citada, foi percebido também que o desemprego quase não existe e 67% deles atuam em consultórios; a maioria dos que trabalham em consultório tem estabelecimento próprio, quer seja individual ou em grupo, com percentuais de 32,1% e 19,7% respectivamente. Ainda naquele estudo verificou-se que a atividade no consultório consome cerca de 20 horas semanais para 67,3% deles e garante 50% dos rendimentos de 68,1% da amostra.

d) Jornada de trabalho e plantões

Os profissionais de saúde vão na contra-mão das demais categorias que lutam para reduzir as suas jornadas de trabalho. É como se eles não percebessem a sua sobrecarga de trabalho que leva a um cansaço físico e mental, com possíveis alterações fisiológicas neuro-vegetativas e que podem se manifestar sob a forma de tonturas, dores de cabeça, tremores de extremidades, alterações de sono, redução da libido, impotência, alterações na capacidade de concentração e diminuição da sua capacidade laborativa (CARVALHAES, 2002).

Trabalhadores sempre pleiteiam, no mundo inteiro, uma carga horária de 35 horas semanais, conquista dos franceses há cinco anos (VIDÃO..., 2003). Entretanto, profissionais de saúde, no Brasil, em especial o médico e o enfermeiro, têm uma jornada média de 60h e não se vêem em condições de reduzi-la sob pena de não cumprir seu orçamento doméstico e necessidades familiares. E o que é mais agravante, como são profissionais liberais, no caso do médico, na maioria das vezes, eles se sentem inclusive, impossibilitados de reconhecer-se passíveis de adoecer, o que significaria, deixar de produzir, o que na sua percepção, seria uma vergonha e sinal de fraqueza (PITTA, 1999).

Na presente pesquisa, 46% dos profissionais de saúde trabalham entre mais de 8 e até 18 horas por dia; 23% trabalham seis dias por semana e 9% trabalham de domingo a domingo. Entre aqueles que trabalham sete dias na semana, o maior percentual encontrado foi de médicos (42,10%), seguidos de enfermeiros com 21,05% e a terceira categoria foi a dos dentistas com 17,54%.

Nogueira-Martins; Jorge (1998) afirmam que longas horas de trabalho de médicos e residentes comprometem o desempenho profissional, e frisam que em nenhuma

outra profissão são permitidas jornadas de trabalho tão longas.

A multiplicidade de papéis do médico, que vai da atuação no consultório até à docência, com um convívio diuturno com a morte e a dor, e com uma demanda permanente de atualização, o faz vulnerável ao desconforto psicológico.

O *burnout* ou desgaste de origem profissional é capaz de promover no médico o desejo de atuar em funções que evitam o contato direto com o paciente ou ainda, pode fazer com que o médico abandone a profissão e talvez estas questões sejam também capazes de alterar o seu sistema de valores, fazendo com que cerca de 90% destes profissionais se preocupem com o seu *status quo* (ordem social) e fiquem atentos às relações de confiança (honestidade e afetividade). O CFM aponta os quatro valores humanos mais importantes que guiam a vida dos médicos que atuam no Brasil: honestidade (97,3%), ordem social (91,9%), afetividade (88,2%), saúde (86,7%). Os três valores citados como sendo de menor importância, foram: emoção (20,2%), poder (17%) e prestígio (12,5%) (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA 2004).

Ainda fazendo uma ponte com a literatura, constata-se a partir da pesquisa realizada pela FIOCRUZ/CFM (MACHADO, 1997), que a sensação de mal estar faz parte do cotidiano dos médicos e 80,4% declararam ser desgastante a sua atividade profissional e justificam a afirmação com os seguintes dados:

... excesso de trabalho, jornada prolongada, multiempregos (27%); baixa remuneração (17%); más condições de trabalho (16%); área de atuação/especialidade (9%); excesso de responsabilidade, relação de vida e morte com os pacientes, (12%) (OLIVEIRA, 2002, p.32).

No presente trabalho sobre a saúde mental dos profissionais de saúde detectou-se um percentual de 33% que trabalham em regime de plantão.

Nogueira-Martins; Jorge (1998) explicam que a experiência do plantão é composta por três elementos: a privação do sono, o *stress* emocional e o *stress* físico.

Na pesquisa realizada pelo Conselho Federal de Medicina (2004) percebeu-se que as atividades de plantão constituem-se nas atividades de ingresso no mercado de trabalho e hoje no Brasil os médicos com atividades plantonistas chegam a 51,8% do total e entre estes, 43,4% apontaram que trabalham neste regime há cinco anos ou menos e 33% disseram que estão neste ritmo há mais de dez anos. O CFM, de forma enfática, defende que não basta recomendar o número de horas e anos dedicados aos plantões, mas que se

estabeleça para estes profissionais uma proposta digna de plano de carreira com salários dignos e limites para a aposentadoria.

e) Denúncias nos Conselhos Regionais

sedare dolorem opus divinum est

O progresso, segundo Melmam (2003 p.16-17) é ameaçador, porque o homem descobriu que “o céu está vazio, tanto de Deus quanto de ideologias, de promessas, de referências, de prescrições, e que os indivíduos têm que se determinar por eles mesmos, singular e coletivamente”. Os últimos dois séculos foram plenos de grandes invenções e da identificação dos limites do homem em várias áreas como a matemática de Hilbert, a lógica de Gödel, a política de Marx, e a psicanálise de Freud. O século atual será o da suspensão dos limites: “não há mais impossível”, conclui Melmam.

A modernidade emancipou o homem das tiranias morais, tornando-o livre para viver de acordo com os seus desejos e lhe ofereceu em troca a liberdade e o desamparo concomitante. Kehl (2002) diz que o ser humano revela-se desamparado quando se trata de ser o juiz de si e de levar em conta a existência do outro.

Profissionais de saúde, têm como objetivos curar, cuidar, e amenizar o sofrimento e a dor. Com o avanço das descobertas genéticas e tecnológicas a serviço de uma melhor qualidade de vida, vivemos um momento ímpar na nossa história com transplantes, cultura de tecidos, correção de defeitos embrionários, uso de células tronco e outras possibilidades que vão surgindo a cada dia estabelecendo práticas e procedimentos antes nunca imaginados. Apesar de se saber que a pesquisa e os procedimentos de saúde não podem se submeter às questões religiosas e ideológicas, há que se definir um campo moral e ético para estas práticas, não como limites, mas como balizadores de uma prática de respeito absoluto ao ser humano.

Ainda no campo da ética, uma preocupação vigente é com as terapias alternativas. Os Estados Unidos, são o país que mais investe em pesquisas no campo das terapias alternativas, consideradas como uma medicina complementar. Como a pesquisa científica realizada neste campo não contempla a metodologia convencional, não existem evidências científicas da eficácia destas práticas, que passam por ervas, uso de vitaminas, espiritualidade, terapias de movimentos, entre outras (YAMAGUSHI, 2002).

As questões que envolvem a bioética e as práticas alternativas, não reconhecidas pelo CFM, somadas ao exercício convencional das prestações de serviços na área da saúde, com formações profissionais deficientes e distantes das verdadeiras necessidades básicas da comunidade, em condições, muitas vezes, precárias de atendimento, com profissionais, na maior parte das vezes, mal remunerados e cansados, são facilitadores de situações que envolvem negligências, imprudências, erros, iatrogenias, imperícias. São estas as razões básicas que geram as denúncias, cada vez mais comum, nos dias atuais.

Não se pode mais ignorar os problemas da educação médica no país: excesso de escolas, criação de escolas por influência política, ensino deficitário, falta de vagas nas Residências Médicas, salários defasados, poucas oportunidades de atualização, gerando profissionais despreparados, com crescente aumento de erros médicos e ações judiciais com uma hipertrofiada desconfiança dos pacientes.

Acrescente-se, ainda, a proliferação de escolas privadas pela impossibilidade do Estado atender às demandas dos jovens. As poucas universidades federais estão trabalhando com orçamentos reduzidos, mal equipadas e sem condições tecnológicas, com dificuldades de repor seus quadros, sem verba para investir e se renovar, e oferecendo péssimas remunerações aos seus professores. Os Ministérios da Saúde e o da Educação estão se reunindo para adaptar os currículos destas escolas às necessidades sociais deste país com uma adequada formação generalista, humanista e social.

A medicina, sempre foi uma profissão de risco, uma vez que:

... toda ação terapêutica e todo ato médico comportam riscos. Mas a medicina é sobretudo uma profissão de responsabilidade, e essa responsabilidade é essencialmente de natureza moral. Ela é mais profunda, mais exigente e mais sutil do que a responsabilidade civil e permanece como um dos pilares fundamentais da qualidade da relação médico-paciente (SAMPAIO, 2003, p.10).

As seguradoras já perceberam que têm novo filão: seguros de responsabilidade civil médica. Nos Estados Unidos, uma avalanche de indenizações e o elevado custo destes seguros prejudicam a dupla médico e paciente. Os médicos porque desistem da profissão e os pacientes porque ficam sem atendimento. Uma outra consequência que afeta a prática clínica é a fuga dos médicos em prestar serviços emergenciais fora dos seus plantões e o aumento de exames complementares, procedimentos médicos e medicações (SAMPAIO

2003).

Um percentual de 3% dos profissionais de saúde revelou na presente pesquisa que já sofreu denúncia nos seus respectivos conselhos regionais. Entre as razões alegadas espontaneamente: inveja de colegas de caráter duvidoso; concorrência desleal; demissão de colega; discussão em pronto-atendimento; negligência com risco de vida e sindicância devido a óbito. Não existe informação sobre os desdobramentos destas denúncias. Chama a atenção também, o percentual de respostas em branco (5%) a esta pergunta, o que pode sugerir a possibilidade de um número de denúncias maior que o admitido (GRÁFICO 9).

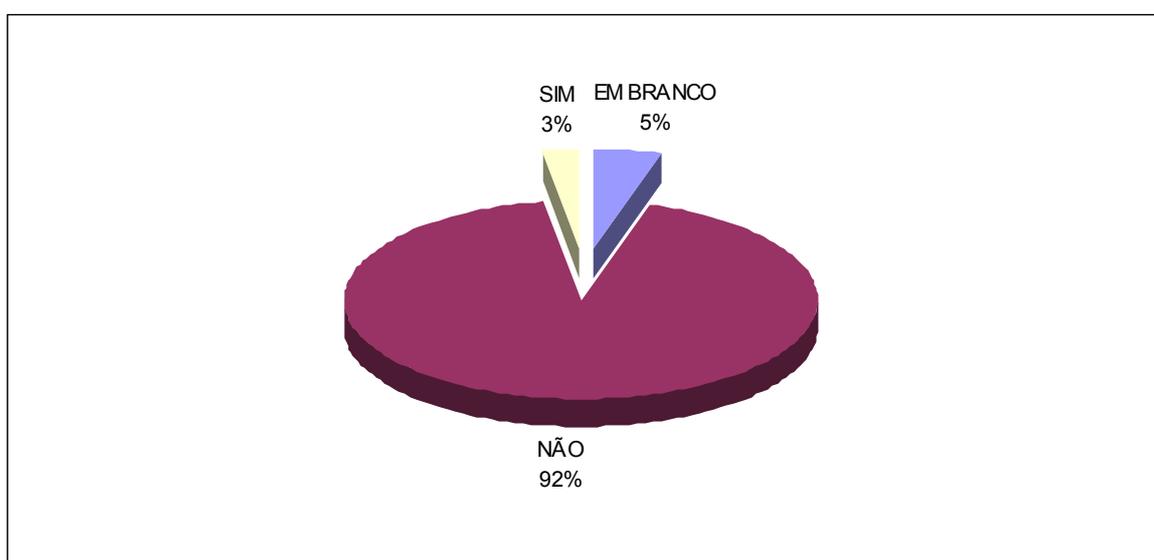


GRÁFICO 9 – Profissionais de saúde que sofreram denúncias nos Conselhos de classe de suas respectivas categorias

Há um crescente aumento de denúncias e ações judiciais contra profissionais de saúde, médicos, em especial. Em São Paulo o CRM recebe anualmente 2.000 denúncias, ou o equivalente a seis denúncias por dia. De cada 129 médicos que exercem a atividades em S. Paulo, um está sendo processado por erro (COSTA, 2002).

Sergipe não fica muito distante desta realidade: o CREMESE recebeu em 2004, de duas a quatro denúncias por mês, destas instalaram-se 25 sindicâncias em onze meses e tem 32 processos éticos profissionais em andamento (CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DE SERGIPE, 2004).

Costa (2002) afirma que as denúncias e processos por erro médico enviados ao CFM, aumentaram cerca de dez vezes nos últimos sete anos. O autor ainda diz no seu

artigo que na maior parte das vezes, as denúncias são improcedentes ou envolvem incidentes banais de pequena gravidade originários de maus entendidos provenientes de relacionamentos conflituosos ou por dificuldades de comunicação entre médicos e pacientes. Entretanto é preciso reconhecer que os médicos estão errando muito, por vezes com erros grosseiros, muito graves, como por exemplo operar um órgão sadio ao invés de um doente, ou esquecer corpo estranho no interior do abdome do paciente.

Uma das razões das denúncias é a postura inadequada que os profissionais de saúde tem para com seus pacientes. Angerami-Camon (2002) agrupa as posturas mais comuns dos profissionais diante das urgências ou em pacientes crônicos. São elas:

1. Calosidade profissional - nos casos de pessoas que após anos de prática tornam-se indiferentes, de forma total, diante da dor do paciente, só se envolvendo com a doença e não se importando com o sofrimento. Ao negar a dor do outro, o profissional nega a sua própria condição de humano.
2. Distanciamento crítico - a diferença entre distanciamento crítico e calosidade profissional é que no caso desta última há uma total indiferença à dor do outro e no caso do distanciamento crítico há uma necessidade do afastamento para que o profissional possa apreendê-la e compreendê-la melhor.
3. Empatia genuína - são as situações em que o envolvimento entre profissionais e pacientes transcendem os limites de uma relação profissional e a doença e o doente passam a ocupar totalmente os pensamentos do profissional.
4. Profissionalismo afetivo - Não ocorre a empatia genuína, mas o profissional trata o paciente com respeito pela sua dor e seu sofrimento. É uma atitude que pode ser referendada como a ideal no atendimento, pois acolhe o paciente e preserva o profissional, ou ainda pode-se afirmar que os sentimentos do profissional de saúde ainda que estejam presentes não interferem na consulta.

O aprendizado das práticas de saúde não ensina sobre as atitudes necessárias para o estabelecimento das técnicas propedêuticas. A empatia genuína não se ensina academicamente, e segundo o autor acima, é um sentimento que precisa ser resgatado na prática médica, principalmente diante da importância da humanização dos serviços.

Predominam, entre os médicos, as denúncias por negligência, imprudência e imperícia (infração do artigo 27 do Código de Ética Médica) e as especialidades que cometem mais erros são em ordem decrescente: obstetrícia, anestesiologia, cirurgia plástica, cirurgia geral, oftalmologia e neurologia. O perfil do médico infrator é: jovem com idade entre 31 a 40 anos, sexo masculino, de 5 a 15 anos de graduado, especializado em obstetrícia e atuando na rede pública de saúde e condenado por infringir o artigo 29 do Código de Ética Médica (COSTA, 2002) .

Um outro aspecto que tem causado polêmica e muito *stress* é tema de debates nos Conselhos Regionais de Psicologia. Trata-se da reavaliação da quebra de sigilo. Pela minuta do novo código de ética, os psicólogos terão o dever de denunciar situações em que os pacientes sofreram ou cometeram atos violentos. O Presidente do Tribunal de Ética e disciplina da Ordem dos Advogados do Brasil, de São Paulo, Braz Martins Neto, faz alerta dos riscos da categoria estar fazendo um desvio de função, julgando os seus pacientes, delatando-os, ou abandonando-os à própria sorte (ADVOGADO..., 2004; LEITE, 2004).

No total de respondentes da presente pesquisa, um percentual significativo, 55% declarou sentir-se obsoleto, ultrapassado e com dificuldades de atualizar-se, sendo que 41% só raramente e 14% com frequência se sentem assim (GRÁFICO 10). Fazendo uma relação entre aqueles que sofreram algum tipo de denúncia em seus conselhos, e aqueles que admitem sentir-se obsoletos, registrou-se que este sentimento de estar ultrapassado está presente em 47,05% do total da amostra, ainda que raramente, e surge com frequência em 17,64% dos denunciados.

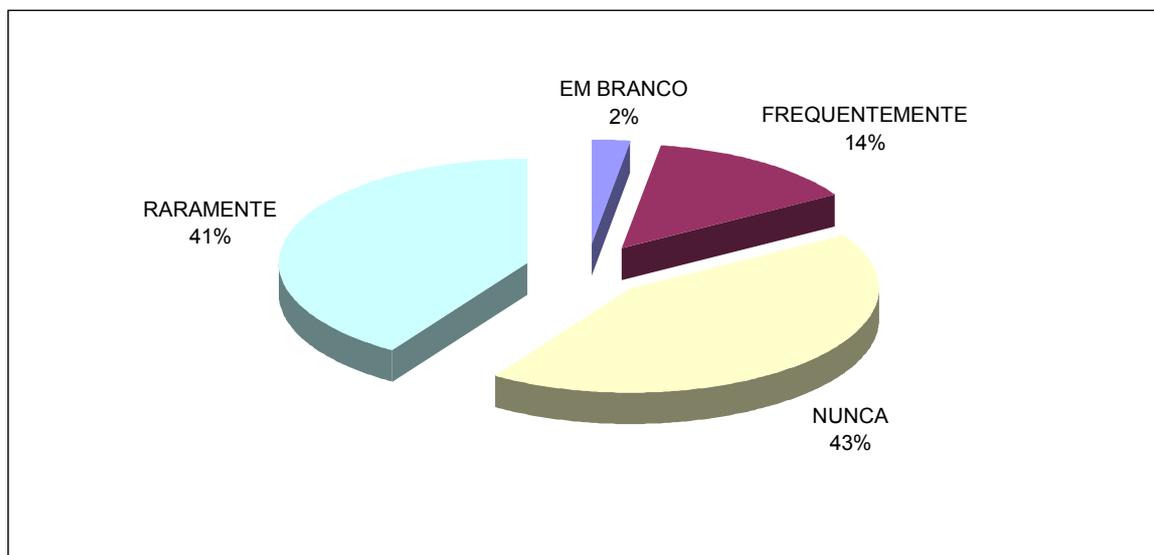


GRÁFICO 10 – Profissionais que se sentem obsoletos e ultrapassados

6.1.3 Vida familiar e social

O sujeito ao fazer escolhas, coloca em ação uma dimensão desconhecida, que apesar de movê-lo, lhe é estranha: o seu desejo. O homem está fadado à insatisfação, pois o sujeito vai procurar o que por estrutura nunca irá encontrar, uma vez que os objetos que realizam o seu desejo são sempre contingentes, gerando um mal estar permanente, pela impossibilidade de satisfação completa. O seu inevitável mal estar é próprio de sua jornada e se manifesta em todas as áreas: na família, no amor, no sexo, no trabalho, na relação com os amigos. O sujeito se constitui na relação com o Outro. É o Outro que lhe nomeia, que diz do seu desejo, o que se espera dele, o que ele é. A partir do desejo do Outro é que o sujeito se constitui e constrói a sua subjetividade em um jogo de alienação e individuação. Daí a importância que se dá ao que o Outro pensa de sua vida e o que o Outro quer dele. O Outro, portanto, por vezes, é cobrado e responsabilizado pela sua infelicidade (FREUD, 1970 [original de 1912]; 1974 [original de 1929/1930]).

A família é tema de constante preocupação seja nas conversas de bares, na mídia, no seio das religiões, no campo das ciências ou em outras áreas do saber. Os modelos de família na atualidade são os mais variados e às vezes inesperados: casais que criam juntos filhos de uniões anteriores e atuais, mães de aluguel, casal de homossexuais com filhos, mães com “produções independentes”. Ainda que as formas de apresentação destas famílias tenham mudado, suas estruturas básicas permanecem as mesmas com leis e normas que regulam sua organização com divisão de papéis, funções, trabalho e com um elemento de interdição. É comum percebermos nos novos arranjos familiares a confusão nos papéis, as pessoas às vezes sentem-se impotentes o que pode levar, ou não, a um pedido de ajuda.

O isolamento social, a ausência da família e a fadiga crônica são os fatores que mais se destacaram nos estudos de Nogueira-Martins; Jorge (1998), como desencadeadores de depressão, com destaque para as mulheres solteiras, socialmente isoladas e cronicamente fatigadas, que representaram um particular grupo de risco.

Na presente pesquisa, entre os profissionais de saúde, existe um relativo equilíbrio entre os deprimidos que vivem sozinhos, quer solteiros, divorciados ou viúvos (47,78%) e os deprimidos casados (52,21%), ou seja, parece que o estado civil isoladamente não é marcante nesta questão, e que as pessoas estão encontrando recursos

para administrar a solidão. Entretanto, quando se cruza na atual pesquisa, os dados entre os deprimidos e o gênero, percebe-se que as mulheres são as que apresentam maior percentual de sinais de depressão (72,96%).

Do total da amostra da presente pesquisa, 54,33% têm filhos, o que implica em uma sobrecarga de trabalho e aumento de responsabilidade. Entre os que têm filhos, 71,15% têm dois ou mais filhos e 28,84% têm filho único. Entre eles, 84,66%, envolvem-se efetiva e profundamente com os filhos, conhecendo seus amigos e 80,98% acompanham as atividades escolares da prole.

Com o aumento das creches e dos jardins-de-infância e, ainda, com uma participação mais ativa dos homens na criação dos filhos, cresce o número de mulheres que acreditam ser possível conciliar a maternidade com a vida profissional, mesmo que isso implique em mais responsabilidades e sacrifício. A chegada de um filho, diz Kristeva (2002), induz a mãe aos labirintos de uma experiência pouco comum: o amor por um outro. Nem por si e nem tampouco por um ser idêntico ou um com quem faça fusão (paixão amorosa ou sexual). A maternidade é uma realização de uma trajetória “sem masoquismo e sem aniquilamento da personalidade afetiva, intelectual, profissional – maternidade sem culpa. Ela se torna, no sentido forte do termo, uma criação. No momento negligenciada” (KRISTEVA, 2002. p. 234).

Sullerot apud Melman (2003, p.15) afirma que ...

... como a pedra angular sobre a qual se edificou o sistema patriarcal se quebrou, a mulher se tornou aquela que decide e aquela que põe no mundo. É ela quem escolhe o homem com o qual fará seu filho. É ela quem escolhe o momento que considera mais favorável para seu projeto. Ela se tornou, de alguma forma, simultaneamente pai e mãe na origem da criança.

Melman (2003, p. 15) afirma que há uma nova economia psíquica. Antes ela era organizada pelo recalque dos desejos, ou seja, tinha-se uma cultura da neurose, hoje ela é organizada pela exibição do gozo, que recomenda a livre expressão e promove a perversão, em um exercício maciço de narcisismo primário diante desta “nova forma de pensar, de julgar, de comer, de transar, de se casar ou não, de viver a família, a pátria, os ideais, de viver-se...”. A esta colocação, Lebrun complementa no seu diálogo com Melman (MELMAN, 2003, p.15) que “a saúde mental, hoje em dia, não se origina mais numa harmonia com o Ideal, mas com um objeto de satisfação”.

Uma tal evolução é geradora de crise com o afrouxamento do laço familiar com seus efeitos psicológicos originados do declínio da imago paterna. Os números percentuais que se registraram na presente pesquisa, ratificam o pensamento de Melmam, pois revela que entre aqueles que têm filhos ainda há um percentual de cerca de 15% a 20% que sequer acompanha de forma adequada a evolução dos próprios filhos, conforme dados referidos. Mais tarde há que estudar as conseqüências dessa quebra de valores na aparição de patologias novas e se questionar acerca dos remédios para essa evolução.

Lazer e vida social

O lazer, segundo Pereira; Bueno (1997), tem três funções básicas. Uma delas é o descanso, capaz de reparar e recuperar as forças físicas e mentais que se esvaem com as tensões das rotinas cotidianas, em particular aquelas provenientes do esforço laboral. A segunda função do lazer é o divertimento (recreação, distração, entretenimento) e a forma escolhida vai de acordo com as escolhas de cada um, inclusive exercendo sua livre capacidade criadora e artística, como forma de opor-se ao tédio ou *stress*. E por fim, a terceira função está ligada ao desenvolvimento de personalidade, bem estar social e participação mais ativa no atendimento das necessidades individual, familiar, profissional e sócio-cultural.

Pereira; Bueno (1997) afirmam que a ética do lazer não é a da ociosidade que afasta o trabalho, nem tampouco a da licença que burla as obrigações, mas a de um equilíbrio entre as exigências impostas pelo social e as exigências desinteressadas do próprio sujeito.

Foi registrado, nesta pesquisa, um percentual, de 82% de profissionais, que afirmam ter algum tipo de hobby, mas não se sabe com que freqüência a ele se dedicam. Em relação ao planejamento de suas férias, apenas 52% o fazem (GRÁFICO 11), entretanto 30% de todos os profissionais não conseguiram gozá-las nos últimos dois anos (GRÁFICO 12).

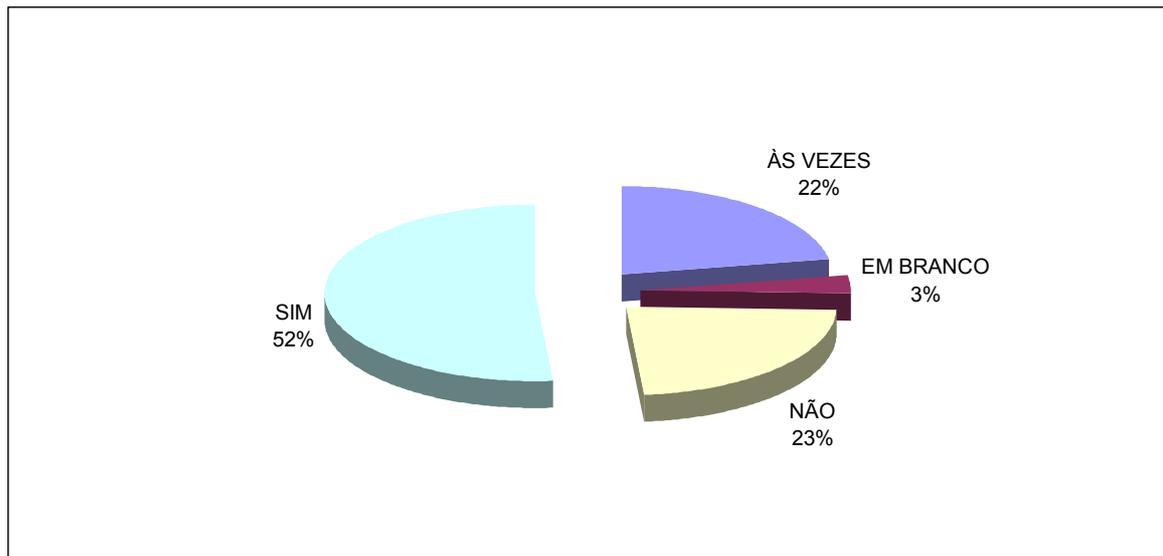


GRÁFICO 11 – Profissionais que planejam as suas férias

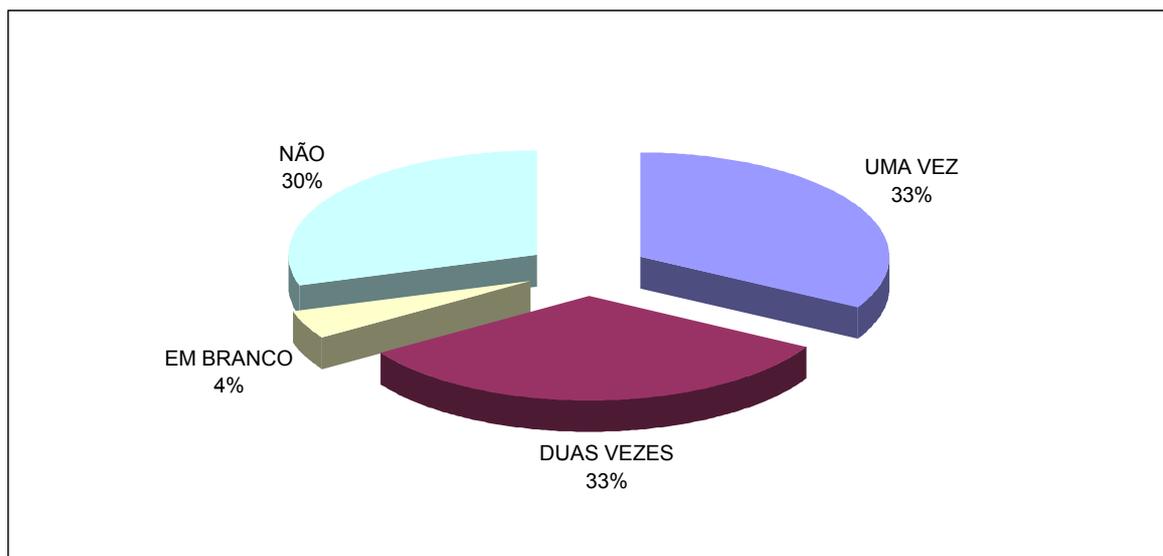


GRÁFICO 12 - Profissionais que gozaram férias nos últimos dois anos

Poder-se-ia pensar que os que não saem de férias estariam possivelmente impedidos por conta dos múltiplos vínculos e dos sistemas de plantões. Entretanto, verificou-se que os autônomos que não saem de férias há mais de dois anos (36,44%) equivalem a um percentual maior que aqueles que têm dois ou mais vínculos empregatícios e não saem de férias (28,44%). Conclui-se que as férias por serem compulsórias para quem tem vínculos, acabam beneficiando os empregados que fazem uso delas em benefício de sua saúde mental, cuidado que os autônomos não têm, provavelmente por questões

financeiras, uma vez que não seriam remunerados no período de descanso.

Uma parcela de 31% dos profissionais de saúde, raramente consegue sair e encontrar-se com os amigos. Apenas 25% deles se permitem, com frequência, sair para dançar, entendendo-se esta como uma atividade importante para avaliar a disponibilidade do sujeito em investir em lazer e em uma prática, que sendo prazerosa, eleva a auto-estima e aponta também para um bom nível de socialização.

Apelando para a literatura, tem-se o registro de um estudo realizado com 10 membros de uma equipe de enfermagem de UTI, sobre a representação do serviço em UTI e o sentido do lazer com suas implicações no ambiente de trabalho e como promotor de saúde. Entende-se que lazer é um meio alternativo para o relaxamento e alívio dos problemas advindos do seu cotidiano, tanto na esfera pessoal quanto profissional. O grupo conceituou lazer como diversão/descontração (80%); relaxamento (20%), e o grupo ressaltou ainda a importância de se discutir mais sobre necessidades de lazer, admitindo grande tensão no trabalho e apontando que se houvesse mais lazer haveria também melhor comunicação e favorecimento nas inter-relações. Vivenciar situações limites na UTI requer dos profissionais que reconheçam seus próprios sentimentos e necessidades para que saibam também aliviar as suas tensões e assistam melhor seus pacientes, tornando o ambiente de trabalho mais agradável (PEREIRA; BUENO, 1997).

Os especialistas em recursos humanos recomendam que o sujeito precisa ser determinado, reconhecendo os próprios limites e não se exigindo além deles; férias são fundamentais. Fazer paradas periódicas, mudar o seu foco de atenção, garantindo períodos de lazer; reorganizar o dia, delegar tarefas e até mesmo renunciar a algumas. O acúmulo de funções deve ser evitado; anotar tudo e evitar esquecimento de compromissos importantes; planejar tudo. Programar o tempo de forma que possa adaptar-se caso haja mudanças de planos. Estas são algumas estratégias para garantir mais qualidade de vida e saúde mental para trabalhadores em geral.

6.1.4 Condições gerais de saúde, drogas, tabagismo e álcool.

Orandum est ut sit mens sana in corpore sano

Juvenal

No tocante a exames de saúde, 70,89% dos sujeitos desta pesquisa se

submeteram a exames de saúde nos últimos 12 meses. Dados anteriormente apresentados nesta pesquisa permitem inferir que um bom contingente destes profissionais foi admitido recentemente pelas instituições onde trabalham, o que dá margem a duas interpretações em relação aos cuidados de saúde: ou estes profissionais estão atentos à mesma, ou estes exames (22% com menos de cinco anos de graduação), foram de caráter compulsório, por se tratar de exames pré-admissionais. Chama a atenção, por lidarmos com profissionais da área de saúde, o percentual de 5,82% que não lembra quando fez os últimos exames e 0,45% que nunca se submeteram a nenhum exame em sua vida, revelando total descuido com sua própria saúde (GRÁFICO 13).

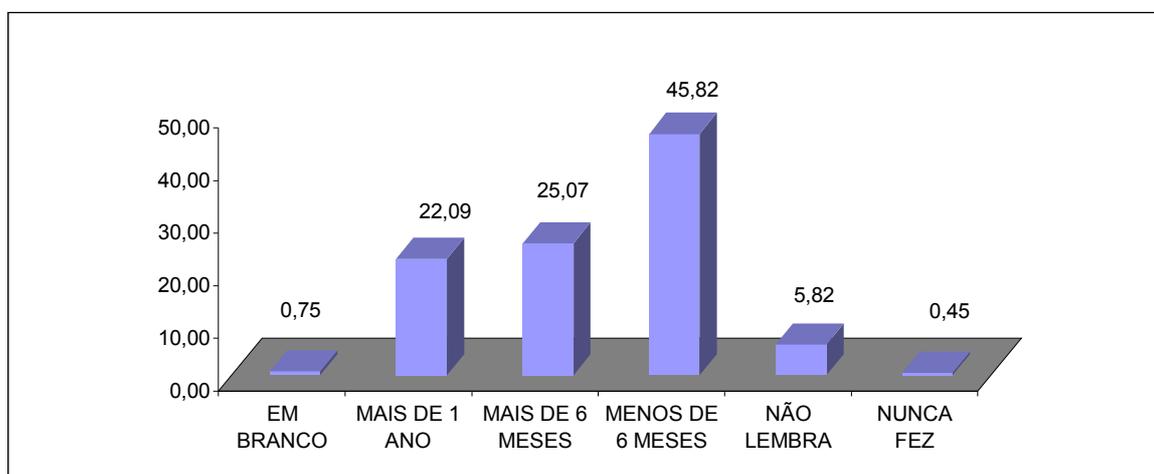


GRÁFICO 13 – Exames de saúde realizados no último ano

Quanto à atividade física, 57% dos profissionais de saúde de Sergipe não se preocupam em manutenção de saúde através de programas de atividades sistemáticas. Entre os 42% que declararam ter atividade física, 35% a mantém no mínimo três vezes por semana. As modalidades de atividade física mais comuns são musculação (11,94%), caminhadas (9,4%) e aeróbica (7,61%).

Encontrou-se como resultado desta pesquisa que 26% dos profissionais de saúde têm alterações da pressão arterial e apenas 9% faz o seu controle medicamentoso.

Na presente pesquisa, 32% da amostra sente dores de cabeça com frequência (GRÁFICO 14) e 38% fazem uso regular de medicação (analgésicos em um maior percentual equivalente a 17%, 3% de psicofármacos e 18% de drogas diversas).

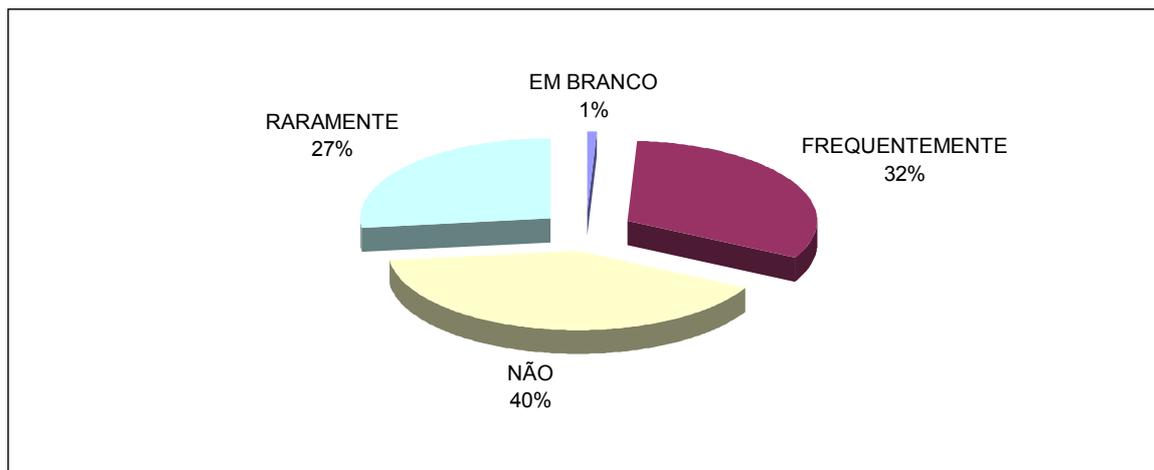


GRÁFICO 14 – Dores de cabeça

Uso de drogas

Dos profissionais de saúde de Sergipe, na presente pesquisa, 4,63%, declararam fazer uso de drogas ilícitas (2,09% usam maconha, 0,15% associam maconha com cocaína e álcool e os demais não especificaram o tipo de droga) e 68,21% dos sujeitos não responderam a pergunta o que pode significar um número maior de usuários de drogas. Chama a atenção o percentual de 3,73% de respondentes que afirmam trabalhar sob efeito destas drogas. Ainda há aqueles, 3,43%, que afirmam trabalhar sob o efeito de tranquilizantes.

São inquestionáveis os avanços e a invasão maciça da psicofarmacologia, neuroquímica e neurobiológica no cotidiano e no imaginário popular, com as promessas de bem estar e felicidade. As drogas em geral (lícitas ou não) efetivamente têm estado presentes na vida das pessoas. “Se olharmos para a psiquiatria, o tema da cura se deixa confundir com o da droga. Curar ou drogar?”, pergunta Peres (1999a p.20).

O consumo inadequado, muitas vezes até irresponsável, de medicamentos é uma constante no estilo de vida dos brasileiros. Dois em cada três medicamentos são vendidos sem receita médica (SEGATTO; MANIR; TERMERO, 2003).

O Brasil ocupa a quinta posição no ranking mundial dos maiores consumidores de remédios, com uma banalização do uso de antiinflamatórios, xaropes, vitaminas, analgésicos e o que é pior, consomem também as drogas que minimizam alterações de humor, na maioria das vezes por conta própria e sem nenhum acompanhamento médico, inclusive os profissionais da área de saúde das mais diversas áreas que se arvoram a,

equivocadamente, entender de tudo ligado à saúde, fazendo jus ao ditado popular que diz que *de médico e de louco todo mundo tem um pouco* (SEGATTO; MANIR; TERMERO, 2003).

Os profissionais de saúde apresentam os mais altos índices, identificado há muitos anos e que persiste até hoje, de dependência de analgésicos e tranqüilizantes (SEBASTIANI, 2002)

É estimado pelo Ministério da Saúde que $\frac{1}{4}$ da população, ao longo de sua vida, precisam de algum tipo de atendimento em saúde mental. Se forem consideradas apenas as psicoses, neuroses graves, deficiência mental e demência, chega-se a uma estimativa de 3% da população geral, ou seja, algo em torno de 5 milhões de pessoas que precisam de atendimento contínuo e permanente de serviços como os prestados nos centros de atenção diária (CAPS e NAPS). Entretanto, além disso, existem as pessoas (4% da população) que pelo uso abusivo de álcool e outras drogas também necessitam de atendimento, o que aumenta consideravelmente a demanda em relação a uma oferta baixa de serviços. Metade da população dos hospitais de custódia e tratamento psiquiátricos é constituída por usuários de drogas que cumprem medidas de segurança ou aguardam perícia psiquiátrica, daí também, a necessidade de haver uma revisão da lei que criminaliza o uso de substâncias e cria situações perversas de institucionalização forçada dos usuários e de violência policial e judicial (Lei 10.216) (BRASIL, 2002).

Em Aracaju, a Secretaria Municipal de Saúde em parceria com o Ministério da Saúde vem promovendo as mudanças na rede municipal de saúde mental, onde 40% do total de internações hospitalares em 2001 são por sofrimento psíquico e os demais 60% são por uso abusivo de álcool e outras drogas (ARACAJU, 2003).

Os dados oficiais não especificam

Conforme Ehrenberg (1998) apud Roudinesco (2000, p.19-20) "...o drogado é hoje a figura simbólica empregada para definir as feições do anti-sujeito. Antigamente era o louco que ocupava este lugar. Se a depressão é a história de um sujeito inencontrável, a drogadição é a nostalgia de um sujeito perdido".

Entre pacientes com ansiedade, 20 a 45% têm histórias de dependência do álcool e Marques; Alves (2002) apontam vários estudos entre 1980 e 1996, que mostram que 23 a 70% dos pacientes dependentes de álcool também sofrem de transtornos ansiosos, em particular, as fobias. Eles afirmam que ...

... existe a hipótese de que os indivíduos ansiosos acabam por usar o álcool como uma forma de auto medicação, o que acaba por agravar o transtorno ansioso primário [...] indivíduos com fobia social, agorafobia, estresse pós-traumático e pânico, podem beber para reduzir a tensão (p.106).

As vendas de antidepressivos no Brasil cresceram 11% nos últimos três anos, segundo o Instituto Brasileiro de Defesa do Usuário de Medicamentos, em levantamento realizado a pedido da Revista Época. Só no mês de outubro de 2003 foram consumidos 16,8 milhões de comprimidos que fazem da promessa da felicidade o seu maior marketing, elevando-os à categoria de objeto de desejo de consumo, como faz o Prozac, ou ainda o Pamelor e Zoloft, entre outros, revelando que os brasileiros ainda procuram por soluções rápidas para aliviar suas angústias existenciais, suas tristezas e ansiedades (SEGATTO; MANIR; TERMERO, 2003).

Prescritos tanto por clínicos gerais como por psiquiatras, os psicotrópicos normalizam comportamentos e fazem com que sintomas de sofrimentos psíquicos desapareçam sem lhes buscar uma significação. A psicofarmacologia, segundo Roudinesco (2000 p. 22), “encerra o sujeito em uma nova alienação ao pretender curá-lo da própria essência da condição humana”.

O médico infelizmente também faz parte de uma classe profissional que mais faz uso do álcool, drogas ilícitas e benzodiazepínicos e estão entre os 4% dos brasileiros dependentes de ansiolíticos (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2002).

Segundo Marques; Alves (2002) os profissionais da área de saúde, apresentam dependência química na mesma proporção que a população em geral, que é de 8 a 14% mas, sofrem riscos maiores no desenvolvimento de uma relação de dependência, quer como válvula de escape ao stress, ou ainda favorecida pela intimidade com injeções e seringas, quer pela facilidade de acesso às anfetaminas, opióides e benzodiazepínicos, muitas vezes roubados dos hospitais onde trabalham. Na presente pesquisa os percentuais de uso de drogas ilícitas foram de 4,63%, inferiores, portanto, aos referidos acima.

Entre o medo da desordem e a valorização de uma competitividade calcada no sucesso material, os profissionais de saúde preferem entregar-se, muitas vezes, de forma deliberada a substâncias químicas do que se expor e falar dos seus sofrimentos. Roudinesco (2000, p. 41) ainda complementa que “o moderno profissional de saúde já não tem tempo para se ocupar da longa duração do psiquismo [...] em lugar das paixões, a

calmaria, em lugar do desejo, a ausência do desejo, em lugar do sujeito, o nada, e em lugar da história, o fim da história”.

Os estudantes de medicina e enfermagem, estagiários e residentes de medicina também estão expostos aos fatores de risco inerentes ao exercício profissionais, associados a alguns outros, bastante relevantes, tais como, história familiar de dependência; problemas emocionais; *stress* em casa e no trabalho; busca de emoções fortes; hábito de automedicar-se para aliviar a dor ou controlar o humor e fadiga crônica (MARQUES; ALVES, 2002).

É claro, que estas drogas quando devidamente prescritas, por um psiquiatra, único especialista da área médica, capacitado para lidar com elas nas dosagens indicadas para cada caso de forma singular, são instrumental importante nos tratamentos de certos transtornos de comportamento e ou de humor. Entretanto, os profissionais de saúde e mais especificamente os médicos, vendem a imagem de auto-suficiência e temem ser julgados e estigmatizados se procurarem ajuda, quando diante de seus problemas e de dependência de drogas (lícitas ou ilícitas). Temem pela sua reputação e pelo seu emprego. A dependência e a negação dos problemas, dificultam também esta procura. A própria família e os colegas, muitas vezes, fazem o jogo do silêncio e da negação, o que pode tornar o problema mais grave e com conseqüências, muitas vezes dramáticas, para estes profissionais e seus pacientes, uma vez que o uso indevido de drogas poderá levar o profissional a uma prática inadequada e que podem promover ações iatrogênicas, inquéritos e constrangimentos.

O fenômeno da dependência química entre médicos deve ser abordado tanto pela classe quanto pelos empregadores como uma importante causa de queda de desempenho, absenteísmo e erro médico. Segundo o General Medical Council (GMC), órgão semelhante ao Conselho Federal de Medicina na Inglaterra, 2/3 dos processos relacionados à má prática e erro médico relacionam-se ao uso nocivo e dependência de substâncias psicoativas (MARQUES; ALVES, 2002 p.110).

Médicos em tratamento por dependência química, foram objetos de um estudo realizado pela coordenação da Rede de Apoio aos Médicos Dependentes, que por sua vez, foi criada a partir de um convênio entre o Centro de Estudos do Departamento de Psiquiatria da Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de S.Paulo e o CREMESP. Na análise dos dados verificou-se que os médicos que procuraram ajuda eram majoritariamente homens e casados. Estes profissionais levaram em média 3,7 anos para buscar ajuda. A maioria usava duas ou mais drogas e as que eram mais usadas eram o

álcool (71.4%), cocaína (31.1%), benzodiazepínicos (26.7%), maconha (26.2%). Ainda citaram os problemas mais importantes promovidos pelo uso das drogas: 84,5% apontaram problemas profissionais, 19.4% problemas jurídicos e 8.3% citaram problemas com o Conselho Regional de Medicina (MARQUES; ALVES, 2002).

Uso de álcool e tabaco

Declararam-se fumantes, apenas 6% dos respondentes, sendo 5% com mais de 10 anos de vício e informando, estes, o desejo de largar o cigarro.

Quanto ao uso de bebidas alcoólicas, 27,61 dos profissionais pesquisados nunca bebem, 53,28% bebem raramente ou em ocasiões especiais e 1% revela beber quase diariamente (GRÁFICO 15). Entre os que bebem, 30% consomem de duas a três doses e 14% mais de três, 22% confessam que se embriagaram no último ano (GRÁFICO 16) e 2,69% relatam ter trabalhado sob efeito do álcool (GRÁFICO 17). Considerando a situação dos que revelaram beber quase diariamente, e daqueles que se embriagaram durante o último ano, uma ou mais vezes, pode-se apontar para o uso abusivo do álcool nesta parcela da população.

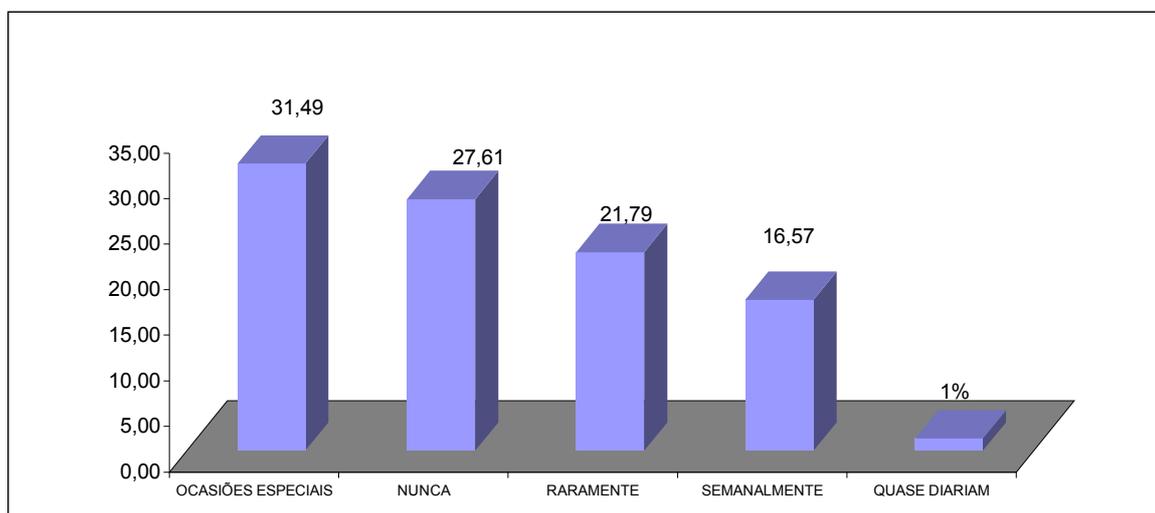


GRÁFICO 15 – Frequência do consumo de bebidas alcoólicas

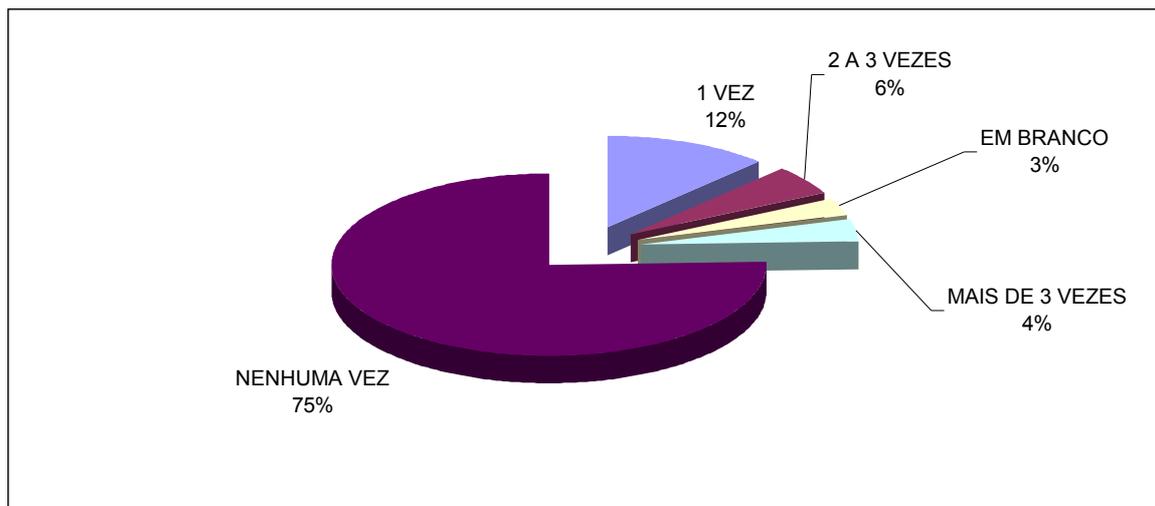


GRÁFICO 16 – Profissionais que se embriagaram no último ano

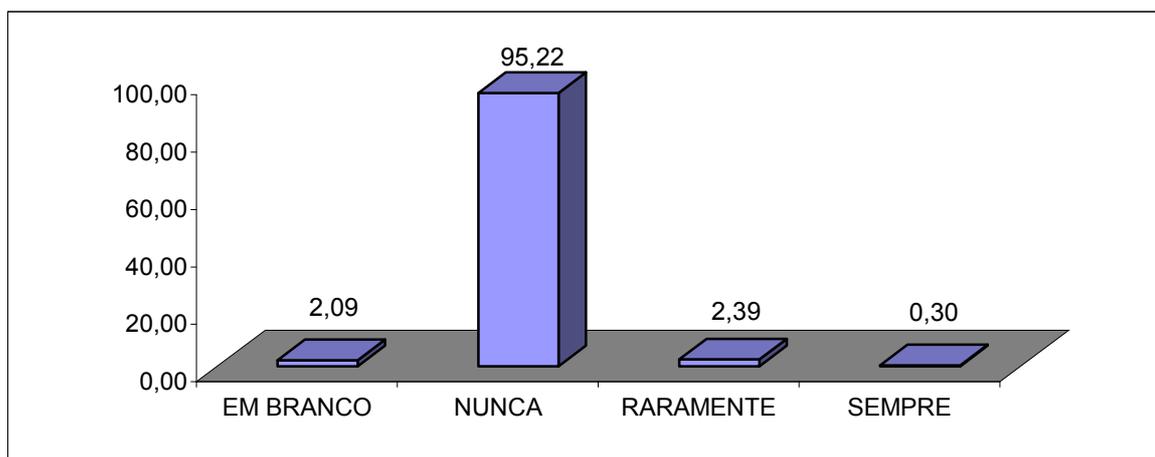


GRÁFICO 17 – Profissionais que trabalham sob efeito de álcool

O Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID) da Universidade Federal de S.Paulo (UNIFESP) fez um levantamento do consumo de drogas na população geral com achados compatíveis com a incidência mundial de 1993 (6 a 10% da população mundial tem problemas relacionados ao álcool e 25% ao uso do tabaco) (MARQUES; ALVES 2002, p.104).

Percebe-se, portanto, uma tendência, nos profissionais de saúde, alvo da presente pesquisa, a alguma forma de adicção, quer seja álcool, tabaco, psicofármacos, drogas ilícitas ou até mesmo o trabalho, que são usados como válvulas de escape em uma busca desenfreada por algo, que lhe dê a ilusão de completude e bem estar.

Embora os dados desta pesquisa apresentem índices menores que o da literatura, estes não podem ser relegados, desde quando se constituem em sinais que

apontam para uma população que necessita de ajuda, o que, na pesquisa qualitativa é a postura típica do pesquisador: atentar para a presença ou a ausência do fenômeno, mesmo que ele não tenha significância estatística.

6.1.5 Sexualidade e relacionamentos afetivos

... do ridículo que tudo quanto é humano assume sempre que é íntimo.

Fernando Pessoa

Os relacionamentos afetivos e a sexualidade do ser humano, ao lado do enigma da morte, são os elementos que mais geram angústia, frustrações e sofrimento. Tornam-se fontes, que oscilam rápida e freqüentemente, do prazer, à dor e sofrimento, provocando mecanismos de defesa e fomentando a formação de sintomas.

O tema do amor revela os equívocos diante da fantasia de completude. Freud nos Três ensaios sobre a teoria da sexualidade (1905, p.229) diz que “o encontro de um objeto é na realidade, um reencontro dele”. Freud quis dizer que existe uma identificação do sujeito com um traço de objeto, um traço de todos os seres um dia amados. O sujeito é o próprio traço, comum dos objetos amados e perdidos, é o traço unário. Assim, o traço, é uma marca que identifica o sujeito mas que lhe é desconhecida. As fantasias se articulam quando o sujeito desperta algo no outro e se oferece como objeto causa do desejo. Entretanto um encontro amoroso não implica que haja um encaixe perfeito: “essa é a face ilusória do amor, porque a possibilidade de complementaridade, de simetria entre sujeito e objeto, entre amado e amante é por estrutura, impossível” (OFICINA DE PRODUÇÃO DO IEPSI, 1995, p.79).

No que tange a amostra desta pesquisa e suas escolhas sexuais, os homossexuais representam 2% dos profissionais de saúde, 2% declararam-se bissexual e 1% sem definição. Estes percentuais podem ser maiores pois 6% do total se omitiu e não respondeu sobre as suas escolhas sexuais. Apenas 1% dos profissionais de saúde revelaram conflitos com relação a sua escolha sexual e sentem-se discriminado.

Com relação à satisfação sexual, 85,82% sentem-se satisfeitos e apenas 7,01% raramente se realizam (GRÁFICO 18). Chama a atenção o fato de 7% dos respondentes terem se omitido nesta questão o que leva a inferir a dificuldade de se lidar com a mesma, mesmo em se tratando de um questionário anônimo, ou ainda, que estas pessoas não tenham práticas sexuais. Por conta de outras perguntas ligadas à esfera sexual, percebe-se

que esta última possibilidade não se sustenta na sua totalidade.

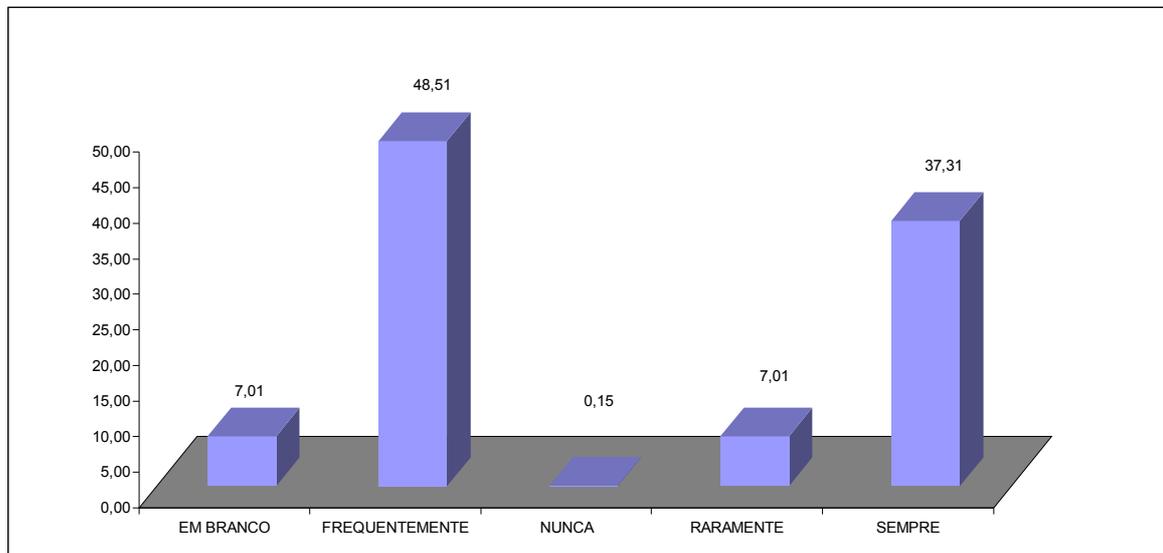


GRÁFICO 18 –Satisfação sexual dos profissionais de saúde

Silva, E.S. (2001) refere que queixas sobre perturbações na vida sexual são mais freqüentes em trabalhadores de turnos alternados. Relata ainda, que trabalhadores com fadiga física tem um relacionamento familiar com menos diálogo e tem convívio com o parceiro e com os filhos.

Quando os profissionais de saúde da presente pesquisa foram questionados sobre a presença de distúrbios sexuais, não surpreende que 17% da amostra tenham revelado algum tipo de problema. Entre estes, os mais significativos foram: ausência de orgasmo (32%), dor nas relações sexuais (19%), ejaculação precoce (18%), rigidez (10%), vaginismo (2%) e impotência (1%).

Não vivemos sem emoções. Costa (1999) diz que a emoção amorosa pode nos trazer grandes alegrias, prazeres e felicidade; entretanto, afirma, que amar é um padecimento necessário,

... uma forma paradoxal que temos de gozar com nossa imagem narcísica projetada no amado e renunciar, simultaneamente, às promessas de completude narcísica, vivendo a finitude de um sentimento que desejamos que seja eterno [...] o amor segue o destino da sexualidade, ou seja ocultar e revelar o que tanto tememos: a ferida da existência não tem cura e viver é conviver com a dor de existir ((p.23).

Apela-se para Freud (1989, original de 1929-1930) que justificaria isso no seu texto *O mal estar na civilização* quando afirma que “nunca nos achamos tão indefesos contra o sofrimento como quando amamos, nunca tão desamparadamente infelizes como quando perdemos o nosso objeto amado ou o seu amor” (p.101).

No tocante ao relacionamento afetivo, na presente pesquisa, 69% declararam ter um relacionamento afetivo estável, 8% mantém uma relação aberta, sem compromisso de fidelidade, 5% pensam em separação e 5% afirmam ter um namoro/casamento insatisfatório (GRÁFICO 19).

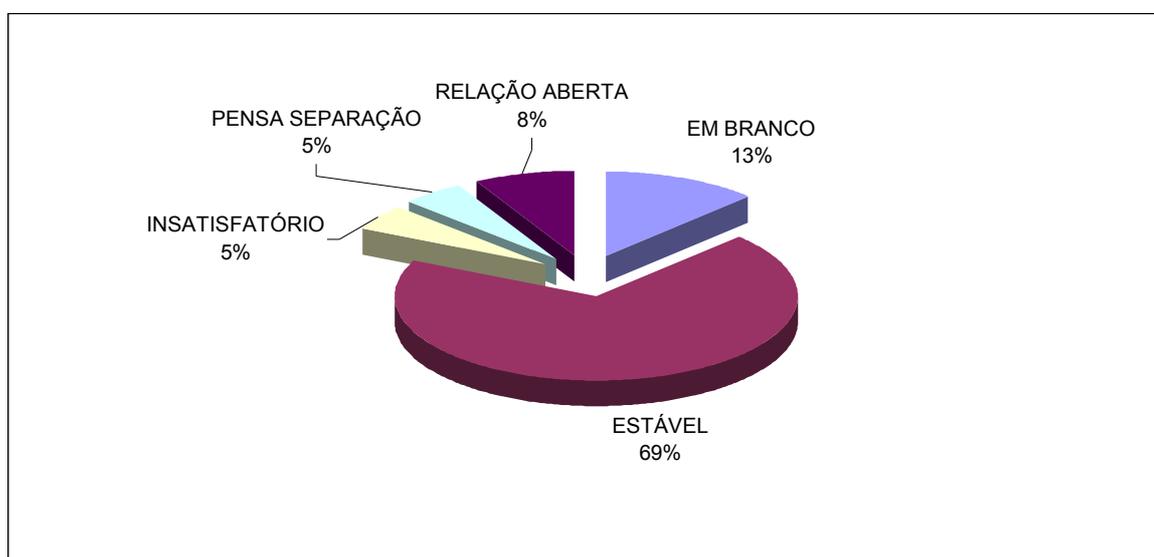


GRÁFICO 19 – Qualidade dos relacionamentos afetivos

Na pesquisa de Valko; Clayton, de 1975 e citada no trabalho de Nogueira-Martins; Jorge (1998), os problemas conjugais vividos pelos residentes de medicina que estavam deprimidos foram significativamente maiores (46%) do que no grupo dos não-deprimidos (7%).

Na presente pesquisa, entre aqueles com relacionamento estável, 14% confessaram infidelidade. A psiquiatra Carmita Abdo, pesquisadora da Universidade de São Paulo (USP), coordenou a pesquisa *Estudo da Vida Sexual do Brasileiro*, feita em 2003 com mais de sete mil pessoas em 13 estados, em parceria com o Ibope. Este estudo apontou que metade dos homens e um quarto das mulheres confessaram que já tiveram pelo menos um caso extra-conjugal e que a traição é a causa de um terço dos divórcios no país (PARAÍSO..., 2003). Os números em Sergipe apontam para esta tendência nacional.

Quanto à frequência das relações sexuais, 72% as mantêm ao menos uma vez

por semana, sendo 3% diariamente (GRÁFICO 20).

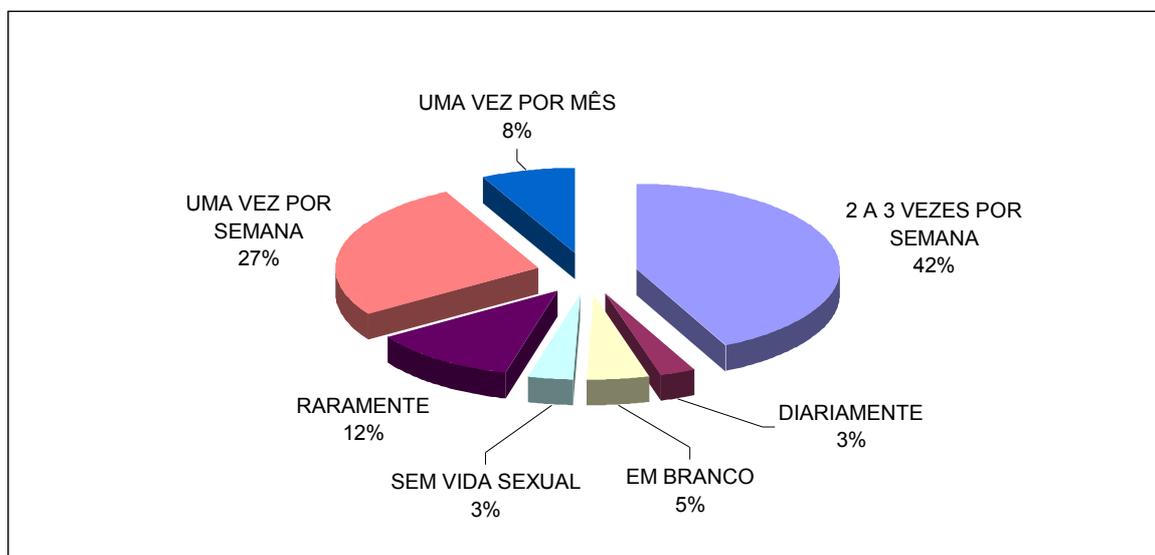


GRÁFICO 20 – Frequência das relações sexuais

Em caso de sexo casual ou relacionamentos extraconjugais, apenas 37% fazem uso sistemático de preservativos, 14% usam frequentemente, mas não sempre, 4% usam raramente e 2% nunca usam, o que significa que 57% admitem ter sexo casual ou relacionamento extraconjugal, ou ainda, que 20% dos profissionais de saúde têm comportamento de risco. Este percentual final pode estar abaixo da realidade, pois 38% dos sujeitos da pesquisa não responderam esta questão, enquanto 5% afirmam que nunca há a experiência do sexo casual (GRÁFICO 21). Em relação a masturbação, 15% afirmam que o faz com frequência, 33% afirmam nunca fazê-lo e 44% admitem que o fazem, ainda que, raramente.

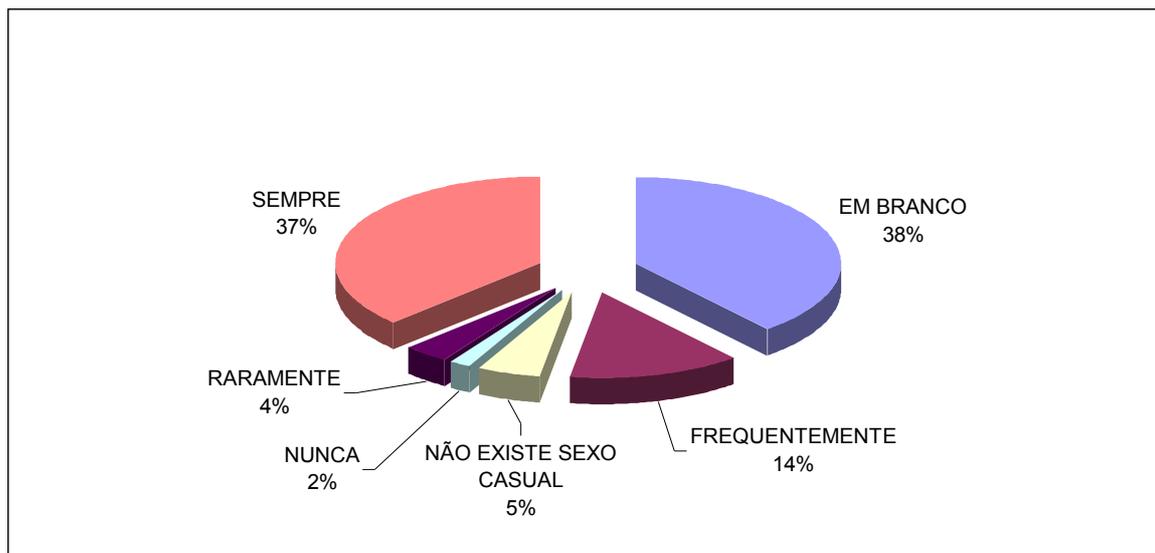


GRÁFICO 21 – Uso de preservativos em situações de sexo casual ou relações extraconjugais

6.1.6 Avaliação psíquica

Está escrito no primeiro capítulo do Eclesiastes: ‘o número de loucos é infinito’. Ora, esse número infinito compreende todos os homens, com exceção de uns poucos, e duvido que alguma vez se tenha visto esses poucos.

Erasmus, de Rotterdam

Em relação à avaliação psíquica, importante frisar as limitações de um instrumento desta natureza (questionário auto aplicável), onde se corre o risco de que alguns respondentes não tenham a definição exata sobre alguns distúrbios aqui discutidos. Entende-se, entretanto, que exista uma aproximação com estes conceitos, uma vez que são profissionais de saúde, e os dados são aqui tratados como informação dos respondentes, sejam elas precisas ou não, do ponto de vista diagnóstico, por não ser este o objetivo desta pesquisa.

A maioria dos profissionais de saúde, sujeitos desta pesquisa, correspondentes a 60% da amostra, sente-se ansioso ou estressado com frequência (GRÁFICO 22) e 42,54% relatam ter freqüentes alterações de humor.

Nas regiões metropolitanas no Brasil cerca de 18% da população necessita de algum tipo de atendimento psiquiátrico e cerca de 30% dos trabalhadores do país sofrem de algum tipo de desconforto psíquico. As psiconeuroses estão em primeiro lugar entre as causas de incapacidade temporária entre os segurados do Instituto Nacional de Seguridade

Social e ocupam respectivamente o segundo e o terceiro lugar entre as causas de afastamento por incapacidade permanente e por invalidez⁵ (SILVA, E. S., 2001).

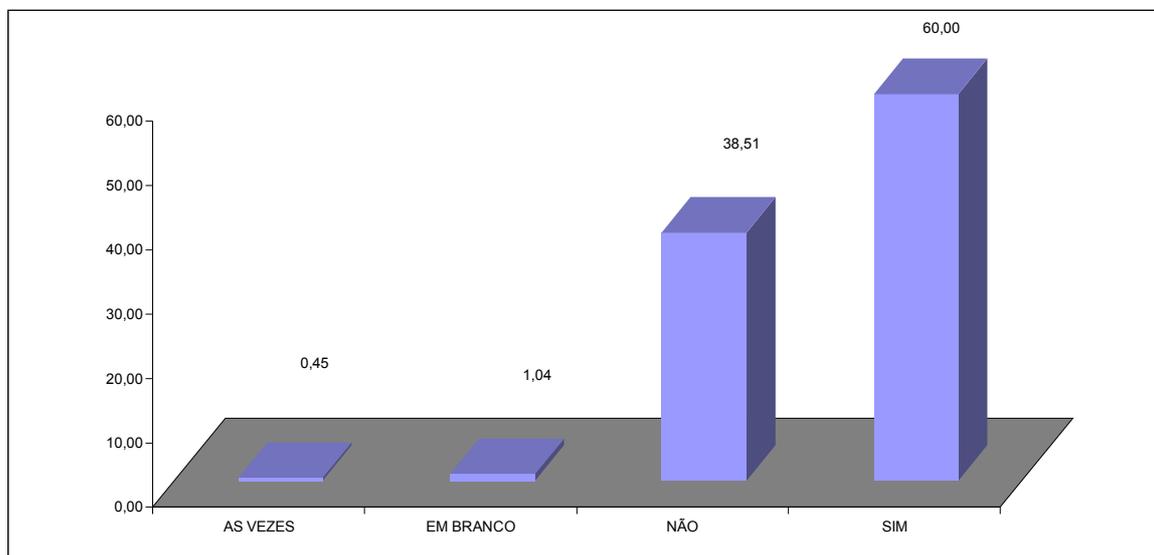


GRÁFICO 22 – *Stress*

SILVA, M.M.A. (2001) mostrou em seu estudo que a prevalência de doença afetiva em médicos era superior à da população geral. Esta pesquisadora em uma revisão da literatura apontou vários autores e respectivos estudos sobre as doenças psiquiátricas entre médicos, a exemplo de: Ironide (1966), que concluiu em seu trabalho que 13% dos estudantes de medicina de 5º ano, na Nova Zelândia, precisavam de cuidados psiquiátricos; Hunter (1968) apontou que 18% dos alunos de medicina buscavam ajuda nos serviços de psiquiatria; Davis (1968) descobriu que 11% dos homens e 24% das mulheres no 1º ano do curso de medicina apresentavam sintomas neuróticos; Valko e Clayton (1975) acharam que 30% dos médicos no 1º ano após graduação tinham depressão clínica; Reubem (1985) na sua pesquisa localizou os seguintes dados: a depressão em 29% dos médicos no 1º ano de formado, 22% no 2º ano e 10% no 3º ano de formado; Rucinsck e Cybulska (1985) encontraram os seguintes transtornos psiquiátricos como os mais frequentes em médicos: alcoolismo e drogadição, com 51 a 57% das admissões em hospital psiquiátrico e desordem afetiva que variavam de 21 a 64%, dependendo do estudo.

⁵ Os distúrbios mentais, reconhecidos como psiconeuroses, são as psicoses (esquizofrenia, psicose maniaco-depressiva, psicose senil, psicose orgânica, etc), os distúrbios psiconeuróticos (estados de ansiedade, de depressão, de histeria, etc) e o estresse (SILVA, 2001).

6.1.6.1 Distúrbios do sono

Acho que escutei uma voz gritar: 'Nunca mais dormirás! Macbeth assassinou o sono!' [...] O sono inocente, sono que deslinda a meada enredada das preocupações, a morte da vida de cada dia, banho reparador do trabalho doloroso, bálsamo das almas feridas, segundo prato na mesa da grande Natureza, principal alimento do festim da vida!...

William Shakespeare
Macbeth, ato II, cena 2

Considerando o intenso *stress* dos pesquisados, o tipo e o ritmo de plantões a que se submetem alguns, alterando inclusive o ciclo natural do sono, a preocupação constante com as inúmeras variáveis próprias do seu trabalho, não surpreende que em relação ao distúrbio do sono, 20% dos participantes desta pesquisa, o refiram. Ainda tivemos como resultado a informação que 4% têm pesadelos freqüentemente.

O neurologista Geraldo Rizzo, presidente da Sociedade Brasileira de Neurofisiologia, sob os auspícios do laboratório farmacêutico Roche, fez a maior pesquisa já realizada no Brasil, ouvindo 22.518 pessoas, em nove capitais e duas grandes metrópoles, sobre a qualidade do sono dos brasileiros e traçando, por conseguinte, o perfil detalhado do insone brasileiro (VEIGA; OLIVEIRA, 2004).

Os distúrbios do sono, são, talvez, um dos sintomas mais comuns quando alguém se sente em uma situação que lhe cobra algum tipo de esforço ou lhe promova um desafio. Compreende-se como distúrbios do sono, as condições que levam as pessoas a dormir mal: a dificuldade em adormecer e manter-se dormindo e que geralmente é promovido pela ansiedade, depressão e *stress* (insônia); apnéia do sono; síndrome das pernas inquietas, mal que acomete 10% da população e que não tem uma causa ainda esclarecida; sonolência excessiva; distúrbios do padrão sono-vigília e as parasonias, que são o sonambulismo; terror noturno e bruxismo (ranger de dentes que se acentua com os problemas emocionais e *stress*). O resultado de uma noite mal dormida significa que no dia seguinte possivelmente o sujeito apresentará mau humor, irritabilidade e uma certa lentidão no curso do pensamento. Os pesquisadores dos distúrbios do sono avaliam que 1/3 da população adulta tem dificuldades de conciliar o sono, ainda que apenas 17% busquem ajuda médica (FRANÇA; RODRIGUES, 2002; VEIGA; OLIVEIRA, 2004).

No Brasil, 45% da população classifica seu sono como ruim ou regular; 32%

relatam dificuldade para começar a dormir e 25% acordam com frequência e não conseguem mais dormir. Importante frisar que, 67% dizem que a insônia prejudica seus relacionamentos (VEIGA; OLIVEIRA, 2004).

Estes autores referem uma pesquisa de Rizzo, sobre os problemas ligados ao sono, onde o mesmo afirma que pelo fato de não haver a obrigatoriedade de uma disciplina sobre o tema nas faculdades de Medicina, que aborde sua relevância e formas de tratamento dos seus distúrbios, o médico simplesmente ignora a questão ao fazer um diagnóstico (VEIGA; OLIVEIRA, 2004).

Existem distúrbios que são prejudiciais ao sono e que requerem tratamento medicamentoso, entretanto o que a princípio a Sociedade Brasileira de Neurofisiologia apud Veiga; Oliveira (2004) recomenda é que as pessoas adquiram os hábitos do que ela chama de higiene do sono, que são:

1. Deitar e levantar todos os dias no mesmo horário.
2. Manter o quarto escuro, silencioso e numa temperatura entre 17 e 20 graus Celsius.
3. Não tomar bebidas alcoólicas ou estimulantes nem fazer exercícios físicos um pouco antes de dormir.
4. Evitar comidas gordurosas e de difícil digestão no jantar.
5. Reduzir o cigarro.
6. Não ler e nem ver TV na cama.
7. Ter um momento de relaxamento à noite.
8. Não conversar sobre assuntos sérios antes de dormir.
9. Virar o rádio-relógio para a parede.
10. Não ficar brigando com o travesseiro e só deitar na hora em que o sono chegar.

8.1.6.2 Memória e concentração

Para lembrar tarefas e compromissos, 50% da amostra da presente pesquisa revela a necessidade do uso de agenda, e no tocante às capacidades de concentração e de realização de pequenos cálculos, 82% as referem comprometidas discretamente e 3% com comprometimento total.

8.1.6.3 Distúrbios de percepção e síndrome de pânico

Entre os profissionais de saúde pesquisados 11% já apresentaram sintomas da síndrome do pânico. Segundo Peres (1999b) os sintomas mais comuns que caracterizam a síndrome de pânico são: medo de morrer, ou seja, uma intensa angústia de morte com a sensação de que a vida e o controle das coisas estão lhe escapando; coração acelerado; dor no peito; falta de ar, e não raro, estes sintomas estão associados a transtorno obsessivo compulsivo.

Freud fez uma distinção entre as neuroses atuais e as neuropsicoses de defesa. Entre as primeiras, destacou a neurastenia e a neurose de angústia e entre as segundas, a histeria, a neurose obsessiva e a paranóia, ainda que mais adiante Freud já não manteve esta divisão. Entretanto, o pai da psicanálise faz uma descrição muito específica da neurose de angústia:

A expectativa angustiada é o sintoma nuclear da neurose [...] Mas a ansiedade – que embora fique latente a maior parte do tempo, no que concerne à consciência, está constantemente à espreita no fundo - tem outros meios de se expressar, além desse. Pode irromper subitamente na consciência, sem ter sido despertada por uma seqüência de representações, provocando assim um ataque de angústia. Esse tipo de ataque de angústia pode consistir apenas no sentimento de angústia, sem nenhuma representação associada, ou ser acompanhada da interpretação que estiver à mão, tal como representações de extinção da vida, ou de um acesso, ou de uma ameaça de loucura; ou então, algum tipo de parestesia (similar à aura histérica) pode combinar-se com o sentimento de angústia, ou finalmente, o sentimento de angústia pode estar ligado ao distúrbio de uma ou mais funções corporais – tais como a respiração, a atividade cardíaca, a inervação vasomotora ou a atividade glandular. Desta combinação, o paciente seleciona ora um fator particular, ora outro. Queixa-se de espasmos do coração, dificuldade de respirar, inundações de suor, fome devoradora e coisas semelhantes e em sua descrição, o sentimento de angústia freqüentemente recua para o segundo plano ou é mencionado de modo bastante irreconhecível como um sentir-se mal, não estar à vontade e assim por diante (Freud, 1976, original de 1895 p.110-111).

Peres (1999b) faz referência ao texto acima, escrito por Freud e lembra que o autor acrescentou ainda que o acordar em pânico à noite e o chamado pavor noturno das crianças pode ser incluído nesta mesma síndrome e que o fator sexual seria o predisponente do ataque, ou seja o impedimento da transformação da excitação sexual somática em energia psiquicamente elaborada.

Peres (1999b p.124) menciona que no texto freudiano é dito que essa

expectativa ansiosa e os continuados ataques de angústia podem conduzir ao desenvolvimento de dois grupos de fobias típicos: “relacionando-se o primeiro com riscos fisiológicos gerais e o segundo com a locomoção” (FREUD apud PERES, 1999 b). Neste segundo grupo, Freud inclui a agorafobia, com as suas diferentes formas de manifestações, todas vinculadas à locomoção.

Freud, portanto, descreveu em 1895 uma síndrome que a psiquiatria em 1980, chamou de síndrome de pânico.

A síndrome de pânico corresponde a um momento rápido de perda identificatória que irá confrontar o sujeito com o que Freud nos aponta por meio da palavra alemã *Hilflosigkeit*, ou seja um estado absoluto de desamparo psíquico e motor diante do qual o sujeito se sente impotente para enfrentar o que o afeta (PERES, 1999b, p.125).

Peres (1999b) arremata dizendo ainda que a constante violência urbana, aliada a instabilidade econômica e dos empregos, ou ainda, a impossibilidade de se conquistar uma aparência de velhice, entre muitas outros fatores, são fontes seguras de síndrome de pânico.

Uma parcela considerada alta, 31% dos participantes da presente pesquisa, relata ter as mais variadas fobias: acrofobia (medo de altura), claustrofobia (medo de espaços fechados), agorafobia (medo de lugares públicos ou espaços abertos), escuro, elevador, avião, aracnofobia (medo de aranhas), falar em público, entre outros medos exagerados que podem promover alterações do sistema parassimpático, ao deparar-se com o objeto do medo, tais como, extremidades frias, sudorese, tonturas, taquicardias, dificuldades respiratórias e às vezes sensação de morte iminente. Considerando a gravidade dos transtornos acima citados, compreende-se que estes sujeitos da pesquisa trazem consigo muito sofrimento psíquico e necessitam de ajuda.

Nesta pesquisa, foi registrado entre os profissionais de saúde um percentual de 12,99% que afirmam ter tido algum tipo de distúrbio de percepção.

Nogueira-Martins, L.A. (2002) aponta que entre as causas de comprometimento da saúde mental do médico e demais profissionais de saúde, não se pode ignorar alguns outros fatores que dizem do exercício atual da medicina e que geram insatisfação com a profissão, diminuindo a auto-estima deste grupo e gerando *stress*:

- a desordenada criação de novas escolas de Medicina, aumentando o número de profissionais no mercado de trabalho, gerando alta competitividade com mudanças no comportamento ético;
- o rápido desenvolvimento tecnológico-científico, que gera novos recursos diagnósticos e terapêuticos, criando necessidades de constantes atualizações, gerando a *Síndrome da Informação*, ou seja uma urgência psíquica em manter-se informado sobre absolutamente tudo da sua área de interesse, sabendo inclusive que é impossível, o que faz com que estes profissionais sintam-se constantemente ultrapassados e obsoletos e com a sensação de impotência;
- a forte influência da indústria farmacêutica e em especial a de equipamentos que fomentam a “Medicina Tecnológica”, prática profissional centrada em exames complementares;
- aumento de empresas que compram serviços de saúde, o que descaracterizou o caráter liberal da prática profissional e tolhem a autonomia do profissional no que tange a procedimentos e exames em números limitados;
- a criação do Código de Defesa do Consumidor que fez elevar o número de denúncias e processos na esfera judicial e dentro dos Conselhos Regionais das categorias profissionais envolvidas favorecendo dificuldades no relacionamento com os pacientes frente a uma maior cobrança social.

6.1.6.5 Depressão e suicídio

O sofrimento psíquico ou a dor de viver, na atualidade manifesta-se freqüentemente como um misto entre tristeza e apatia, a busca da identidade e o culto de si mesmo. A depressão tem sido o sintoma predominante do sofrimento psíquico na atualidade. O homem moderno quer livrar-se da sua inquietação e angústia de viver, sem questioná-la e sem querer saber o seu sentido, transferindo para os fármacos a questão dos destinos das pulsões, tornando a sua vida cada vez mais vazia.

A depressão desnuda uma vida marcada pela insuficiência e pela perda do sentido da existência.

Quando o homem percebe que a administração de sua vida depende dele mesmo, deixa de culpar um fator exterior, surgindo a “*consciência infeliz*” do homem contemporâneo, presa à auto-acusação. Impedido de alcançar o ideal que estabeleceu para ele mesmo, o homem passa a culpar-se, carregando dentro dele mesmo o sentimento da insuficiência (PERES, 1999a).

Esse homem que se tornou prisioneiro das exigências de um ideal que o alimenta e ao mesmo tempo o destrói vive o conflito entre o que é capaz e o que verdadeiramente ele deseja. Ele sofre por imaginar que tudo é possível, mas que ele não está à altura daquilo que supõe que esperam dele e será marcado por...

... uma fratura entre as exigências de um ideal do eu e as possibilidades de seu eu ideal fragilizado, fratura essa que se presentifica na constituição e manifestação do seu narcisismo [...] O homem atual é, pois, candidato fácil às assim chamadas depressões ou neuroses do narcisismo (PERES, 1999 a, p.16).

Culpa e responsabilidade sofrem um deslocamento que compromete as relações entre o permitido e o proibido, o público e o privado, o possível e o impossível. O homem ganha a liberdade e perde segurança. O homem tornou-se pela sua culpa, vítima de seus conflitos e insuficiente diante de sua liberdade (PERES, 1999 a).

A vida é um *nonsense*, solidão e desamparo e o eu do sujeito, uma construção ilusória, se sustenta na memória e no olhar do outro para se reconhecer ao longo do tempo. Com relação ao tempo, o ser humano segundo Roudinesco (2000), já não tem tempo para nada na medida em que estica o tempo da vida, o do lazer, o tempo do desemprego e do tédio. É como se o sujeito, apesar da liberdade e do tempo conquistados, já não soubesse onde empregá-los.

A concepção freudiana de um sujeito do inconsciente, consciente de sua liberdade, mas atormentado pelo sexo, pela morte e pela proibição, foi substituída pela concepção mais psicológica de um indivíduo depressivo, que foge de seu inconsciente e está preocupado em retirar de si a essência de todo conflito (ROUDINESCO 2000, p.19).

Só nos resta o amor. Estamos condenados a amar: amar a vida, os outros e a nós mesmos e nesta multiplicidade de laços damos sentido à nossa existência. A depressão é o rompimento dessa rede de sentidos e amparo. É um momento em que o psiquismo, segundo Kehl (2003), não responde com sua atividade ilusionista por uma falha do amor, e

deixa que o vazio que nos cerca venha à tona, em um enfrentamento insustentável com a verdade.

Na presente pesquisa, 64% dos respondentes já apresentaram alguma vez, sintomas de depressão (GRÁFICO 23).

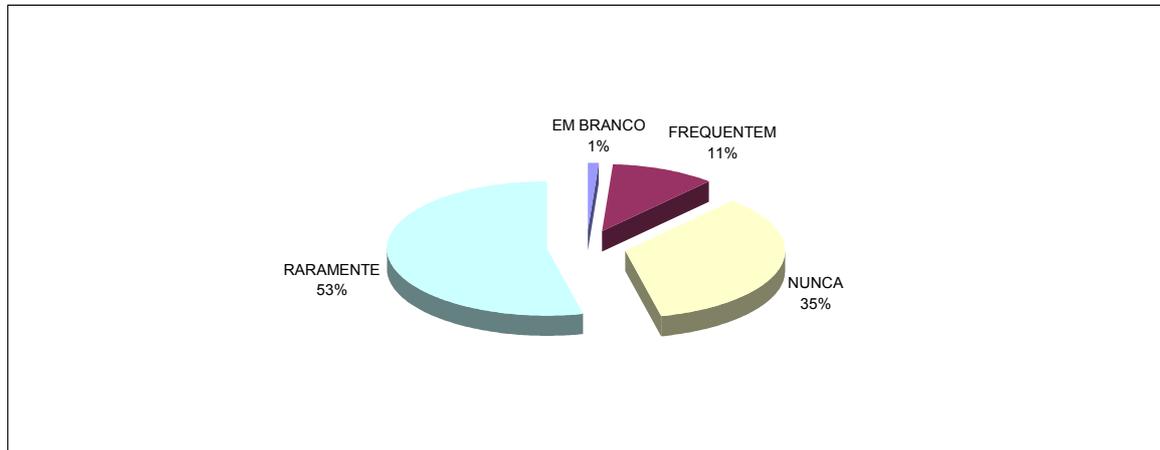


GRÁFICO 23 – Presença de sintomas de depressão entre os profissionais de saúde

Os estados depressivos comprometem as atividades profissionais, uma vez que os indivíduos não conseguem desenvolver suas funções adequadamente, muitas vezes, sequer consegue trabalhar tais as dificuldades de concentração, diminuição da capacidade de concentração e cansaço excessivo. Os autores França; Rodrigues (2002) apontam os sintomas mais comuns:

- redução do nível de energia;
- perda do interesse;
- dificuldade em iniciar atividades, principalmente pela manhã;
- diminuição importante do apetite ou aumento da ingestão de alimentos, às vezes com caráter compulsivo;
- perda ou ganho de peso;
- insônia inicial ou despertar precoce;
- hipersonia durante o dia;
- preocupação maior que a habitual;
- dificuldade em tomar decisões;
- sentimento de desesperança;
- pessimismo;
- diminuição do prazer nas atividades em geral;

- diminuição da libido;
- afastamento das atividades sociais;
- irritabilidade;
- diminuição da auto-estima;
- idéias negativas sobre si mesmo;
- crises de choro;
- angústia;
- lentificação do pensamento e/ou dos movimentos
- pensamento de que a morte seria um alívio ou solução;
- idéias ou planos suicidas;
- incremento da preocupação com a saúde.

Nogueira-Martins; Jorge (1998) publicaram resultados de pesquisa entre médicos residentes e registraram depressão em 30% dos residentes no primeiro ano de treinamento e em 63% dos deprimidos o início da depressão ocorria quando os residentes trabalhavam 100 ou mais horas semanais.

Vive-se numa cultura cada vez mais depressiva diante de um cotidiano cheio de frustrações e decepções, com personalidades pouco resistentes às frustrações e à incompreensão do outro. Pode-se aliviar o sofrimento com os psicofármacos, da mesma forma como o álcool pode fazer esquecer a perda de um afeto. Com um detalhe, o álcool não traz de volta o amor perdido, nem o remédio consegue resgatar a auto-estima ou a recuperação da própria significação do mundo. Os psicofármacos são capazes de fazer a supressão dos sintomas da depressão, em especial a inibição e a angústia, entretanto essa ação no sintoma, via droga, apenas promove a redução do sujeito à sua sintomatologia, desconsiderando a sua subjetividade (PERES, 2003; PESSOTTI, 2003).

Meleiro (1998) afirma que os sentimentos de culpa por fracasso de onipotência (limites da realidade) favorecem o aparecimento dos quadros depressivos e suicídios.

Entre os profissionais de saúde pesquisados, 14% dos sujeitos da pesquisa admitiram que ao menos uma vez já pensaram em suicídio (GRÁFICO 24). O perfil dos que pensam em suicídio: mulheres (73,91%) e entre 20 e 30 anos de idade (45.16%). Percebe-se que o percentual vai reduzindo com o avançar da idade e apenas 7,52% têm idade entre 51 e 60 anos de idade. Entre estes com idéias de suicídio, 4,44% pensam nisso sempre ou quase sempre e 95,55% pensam raramente.

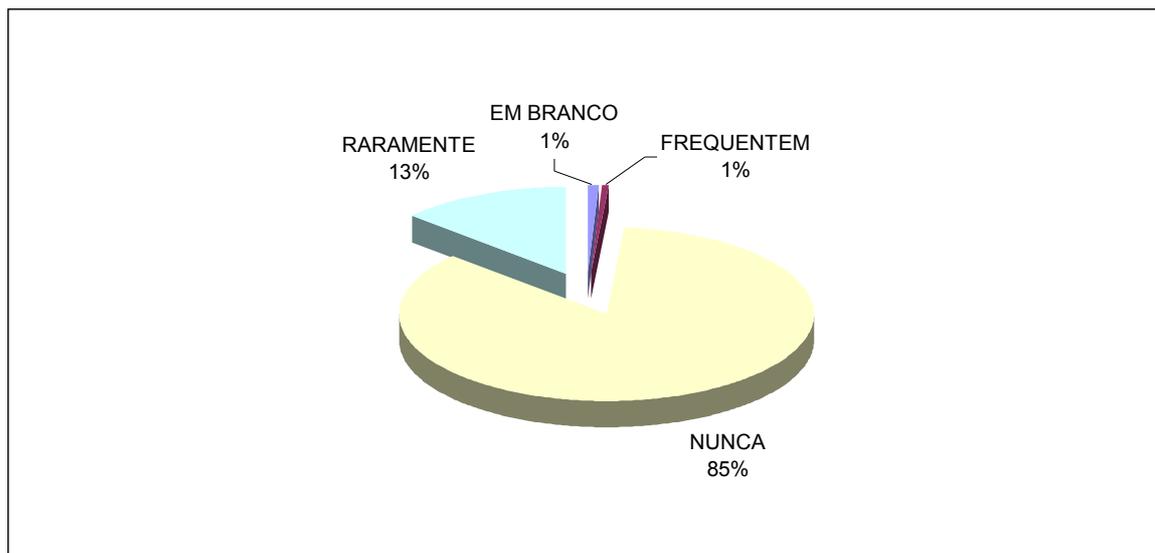


GRÁFICO 24 – Idéias de suicídio entre os profissionais de saúde

O suicídio é considerado um grande problema de saúde pública e é uma das principais causas de morte de adultos jovens. O suicídio é predominante na faixa etária de 15 a 34 anos. Dos transtornos mentais que levam ao suicídio o mais freqüente é a depressão (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2001)

O médico é, na maioria das vezes, ambicioso, ativo, compulsivo, competitivo, entusiasta e individualista e por conseguinte se frustra mais facilmente quando não encontra reconhecimento, gerando expectativas, ansiedade, depressão e carente de cuidados, algumas vezes, psiquiátricos, ou, na sua onipotência, pode buscar outras soluções, somatiza, faz uso de álcool e drogas e no seu limite máximo, suicida-se (MELEIRO, 1998).

A intimidade que os médicos e a maioria dos profissionais de saúde têm com a morte, o acesso aos meios, a falta de princípios religiosos e morais mais consistentes, fazem com que o suicídio seja visto apenas como uma maneira fácil de solução para os seus problemas.

Meleiro (1998) aponta que alunos de medicina são mais susceptíveis ao abandono do curso, depressão e ao suicídio, do que alunos de outras categorias e a justificativa, está no perfil destes graduandos, mais exigentes e altamente pressionados pela prática médica, sentem-se culpados pelo que não sabem e paralisados pelo medo de errar.

No estado de S. Paulo a taxa de suicídio entre os médicos é quatro vezes maior que da população em geral, ficando atrás, apenas dos policiais, identificando-se que 30%

dos residentes médicos são deprimidos (SINDICATO DOS MÉDICOS DE SÃO PAULO, 2002).

Certas especialidades médicas são mais vulneráveis ao suicídio que outras: anestesistas, psiquiatras, oftalmologistas e patologistas segundo as conclusões de Meleiro (1998) a partir de sua revisão de literatura.

Em uma publicação do AMA – Council on Scientific Affairs (1987) citada pelo mesmo autor existe um levantamento de situações e causas facilitadoras de suicídio entre os médicos: excessiva vulnerabilidade às perdas pessoais, profissionais, financeiras; trabalham mais horas que os colegas; tendem ao abuso do álcool e outras drogas; estão mais insatisfeitos com a profissão que os colegas; verbalizam e dão pistas sobre a possibilidade do suicídio; desordem emocional e mental; traumas infantis e problemas familiares; automedicam-se acima da média dos colegas.

Meleiro (1998) aponta, ainda, as principais razões para a elevada taxa de suicídios entre os médicos, citando os autores Simon e Lumry (1968): médicos negam o seu *stress* e desconforto psicológico; elaboram fortes esquemas defensivos, fechando-se e acobertando as ideações suicidas; há uma negligência por parte dos familiares e colegas que imaginam que ele saiba se cuidar, afinal é médico; e justo por ser médico conhece os métodos mais eficazes para o suicídio.

Trabalho realizado por psiquiatras da Escola Paulista de Medicina registra o alto nível de *stress* entre médicos, em especial recém formados e relata casos de suicídio entre os anos de 1992 e 1995 (SANTOS, 2004).

Nogueira-Martins, L.A. (2002) cita pesquisa realizada em parceria entre Fundação SEADE e CREMESP que aponta que 11% dos óbitos de médicos da faixa etária dos 20 aos 39 anos, foram por suicídio. O autor arremata dizendo que, o surpreendente é a idade jovem destes médicos suicidas em comparação a estudos internacionais que referem incidência maior de suicídios de médicos entre 45 e 60 anos de idade.

Os meios utilizados para suicidar-se variam conforme o grau de letalidade, que é uma suposta garantia de êxito, o fácil acesso e a aceitação cultural. A ingestão excessiva de drogas é muito utilizada. Entre os medicamentos, os psicofármacos são fartamente utilizados principalmente por profissionais de saúde que conhecem os seus efeitos e os conseguem com relativa facilidade nos hospitais, através dos representantes de laboratórios que os distribuem gratuitamente e ou ainda, através da autoprescrição.

Outro dado importante, negligenciado e pouco pesquisado é a repercussão do

suicídio do profissional de saúde dentro da equipe de trabalho. Suicídios ou tentativas, podem provocar no grupo, paralisações, identificações e sentimentos contraditórios, que vão da raiva, hostilidade e rejeição à culpa, passando pelo medo, a tristeza e o desamparo. E o colega designado para fazer este atendimento tem, não raro, estas mesmas reações, que para Tabachnick e Hills (1961) citados por Meleiro (1998) não passam de crises contratransferenciais.

Uma alta prevalência de suicídios, uso de substâncias psicoativas, depressão e até distúrbios conjugais, entre médicos e residentes, fazem crer, que certas condições de trabalho, sejam consideradas insalubres, perigosas e penosas para estes profissionais, comprometendo sua saúde física e mental (NOGUEIRA-MARTINS, L.A., 2002).

Um achado relevante na presente pesquisa dos profissionais da área de saúde é que aqueles que pensam insistentemente em suicídio, declararam-se totalmente realizados profissionalmente e entre os que pensam em suicídio raramente, 62,79% estão parcialmente realizados; 31,39% são totalmente realizados e apenas 5,81% falam em desejo de mudança de profissão, o que leva a crer que as idéias suicidas devem-se na maioria das vezes, a outras questões, que não necessariamente o exercício profissional.

Quando o sofrimento psíquico não é tratável com fármacos, é da psicanálise que se pode esperar alguma ajuda ou prevenção.

Quando os profissionais foram questionados sobre tratamento psicoterápico/psicanalítico, 22,65% responderam que fizeram ou estão fazendo (GRÁFICO 25), 2% já fizeram tratamento psiquiátrico e 1% mantém-se sob acompanhamento.

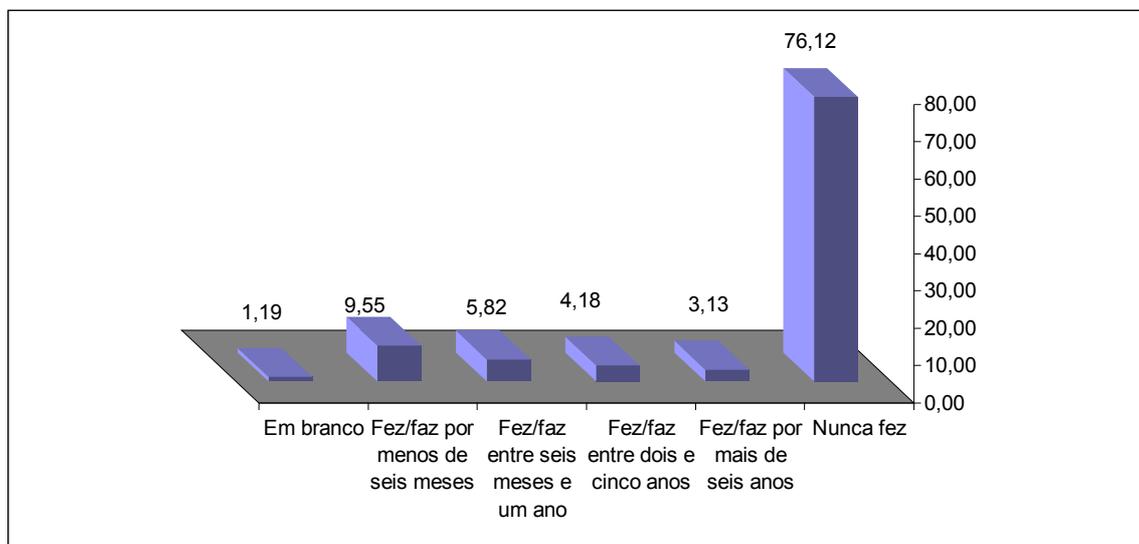


GRÁFICO 25 – Tratamento psicoterápico/psicanalítico

Interessante perceber alguns dados relevantes: entre os que fazem uso abusivo de álcool, apenas 50% (três profissionais) já procuraram ajuda, entre os fóbicos apenas 25,71% procuraram ajuda psicoterápica, entre os que relatavam ter síndrome de pânico apenas 30% procuraram ajuda, entre os que tem depressão, 30,98% procuraram ajuda psicoterápica e 4,81% ajuda psiquiátrica. Entre os que pensam em suicídio 37,80% procuraram ajuda psicoterápica e 8,79% ajuda psiquiátrica. Ou seja, estes profissionais percebem os sinais de sofrimento psíquico, mas nem sempre, buscam ajuda, quer por preconceito, quer por auto-suficiência.

6.2 PERCEPÇÃO DOS LÍDERES DE CLASSES E COORDENADORES DOS CURSOS DE GRADUAÇÃO

A saúde mental do trabalhador está diretamente relacionada ao prazer que este sente ao desenvolver suas tarefas com competência técnica, ao tempo que garante respeito e reconhecimento entre seus pares e superiores (MENDES, 1994; SANTOS 2004).

A história da luta em saúde mental ocupacional começou nos anos de 1978 e 1979 paralela à abertura política e fim da ditadura militar, quando alguns sindicatos iniciaram ações para prevenção de acidentes e doenças do trabalho. Os sindicatos começaram a atuar e intervir na área de saúde e segurança do trabalho, a partir de então, com o início dos Serviços Especializados em Saúde e Segurança do Trabalho nas empresas. Em 1980 surgiu o Departamento Intersindical e de Estudos e Pesquisas de Saúde e dos Ambientes de Trabalho (SILVEIRA, 1996; CARVALHO 2004).

Com a influência da chamada Medicina Social Latina, a partir dos anos 80 do século XX, os conceitos de saúde do trabalhador começaram a ter destaque e deram força aos movimentos sindicais inspirados no movimento sindical italiano. A evolução das organizações do trabalho e suas condições, e ainda a qualidade de vida do trabalhador, não podem ser dissociadas do desenvolvimento das lutas sindicais. Por outro lado, o descompasso entre estes elementos é causa de sofrimento mental (DEJOURS, 1992; PIANTA; DOMINGOS, 2002; SANTOS 2004).

É relevante o papel exercido pelas entidades que atuam nas áreas: profissional (conselhos reguladores e fiscalizadores do exercício), sindical (sindicatos), associativa (associações de classe), ao lado dos coordenadores de cursos de graduação, na defesa

profissional, desde a formação até a educação continuada e o aperfeiçoamento dos profissionais da área de saúde. São estas entidades, que segundo Nogueira-Martins (2001) tem participado de importantes e construtivos debates em prol das políticas pró-melhoria da educação e da saúde, documentando estes encontros e divulgando-os, não só aos profissionais interessados, mas à sociedade em geral.

Nogueira-Martins (2001) aponta uma recente e importante contribuição de uma dessas entidades de classe, o Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (CREMESP), em favor da saúde física e mental dos médicos, e certamente a favor de uma boa prestação de serviços também. O CREMESP normatizou a questão da sobrecarga de trabalho, vetando plantões presenciais superiores a vinte e quatro horas ininterruptas, por compreender que o homem não pode ser tratado como uma máquina.

Na etapa qualitativa desta pesquisa, conforme já descrito, foram entrevistados presidentes de conselhos regionais, de sindicatos e de associações de classe, bem como coordenadores de cursos de graduação.

Da análise das entrevistas, agrupadas por categoria profissional, chega-se à constatação das condições do exercício profissional e dos problemas percebidos, seja em relação à prática e/ou ao ensino, às condições e aos problemas, estes gerais ou específicos de determinadas profissões. São apresentadas inicialmente as informações dos respondentes sobre aspectos específicos de cada categoria, e a seguir aquelas presentes em todas as falas, e, portanto, comuns a todas as profissões.

6.2.1 Psicologia:

Conforme as informações dos entrevistados, a psicologia experimenta um momento de valorização social, haja vista as cobranças constantes da categoria ao Estado e às Prefeituras, baseadas nas políticas públicas de saúde, para que estes profissionais compoñham as equipes de saúde do SUS (Sistema Único de Saúde).

O psicólogo tem uma diversidade de possibilidades de atuações, que variam da ajuda individual a intervenções de caráter coletivo. Essas múltiplas possibilidades denunciam que os conhecimentos da graduação são insuficientes e isso faz com que os psicólogos busquem incessantemente conhecimentos e aperfeiçoamentos.

Os psicólogos, profissionais liberais, com um piso salarial considerado pelos entrevistados como três vezes menor que o ideal, sentem necessidade de ter vários vínculos

empregatícios, ainda que existam poucas oportunidades de trabalho, diante de um mercado restrito.

Os profissionais sofrem de *stress* pela natureza do seu trabalho, em contato direto com a dor e o sofrimento dos seus pacientes; a sobrecarga de trabalho; baixa remuneração; poucas possibilidades no mercado de trabalho; os credenciamentos com os planos de saúde que restringem o atendimento e alguns exigem relatórios, indo de encontro com os preceitos éticos que preservam o sigilo.

Os entrevistados referem como mecanismos de defesa, diante de tantos problemas emocionais, o uso abusivo de álcool e drogas ilícitas.

Os coordenadores de curso (em Sergipe são três cursos de psicologia, dois privados e um na universidade pública) relatam que investem na graduação incentivando os alunos a buscarem tratamento e orientações quanto às disciplinas que sentem dificuldades. Durante a graduação em um dos cursos, o coordenador aponta duas oportunidades para abordar a saúde mental do profissional: psicologia do trabalho e psicodiagnóstico. No outro curso, o coordenador afirma que não há investimento na saúde mental do aluno alegando não ser função do colegiado.

6.2.2 Fisioterapia e Terapia Ocupacional:

As duas profissões possuem um mesmo órgão fiscalizador, e apenas a fisioterapia possui um curso de graduação no Estado.

A fisioterapia, conforme os entrevistados desta categoria, é uma profissão em franca ascensão. Há, entretanto uma preocupação com relação à presença de leigos e técnicos exercendo o papel de fisioterapeutas, e com o piso salarial que promove descontentamento, por ser, na opinião destes, duas vezes menor que o ideal.

Referem que a prática favorece *stress* e problemas de saúde, como a LER (lesão por esforço repetitivo), e queixam-se, ainda, com relação aos plantões e credenciamentos junto aos planos de saúde, que remuneram mal e limitam o número de atendimentos.

Os líderes de classe e o coordenador de curso informam realizar eventos com o objetivo de discutir questões éticas, psicológicas e condições de trabalhos. O coordenador de curso refere oferecer atendimento psicológico aos seus alunos. Na graduação, segundo o mesmo, existem duas disciplinas que ajudam no cuidado e prevenção da saúde do futuro

profissional: prevenção em ergonomia e saúde mental. Um dos dirigentes de classe afirmou a inexistência de investimentos em saúde mental dos profissionais.

6.2.3 Medicina

Conforme os entrevistados a Medicina é uma profissão que evolui com o rápido avanço da tecnologia, farmacologia e biogenética. Segundo a percepção dos líderes há um contingente de médicos superior às necessidades da comunidade. Há apenas um curso de Medicina na Universidade Federal de Sergipe. Além do mercado competitivo, há insatisfação com os honorários que estimulam múltiplos vínculos, a excessiva carga horária de trabalho, sucessivos plantões, e o vínculo psicogênico com os credenciamentos junto aos planos de saúde que remuneram mal e interferem nos procedimentos médicos.

Há o *stress* pela falência de possibilidades de prestar serviços com qualidade, a vida familiar e social dos profissionais fica comprometida e há uma falta de conscientização destes com relação aos seus limites e o próprio desgaste.

É do conhecimento dos líderes de classes o uso de drogas lícitas e ilícitas dos seus associados e sindicalizados e o desinteresse dos profissionais em procurar ajuda.

Alguns líderes mostraram preocupação dizendo que investem na educação continuada, na defesa do exercício profissional com mais dignidade e com a promoção de cursos e eventos com caráter preventivo que abordam a saúde mental. Um dos entrevistados, entretanto afirmou não investir em saúde mental dos profissionais pelo fato desta medida não estar prevista nas leis estatutárias do órgão.

6.2.4 Enfermagem

Segundo os entrevistados as dificuldades em se lidar com as cobranças de superiores e das famílias dos pacientes, a sobrecarga de trabalho, os riscos físicos e o *stress* emocional, geram profissionais insatisfeitos e compromete a qualidade dos serviços prestados.

Há um reconhecimento da importância da profissão pela população e pelo Governo que incluiu a Enfermagem como elemento fundamental dos programas de saúde pública.

Um dos cursos refere, conforme seu coordenador, oportunizar aos alunos um

espaço de vivência onde eles aprendem a lidar com medos e situações da prática profissional.

Encontros com enfoques na saúde mental do profissional, estão sendo realizados por uma associação de classe, segundo seu presidente.

6.2.5 Odontologia

Os entrevistados informam a existência de dois cursos de Odontologia em Sergipe, e que há um excesso de profissionais no mercado de trabalho, o que reduz as demandas nos consultórios e redução dos ganhos da categoria. Atribuem esta concentração nas capitais à falta de interiorização do profissional e à ausência de políticas públicas de saúde-bucal.

Em relação à formação dos profissionais acham que deveria haver mais fiscalização do MEC para melhorá-la.

Segundo estes, as principais doenças que acometem os profissionais da classe dizem respeito às questões posturais, ruídos excessivos e lesão por esforço repetitivo.

Dois líderes comentaram sobre uma pesquisa que apontava alto índice de suicídio na categoria, sem entretanto haver indícios se havia uma relação direta com a prática profissional, ainda que os dois concordassem que o exercício da profissão não pode ser ignorado, como fator importante de *stress*.

Um dos órgãos de classe refere promover palestras holísticas.

6.2.6 Fonoaudiologia

Os depoimentos referem-se a profissionais mal remunerados com altos índices de depressão e insatisfação profissional. Representantes de classe já sugeriram terapias para os profissionais da categoria. Referem que não existem cursos de graduação em Sergipe, e que a profissão é confundida pela população com uma especialidade médica da qual se originou.

6.2.7 Nutrição

Não existe curso de graduação para esta categoria, os profissionais estão

filiados a entidades em outros estados, existindo, neste apenas um representante destas entidades. Este líder refere desconhecer doenças ou problemas relacionados ao exercício da profissão. Entretanto há uma preocupação em realizar reuniões científicas com enfoques pessoais.

6.2.8 Considerações em relação ao conjunto das categorias pesquisadas

A partir da análise horizontal das entrevistas, foi possível a percepção de informações comuns a todas as categorias, consideradas a seguir.

Os coordenadores dos cursos de graduação da área de saúde demonstram nem sempre ter a experiência desejável para exercer este papel, criando uma distância entre a teoria e a prática e preparando profissionais baseados apenas na sua experiência teórica, aquém das demandas da comunidade e sem ter conhecimento do que se passa dentro dos órgãos e associações de classes e por conseguinte destoantes das reais necessidades, dos pacientes, da comunidade, do mercado, da sociedade. Aliás, mercado de trabalho é uma coisa que, segundo eles, nunca é discutida nas escolas de graduação. Existem coordenadores que sequer conhecem o piso salarial de sua categoria.

Não se pode mais, na atualidade, preparar profissionais tecnicamente e deixá-los, sem um mínimo de conhecimentos e instrumentos para ter e saber onde buscar uma educação continuada, através de estágios, residências médicas e pós-graduações, informações básicas sobre o mercado de trabalho, suas exigências e os direitos conquistados por esta categoria profissional.

Existem coordenadores de cursos que desconhecem a realidade, inclusive dentro do Ministério da Educação com relação às diretrizes do próprio curso que coordena e qual a posição do MEC com relação ao surgimento de novos cursos de graduação.

Todos os coordenadores afirmaram, ao serem questionados, não haver nos seus cursos nenhuma disciplina voltada para o treinamento do profissional com o auto-cuidado. Alguns citam disciplinas onde estes aspectos podem ser tratados. Outrossim, dizem que em eventos e oficinas, este tema é tratado algumas vezes.

Na área de odontologia, os entrevistados foram reticentes com relação aos processos éticos, mas afirmaram que existem e a punição, nesses casos, foi apenas de advertência. Relatam que os campeões em denúncias recebidas são os ortodontistas e processos relativos à propaganda. Não se reconhecem corporativistas e categoricamente

afirmam que o Conselho definitivamente não é, pois sua função é fiscalizar e punir se necessário. Entretanto dizem que o corporativismo deve ser estimulado nos sindicatos em defesa da classe, das condições de trabalho, piso salarial e plano de cargos e salários.

Dentre os órgãos de classe só aquele que representa Fisioterapeutas e Terapeutas Ocupacionais vislumbram a categoria Fisioterapia como uma profissão de futuro promissor e com um mercado de trabalho repleto de oportunidades. Os nutricionistas ganham reconhecimento ao trabalhar aspectos preventivos nas campanhas, principalmente da hipertensão arterial, diabetes e aterosclerose coronariana. As demais categorias são percebidas pelos entrevistados como atividades saturadas e sem perspectivas no mercado de trabalho.

Nenhum entrevistado apontou a saúde mental dos profissionais da sua categoria como sendo um elemento de investimento de sua instituição/órgão. Órgãos de classe não fazem acompanhamentos de questões que digam respeito à saúde do trabalhador, física e mental, por acreditar que não lhes compete esta tarefa. Em contrapartida, afirmam conhecer pessoas que estejam adoecendo e sofrendo desgaste físico e mental, que abusam do álcool e que sejam usuários de drogas. O curioso é que eles acreditam, cada um na sua instância, que não é papel deles, na coordenação de um curso, ou como líder do sindicato, do conselho ou da associação de classe, dar apoio à saúde física e mental destes alunos ou profissionais, cabendo a cada um o ônus de se cuidar, mesmo que eles acreditem também que isto seja importante e que mereça atenção maior. Outros alegam que o seu órgão/instituição não oferece ajuda porque nunca é demandado. Ou seja, eles sabem que as pessoas estão sofrendo, mas não as procuram, na condição de líderes, para oferecer ajuda, algumas vezes, mascarando a própria omissão com a argumentação de não expor o colega e não invadir sua privacidade.

Alguns líderes mais sensíveis na percepção do sofrimento da sua classe, sugerem, quando questionados, que deveria haver maior preocupação com aspectos que promovessem condições que melhorassem a saúde mental da sua categoria.

Os problemas que comprometem a saúde mental e são desencadeante de *stress* são comuns a todas as profissões estudadas: relacionamento com seus pacientes e respectivos familiares, baixa remuneração, excesso de trabalho, dificuldades com os credenciamentos com planos de saúde.

O tema saúde mental, ainda que reconhecido como importante, não tem espaço nas pautas das reuniões das entidades, revelando desinteresse pelo assunto.

Com estes dados, juntamente com as pesquisas de Santos (2004) e Carvalho (2004), complementares a esta, constata-se a falta de conhecimentos e investimentos dos próprios líderes de classes e coordenadores de cursos de graduação em relação à saúde mental dos profissionais de saúde.

7 PROPOSTAS E CONSIDERAÇÕES ADICIONAIS

Se muito vale o já feito, mais vale o que será

Milton Nascimento

A partir dos resultados da presente pesquisa e das discussões aqui efetivadas, pode-se continuar a exploração do objeto de estudo, e aqui se colocam algumas implicações e propostas que podem subsidiar mais reflexões, estudos e novos investimentos, sobretudo de caráter prático.

7.1 PROPOSTAS ESPECÍFICAS

a) mais pesquisas

Considerando ser este o primeiro estudo realizado com os profissionais de saúde, como um único bloco, sem distinções de categorias, e sabendo que as práticas de saúde acontecem em um “espaço do encontro entre uma pessoa que sofre e busca ajuda e outras que podem dar suporte a este sofrimento, num respeito mútuo” (ZACHER, 2002), propõe-se maiores reflexões.

Se for possível a identificação dos fatores que promovem o stress e quais os distúrbios que mais acometem estes profissionais, ter-se-á mais chances de que haja melhor prestação de serviços por pessoas mais equilibradas física e emocionalmente.

Os dados coletados nesta pesquisa possibilitam, também, estudos específicos por categorias profissionais, a comparação entre os diversos extratos, bem como a identificação de outras variáveis que se podem constituir em novos objetos de estudo.

Propõe-se ainda, pesquisas sobre as razões que levam os profissionais de saúde, em especial, os médicos, a resistir aos cuidados com a própria saúde, quer profilaticamente, quer terapeuticamente, gerando, complicações, que anedoticamente são chamadas de esmeraldites.

b) Redução da carga horária nos treinamentos nas Residências Médicas e plantões

Como a jornada de trabalho com excessiva carga horária foi diagnosticada na presente pesquisa como questão relevante, e a residência médica e os plantões são inquestionavelmente os aspectos mais importantes correlacionados a esta temática sugere-se que sejam repensados.

A Residência Médica é um processo de especialização, considerada uma pós-graduação *lato sensu* e que pode ser realizada nos serviços de saúde vinculados ou não aos cursos de medicina. Questiona-se por que as escolas não dão garantias para que todos os graduandos tenham acesso assegurado aos processos de educação permanente? Não seria uma obrigação das Universidades? Sugere-se que todas as instituições que ofertam cursos de Medicina tenham obrigatoriamente serviços de Residência garantindo a formação completa dos graduandos.

Ainda que seja de reconhecido valor o papel que a Residência Médica desempenha na capacitação dos jovens graduandos em Medicina, é importante que se reveja um outro aspecto que é a sobrecarga assistencial, a excessiva carga horária e a privação do sono a que estes jovens cuidadores são submetidos. A Residência Médica é considerada pelos jovens profissionais a sua grande prova de fogo no que diz respeito aos testes de seus próprios limites, quer físicos, quer emocionais: dormem pouco, trabalham excessivamente com sistema de plantões (trabalho contínuo por mais de 24 horas faz com que o profissional apresente falhas de memória e alterações na sua capacidade cognitiva) e não valorizam as emoções, principalmente como formação reativa e subestimam a necessidade de lazer, negligenciando sua saúde física e mental.

Os residentes são duramente postos à prova, e no atual sistema não conseguem oferecer resistência ao que lhes é imposto. As mudanças devem partir dos gestores e líderes destes serviços de treinamentos com leis que regulamentem estes programas e coíbam os abusos.

Entretanto, não são apenas os residentes que sofrem determinados problemas pela extenuante jornada de trabalho. É cada vez maior o número de profissionais de saúde trabalhando em regime de plantões, em especial médicos e enfermeiros, por ser uma característica específica do trabalho hospitalar que tem necessidade de funcionamento ininterrupto. O regime de plantões cria a possibilidade, diante de baixos salários, dos

múltiplos vínculos, que comprometem a saúde física e mental e a qualidade dos serviços prestados.

Nogueira-Martins; Jorge (1998) estudaram os estados psicológicos e psicopatológicos decorrentes da privação do sono e advertem que não se pode negar os limites humanos pois, uma pessoa que é repetidamente mantida acordada por 36 ou mais horas não tem condições de realizar suas funções de forma eficiente: dificuldades de concentração; depressão; irritabilidade; sentimentos de auto-referência com grande sensibilidade às críticas; despersonalização e desrealização; inadequação afetiva usualmente associada a humor negro e déficit de memória recente.

Apela-se aqui para as recomendações da Sociedade Brasileira de Neurofisiologia (VEIGA; OLIVEIRA, 2004) que diante do ritmo sono-vigília dos plantonistas, constantemente alterado, recomenda entre outras ações, exercícios físicos que estimulam a produção de neurotransmissores e liberam hormônios com efeito analgésico; chás à base de plantas que diminuem a ansiedade; um copo de leite morno antes de dormir, pois os produtos lácteos têm aminoácidos que ajudam no processo natural de adormecer; massagens e cochilos de meia hora, pois reduzem a ansiedade para dormir à noite e descansam o corpo. Naturalmente, estas são medidas não irão solucionar os problemas dos plantonistas.

d) políticas públicas de saúde e humanização da assistência

Existem queixas dos líderes de classe da presente pesquisa acerca da ausência de contratação de determinadas categorias nos serviços públicos de saúde em especial no PSF.

Apelando para a literatura, é importante destacar que humanização da assistência implica em contratações de profissionais em número satisfatório e de acordo com a demanda da população; aquisição de tecnologias e equipamentos médico-hospitalares; estrutura física adequada aos atendimentos; reestruturação dos currículos dos cursos da área de saúde; educação continuada e melhoria da imagem do serviço público de saúde (NOGUEIRA-MARTINS, M.C.F., 2001).

Em 1994 o PSF foi implantado como estratégia de reorganização do sistema de saúde, presente em mais de 4.000 municípios.

Um dos desafios é superar os limites da especialização e implementar na formação dos profissionais de saúde, os conceitos básicos do SUS de sorte que haja uma maior percepção da saúde efetivamente como um direito e basicamente decorrente da qualidade de vida de um determinado grupo social.

Importante que os profissionais do PSF se envolvam nos processos de educação e comunicação em saúde, respeitando as diferenças culturais, negociando soluções de problemas e tornando o programa mais eficaz e menos doloroso e até gratificante para a equipe que o desenvolve.

As equipes do PSF são formadas por um médico clínico geral, denominado de médico de família, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e cerca de seis agentes comunitários. Os demais profissionais de saúde travam brigas com o governo para serem incluídos nestas equipes, a exemplo do dentista que presta serviços a mais de uma equipe, simultaneamente, ou outros profissionais como o psicólogo, que sequer faz parte destas equipes. O governo deveria investir mais em saúde, inclusive a mental, vez que entre outras carências, destaca-se aqui a ausência de profissionais específicos nestas equipes. Esta constituir-se-ia, também em uma chance de abrir mais o mercado de trabalho para os profissionais de saúde.

Para qualificar a mão de obra do PSF criou-se em novembro de 1997 os Pólos de Capacitação que funcionam em universidades e cujo princípio é a integração ensino-escola (NORONHA, 2002 a).

A melhor estratégia que dispomos é a parceria entre serviços, escolas e a comunidade.

Ficou comprovado o desejo que a sociedade, os órgãos formadores e os gestores têm de discutir o sujeito que faz saúde. O conjunto de trabalhos apresentados mostrou a necessidade de adaptarmos a formação destes profissionais à necessidade de saúde da população e do Sistema Único de Saúde. Qualificar cada vez mais a atenção à saúde da população significa também priorizar a formação do profissional de saúde (JAEGER, 2003).

Educação em saúde (não confundir com informação em saúde) para favorecer mudanças de comportamento individual, e a promoção em saúde, para promover mudanças de comportamento organizacional, devem ser metas prioritárias capazes de beneficiar a saúde da população mais carente, uma vez que a crise financeira contribui para que a saúde seja colocada em segundo plano (CANDEIAS, 1997).

Os resultados do presente trabalho apontaram para a necessidade de se rever as políticas públicas de saúde, sensibilizando governantes, líderes de classes, coordenadores de cursos e a população em geral, que devem ter conhecimentos das reais demandas da comunidade e dos problemas que envolvem as práticas de saúde, incluindo aí as condições de trabalho dos profissionais de saúde.

e) serviços especiais, grupos Balint e psicoterapia

Diante dos sinais de franco *stress* e sofrimento mental dos profissionais de saúde, recomenda-se uma maior atenção a estes trabalhadores através da implantação de serviços especiais, grupos Balint e a sugestão de psicanálise.

A UERJ (Universidade do Estado do Rio de Janeiro), em 1962, através do Hospital Universitário Pedro Ernesto, foi a primeira instituição a criar um Serviço de Assistência Médica ao Servidor da Saúde e que evoluiu para um Serviço de Saúde Ocupacional, em 1975, dando atenção especial à saúde dos seus profissionais de saúde. Hoje, este serviço continua sendo oferecido, pelo departamento de Segurança e Saúde no Trabalho ligado à Administração Central da UERJ (TENÓRIO, 2002).

Propõe-se que serviços desta natureza estejam presentes em todos os cursos de graduação, dando suporte na formação de novos profissionais.

Há a necessidade de estruturação de serviços de atendimento psicoterápico para alunos dos cursos de graduação na área de saúde com um enfoque não apenas no atendimento clínico, individual, para alunos com dificuldades, mas um serviço que vise o desenvolvimento de habilidades que permitam enfrentar problemas nas suas atividades profissionais futuras. Para isso, esse serviço teria que conhecer as necessidades de seus alunos e as interações com o ambiente, no sentido de que estes alunos reconheçam a sua vulnerabilidade diante do sofrimento do outro e saibam como se proteger (MIYAZAKI, 1997).

Faz-se importante criar serviços de apoio e assistência à saúde, física e mental, de estudantes e professores, e trabalhar as dificuldades adaptativas, os distúrbios emocionais e alterações de comportamento dos seus alunos, atentando para alguns sinais de alerta, tais como uso abusivo de álcool e outras drogas, sinais de isolamento, baixo rendimento escolar e depressão.

Um outro aspecto relevante é a compreensão das questões psíquicas dos pacientes e que são capazes de mobilizar emoções nos profissionais de saúde. Muitas vezes oferecer certos tratamentos para as demandas dos pacientes que aparentemente são cirúrgicas ou clínicas, revelam-se ineficazes porque aqueles pacientes têm sofrimentos afetivos. O restabelecimento da saúde perdida é o objetivo do ato médico. O médico centra-se no ato de curar. E diante do desafio do ato de curar, o médico e a equipe de saúde, muitas vezes, impotentes, sofrem.

A psicanálise foi a grande fomentadora da formação de grupos Balint, onde a própria equipe de saúde discute os seus problemas emocionais desencadeados pela vivência com seus pacientes.

Michael Balint, médico húngaro, cujo caminho foi o da reconciliação da medicina com a psicanálise é, talvez, o psicanalista mais conhecido pelos médicos, depois de Freud.

Michael Balint desenvolveu atividades ligadas à capacitação psicológica dos médicos na Clínica Tavistock, em Londres a partir de 1945. Ele instaurou uma prática grupal que levou seu nome, mas não foi um terapeuta de grupo (GELLY, 1994).

O livro *O médico, seu paciente e a doença*, publicado em 1957, registra o trabalho de Michael Balint com médicos, em grupo, com uma proposta inovadora, fazer com que o profissional de saúde adquira uma compreensão nova sobre os seus pacientes e amplie as possibilidades terapêuticas. O interessante e novo é que nesta técnica o grupo se propõe a ouvir e estudar um resto indesejável que diz respeito à psique do paciente e à relação terapêutica.

Os participantes e o líder (um psicanalista) do Grupo Balint são considerados pesquisadores. O Grupo Balint portanto é um grupo de pesquisas. O líder oferece aos médicos uma possibilidade de trazerem os seus casos para seus pares, no grupo, para que analisem e discutam as questões, revelando genuíno interesse e sensibilidade. Pesquisa-se justo aquilo que aos médicos escapa e que eles não estão dando conta por serem razões psicológicas. Em vez de instituir antecipadamente um saber sobre as relações, respondendo aos enigmas, e ao não-saber dos participantes do grupo, Balint propõe o não-saber e o questionamento como base comum de funcionamento do grupo (MISSENARD, 1994).

Os Grupos Ballint, que não têm objetivos terapêuticos, tornam-se espaços onde os profissionais podem trocar vivências e elaborá-las. São usados na educação de profissionais de saúde, coordenados por um psicanalista, externo à equipe, em reuniões

quinzenais, ocasião em que estes profissionais trazem situações que estejam experimentando com seus pacientes e que são discutidas nos seus aspectos clínicos e nos aspectos emocionais da relação com o paciente.

O objetivo maior do Grupo Balint é dar assistência ao profissional de saúde, em especial, o médico, com seus pacientes, dando-lhe maior compreensão das inúmeras formas de relações pessoais que se estabelecem na sua prática, quer com seus pacientes e familiares, quer com colegas ou ainda, consigo mesmo. É fazer com que o profissional enxergue o seu paciente como um ser humano e possa interessar-se por ele de forma genuína (GOSLING; TURQUET, 1994).

Para Balint a interpretação é uma arma perigosa e ele aponta os riscos de uma análise selvagem dentro dos grupos de pesquisa, o que seria do seu ponto de vista uma exploração irresponsável e sem considerações pelo inconsciente do outro. Daí algumas recomendações que o Balint faz aos médicos para não tentarem analisar sonhos, por exemplo: “os não-analistas não devem tentar descobrir os conflitos inconscientes, e profundamente reprimidos, nem tentar remediar a falta básica: eles devem se contentar com um trabalho de superfície” (BALINT, 1964).

Os profissionais de saúde precisam de um espaço para reflexão sobre os seus procedimentos e atitudes. Grupos Balint, já são realidade em algumas instituições e escolas médicas, e entende-se que devam ser prioridade nas instituições que prestam serviços na área de saúde. Estas tem que atentar para a importância do investimento na saúde mental dos seus servidores e garantir conseqüentemente, melhor prestação dos serviços aos seus pacientes. Para tanto os profissionais é que devem, em primeiro lugar, perceber sua fragilidade e vulnerabilidade e gerar as demandas para que as instituições criem condições assistenciais mais adequadas.

Um bom profissional ligado à área de saúde é aquele justamente que se interessa não só pela fisiopatologia, mas aquele que quer saber um mais além da doença, é aquele que pode escutar acerca das frustrações, angústias e dramas pessoais do seu paciente mas é capaz também de reconhecer os seus próprios conflitos que desencadeiam nele próprio os fenômenos psicossomáticos.

Conhecer-se é a regra básica para administrar melhor as emoções e o cotidiano. Somente fazendo uso dessa premissa, conhecer-se, os profissionais de saúde poderão lidar melhor consigo mesmo, com seus limites e frustrações e melhor atenderão os seus pacientes.

Pela cultura, o homem realiza seus sonhos ainda que muitas vezes de forma sofrida pelas imposições do aparelho civilizatório. Fazer análise é talvez, uma das saídas possíveis para o sofrimento do profissional da área de saúde. Com a ajuda de um psicanalista que não pode ser confundido com um mero decifrador, o sujeito poderá ter a chance de reconhecer os seus próprios desejos e algumas vezes, com sorte, alcançar e interpretar adequadamente o seu inconsciente e viver mais feliz.

7.2 PAPEL DAS ASSOCIAÇÕES E ÓRGÃOS DE CLASSE

A partir dos resultados da presente pesquisa, percebe-se que se deve rever o papel das associações e órgãos de classe, uma vez que cabe a estes resgatar as alianças com a sociedade, para que haja também uma recuperação da auto estima destes profissionais. Nesta aliança deve haver uma maior divulgação e informações sobre as políticas públicas de saúde e a economia que envolve estas práticas, quer no plano público, quer privado.

Considerando os francos sinais de sofrimento mental dos profissionais de saúde, publicações dirigidas exclusivamente à qualidade de vida, saúde física e mental dos profissionais de saúde, deveriam ser incentivadas e implementadas, com informações e orientações sobre as formas de prevenção do adoecimento, sobre os equívocos da automedicação e, inclusive, sobre os sinais de suicídio de colegas e as formas de ajudá-los.

Cabe também aos órgãos de classes e associações desenvolver projetos assistenciais para profissionais de risco, com atendimentos psiquiátricos e psicoterápicos.

Ainda consoante os resultados da pesquisa no que tange o sentimento dos profissionais de estarem desatualizados, lembrar que o Conselho Federal de Medicina (2004) em recente estudo, revelou que há uma diminuição de filiação nas sociedades científicas que cumprem um papel importante na qualificação dos médicos, promovendo eventos e gerando condições de atualização das especialidades. O CFM acredita que esta redução é por economia de gastos em decorrência da baixa remuneração dos médicos, o aumento do número de atividades profissionais simultaneamente desenvolvidas e ainda a falta de recursos financeiros para deslocar-se para os centros do Sudeste e Sul, onde acontecem os grandes eventos nacionais. O CFM advoga que haja barateamento destas anuidades pagas às sociedades e redução dos valores das inscrições nos eventos e, ainda, que seja fomentado o uso da internet que não substitui o convívio mas pode minimizar as distâncias e ir ao encontro das atualizações com cursos à distância.

No que diz respeito à dependência química declarada por alguns profissionais de saúde e percebida pelos líderes, apela-se novamente para experiências anteriores apontadas por Nogueira-Martins, L.A. (2002) sobre a iniciativa do CREMESP (Conselho Regional de Medicina de S.Paulo) que promulgou uma resolução 090/2000 que normatiza preceitos para a melhoria das condições de saúde ocupacional dos médicos, a criação de uma rede de ajuda para dependentes químicos e a edição de um Guia da relação médico-paciente objetivando estimular e facilitar a quebra de preconceitos.

Ainda como forma de prevenção de dependência química e redução de taxas de auto-envenenamento, faz-se necessário um controle maior, dentro e fora dos hospitais-escolas, sobre a prescrição e distribuição de medicamentos, em especial de psicofármacos.

Caberia a estes serviços de apoio a divulgação do tratamento e as formas como um profissional de saúde dependente químico deveria ser abordado pelos colegas e superiores, nos hospitais, faculdades e pelas Comissões de Ética.

A Associação Médica Inglesa sobre o mesmo tema, também recomenda que sejam feitas campanhas de alerta, e divulgação dos serviços disponíveis para tratamentos de profissionais: “A inexistência de serviços específicos pode deixar os médicos desamparados, sem tratamento e os colegas sem argumentação para abordarem o médico doente” (MARQUES; ALVES, 2002 p.110).

Cabe, portanto, espelhando-se no exposto acima, estimular às associações e órgãos de classe para que mantenham tão precioso papel: de interlocutores entre várias instâncias (entre diferentes categorias profissionais de uma mesma equipe de saúde, empregado/empregador, seguros/prestadores de serviços, usuário/profissional); de fomentadores de debates sobre os fatores de risco para a saúde dos seus profissionais; de agenciadores de serviços de ajuda psicológica e apoio para dependentes de álcool e outras drogas.

Conclui-se, ainda, a partir das entrevistas realizadas com os líderes e coordenadores de cursos de graduação, realizadas como parte integrante do presente trabalho, que estes órgãos estão sendo omissos (cursos de graduação, conselhos, sindicatos e associações de classes) e sugere-se a partir destes estudos ações conjuntas:

- A Universidade e demais escolas devem ficar mais atentas ao lado físico e emocional dos profissionais em formação, treinando-os quanto aos aspectos que envolvem o autocuidado.
- Maior integração entre órgãos de classe e cursos de graduação.

- As escolas devem buscar a ajuda/parceria dos órgãos de classes e um subsidiar o outro (teoria e prática) para a consecução dos objetivos que são comuns (a prática profissional, com excelência máxima, com técnicos bem preparados científica e tecnologicamente, bem remunerados e reconhecidos socialmente, com um desempenho que satisfaça àqueles que recebem a prestação dos seus serviços e em condições que ofereçam menos riscos e *stress* de caráter ocupacional).
- Realização de campanhas educativas para sensibilizar inicialmente os conselhos e órgãos de classes e depois os próprios profissionais, em um projeto que deve surgir a partir da formação destes profissionais, dentro do seio da universidade e demais cursos de graduação.

É de responsabilidade de todos o bem estar físico e emocional dos profissionais de saúde, portanto, devem-se desenvolver projetos educativos de responsabilidade de todos (escolas, órgãos de classe, sindicatos e associações), conscientizando os profissionais sobre os riscos ocupacionais e dando suporte emocional e de apoio aos mesmos.

7.3 PAPEL DAS ESCOLAS

Menos escolas e mais controles

Considerando a percepção e a queixa dos líderes de classes e coordenadores de cursos acerca do excesso de cursos e um número grande de profissionais no mercado de trabalho, sugere-se um maior controle acerca da abertura de novos cursos de graduação.

Alertas desta natureza são também expressos pela Associação Paulista dos Cirurgiões Dentistas (2003), preocupada com o mercado de trabalho e o número cada vez maior de profissionais do que esse pode absorver, gerando crise de empregabilidade e empreendedorismo.

Para apontar o papel da universidade no mercado de trabalho, foi realizada pesquisa pela Associação Paulista de Cirurgiões Dentistas (2003) e os resultados apresentados, em ordem decrescente de importância e que traduzem a percepção dos dentistas, foram: formar bons profissionais; preparar os alunos para o mercado de trabalho; ter aulas práticas/conhecimento prático; mostrar como montar e manter um consultório; ensino voltado para a pesquisa/atualização; atender população carente; criar estágios e encaminhar para empregos; impedir a proliferação de cursos. Nessa mesma pesquisa quase

a totalidade dos entrevistados concorda que o governo deveria coibir a abertura de novas faculdades de odontologia e que o governo deveria incrementar programas consistentes para desenvolver o sistema de saúde bucal da população.

Há uma tendência para se criar novas escolas, inclusive de Medicina, com o crescimento da iniciativa privada, e se colocar no mercado de trabalho médicos sem a Residência Médica e /ou título de especialistas, criando duas categorias de médicos no Brasil, os qualificados e os não qualificados. Não se pode permitir que haja graduação nestas escolas sem a Residência Médica, que é a porta principal do aperfeiçoamento da formação e entrada no mercado de trabalho.

Urge diante desta realidade, apontar aos graduandos as verdadeiras necessidades da sociedade, indicando áreas prioritárias para a realização de cursos *latu sensu* e *stricto sensu*.

Uma forma de afunilar e dificultar a entrada de novos profissionais no mercado de trabalho foi sugerida no II Encontro Nacional dos Conselhos de Medicina em 2001: o Exame de Ordem para os médicos. Acredita-se, entretanto, que não haja mais necessidade de exames diante da grande concorrência para se conseguir uma vaga na Residência Médica, que, por sua vez, se transformou, pela dificuldade, no equivalente a um Exame de Ordem. Por outro lado, a Residência deveria ser uma conquista automática de quem sai de uma graduação, como uma forma de se conseguir mais qualidade no exercício da medicina, e que, portanto, deveria ser uma obrigação de todos os cursos, quer público, quer privado, oferecer a Residência Médica para 100% dos seus graduandos (DI PIERRO, 2002).

Avaliação das escolas

Diante dos resultados desta pesquisa e a partir das declarações dos líderes de classe e coordenadores de cursos de graduação, constata-se que uma das saídas para se evitar profissionais mal preparados, através de grades curriculares insuficientes e dissociadas distante dos interesses da sociedade e de suas verdadeiras demandas, é defender a manutenção dos atuais critérios de avaliação dos cursos de graduação que se encontram ameaçados com as novas ideologias políticas educacionais do vigente Poder Executivo.

Em 1991 foi criado o Projeto da Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação das Escolas Médicas (CINAEM), diante da necessidade de se fazer uma reflexão sobre o contexto social, sanitário e a crise do ensino médico com o objetivo de qualificar estes profissionais de acordo com nossas demandas reais. A CINAEM recebeu 78 dos 80 questionários que distribuiu entre as escolas com respostas às questões concernentes às estruturas, políticas, economia, recursos humanos, administração, modelo pedagógico, atividades de graduação, extensão e pesquisa. Foram realizados debates e oficinas de avaliação com a construção de projetos e na última etapa as escolas apresentariam suas propostas e mudanças para implementação de um programa de qualidade do ensino. A última etapa nunca aconteceu e o projeto perdeu força, e a avaliação feita pela CINAEM não pode servir de substituto para os mecanismos de avaliação propostos pelo MEC – o Exame Nacional de Cursos (Provão) e Avaliação das Condições de Ensino (NORONHA; SOPHIA; MACHADO 2002).

O Provão foi criado com o objetivo de

... alimentar os processos de decisão e de formulação de ações voltadas para a melhoria dos cursos de graduação, funcionando como um dos indicadores na avaliação das escolas. Os outros indicadores que constituem o Sistema de Avaliação da Educação Superior seriam o Censo da Educação Superior, a Avaliação das Condições de Ensino e a Avaliação Institucional (NORONHA; SOPHIA; MACHADO, 2002).

Na área de saúde, em 1997, os graduandos de odontologia foram os primeiros alunos a serem avaliados. Em 1999, foi a vez dos alunos de medicina e só em 2002 os enfermeiros se submeteram ao Provão pela primeira vez. Estes relatórios são enviados pelo Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais (INEP) à SESU, órgão do Ministério da Educação que responde pela política e gestão do sistema nacional de ensino de graduação.

O Provão cumpre o seu papel com relação aos graduandos, avaliando-os. Apesar disso, é questionado por muitos, por provocar constrangimentos com seus resultados pífios e que denunciam a necessidade de investimentos, correndo o risco de ser extinto ou sofrer mudanças significativas.

Já o corpo docente, a organização didática-pedagógica, as instalações físicas e a biblioteca, são verificados pela Avaliação das Condições de Ensino que cumpre determinação da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB) e favorece o

MEC, entre outros fatores, a reconhecer ou renovar o reconhecimento de um curso de graduação e garante a qualidade do ensino.

Destarte, defende-se que se persevere e se mantenha os atuais critérios de avaliação como forma de controle dos cursos em funcionamento garantindo a qualidade do ensino e uma adequada formação dos profissionais de saúde.

Sensibilização e orientação dos alunos para o autocuidado

Com relação ao stress percebido pelos coordenadores de cursos e denunciado pelos profissionais de saúde há a necessidade que as coordenações e corpo docente dos cursos conscientizem seus alunos em relação ao *stress*, próprio da formação e aquele inerente ao cotidiano da profissão escolhida.

O estudante da área de saúde, desde cedo deve ter consciência das reais condições de trabalho que serão impostas pelas suas profissões, não fazendo idealizações onipotentes e não ficando prisioneiro do sonho do jaleco branco. Este papel cabe às escolas através de um programa de conscientização e orientação.

A literatura reforça estas sugestões e idéias. Em pesquisa realizada com 825 acadêmicos de seis cursos de Enfermagem na região Sul do Brasil com o objetivo de avaliar a qualidade de vida dos estudantes, os resultados apontaram para baixa qualidade de vida de 36% dos alunos, sendo que destes 5.57% referiram depressão e 6.18% problemas emocionais (SAUPE, et al. 2004).

Outros inúmeros autores citam a necessidade das instituições formadoras despertarem para a importância de desenvolver um perfil crítico-reflexivo, proporcionando a seus alunos a capacidade e o senso crítico de procurar ajuda, buscando nas inter-relações com sua vida pessoal e profissional, subsídios para o desenvolvimento do autocuidado (CARVALHO 2004; FERREIRA; CORREIA, 2003; NORONHA, 2002).

Tarefas assistenciais humanizadas

Para que ouçam melhor os seus pacientes, os profissionais de saúde precisam ouvir-se prioritariamente, daí a importância de grupos de discussão e reflexão sobre a tarefa assistencial durante a graduação e pós-graduação. Estes cuidados facilitarão a prática destes profissionais que se sentirão mais realizados e satisfeitos com suas escolhas e

certamente serão capazes de trabalhar melhor, com condições mais adequadas e com menos sofrimento mental.

O profissional de saúde além dos conhecimentos e habilidades técnicas ligados à sua especialidade, necessita aprender a manter relações interpessoais, com capacidade de perceber as motivações do comportamento do paciente e reconhecer em si mesmo os efeitos que este comportamento lhe promove, tais como a angústia, raiva e impotência ou ainda as suas respectivas defesas diante da dor e sofrimento do outro. Outro fator relevante é a necessidade que os profissionais de saúde valorizem os aspectos interpessoais da tarefa assistencial e saibam acolher e ouvir seus pacientes, de sorte que efetivamente colaborem no processo vivido por estes, de aceitação da doença e adesão ao tratamento (NOGUEIRA-MARTINS, M.C.F., 2002).

Nogueira-Martins (2001) afirma a importância de um trabalho de sensibilização do aluno em relação aos aspectos psicológicos *versus* as suas vivências pessoais durante o curso, para uma constante avaliação das suas motivações para a profissão e a idealização do papel profissional. Outra sugestão do mesmo autor diz respeito aos conhecimentos teórico-práticos sobre a relação profissional-cliente para oferecer uma compreensão mais integrada da atividade assistencial, numa busca do aprimoramento da formação profissional e do seu papel de cuidador, em processos de educação continuada.

A forma como o paciente é acolhido pelos profissionais de saúde pode mudar toda a evolução dos trabalhos a depender da cooperação e adesão que faça ao tratamento ou abandone-o. O cuidador deve incorporar o aprendizado dos aspectos interpessoais da tarefa assistencial conhecendo os fenômenos psicológicos, ou seja, além do suporte técnico- diagnóstico, que seja sensível para ouvir as queixas dos seus clientes com a maior empatia. O que não se pode esquecer é que o contato direto com seres humanos coloca o profissional de saúde diante de sua própria vida, sua própria saúde ou doença, seus próprios conflitos e frustrações. Se ele não toma contato com esses fenômenos, corre o risco de desenvolver mecanismos rígidos de defesa, que podem prejudicá-lo tanto no âmbito profissional como no pessoal (Nogueira-Martins, 2001).

O profissional de saúde durante os atendimentos que presta no seu cotidiano passa por constantes movimentos identificatórios com as pessoas que sofrem e que lhe remetem aos seus próprios pais, filhos ou pessoas queridas ou ainda que representam uma imagem de si próprio, em alguma fase de sua vida atual ou remota e flagra em si mesmo os mesmos sentimentos que percebe no outro.

A formação humanística do médico, assim como a sua capacitação técnica, são de inteira responsabilidade das escolas, uma vez que o profissional deve ser um agente de transformação da realidade muitas vezes cruel onde ele vive e trabalha. O grande desafio ético deste profissional é a inclusão dos excluídos em um país de “muitas medicinas” com centros de alta tecnologia e postos de saúde de extrema miséria (SAMPAIO 2003).

A implantação de Oficinas de Humanização, inclui cuidados tanto com o paciente, quanto com os profissionais de saúde. Constituem-se em uma alternativa ao Grupo Balint.

A proposta de Nogueira-Martins, M.C.F. (2002) sobre essas oficinas: “... se inspira em algumas formas de trabalho que lidam com a subjetividade dos profissionais (emoções, dúvidas e angústias)... pequenos grupos formados por profissionais de saúde, coordenados por profissional de Saúde Mental”.

Os objetivos traçados, pela autora citada, para as Oficinas de Humanização, são:

- alertar o profissional de saúde sobre a atenção integral ao paciente, aceitando sua subjetividade;
- discussões de textos sobre humanização;
- jogos dramáticos;
- criar continência grupal para facilitar o enfrentamento dos conflitos;
- detectar e romper com formas estereotipadas de atitudes profissionais;
- perceber que existem formas diferentes de vivenciar e enfrentar as dificuldades.

Cabe às escolas, dar às práticas de saúde uma visão mais humanística, ou seja promover uma humanização da assistência, entendida aqui como o contraponto ao tecnicismo nas práticas médicas. A humanização da prática assistencial só será possível com a inclusão da dimensão psicológica na formação dos estudantes da área de saúde.

Reforma curricular e preparo de docentes

Diante dos resultados da presente pesquisa com coordenadores de cursos distantes da realidade prática de seus respectivos graduandos, percebe-se que há uma dissociação que pode comprometer a formação destes profissionais. Há uma necessidade de se fazer uma reforma curricular privilegiando aspectos que nunca são abordados e

totalmente negligenciados e que se evite assim, que os jovens descubram, por si mesmos, o seu despreparo para enfrentar as dificuldades do mercado, a competitividade selvagem e a flagrante insuficiência de conhecimentos para o exercício profissional.

O número de aulas ministradas sobre as dimensões psicológica, sócio-cultural e econômica do ser humano, nas graduações da área de saúde e que são importantes por influenciar o nível de qualidade de vida e por conseguinte a saúde das pessoas, é bastante limitado e reduzido, não chegando a 5% do total de horas aulas destes cursos (NUNES FILHO; BUENO; NARDI 2001). Tratar de saúde mental, afinal, implica em observar aspectos biopsicosociais, as capacidades de mudanças dos cenários onde os sujeitos estão instalados ou, no mínimo, de adaptação ao mesmo.

Por outro lado, há uma falta de preparo do corpo docente das escolas, com currículos ultrapassados, em uma dissociação entre as disciplinas do ciclo básico e as do ciclo clínico, afastando a teoria da prática, dando especial ênfase à assistência especializada e ao uso maciço da tecnologia, resultando em profissionais distantes da realidade e com dificuldades de atender às verdadeiras necessidades da população (NORONHA; SOPHIA; MACHADO 2002).

O modelo tradicional de ensino contribui para a formação de profissionais apáticos que levarão posteriormente para suas práticas as atitudes e ensinamentos da graduação, não sabendo responder às demandas da sociedade e correlacionar de forma adequada homem, sociedade e saúde (FERREIRA; CORREIA, 2003; CARVALHO, 2004).

Os cursos precisam ser mais equilibrados no que tange aos conteúdos organicistas que os sobrecarregam. Os profissionais da área de saúde, em especial, o médico, por conta de toda uma filosofia de ensino, são preparados para focar o biológico, como área principal de interesse, fundamentado em um modelo que desvaloriza os aspectos da promoção da saúde e prevenção da doença (NORONHA; SOPHIA; MACHADO 2002).

Sampaio (2003) advoga a presença de disciplinas como antropologia, sociologia, história da medicina, psicologia médica e bioética que são ausentes ou precariamente ministradas aos alunos da área de saúde. E acrescenta : “Se a medicina se quer como uma profissão dedicada ao homem, a escola médica não pode deixar de assumir a responsabilidade pela formação humanística do médico, que não pode ser ingenuamente confundida com cultura geral e boas maneiras” (SAMPAIO, 2003, p. 18).

Feuerwerker (1998) acredita, da mesma forma que Sampaio (2003), que não adianta apenas introduzir novas disciplinas na graduação dos profissionais de saúde sem avaliar a sua real capacidade de influência sobre o ensino e a capacitação profissional. É preciso identificar quais conteúdos dessas disciplinas seriam essenciais e úteis à formação profissional, ou seja, a compreensão da causalidade social da doença implica abordar a saúde no contexto social, mas não modifica a natureza da intervenção e a necessidade de se curar a doença. Não adianta introduzir fragmentos de economia, sociologia, psicologia ou outra disciplina qualquer que o perfil dos profissionais de saúde não se alterará. O perfil só muda se houver transformações nas relações destes prestadores de serviços com os seus pacientes e entre estes profissionais e seus pares, valorizando o trabalho em equipe, não os colocando como super-homens em vãos individuais. A crise na saúde envolve necessariamente redimensionamento dos papéis e relações das distintas profissões que atuam na área. A solução passa também pela forma como a própria população enfrenta o processo de construção social da saúde.

Apesar de uma carga horária expressiva nos currículos dos cursos ela não atende a todas as necessidades do processo ensino-aprendizagem, e há uma dissociação entre teoria e prática, requerendo um melhor preparo do corpo docente das escolas e de uma grande reforma curricular. O ensino hoje dá ênfase à assistência especializada com recursos tecnológicos fartamente utilizados, gerando profissionais dissociados da realidade onde ele praticará a sua clínica e portanto incapazes de atender às verdadeiras demandas dos seus pacientes.

Não se desconhecem as novas diretrizes curriculares para a área de saúde com incentivo para aquelas escolas que tiverem como foco a formação de profissionais capazes de atender às necessidades do SUS. Entretanto é importante pensar sobre uma urgente adaptação da formação destes profissionais de saúde em conformidade com as reais demandas do Sistema Único de Saúde (SUS): o que se propõe aqui é uma interface maior entre as políticas de educação e as de saúde.

Importante lembrar que foi criado em abril de 2002, o Programa de Incentivo a Mudanças Curriculares em Cursos de Medicina (PROMED), a partir da articulação entre a Associação Brasileira de Ensino Médico (ABEM) e REDE UNIDA – formada em 1985, de caráter multiprofissional e institucional com a participação de pessoas, projetos e entidades comprometidas com a mudança da formação dos profissionais de saúde e todos ligados à Reforma Sanitária Brasileira, com o propósito de reorientar a formação dos profissionais

médicos, inicialmente, e em seguida os enfermeiros, para garantir uma melhor prestação de serviços com o foco na atenção básica. A intenção é que cada escola que receba os recursos e as estratégias do PROMED, possa desenvolver o seu próprio projeto de mudanças, a partir das discussões nas oficinas regionais (NORONHA; SOPHIA; MACHADO, 2002).

Um outro avanço feito e que precisa continuar sendo estimulado são os Pólos de Capacitação em Saúde da Família, que funcionam em todas as unidades federadas do país, em uma articulação entre os Institutos de Ensino Superior (IES), as escolas de saúde pública e órgãos gestores dos serviços de saúde (Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde) com atenção focada no atendimento do PSF. Entretanto o impacto da atuação destes Pólos na graduação de profissionais da área de saúde tem sido quase nulo, pela sua participação concentrada basicamente na Saúde Coletiva e distanciada dos outros segmentos dos cursos de saúde e também pelo fato das escolas terem pouco conhecimento sobre o SUS o que gera desconfiança e resistências. Noronha; Sophia; Machado (2002) advogam que para resolver este problema seriam necessários atrair a participação dos clínicos e aproximar os Pólos de capacitação dos núcleos de poder das escolas estabelecendo uma interlocução com os estudantes da graduação, uma vez que os clínicos e profissionais de saúde coletiva detém conhecimentos e competências que precisam estar juntos.

Bioética e erros nas práticas de saúde

Diante das respostas dos entrevistados da nossa pesquisa sobre denúncias nos Conselhos das suas categorias, com profissionais que reconhecem erros na sua prática e ainda, algumas vezes, detectados sentimentos de estarem obsoletos e desatualizados, uma outra importante questão, da qual as escolas não podem se omitir, é o ensino da Bioética.

Determinados conceitos de pessoa, respeito, autonomia, responsabilidade, consciência, verdade, justiça, entre outros, estão presentes nas práticas assistenciais em saúde e deverão estar interiorizados para que sirvam de norte nas condutas profissionais (SANTOS, 2004).

Portanto, os conflitos éticos, uma das angústias da pós-modernidade, mediante o extraordinário avanço das biociências e tecnologia, não podem mais ser ignorados. A Bioética, dentro de um campo interdisciplinar, deve ser abordada com grande seriedade

para que os profissionais de saúde reduzam seu sofrimento, preparando-os adequadamente e advertindo-os dos riscos e da necessidade de cuidados no trato com algumas especificidades da prática e essencialmente favorecendo para que sempre fiquem muito bem atualizados com as novas descobertas de caráter científico de sorte a promover a reflexão sobre preceitos e valores sustentados pelos códigos ético e moral, sobre as práticas de saúde.

7.4 PROPOSTA DE UM PROGRAMA DE PREVENÇÃO DE DOENÇAS MENTAIS

Os profissionais de saúde precisam se conscientizar da importância de se resgatar valores humanos mais significativos e humanizar mais a saúde nos seus aspectos gerais, não só no que diz respeito aos cuidados oferecidos aos pacientes, mas no cuidado que estes profissionais devem ter com eles próprios, garantindo assim qualidade de vida com saúde mental. Devem se engajar politicamente no sentido de ser elemento participativo nos processos de mudanças para uma garantia de mais dignidade e mais respeito no exercício das funções e práticas de saúde. Mas para que isso aconteça o profissional de saúde precisa se reconhecer frágil, vulnerável e com limites.

A Constituição Brasileira (1988), no seu artigo 196, diz que: “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”.

Só nos anos 80 do século passado, após quase 20 anos de ditadura militar, o Brasil começou a viver o seu processo de redemocratização, marcado na área de saúde pela Reforma Sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). A população e os profissionais de saúde têm a responsabilidade social de fomentar o desenvolvimento e a equidade do acesso aos benefícios das pesquisas científicas e os avanços tecnológicos, humanizando, inclusive, os setores de atendimento e assistência em saúde, resgatando valores e o antigo e nobre sonho do jaleco branco, sempre dentro de um rigor ético, em defesa da saúde e qualidade de vida de todos os brasileiros.

Certamente o início da vida universitária é o momento mais adequado para começar a sensibilização do acadêmico da área de saúde em relação aos aspectos psicológicos inerentes às suas profissões, ou seja, conscientizá-lo das emoções e sentimentos que ele poderá vivenciar durante o exercício profissional.

Diante do consenso entre todos os psiquiatras de que as mulheres são mais vulneráveis à depressão que os homens, e que na área de saúde, cuja maioria que a exerce é do gênero feminino, percebe-se que estes profissionais encontram-se mais expostos aos sintomas e riscos da depressão, com maior possibilidade de suicídios. Aliado a questão da feminização da área, há o isolamento social, o afastamento do convívio familiar e a negação dos problemas relacionados às profissões tais como, suas dificuldades, incertezas e o conhecimento dos seus limites que concorrem para os transtornos mentais da classe. Daí a importância da implantação precoce de programas preventivos.

Estes programas preventivos poderiam estar inseridos na grade curricular dos cursos de graduação, sob a forma de disciplinas promovendo a conscientização e reflexão sobre estes temas, estimulando investimentos em melhores condições de trabalho, fomentando exercícios físicos, técnicas de relaxamento, dieta alimentar adequada, dentre outros. Estas disciplinas propostas deveriam ser complementares à psicologia geral, que hoje se limita a apresentar as inúmeras teorias psicológicas sem entretanto, usar estes conhecimentos em benefício do próprio cuidador. Estas disciplinas ajudariam a avaliar ainda, determinados sentimentos que o profissional flagra em si mesmo ao lidar com o seu paciente e daria a chance dele entender porque em algumas circunstâncias, certas tarefas lhe são tão penosas de serem executadas, tais como, dar notícias sobre a gravidade de um determinado diagnóstico, o prognóstico e a morte. Tudo isso teria a finalidade de proporcionar um aumento da resistência desses profissionais e como consequência ele poderá produzir mais e melhor. Todos os recursos utilizados na redução do *stress* promoverão qualidade de vida e favorecerão a longevidade. A proposta é que este profissional aprenda a criar estratégias de enfrentamento dos seus limites e evite sofrimento e conflitos.

Aprender a cuidar-se, ainda na condição de aluno, instrumentará o futuro profissional para o reconhecimento de dificuldades, possibilitando soluções mais rápidas e eficazes, no trato consigo próprio, com os colegas e com os pacientes.

Ainda como proposta preventiva, os departamentos de apoio psicológico com oferta de psicoterapia, são peças fundamentais e devem ser criados/mantidos para que atentem para o relacionamento interpessoal, qualidade de vida e de cuidados com os futuros profissionais, que se cientes dos seus limites, humanizarão a sua prática e tornarão suas vidas mais confortáveis e com possibilidade de maiores realizações profissionais/pessoais.

O profissional da área de saúde deve refletir e valorizar seu conhecimento de autocuidado, através de atitudes de análise crítica de suas próprias questões existenciais e conflitos íntimos, antes mesmo de se predispor a auxiliar indivíduos a enfrentarem a sua frágil condição de seres humanos.

A intenção é que, por conta de um ensino deformado e pelo descaso com que as informações sobre saúde mental dos profissionais de saúde são trabalhadas, não se reproduzam modelos inadequados para os novos profissionais que a cada dia se inserem no mercado de trabalho.

Após a graduação, apesar do profissional possuir um embasamento técnico-científico e ético, adquirido durante o processo de sua formação, salienta-se que ele continua sendo um ser humano com vulnerabilidades, limites e conflitos internos, necessitando de autocuidado e principalmente, um constante equilíbrio mental. É muito importante que os profissionais tenham um grande conhecimento das suas áreas de intervenção e compreendam as suas funções e seus papéis. Devido à exposição aos estados tencionais do ofício de cuidador, o profissional, para não comprometer a assistência prestada ao seu paciente, deve tentar minimizar os estressores, estabelecendo normas e rotinas atualizadas, treinamento em serviço e educação continuada, valorizando conceitos de educação e promoção em saúde.

A presente pesquisa revelou que os profissionais de saúde, em especial os médicos e enfermeiros são submetidos a diversos tipos de *stress* que podem produzir efeitos danosos para sua saúde mental e comprometer simultaneamente a qualidade dos serviços prestados aos pacientes.

A sobrecarga física e emocional destes profissionais, em alguns casos, não é percebida e ou é ignorada por eles, a depender da sua subjetividade, percepção de realidade e motivações.

Estes profissionais, inseridos em um laço social, com múltiplas funções, usando mil máscaras para compor o seu cotidiano, estabelecem na sua práxis, um paradoxo, quando cuidam da saúde dos seus pacientes e se descuidam de si mesmos.

É necessário que estes profissionais sejam éticos no trato com eles mesmos, respeitando os seus próprios limites, afinal eles deveriam ser exemplos, inclusive no que tange ao autocuidado, às prescrições e uso de drogas.

Trabalhos revelam que se houver mudanças nos treinamentos e criação de programas de apoio psicopedagógico para profissionais de saúde, em especial os residentes

de medicina, haverá uma melhora tanto na sua capacitação profissional e na sua qualidade de vida quanto no relacionamento com seus pacientes (NOGUEIRA-MARTINS; JORGE, 1998).

Ações profiláticas do desgaste físico e mental dos profissionais de saúde garantindo melhores condições de trabalho são sugeridas ainda por Nogueira-Martins, M.C.F. (2002):

- contratar profissionais em número suficiente para atender a demanda da população com a abertura de novos serviços além de reestruturar e reequipar os antigos;
- capacitação contínua dos profissionais;
- revisão da formação destes profissionais;
- reestruturação dos currículos dos cursos da área de saúde, valorizando e introduzindo a dimensão psicológica;
- sensibilização dos alunos em relação aos seus próprios aspectos psicológicos, tais como a motivação para a profissão, idealização do papel profissional e suas reações vivenciais durante o curso;
- conhecimentos teóricos-práticos da relação destes profissionais com seus pacientes.

Uma sociedade mais consciente e participativa pode exigir também das seguradoras e planos de saúde melhores condições de trabalho para estes profissionais e melhores remunerações, de forma que estas entidades mercantilistas percebam o real valor e importância dos profissionais de saúde, e que, investir neles significa, a longo prazo, ganho para todos, inclusive para as próprias empresas.

Os conselhos de classes, federais e regionais, precisam trabalhar junto aos representantes legislativos, em prol de leis que obriguem as seguradoras e planos de saúde a ofertarem credenciamento universal, ou seja, que os usuários tenham livre escolha dos serviços e dos profissionais que eles reconheçam como competentes, humanos, experientes e atualizados. E mais, que estes profissionais sejam pagos com honorários justos e com reajustes automáticos vinculados aos índices oficiais.

Faz-se necessário uma interlocução maior entre profissionais, instituições, associações e todas as escolas de saúde, com uma maior circulação de informações e trocas

de experiências com uma unificação de propostas pedagógicas a partir da Lei de Diretrizes e Base da Educação.

A formação nas áreas de saúde, ainda está muito voltada para o diagnóstico e o tratamento das diversas doenças e muito pouco atentas para o desenvolvimento de ações preventivas, incluindo aí o autocuidado. Necessário preparar estes profissionais, em um processo educativo que privilegie a reflexão e análise crítica sobre o trabalho e as condições em que ele se realiza.

Segundo Guimarães (2000) a maioria dos médicos e profissionais de saúde, em geral, tem saído das faculdades sem a formação necessária para administrar programas de saúde e de aptidão física; além disso, muitos são fumantes, sedentários e obesos, sem uma visão holística de saúde, e por carência na sua formação, de elementos que os ajudem a desenvolver uma prática preventiva, ao menos, para consigo mesmo. Na nossa pesquisa 57% dos respondentes não tem atividade física sistemática, e embora percentual de fumantes seja de 6%, é necessário atentar para o problema.

A conscientização sobre a importância de respeitar os próprios limites e o próprio corpo, mantendo-o saudável, favorece também a um bem estar mental. As atividades físicas são elementos facilitadores para aquisição e manutenção da saúde e qualidade de vida destes profissionais que se mantêm ignorando formas de auto-cuidado, prevenção de *stress* e de outros males do corpo e da alma.

Um dos objetivos deste trabalho é alertar estes profissionais, cujo desgaste promovido pelas suas rotinas é estressante e ameaçador, e também, à sociedade, para que perceba a necessidade destes profissionais receberem mais atenção, de sorte a fomentar o crescimento pessoal, prevenir disfunções profissionais e distúrbios emocionais. Afinal a sua responsabilidade social e ética é enorme e o bem estar e a saúde destes profissionais implica em bem estar e saúde para toda a sociedade.

O principal desafio dos profissionais de saúde é entender as exigências do mundo contemporâneo e o que eles podem oferecer aos seus pacientes e a eles mesmos. Precisam compreender que é possível e necessário trabalhar com respeito a si próprio, aos métodos e aos preceitos éticos. Em um mundo tecnicista com detrimento progressivo da relação profissional-paciente, há um risco constante de se perder o forte conteúdo humanitário das profissões que trabalham com saúde.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Muitas vezes o começo é o final. Porque chegar ao final pode ser a única maneira de começar.

O final é o ponto onde começamos

T.S. Elliot

Com o propósito de verificar a relação entre a natureza do trabalho dos profissionais de saúde e sua influencia na produção de sofrimento psíquico, e, por conseqüência na sua qualidade de vida, realizamos esta pesquisa, reconhecendo que o contato íntimo e freqüente com a dor e o sofrimento dos seus pacientes e familiares, é capaz de gerar os mais variados sintomas, quer físicos, quer psíquicos, com alterações psicossomáticas e comportamentais.

Segundo dados quantificados nesta pesquisa, foi possível traçar o perfil da grande maioria dos profissionais de saúde em Sergipe: sexo feminino, casamento estável, realizada sexualmente, entre 20 e 40 anos de idade, com dois ou mais filhos, provedora parcial das despesas domésticas, com casa e automóvel quitados, com 16 a 25 anos de graduação, trabalhando de 9 a 18 horas por dia, com vínculos empregatícios e freqüentemente dando plantões.

Apesar da sobrecarga de trabalho e do cansaço, os profissionais de saúde têm disposição para investir na participação em grupos de estudos e a maioria tem especialização. Muitos referem sentir-se obsoletos e ultrapassados, com dificuldades de se atualizarem.

A maioria dos profissionais de saúde afirma que tem hobby, e a pesquisa revela ainda que eles se constituem em um grupo que tem disponibilidade para o lazer, sai para encontrar os amigos e para dançar e apenas 1/3 desta categoria não tirou férias nos últimos dois anos.

Existem indícios de que eles se descuidam da própria saúde: 1/5 deles mantém comportamento sexual de risco com uso irregular ou sem uso de preservativos em relações

sexuais casuais ou extra conjugais; a maioria não mantém o hábito saudável das práticas de atividades físicas sistemáticas e sofrem de dores de cabeça. Paradoxalmente, a maioria absoluta está totalmente em dia com seus exames de saúde rotineiros.

Percebemos ainda que em alguns casos, a sobrecarga de trabalho com exaustão física, as cefaléias, baixa qualidade do sono, alterações de humor, instabilidade afetiva e até mesmo infidelidade, aliados a determinadas expressões psicopatológicas, psicológicas e comportamentais, tais como o uso abusivo do álcool, estados depressivos, fobias, ideações suicidas, podem estar associados a um sofrimento mental, promovido pelo grande desconforto que é a luta contra a desagradável sensação de desamparo que a morte, a dor e o sofrimento dos pacientes imprimem no cotidiano dos profissionais, levando-os a um elevado nível de stress.

Com os resultados da pesquisa acerca da percepção dos líderes de classes e coordenadores de cursos de graduação, averiguou-se que não há nenhum preparo acadêmico para o enfrentamento dos problemas que surgem no exercício profissional das categorias que trabalham com saúde e tampouco foi apontado qualquer investimento institucional em saúde mental, ainda que alguns líderes tenham conhecimento de colegas que estão adoecendo com desgaste físico e mental, que abusam do álcool e que são usuários de drogas, alegando que não são demandados ou não reconhecem que seja papel da sua instituição/órgão oferecer este tipo de assistência.

A psicanálise abriu um leque de conhecimentos que hoje são fundamentais na formação de profissionais da área de saúde (medicina, odontologia, enfermagem, nutrição, serviço social) fazendo com que estes se questionem sobre algumas estruturas assistenciais rígidas e desumanizadas, promovendo, entre outras ações, a reestruturação dos ambientes hospitalares, com a valorização da preparação psicológica para as cirurgias, o resgate da importância do trabalho de equipes multidisciplinares para o atendimento de pacientes especiais (diabéticos, dialisados, terminais) e as formas de se lidar com a morte. Outro aspecto importante diz respeito ao conforto nas alas de pediatria e materno-infantil com o estímulo do aleitamento materno fomentado pelo alojamento conjunto e que sem dúvida é elemento também de prevenção, na medida que o modelo básico de saúde mental, ainda que sem garantias, seja a imagem de um bebê instalado com segurança no colo de uma mãe feliz e sadia.

A psicanálise não traz soluções, entretanto desafia aqueles que têm coragem de pensar sobre si e sobre a questão da alteridade.

Se houver o cuidado com aqueles que cuidam, os serviços e processos terapêuticos por eles prestados, tenderão a ser melhores, e, conseqüentemente a clientela submetida a uma equipe bem cuidada colabora e adere melhor ao tratamento, aumentando sua capacidade de autocuidar-se e de apegar-se com qualidade, à vida.

Esta dissertação é também uma reflexão crítica no sentido de revelar dados que apontam caminhos para subsidiar transformação das condições atuais do trabalho daqueles que lidam com a saúde como ofício. Este processo implica, também na conscientização de professores da graduação, pesquisadores, líderes, gestores e dos próprios profissionais da área de saúde, no sentido de garantir o compromisso e manter o desejo destes, de ter a saúde mental como direito de quem cuida e de quem é cuidado, ou seja, universal.

Espera-se que este trabalho desperte os pesquisadores inquietos para a atenção com a saúde mental dos trabalhadores da saúde, área vulnerável, diante do quantum de sofrimento imposto aos cuidadores, quer pela sua própria condição e seu contato permanente com a dor, o sofrimento e a morte, quer pelas precárias condições de trabalho escravizante e frustrante, e colocando-os cada vez mais distante daquele sonho, quase pueril e extremamente romântico, do jaleco branco, que com o passar dos anos, tornou-se, com a realidade aviltante, um grande pesadelo, para alguns destes trabalhadores, que vêem na profissão fonte de aborrecimento e *stress*.

Processos de transformação, principalmente aqueles que dizem respeito à formação de recursos humanos, são complexos e requerem mudanças de paradigmas, gerando, não raro, tensões e conflitos inter e intra-institucionais. São processos que também dizem respeito a uma série de fatores, que variam entre as questões educacionais e o próprio mercado de trabalho e entre estas duas variáveis, o perfil deste profissional e as exigências demandadas pelo processo assistencial.

A sociedade, cada vez mais exigente, quer qualidade nos serviços a ela prestados, com profissionais mais humanizados, capazes tecnicamente, com uma sensibilidade mais aguçada para uma escuta, capazes de perceber a realidade e o ambiente social dos seus pacientes, e capazes também de reconhecer os seus limites e praticar o auto-cuidado.

Toda e qualquer medida profilática exige um processo de conscientização e de mudanças de atitudes. Para que haja mudanças, necessário se faz, entre outras medidas, um novo posicionamento dos sujeitos envolvidos nos processos de produção de saúde.

Geralmente trata-se de um processo lento, penoso e com grande resistência. As transformações, para que se viabilizem, dependem tanto das políticas de saúde, quanto das de educação, em um processo de articulação. Para tal, a inclusão da dimensão psicológica na formação dos estudantes da área de saúde se faz obrigatória. Cuidar de quem cuida é a condição básica para a humanização dos processos que envolvem a saúde, quer dos pacientes, quer dos profissionais que os acolhem e deles cuidam.

Necessário que todos os órgãos e instituições que trabalham com saúde tenham a consciência da importância de múltiplas parcerias que envolvem desde as secretarias municipais e estaduais de saúde, universidades, às múltiplas redes e conselhos de saúde, não permitindo que a saúde seja manipulada apenas pelos interesses capitalistas do setor.

Considerando os agravos à saúde mental detectados nos profissionais de saúde, seja nesta ou em outras pesquisas, possíveis reflexos de todas as atitudes, práticas e escolhas profissionais e pessoais inadequadas, que favorecem o adoecimento da categoria; considerando ainda que o elemento central da crise que se vive na saúde é a necessidade de transformação das relações entre os profissionais de saúde que compõem as equipes, principalmente a relação do médico com os demais colegas não médicos, entre todos os profissionais de saúde e a população para quem prestam seus serviços, entre a população e sua própria saúde, e ainda entre os profissionais de saúde e a consciência que eles devem ter dos seus limites físicos, psíquicos e éticos, propõe-se reflexões que levem à produção de mudanças.

Rubem Alves (2003) costuma dizer que saúde emburrece os sentidos e que o ser humano precisa aprender com a sua doença, pois a doença ressuscita os sentidos adormecidos. Que os profissionais de saúde aprendam a ler os seus próprios sintomas e aprendam com eles, reconheçam seus desejos e assumam seus limites.

O gozo absoluto é tão impossível de se realizar quanto a renúncia total a qualquer forma de gozo. O sujeito ao se constituir, está submetido à ordem da cultura e da linguagem, barrado deste gozo absoluto. Essa barra representa a castração e a falta, e é responsável pela ininterrupta busca de um objeto que o complete. Trata-se da essência do desejo. O encontro com o objeto é, sempre, um reencontro e por outro lado, sempre faltoso, haja vista o objeto estar perdido desde sempre. O sujeito está condenado: entre todas as tragédias do homem, a maior delas é ser desejanter.

O compromisso da psicanálise é justo com esta dimensão trágica da existência humana.

Este certamente é um momento histórico em que urge a reconstrução das inter-relações que podem viabilizar as transformações na área da saúde, adoecendo menos os profissionais que nela atuam e devolvendo a eles a esperança, o seu lugar social, hoje ameaçado. Trata-se do resgate do sonho de saúde para todos, para eles próprios, profissionais de saúde, para os seus filhos, o sonho de se realizar profissionalmente fazendo o bem, trazendo alento para o sofrimento do outro, o verdadeiro sonho do jaleco branco.

“Não podemos nos tornar cúmplices de um mundo sem limite...” Recomenda Lebrun (2004, p.213) e recorre a F. Scott Fitzgerald, que, em um dos seus últimos textos, *La fêlure* (A falha), de 1963, afirmava que “deveríamos poder compreender que as coisas são sem esperança e, entretanto, estar decididos a mudá-las”. Que se retorne à teoria freudiana. Retornar à teoria freudiana é interrogar-se sobre o sentido da vida, é levantar questões que promovem mais pesquisas e mais trabalho, em um contínuo processo entre a prática e a teoria, nestes tempos em que tudo parece sufocar o sujeito, anular a subjetividade, em um tempo em que cada um vale pelo que tem, consome e produz e menos pelo que sente ou sabe.

Onde reconhecermos a dimensão trágica do homem, a psicanálise deve advir, interrogando o ser humano sobre o sentido de sua existência e possibilitando o surgimento do sujeito. Deste compromisso a psicanálise não pode recuar. É hora de apostar na psicanálise. *Alea jacta est*⁶

Com a proposta acima está lançado o desafio.

*Lembra-te,
antes que cheguem os maus dias,
e se rompa o fio de prata,
e se despedace o copo de ouro,
e se quebre o cântaro junto à fonte,
e se desfaça a roda junto ao poço...*

Eclesiastes 12, 1-8

*Tempus fugit*⁷

⁶ Expressão latina que significa “a sorte está lançada”, dita por César, quando estava atravessando o Rubicão.

⁷ O tempo passa

*Vai, portanto, come a tua comida e alegra-te com ela,
bebe o teu vinho com um coração feliz.
Veste-te sempre de branco
E que não falte óleo perfumado nos teus cabelos.
Goza a vida com quem amas todos os dias da tua vida...
Pois Deus já aceitou o que fizeste...*

*Carpe diem*⁸

Eclesiastes 9.7

⁸ Aproveite o dia

REFERÊNCIAS

- ADVOGADO afirma que há risco de desvio de função. Folha de S. Paulo, São Paulo, caderno C p.1, 5 de setembro de 2004.
- ALBORNOZ, S. O que é trabalho? 6. ed. São Paulo: Brasiliense, 1998. Coleção Primeiros Passos n.171.
- ALCINO, Adriana Batista. Stress Social e Reatividade Cardiovascular Infantil: um estudo psicofisiológico. In: LIPP, Marilda (org). Pesquisas Sobre Stress no Brasil: Saúde, Ocupações e Grupos de Risco. Campinas-SP: Papyrus, 1996, p.35-46.
- ALMEIDA FILHO, Naomar de; ROUQUAYROL, Maria Zélia. Introdução a Epidemiologia Moderna. 2.ed. Belo Horizonte/Salvador/Rio de Janeiro: COOPMED/APCE/ABRASCO, 1992.
- ALVES, Rubem. O médico. 4ª.ed. Campinas, SP: Papyrus, 2003, 94 p.
- ALVES-MAZZOTTI, Alda Judith; GEWANDSZNAJDER, Fernando. O Método nas Ciências Naturais e Sociais: Pesquisa Quantitativa e Qualitativa. São Paulo: Pioneira / Thompson Learning, 2001.
- ANGERAMI-CAMON, Valdemar Augusto. Breve reflexão sobre a postura do profissional da saúde diante da doença e do doente. Cap. 3 p. 41-60. IN: ANGERAMI-CAMON, Valdemar Augusto (org). Urgências psicológicas no hospital. São Paulo: Pioneira Thomson, 2002.
- ARACAJU. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. Planejamento de Gestão em Saúde Mental. Núcleo de Supervisão e Desenvolvimento (NUSDF). Coordenação de Saúde Mental. Sergipe: Prefeitura Municipal, 2003.
- ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE CIRURGIÕES DENTISTAS / APCD. O perfil dos cirurgiões-dentistas do Brasil. Disponível em <<http://www.apcd.org.br/pesquisa/odonto>>. Acesso em: 01 de ago. 2003.
- ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE MEDICINA. SUS: o que você precisa saber sobre o Sistema Único de Saúde. São Paulo: Editora Atheneu, v.1, 2002.
- ATO MÉDICO. MEDICINA: Conselho Federal. Brasília, a. 17, n. 139, p.3-9, nov. 2002.
- ATO MÉDICO passa na Comissão de Constituição, Justiça e Cidadania (CCJ) do Senado. MEDICINA: Conselho Federal. Brasília, a.20, n.150, p. 21, jul/set 2004.
- ÁVILA, Lazslo Antônio. Doenças do Corpo e doenças da alma.: investigação psicossomática psicanalítica. 3 ed. São Paulo: Escuta, 2002.
- BALINT, Michael. Psicanálise e prática médica (1964). In: MISSENARD, André. A experiência Balint: história e atualidade. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1994 . Cap 2. p. 9-22.
- BARBOSA-BRANCO, Anadergh; BRUNELLI, Nídia Anders Aidar; ALVES, Marlene de Vasconcelos Moraes. Work load and life quality among night-shift female clinicians in Brazil. In: International Congress Women, Work & Health, 3., Stockolm, 2002.
- BATISTA, Anne Aires Vieira. A remuneração e outros fatores que influenciam a motivação no trabalho do enfermeiro. 2003. 68f. Monografia (Graduação em Enfermagem) Universidade Federal de Sergipe, Aracaju. 2003.

BERCHERIE, P. Os fundamentos da Clínica, história e estrutura do saber psiquiátrico, Rio de Janeiro: Jorge Zahar 1989 p-31-32.

BIANCHI, Estela Regina Ferraz. Conceito de stress – evolução histórica. Nursing, p. 16-9, agosto 2001.

BIANCHI, Estela Regina Ferraz. Enfermeiro hospitalar e o stress. Rev. Esc.Enf.USP, São Paulo, v.34, n.4, p.390-4, dez. 2000.

BIANCHI, Estela Regina Ferraz. Estresse em enfermagem: análise da atuação do enfermeiro de centro cirúrgico. 1990, 129f. Tese (doutorado) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo, 1990.

BIANCHI, Estela Regina Ferraz. O estresse do enfermeiro no centro cirúrgico. Bol. Inf. EEUSP, São Paulo, v.4 n.9 p.16-20, nov. 1988.

BIANCHI, Estela Regina Ferraz; SALZANO, Sônia Della Torre. Estresse em enfermagem: análise da atuação do enfermeiro de centro cirúrgico. Rev. Paul. Enf., São Paulo, Ed. Especial, p.104-109, jul. 1991.

BIOMÉDICOS e psicólogos também impedidos de praticar acupuntura. JORNAL DA AMB. Brasília, a. 43, n. 1324, p.11, dez 2002.

BARDIN, Laurence. Análise de conteúdo. Lisboa: Edição Setenta, 1977.

BIRMAN, Joel. Mal-estar na atualidade: a psicanálise e as novas formas de subjetivação. 3.ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2001.

BOFF, Leonardo. Saber cuidar: ética do humano, compaixão pela terra. Petrópolis: Vozes, 1999.

BRASIL. Constituição (1988). Brasília: Senado Federal, Centro Gráfico. 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Projeto de Reforço à Reorganização do Sistema Único de Saúde-REFORSUS. Seminário Nacional Experiências Inovadoras. Revista Experiências Inovadoras, Brasília-DF, v.2, nov. 2002.

CABISTANI, Roseli M. O. A psicanálise na escuta do sujeito estressado. In: APPOA. O valor simbólico do trabalho e o sujeito contemporâneo. Porto Alegre: Artes e Ofícios, 2000, p.255 –260.

CANDEIAS, Nelly Martins Ferreira. Conceitos de educação e de promoção em saúde: mudanças individuais e mudanças organizacionais. Rev. Saúde Pública, São Paulo, v.31 n. 2, abr.1997. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid>. Acesso em: 30 mai. 2003.

CARRARA, Sérgio. Entre cientistas e bruxos: ensaio sobre os dilemas e perspectivas da análise antropológica da doença. In: ALVES, Paulo César; MINAYO, Maria Cecília (org.). Saúde e doença: um olhar antropológico. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1998 p.33-45.

CARVALHAES, Cid Célio Jayme. Processos médicos: fonte adicional de temor.. In: SINDICATO DOS MÉDICOS DE SÃO PAULO. Desgaste físico e mental do cotidiano médico. S.Paulo: 2002. p.144-150.

CARVALHO, Gysella Rose Prado de. Enfermagem Hospitalar: uma área de satisfação? (monografia). Aracaju: Departamento de Enfermagem e Nutrição da Universidade Federal de Sergipe. Aracaju; 2003.

CARVALHO, Ticiania Sirqueira. Saúde Mental dos Profissionais da área de saúde: percepção dos líderes de classe. 2004. 23 f. Relatório. Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (PIBIC)-CNPq/UFS, Aracaju, 2004.

CLAVREUL, Jean. A ordem médica – poder e impotência do discurso médico. São Paulo: Brasiliense, 1983.

COHN, Amélia; NUNES, Edison; JACOBI, Pedro; KARSCH, Úrsula. A saúde como direito e como serviço. 3ed. S.Paulo: Cortez, 2002.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. O médico e o seu trabalho: aspectos metodológicos e resultados do Brasil. Coordenação de Mauro Brandão Carneiro e Valdeiney Veloso Gouveia. Brasília: CFM, 2004.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DE SERGIPE/ CREMESE. Informações sobre sindicâncias e processos éticos profissionais. Aracaju, 2004. (Correspondência).

COSTA, Arivaldo de Almeida. Por que as denúncias cresceram? MEDICINA: Conselho Federal, Brasília, a. 17, n. 134, p. 24, mai/jun 2002.

COSTA, Jurandir Freire. As práticas amorosas na contemporaneidade. Revista Psychê, São Paulo, a. 3, n. 3, p. 21-28, 1999.

COVOLAN, Maria Aparecida. Stress Ocupacional do psicólogo clínico: seus sintomas, suas fontes e as estratégias utilizadas para controlá-lo. In LIPP, Marilda (org). Pesquisas Sobre Stress no Brasil: Saúde, Ocupações e Grupos de Risco. Campinas-SP: Papyrus, 1996 p.225- 242.

DEJOURS, Christophe. A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho 5. ed. Tradução de Ana Isabel Paraguay e Lúcia Leal Ferreira. São Paulo: Oboré/Cortez, 1992. 156p.

_____. Por um novo conceito de saúde. Revista de Saúde Ocupacional, v.14, n. 54,p. 7-11, abr/maio/jun, 1986.

DI PIERRO, José Antonio. Correio Médico. Jornal da AMB, Brasília, a. 43, n. 1318, p. 12, mar. 2002.

DIANNI, Claudia. BC leva jurus a 18,75% e sinaliza nova alta. . Folha de S. Paulo, S. Paulo, caderno B, p.1, 17 fev. 2005.

EDITORIAL. JORNAL DO FEDERAL: Conselho Federal de Psicologia. Brasília, a.17, n.73, p.2, nov. 2002.

ENTIDADES MÉDICAS exigem um posicionamento do Executivo. MEDICINA: Conselho Federal, Brasília, a. 20, n. 149, p.7, mai/jun 2004.

ESCÓSSIA, Fernanda da. Retratos do Brasil. Folha de S. Paulo, São Paulo, caderno C p.1 3 de dezembro de 2003.

FERNANDES, Josicelia Dumêt; FERREIRA, Sílvia Lúcia; ALBERGARIA, Aurenice Karine; CONCEIÇÃO, Flávia Matos da. Saúde mental e trabalho feminino: imagens e representações de enfermeiras. Rev. Latino-Americana de Enfermagem, Ribeirão Preto, v.10, n.2, p.199-206, mar/abr 2002.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. Dicionário da Língua Portuguesa. 3. ed., 11ª impr. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1993. 541p.

_____. Novo Aurélio Século XXI: o dicionário da língua portuguesa/ Aurélio Buarque de Holanda Ferreira. 3.ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira,1999.

FERREIRA, Elaine Cristina Araújo; CORREIA, Waneska Sorathe Silva. Saúde mental dos Enfermeiros. 2003. 55f. Monografia (Bacharelado em Enfermagem) Universidade Federal de Sergipe. Aracaju, 2003.

FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz. Mudanças na educação médica & residência médica no Brasil. São Paulo: Hucitec/Rede Unida, 1998. 190 p.

FIGUEIRAS, Júlio César; HIPPERT, Maria Isabel. Estresse: possibilidades e limites. In: JACQUES, Maria das Graças; CODO, Wanderley (organizadores). Saúde Mental & Trabalho: Leituras. Petrópolis, RJ: Vozes, 2002 p. 112-129

FIOCRUZ/CFM. Perfil dos Médicos Brasileiros. Jornal da Febrasgo, Goiás, a. 10, 2003.

FRANÇA, Ana Cristina Limongi; RODRIGUES, Avelino Luiz.. Stress e Trabalho: uma abordagem psicossomática. 3.ed. São Paulo: Atlas, 2002. 181 p.

FREUD, Sigmund. Leonardo da Vinci e uma lembrança da sua infância (1910). In: Ed. Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago: 1970, v. 11, p.53-124.

_____. Sobre a tendência universal à depreciação na esfera do amor (Contribuições à Psicologia do Amor II) (1912). In: Ed. Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. v. 11, 1970, p. 159-173.

_____. Os três ensaios sobre a teoria da sexualidade (1905). In: Ed. Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1972, v. 7, p.121-252.

_____. As pulsões e suas vicissitudes (1915). In: Ed. Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. v.14, 1974, p.127-162.

_____. O mal-estar na civilização (1929-1930). In: Ed. Standard Brasileira das Obras psicológicas de Sigmund Freud. 2.ed. Rio de Janeiro: Imago, 1974, v. 21.

_____. Inibição, Sintoma e Angústia (1926) In: Ed. Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. v. 20. Rio de Janeiro: Imago,1976, p.95-201.

_____. Sobre as teorias sexuais das crianças (1908) In: Ed. Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago,1976.

_____. Sobre os critérios para destacar da neurastenia uma síndrome particular intitulada neurose de angústia (1895). In: Primeiras publicações psicanalíticas (1893- 1899) In: Ed. Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. v.3. Rio de Janeiro: Imago,1976, p. 101-138.

_____; BREUER, Joseph. Estudos sobre a histeria (1893-1895). In: Ed. Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1974, v. 2, 393p.

GAY, Peter. Freud: Uma Vida para o Nosso Tempo. São Paulo: Companhia das Letras, 1989.

GELLY, Renè. Aspectos teóricos do movimento Balint. In: MISSENARD, André (coord.) A experiência Balint: história e atualidade. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1994. Cap. 3, p.23-52.

- GIL, Antonio Carlos. Métodos e Técnicas de Pesquisa Social. São Paulo: Atlas, 1999.
- GOODE, William Josiah; HATT, Paul K. Métodos em pesquisa social. 7ª ed. São Paulo: Nacional, 1979, p.237-268.
- GOSLING, Robert; TURQUET, Pierre. A formação dos médicos generalistas. In: MISSENARD, André (coord.) A experiência Balint: história e atualidade. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1994 . Cap. 4, p.53-108.
- GUIMARÃES, Andressa de Lourdes. Perfil de qualidade de vida do médico do trabalho. 2000. Monografia (especialização em Saúde do Trabalho). Universidade Federal do Paraná. Curitiba, 2000.
- GUIR, Jean. A Psicossomática na Clínica Lacaniana. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1992.
- IBGE. Banco de dados. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 2 out. 2002.
- IBOPE, 2004. Perfil dos psicólogos brasileiros. Folha de S. Paulo, caderno C, 5 set.2004 p.1, São Paulo: Folha da manhã.
- INSTITUTO DATAFOLHA. Piores planos de saúde. Jornal da AMB, Brasília, a. 43, n. 1324, p.6, dez. 2002.
- JACQUES, Maria da Graça; CODO, Wanderley (org). Saúde mental & trabalho: leituras. Petrópolis, RJ: Vozes, 2002. 420 p.
- JAEGER, Maria Luiza. V Congresso da Rede Unida de 24 a 27 de maio de 2003. RADIS, Rio de Janeiro n. 11. jul. de 2003, p. 14.
- KAPLAN Harold I., SADOCK Benjamin J. e GREBB Jack A Compêndio de Psiquiatria: Ciências do Comportamento e Psiquiatria Clínica. Porto Alegre: Artes Médicas; 1999.
- KEHL, Maria Rita. Sobre ética e psicanálise. São Paulo: Companhia das letras, 2002.
- _____. Uma existência sem sujeito. Folha de São Paulo. Caderno Mais. 26 de janeiro de 2003 p.4-5, São Paulo: Folha da manhã.
- KRISTEVA, Julia. O tempo das mulheres. In: _____. As novas doenças da alma. Rio de Janeiro: Rocco, 2002, p. 214-239.
- LABATE, Renata Curi. O profissional de saúde frente à paciente mastectomizada: aspectos psicológicos. 1997. 157f. Tese (Doutorado) Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, 1997.
- LABATE, Renata Curi; RIBEIRO, Bárbara Andréia; BOSCO, Adriana Gonçalves. O estresse do enfermeiro junto a pacientes com câncer. R. Enferm. UERJ, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3 p. 243-247, set./dez. 2001.
- LAUTERT, Liana. A sobrecarga de trabalho na percepção de enfermeiras que trabalham em hospital. R. Gaúcha Enferm., Porto Alegre, v. 20, n.2, p. 50-64, jul.1999.
- LEBRUN, Jean-Pierre. Um mundo sem limite: ensaio para uma clínica psicanalítica social. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2004, 218 p.
- LEITE, Fabiane. Psicólogos reavaliam quebra de sigilo. Folha de São Paulo, caderno C p.1, São Paulo: Folha da Manhã, 5 de setembro de 2004.
- LOBIONDO-WOOD, Geri; HABER, Judith. Pesquisa em enfermagem: métodos,

avaliação crítica e utilização. 4.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.

LOPES, J. Leme. Diagnóstico em Psiquiatria. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 1980.

LOUZÃ NETO Mário R., DA MOTTA Thelma., WANG Yuang-Pang e ÉLKIS Hélio, *Psiquiatria Básica*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

MACHADO, Maria Helena (org). Profissões de saúde: uma abordagem sociológica. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1995, 226 p.

MACHADO, Maria Helena (coord.) et al. Os Médicos no Brasil: um retrato da realidade. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1997. 244p.

MARAZINA, Isabel. Trabalhador de saúde mental: encruzilhada da loucura. IN: LANCETTI, Antonio (org). Instituições e Saúde Mental 2. ed. Série SAÚDELOUCURA. São Paulo: Hucitec, n. 1, 1997, p.69-74

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. Metodologia do Trabalho Científico: procedimentos básicos, pesquisa bibliográfica, projeto e relatório, publicações e trabalhos científicos. São Paulo: Atlas, 2001.

MARQUES, Ana Cecília Petta Roselli; ALVES, Hamer Nastasy Palhares Alves. O uso de álcool e outras substâncias com potencial de abuso. In: SINDICATO DOS MÉDICOS DE SÃO PAULO. Desgaste físico e mental do cotidiano médico. S.Paulo: 2002, p.104-120.

MASLACH, Christina; LEITER, Michael. Trabalho: Fonte de prazer ou desgaste? Guia para vencer o stress na empresa. Campinas, São Paulo: Papyrus, 1999.

MCDOUGALL, Joyce. Em Defesa de uma Certa Anormalidade: Teoria e Clínica Psicanalítica. Porto Alegre: Artes médicas, 1983.

MELEIRO, A. M. A. S. Suicídio entre médicos e estudantes de medicina. Rev. Assoc. Med. Bras., São Paulo, v. 44, n.2, abr./jun., 1998.

MELMAN, Charles. O homem sem gravidade: gozar a qualquer preço. Entrevistas por Jean-Pierre Lebrun. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2003.

MELO, Cristina. A divisão social do trabalho de enfermagem. S.Paulo: Cortez, 1986.

MELLO FILHO, Júlio. Concepção psicossomática: Visão Atual. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1994.

MELLO FILHO, Júlio. e col. Psicossomática hoje. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

MENDES, R. – O Impacto dos efeitos da ocupação sobre a saúde de Trabalhadores. I. Morbidade. Revista Saúde Pública, São Paulo, v.22, n.4, p. 311-26, 1988.

MENDES, A. M. B. Os novos paradigmas do trabalho: implicações na saúde mental dos trabalhadores. Revista Brasileira de saúde ocupacional, v. 23, n. 85/86, p. 55-60, 1994.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Saúde do Brasil. Brasília-DF, dez. 2002.

MIRADOR: ENCICLOPÉDIA INTERNACIONAL. São Paulo: Encyclopaedia Britannica do Brasil Publicações, 1994, vol 14, p.7411-7439.

MIRANDA-SÁ L. S. O diagnóstico psiquiátrico. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 1993.

MISSENARD, André . Entre psicanálise e medicina: Michael Balint. In: A experiência Balint: história e atualidade. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1994 .cap. 1, p.1-7p.

MIYAZAKI, Maria Cristina de Oliveira Santos. Psicologia na formação médica: subsídios para prevenção e trabalho clínico com universitários. 1997. 150f. Tese (Doutorado) Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. São Paulo, 1997.

NASIO, Juan David. Psicossomática: as formações do objeto a. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1993.

NASCIMENTO SOBRINHO, Carlito Lopes; NASCIMENTO, Mônica de Andrade. Trabalho e saúde dos médicos. In: SINDICATO DOS MÉDICOS DE SÃO PAULO. Desgaste físico e mental do cotidiano médico. S.Paulo: 2002 p.36-51

NICOLIELO, Juliana; BASTOS, José Roberto de Magalhães. Satisfação Profissional do Cirurgião Dentista conforme tempo de formado. Rev Fac Odontol Bauru, v.10, n.2, p. 69-74, 2002.

NOGUEIRA-MARTINS, L. A.; JORGE, M.R. Natureza e magnitude do estresse na residência médica. Rev. Assoc. Méd. Brás. V.44, n.1, p.28-34, 1998.

NOGUEIRA-MARTINS, Luiz Antonio. O exercício profissional e a saúde do médico. In: SINDICATO DOS MÉDICOS DE SÃO PAULO. Desgaste físico e mental do cotidiano médico. S.Paulo: 2002 p.98-102.

NOGUEIRA-MARTINS, Maria Cezira Fantini. Humanização das relações assistenciais: a formação do profissional de saúde. 2 ed. São Paulo: Casa do psicólogo, 2001, p. 93-118.

NOGUEIRA-MARTINS, Maria Cezira Fantini. Os médicos e a humanização da assistência. In: SINDICATO DOS MÉDICOS DE SÃO PAULO. Desgaste físico e mental do cotidiano médico. S.Paulo: 2002 p.122-127.

NORONHA, Ana Beatriz. Projetos grandiosos marcam a importância do nível médio. Radis: comunicação em saúde, Rio de Janeiro, n.4 p.8-15, nov. 2002.

_____; SOPHIA, Daniela; MACHADO, Kátia. Graduação: é preciso mudar. Transformações dependem de políticas de Educação e Saúde. Radis: comunicação em saúde Rio de Janeiro, n. 5 p.9-16, dez. 2002.

NUNES FILHO, Eustachio Portella; BUENO, João Romildo; NARDI, Antonio Egidio. Psiquiatria e Saúde Mental: Conceitos Clínicos e Terapêuticos Fundamentais. São Paulo: Atheneu, 2001.

OFICINA DE PRODUÇÃO DO IEPSI. O casal, a família e a psicanálise. Revista Grêphos: psicanálise, Belo Horizonte, n. 13, p. 77-81, set. 1995.

OLIVEIRA, Francisco J. Arsego. Concepções da doença: o que os serviços de saúde têm a ver com isto? In: DUARTE, Luiz Fernando Dias; LEAL, Ondina Fachel (org). Doença, sofrimento, perturbação: perspectivas etnográficas. Rio de Janeiro: Ed FIOCRUZ, 1998. Cap. 4, p.81-94

OLIVEIRA, José Erivalder. O médico e o mercado de trabalho: repercussão na sua saúde. In: SINDICATO DOS MÉDICOS DE SÃO PAULO. Desgaste físico e mental do cotidiano médico. S.Paulo: 2002, p.22-33.

OLIVEIRA, Silvio Luiz de. Tratado de Metodologia Científica. 4. reimp.da 2.ed. São Paulo: Pioneira / Thomson Learning, 1999.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE/OMS. Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10: Descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Porto Alegre: Artes Médicas; 1993.

_____. Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10: Diretrizes Diagnósticas e de Tratamento para Transtornos Mentais em Cuidados Primários. Porto Alegre: Artes Médicas; 1998.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE/OPAS; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE/OMS. Relatório sobre a saúde no mundo 2001. Saúde mental: nova concepção, nova esperança. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

PAIVA, Eleuses Vieira. Valorização da Especialização Médica. *Jornal da Associação Médica Brasileira*. Brasília, a.43, n.1317, p.2, jan/fev 2002

PARAÍSO dos infieis. *Época*. São Paulo: Globo, n. 283. p. 74-81, 20 de outubro de 2003.

PEDUZZI, Marina; PALMA, José João Lanceiro da. A equipe de saúde. In: SCHRAIBER, L. B.; NEMES, M.I.B.; MENDES-GONÇALVES, R. B. (org). *Saúde do adulto: programas e ações na unidade básica*. São Paulo: Hucitec, 1996, p-234-250.

PENICHE, Aparecida de Cássia Giani; NUNES, Léia Mello. Estresse-ansiedade do enfermeiro em sala de recuperação anestésica. *Rev. SOBECC*, São Paulo, v.6, n.º. 3, p.19-23, jul/set. 2001

PEREIRA, Maurício Gomes. *Epidemiologia: teoria e prática*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999. p. 269-206, 337-357.

PEREIRA, Maria Elizabeth Rosa ;BUENO,Sônia Maria Vilela. Lazer- Um caminho para aliviar as tensões no ambiente de trabalho em UTI: uma concepção da equipe de enfermagem. *Rev. Latino-am.enfermagem*, Ribeirão Preto, v.5, n.4, p.75-83, outubro 1997

PERES, Urânia Tourinho. *Depressão e Melancolia*. Rio de Janeiro, Jorge Zahar, 2003. Coleção Passo- a -passo, vol 22.

_____. O desamparo do homem contemporâneo. In: _____. *Mosaico de letras: ensaios de psicanálise*. Rio de Janeiro: Escuta, 1999. p.11-26.

_____. Síndrome de pânico. In: _____. *Mosaico de letras: ensaios de psicanálise*. Rio de Janeiro: Escuta, 1999, p. 121-8.

PESSOA, Fernando. *O livro do desassossego: composto por Bernardo Soares, ajudante de guarda-livro na cidade de Lisboa*. S.Paulo: Cia das Letras, 1999.

PESSOTTI, Isaias. Para compreender a vida dura. *Caderno Mais*. Folha de São Paulo. 26 de janeiro de 2003 p.6-7

PIANTA, D.; DOMINGOS, S de A. *Trabalho e Saúde*. São Paulo, 2002. Disponível em: <http://www.itcilo.it/actrav/english/calendar/2002/A1_2744/recursosos/word_documents/01_conceitos.doc>. Acesso em: 11 jun. 2003.

PIMENTEL, Déborah. Estatuto do corpo e os fenômenos psicossomáticos.p.112-123. In: ANDRADE, Helena Manhães; CZERMAK, Rejane; AMORETTI, Rogério. *Corpo e Psicanálise*. São Leopoldo: Unisinos, 1998.

_____. *Psicanálise: Um século do Sonhos*. In: *Círculo Brasileiro de Psicanálise. Estudos de Psicanálise*, n.23. Recife, 2000, p. 72-78.

_____; VIEIRA, Maria Jézia. Pulsão, trabalho e stress. *Estudos de Psicanálise*, Belo Horizonte, n.26, p. 41-9, 2003.

PITTA, Ana Maria Fernandes. Hospital: dor e morte como ofício. 3.ed. – São Paulo: Hucitec, 1999. 198 p.

PROJETO DE LEI do Ato Médico: a medicina quer ser a dona da saúde. *Jornal do Federal: Conselho Federal de Psicologia*, a. 18, n. 74, p.3, jan. 2003.

RABELO, Miriam Cristina. Religião, ritual e cura. In: ALVES, Paulo César; MINAYO, Maria Cecília (org.). *Saúde e doença: um olhar antropológico*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1998 p.47-56.

REINHOLD, Helga. Stress Ocupacional do Professor. In: LIPP, Marilda (org). *Pesquisas Sobre Stress no Brasil: Saúde, Ocupações e Grupos de Risco*. Campinas-SP: Papirus, 1996, p.169-194.

REIK, Théodore. *Trente ans avec Freud : suivi des lettres inédites de Freud à Reik*. Bruxelas : Complexe, 1976.

ROCHA, Ana Angélica Ribeiro de Menezes. A trajetória do médico no programa saúde da família: um olhar sobre o sujeito. 2003. 116f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) Universidade Federal da Bahia, Salvador. 2003.

ROSEN, G. A evolução da medicina social. In: SILVA, Everardo Nunes da (org.). *Textos*. São Paulo; Global, 1983, p.27-82.

ROSCH, Paul. The American Institute of Stress. Disponível em: <<http://www.ismabrasil.com.br>> (International Stress Management Association - Brasil). Acesso em 22 de março de 2003.

ROUDINESCO, Elisabeth. Por que a psicanálise? Tradução Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2000. 163 p.

RUDIO, Franz Victor. *Introdução ao Projeto de Pesquisa Científica*. 24.ed. Petrópolis: Vozes, 1999.

RUFFINO, Rodolpho. Do trabalho psíquico ao trabalho social. In: APPOA. *O valor simbólico do trabalho e o sujeito contemporâneo*. Porto Alegre: Artes e Ofícios, 2000, p.178-204.

SALDANHA, Leticia Beck; FERREIRA, Lúcia H. Uma trajetória atravessada pela subjetividade e pelo desejo. In: FLEIG, Mário (org). *Psicanálise e sintoma social II*. São Leopoldo: UNISINOS, 1998, p.301- 315.

SAMPAIO, Adilson Peixoto. O médico e os desafios dos novos tempos. Conferência de abertura do I Encontro Sergipano de Interconsulta e psiquiatria no hospital geral: da medicina da doença à medicina da pessoa. 06 de junho de 2003. 25p

_____. *Psiquiatria em U.T.I.*. In: I Congresso Brasileiro de Psiquiatria e Medicina Interna. São Paulo: abr., 1987.

SAMPAIO, José Jackson Coelho; MESSIAS, Erick Leite Maia de. A Epidemiologia em Saúde Mental e Trabalho. In: JACQUES, Maria da Graça; CODO, Wanderley (organizadores). *Saúde Mental & Trabalho: leituras*. Petrópolis: Vozes; 2002. p. 143-172.

SANTOS, Shirley Dosea dos. *SaúdeMental dos Profissionais da área de saúde: percepção dos líderes de classes*. 2004. 25 f. Relatório apresentado ao Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica - PIBIC/CNPq/UFS, Aracaju, 2004.

SAUPE, Rosita et al. Qualidade de vida dos acadêmicos de enfermagem. Rev Latino-am Enfermagem, Ribeirão Preto, v.12, n.4, p.636-42, jul./ago. 2004.

SEBASTIANI, Ricardo Werner. A equipe de saúde frente às situações de crise e emergência no hospital geral: aspectos psicológicos. In: ANGERAMI-CAMON, Valdemar Augusto (org). Urgências psicológicas no hospital. São Paulo: Pioneira Thomson, 2002. cap. 2, p. 31-39.

SEGATTO, Cristiane; MANIR, Mônica; TERMERO, Maíra. Prisioneiros das pílulas. Revista Época São Paulo: Globo., n.290, p. 124-30. 8 de dezembro de 2003.

SERRANO, Alan Índio. O que é medicina alternativa. São Paulo: Abril Cultural/Brasiliense, 1985.

SILVA, Arlete; BIANCHI, Estela Regina Ferraz. Estresse ocupacional da enfermeira de centro de material. Rev. Esc. Enf. USP, v. 26, n.1, p.65-74, mar. 1992.

SILVA, Edith Seligmann. Saúde Mental e trabalho. In: TUNDIS, Silvério Almeida; COSTA, Nilson do Rosário (org). Cidadania e Loucura: políticas de saúde mental no Brasil. 7ª. ed. Petrópolis: Vozes, 2001. p. 216-288.

SILVA, Ieda Prates. A sublimação e o trabalho da infância. In: APPOA. O valor simbólico do trabalho e o sujeito contemporâneo. Porto Alegre: Artes e Ofícios, 2000, p.205-210.

SILVA, Juliana Bastoni; KIRSCHBAUM, Débora Isane Ratner. O sofrimento psíquico dos enfermeiros que lidam com pacientes oncológicos. R.Bras.Enferm. Brasília, v.51, n.2, p. 273-290, abr./jun., 1998

SILVA, Marta Maria Alves da. Trabalho médico e o desgaste profissional: pensando um método de investigação. 2001. 139f. Dissertação (Mestrado em Medicina Preventiva e Social) Faculdade de Medicina da Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2001.

SILVEIRA, L. H. À luta companheiros. Proteção, São Paulo, n. 59, p. 22-33, nov. 1996.

SINDICATO DOS MÉDICOS DE SÃO PAULO. Desgaste físico e mental do cotidiano médico. S.Paulo: 2002.

SOARES, Pedro. Inflação cede pouco e alimenta a alta dos juros. Folha de S. Paulo, S. Paulo, caderno B, p.1, 15 fev. 2005.

SUDBRACK, Maria Auxiliadora. Introdução. In: APPOA. O valor simbólico do trabalho e o sujeito contemporâneo. Porto Alegre: Artes e Ofícios, 2000, p.71-72.

TABORDA, José Geraldo V.; PRADO-LIMA Pedro; BUSNELLO Ellis D. Rotinas em Psiquiatria. Porto Alegre: Artes Médicas; 1996.

TENÓRIO, Luiz Roberto. A saúde do médico: riscos ocupacionais no ambiente hospitalar. In: SINDICATO DOS MÉDICOS DE SÃO PAULO. Desgaste físico e mental do cotidiano médico. S.Paulo: 2002. p.54-96.

TRUCCO, Marcelo; VALENZUELA, Paulina; TRUCCO, Daniela. Estrés ocupacional en personal de salud. Rev. Méd. Chile, Santiago dic, v. 127, n. 12. 1999.

TURATO, Egberto Ribeiro. Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da da saúde e humanas. Petrópolis, RJ: Vozes, 2003.

VEIGA, Aida; OLIVEIRA, Otávio Dias de. Sonho de consumo. Revista Época, São Paulo: Globo, n. 334, p.76-82, 11 de outubro de 2004.

VEJA. Banco de dados. Disponível em: <<http://www.veja.com.br>> . Acesso em 2 de Outubro de 2002.

VESCHI, Jorge Luiz. Práticas clínicas contemporâneas. PSYCHÊ: Revista de psicanálise, São Paulo, a.3, n. 3. p.63-71, 1999.

VIDÃO em perigo. VEJA. São Paulo: Abril, a. 36, n.42, ed.1825, p.63, 22 de outubro de 2003.

VIEIRA, Fabrício. Cotação do dólar fica abaixo dos R\$ 2,60. Folha de S. Paulo, S. Paulo, caderno B, p.4, 15 fev. 2005.

VIEIRA, Maria Jésia. Imagem Cultural e motivação na escolha da enfermagem. Aracaju: Editora da UFS/Fundação Oviedo Teixeira, Aracaju, 2002.

WALDOW, Vera Regina. Cuidado humano: o resgate necessário. 2.ed. Porto Alegre: Sagra Luzzatto, 1999.

YAMAGUSHI, Nise. Terapias alternativas: como lidar com o problema. Jornal do CFM p.16, nov., 2002.

ZAHER, Vera Lúcia. Algumas reflexões sobre o médico. In: SINDICATO DOS MÉDICOS DE SÃO PAULO. Desgaste físico e mental do cotidiano médico. S.Paulo: 2002 p.14-20.

APÊNDICE A

Instrumento para coleta de dados entre os profissionais de saúde

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
NÚCLEO DE PÓS-GRADUAÇÃO DE MEDICINA
MESTRADO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE**

Pesquisa: Saúde Mental dos Profissionais da Área de Saúde

Autora: Déborah Pimentel

Orientadora: Prof. Dra. Maria Jésia Vieira

SAÚDE MENTAL DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE – SMPS.

Com o objetivo de avaliarmos a saúde mental dos profissionais que trabalham com saúde, estamos realizando uma pesquisa que se constituirá em uma dissertação de mestrado, no sentido de oferecermos subsídios na formação destes profissionais para o cuidado à própria saúde e elaborarmos uma proposta de um programa de prevenção de doenças mentais.

Solicitamos a sua colaboração, preenchendo o questionário abaixo, marcando em cada item a quadrícula correspondente à resposta que melhor se adequa à sua condição pessoal.

Em anexo, há um termo de consentimento livre e esclarecido, que deverá ser preenchido e devolvido separado do questionário, que por sua vez é confidencial, ficando assegurado o seu direito a esclarecimentos a qualquer momento, bem como sua liberdade de participação da pesquisa e o anonimato às suas respostas.

1-PROFISSÃO

- PSICANALISTA
- MÉDICO (ESPECIALIDADE -----)
- PSICÓLOGO (ESPECIALIDADE-----)
- ENFERMEIRO
- DENTISTA
- FISIOTERAPEUTA
- TERAPEUTA OCUPACIONAL
- NUTRICIONISTA
- FONOAUDIÓLOGO
- OUTRA (-----)

2-SEXO

- MASCULINO
- FEMININO

3-IDADE

- 20 A 30 ANOS
- 31 A 40 ANOS
- 41 A 50 ANOS
- 51 A 60 ANOS
- MAIS DE 60 ANOS

4-REGIÃO QUE VIVE

- NORDESTE
- SUDESTE
- NORTE
- SUL
- CENTRO-OESTE

5-ESTADO CIVIL

- PRIMEIRO CASAMENTO
- SEGUNDA UNIÃO OU MAIS
- SOLTEIRO
- DIVORCIADO
- VIÚVO

6-VOCÊ É O PROVEDOR DA SUA CASA

- TOTALMENTE
- PARCIALMENTE
- NÃO

7-CASA PRÓPRIA

- QUITADA
- FINANCIADA
- ALUGADA
- EMPRESTADA

8-AUTOMÓVEL

- QUITADO
- FINANCIADO
- NÃO TEM

9-CONSULTÓRIO

- QUITADO
- FINANCIADO
- ALUGADO (SOZINHO)
- ALUGADO (COMPARTILHADO)
- EMPRESTADO
- NÃO TEM CONSULTÓRIO

Questões sobre investimento profissional e condições de trabalho

10-TEMPO DE GRADUAÇÃO

- 1 A 5 ANOS
- 6 A 10 ANOS
- 11 A 15 ANOS
- 16 A 25 ANOS
- MAIS DE 25 ANOS

11- FEZ/FAZ PÓS-GRADUAÇÃO

- NÃO
- ESPECIALIZAÇÃO

- MESTRADO
- DOUTORADO
- PÓS-DOUTORADO

12- PARTICIPA DE GRUPOS DE ESTUDOS

- SIM
- NÃO

13-SENTE-SE REALIZADO PROFISSIONALMENTE

- TOTALMENTE
- PARCIALMENTE
- PENSA EM MUDAR DE PROFISSÃO

14-TEM VÍNCULOS EMPREGATÍCIOS

- NÃO, SOU AUTÔNOMO
- DESEMPREGADO
- UM VÍNCULO
- DOIS VÍNCULOS
- TRÊS OU MAIS VÍNCULOS

15-VOCÊ TRABALHA COM CONVÊNIOS /PLANOS DE SAÚDE

- SIM
- NÃO

16- DÁ PLANTÃO

- SIM
- NÃO

17-TRABALHA QUANTAS HORAS POR DIA?

18-TRABALHA QUANTOS DIAS NA SEMANA?

19-VOCÊ TIROU FÉRIAS NOS ÚLTIMOS 2 ANOS

- UMA VEZ
- DUAS VEZES
- NÃO

20-VOCÊ PLANEJA SUAS FÉRIAS

- SIM
- NÃO
- ÀS VEZES

21-ESTÁ SATISFEITO COM SEUS HONORÁRIOS

- TOTALMENTE
- PARCIALMENTE
- INSATISFATÓRIO

22-JÁ SOFREU ALGUM TIPO DE DENÚNCIA PROFISSIONAL NO SEU CONSELHO

- SIM
- NÃO

23-SENSAÇÃO DE ESTAR OBSOLETO E ULTRAPASSADO COM DIFICULDADE DE ATUALIZAR-SE

- NUNCA
- RARAMENTE
- FREQUENTEMENTE
- SEMPRE

24- SENTE-SE BASTANTE ORGULHOSO DE SI MESMO E DE SUAS CONQUISTAS PESSOAIS E PROFISSIONAIS

- NUNCA
- RARAMENTE
- FREQUENTEMENTE
- SEMPRE

Sexualidade, Vida familiar e social

25-TEM ALGUM CONFLITO INTERNO POR CAUSA DE SUA ESCOLHA SEXUAL

- SIM
- NÃO

26- SOFRE ALGUM TIPO DE PRECONCEITO PELA SUA ESCOLHA SEXUAL

- SIM
- NÃO

27-SUA ESCOLHA SEXUAL

- HOMOSEXUAL
- BISEXUAL
- HETEROSEXUAL
- SEM DEFINIÇÃO SEXUAL

28- VOCÊ SE SATISFAZ PLENAMENTE SEXUALMENTE

- NUNCA
- RARAMENTE
- FREQUENTEMENTE
- SEMPRE

29- VOCÊ TEM ALGUM DISTÚRBO SEXUAL

- FRIGIDEZ
- VAGINISMO
- DOR
- AUSÊNCIA DE ORGASMO
- IMPOTÊNCIA
- EJACULAÇÃO PRECOCE
- OUTRO-----

30-VOCÊ É FIEL NOS SEUS RELACIONAMENTOS AMOROSOS

- SIM
- NÃO
- QUASE SEMPRE

31-SE SOLTEIRO, DIVORCIADO OU VIÚVO

- COM RELACIONAMENTO AFETIVO ESTÁVEL
- SEM RELACIONAMENTO AFETIVO ESTAVEL

32-SEU CASAMENTO/NAMORO

- ESTÁVEL
- INSATISFATÓRIO
- PENSA EM SEPARAÇÃO
- RELAÇÃO ABERTA SEM COMPROMISSOS DE FIDELIDADE

33-FREQUENCIA DAS RELAÇÕES SEXUAIS

- NUNCA

- RARAMENTE
- UMA VEZ POR MÊS
- UMA VEZ POR SEMANA
- 2 A 3 VEZES POR SEMANA
- DIARIAMENTE

34-FREQUENCIA QUE SE MASTURBA

- NUNCA
- RARAMENTE
- FREQUENTEMENTE
- SEMPRE

35-EM SITUAÇÕES DE SEXO CASUAL OU RELACIONAMENTOS EXTRACONJUGAIS VOCÊ USA/USARIA PRESERVATIVOS

- NUNCA
- RARAMENTE
- FREQUENTEMENTE
- SEMPRE

36- TEM FILHOS

- SIM. NÚMERO DE FILHOS----
- NÃO

37-SABE O NOME DO MELHOR AMIGO DE SEU FILHO MAIS VELHO?

- SIM
- NÃO
- NÃO TENHO FILHOS

38-SABE QUAL A DISCIPLINA QUE SEU FILHO MAIS VELHO MAIS GOSTA NA ESCOLA?

- SIM
- NÃO
- NÃO TENHO FILHOS

39-TEM ALGUM HOBBY

- SIM
- NÃO

40-COM QUE FREQUENCIA SAI PARA DANÇAR

- NUNCA
- RARAMENTE
- FREQUENTEMENTE
- SEMPRE

41-COM QUE FREQUÊNCIA VOCÊ ENCONTRA OS AMIGOS PARA “PÔR O PAPO EM DIA”?

- DIARIAMENTE
- SEMANALMENTE
- QUINZENALMENTE
- MENSALMENTE
- RARAMENTE
- NUNCA

Tabagismo, álcool e outras drogas

42- FUMANTE

- SIM. HÁ QUANTO TEMPO? -----
- NÃO

43-SE FUMANTE, PENSA EM LARGAR O CIGARRO

- SIM
- NÃO
- ÀS VEZES

44-VOCÊ CONSOME BEBIDAS ALCOÓLICAS

- DIARIAMENTE
- QUASE DIARIAMENTE
- SEMANALMENTE
- OCASIÕES ESPECIAIS
- RARAMENTE
- NUNCA

45-QUANTOS DRINKS VOCÊ BEBE

- UMA DOSE
- DUAS A TRÊS DOSES
- MAIS DE TRÊS
- NÃO BEBE

46- NO ÚLTIMO ANO, QUANTAS VEZES SE EMBRIAGOU

- NENHUMA VEZ
- TODA VEZ QUE BEBE
- UMA VEZ
- DUAS A TRÊS VEZES
- MAIS DE TRÊS VEZES
- NÃO BEBE

47-JÁ TRABALHOU SOB EFEITO DE ÁLCOOL

- NUNCA
- RARAMENTE
- FREQUENTEMENTE
- SEMPRE
- NÃO BEBE

48-NOS ÚLTIMOS 12 MESES FEZ USO DE:

- MACONHA
- COCAINA
- OUTRA-----
- NÃO USO DROGAS

49-JÁ TRABALHOU SOB EFEITO DE TRANQUILIZANTES

- NUNCA
- RARAMENTE
- FREQUENTEMENTE
- SEMPRE

50-JÁ TRABALHOU SOB EFEITO DE OUTRAS DROGAS

- NUNCA
- RARAMENTE
- FREQUENTEMENTE
- SEMPRE
- QUAL?-----

Condições gerais de saúde

51-HÁ QUANTO TEMPO FEZ SEU ÚLTIMO EXAME DE SAÚDE

- MENOS DE 6 MESES

- MAIS DE 6 MESES
- MAIS DE 1 ANO
- NÃO LEMBRA
- NUNCA FEZ

52-FAZ ATIVIDADE FÍSICA SISTEMÁTICA

- SIM. QUAL? ----- COM QUE FREQUÊNCIA?-----
- NÃO

53-TOMA ALGUMA MEDICAÇÃO COM REGULARIDADE

- ANALGÉSICOS
- TRANQUILIZANTES
- ANTIDEPRESSIVOS
- OUTROS-----
- NÃO

54-TEM DOR DE CABEÇA COM FREQUÊNCIA

- SIM
- NÃO
- FREQUENTEMENTE
- RARAMENTE

55- SABE QUAL É A SUA PRESSÃO ARTERIAL

- NORMOTENSO
- HIPOTENSO
- HIPERTENSO
- NÃO SEI

56- EM CASO DE ALTERAÇÕES DE PRESSÃO ARTERIAL, VOCÊ A CONTROLA MEDICAMENTOSAMENTE

- SIM
- NÃO

Avaliação psiquiátrica

57-DORME BEM

- NUNCA
- RARAMENTE
- FREQUENTEMENTE
- SEMPRE
- ÀS VEZES

58-PESADELOS

- NUNCA
- RARAMENTE
- FREQUENTEMENTE
- SEMPRE

59-SENTE-SE ANSIOSO OU ESTRESSADO COM FREQUENCIA

- SIM
- NÃO

60-APRESENTA ALTERAÇÕES FREQUENTES DE HUMOR

- SIM
- NÃO

61-NECESSITA DE AGENDA PARA RELEMBRAR TAREFAS E COMPROMISSOS

- SIM
- NÃO

62- TEVE ALGUM DISTÚRBO DE PERCEPÇÃO

- NUNCA
- DELÍRIO
- ALUCINAÇÃO
- DEJA VU
- OUTRO. QUAL?

63- TEM ALGUMA FOBIA?

- SIM. QUAL?-----
- NÃO

64- JÁ TEVE SINTOMAS DE SÍNDROME DE PÂNICO?

- SIM
- NÃO

65- CAPACIDADE DE CONCENTRAÇÃO E REALIZAÇÃO DE PEQUENOS CÁLCULOS

- PRESERVADAS
- COMPROMETIDAS DISCRETAMENTE
- COMPROMETIDAS TOTALMENTE

66-SENTE OU SENTIU ALGUMA VEZ OS SINTOMAS DE DEPRESSÃO

- NUNCA
- RARAMENTE
- FREQUENTEMENTE
- SEMPRE

67- ALGUMA VEZ PENSOU EM SUICÍDIO

- NUNCA
- RARAMENTE
- FREQUENTEMENTE
- SEMPRE

68- TRATAMENTO PSICOTERÁPICO/PSICANALÍTICO

- NUNCA FEZ
- FEZ/FAZ POR MENOS DE SEIS MÊSES
- FEZ/FAZ ENTRE SEIS MÊSES E UM ANO
- FEZ/FAZ ENTRE DOIS E CINCO ANOS
- FEZ/FAZ POR MAIS DE SEIS ANOS

69- TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO

- NUNCA FEZ
- JÁ FEZ
- ESTÁ FAZENDO

APÊNDICE B

Roteiro de entrevista para coleta de dados entre líderes de classe (conselhos associações, sindicatos) e coordenadores de cursos de graduação

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
NÚCLEO DE PÓS-GRADUAÇÃO DE MEDICINA
MESTRADO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE**

Pesquisa: Saúde Mental dos Profissionais da Área de Saúde

Autora: Déborah Pimentel

Orientadora: Prof. Dra. Maria Jésia Vieira

A entrevista deve ser adaptada (seleção das questões pertinentes) de acordo com as posições / cargos ocupados pelos entrevistados

- 1- Quantos filiados têm este órgão de classe?
- 2- O que dificulta a adesão e/ ou facilita a filiação?
- 3- Qual o papel deste órgão?
- 4- Quais as dificuldades cotidianas deste órgão?
- 5- Como a profissão é percebida hoje pelos próprios profissionais?
- 6- Que tipo de ajuda geral este órgão oferece aos profissionais e ou eles, solicitam?
- 7- Que tipo de investimento este órgão faz na saúde mental dos profissionais?
- 8- Em Sergipe existe algum processo ético movido contra profissionais?
- 9- Alguém já foi cassado /excluído deste órgão e sob que razões?
- 10- Existe algum tipo de corporativismo na classe? Os profissionais se protegem entre si? Isto é positivo ou negativo?
- 11- Tem conhecimento de profissionais que adoeceram em decorrência da prática? Quantos e com que frequência?
- 12- Tem conhecimento de profissionais que fazem uso de drogas ou abusam do álcool? Quantos?
- 13- Existe ajuda deste órgão de caráter social?
- 14- Existe ajuda deste órgão de caráter jurídico/ legal?
- 15- Existe ajuda deste órgão de caráter médico/ odontológico?
- 16- Existe ajuda deste órgão de caráter psicológico?
- 17- Existe ajuda deste órgão de caráter financeiro?
- 18- Houve alguma vez algum tipo de pedido de ajuda feito pelo profissional, de caráter social, jurídico, médico, psicológico, financeiro? Quantos pediram ajuda? Foram ajudados?
- 19- Qual o piso salarial da classe?
- 20- O piso salarial satisfaz a categoria?
- 21- Qual seria o piso salarial ideal?
- 22- Qual a carga horária média trabalhada pela categoria?
- 23- O ritmo de trabalho é satisfatório?
- 24- O sistema de plantões é bem remunerado e dentro dos limites físicos/psicológicos do profissional?
- 25- Como anda o mercado de trabalho para esta categoria?

- 26- O MEC deve estimular ou desestimular a abertura de novas faculdades?
- 27- Há investimento das instituições/clínicas/hospitais na capacitação dos profissionais?
- 28- Existe a preocupação dos empresários com a capacitação dos profissionais?
- 29- O seu órgão investe em capacitação dos profissionais?
- 30- Qual a classificação deste curso de graduação pelo MEC aqui em Sergipe?
- 31- Quais as dificuldades deste curso de graduação?
- 32- Na formação profissional existe alguma cadeira que ensine o profissional a cuidar da própria saúde?
- 33- O seu órgão alguma vez se preocupou em preparar os seus profissionais com treinamento de auto-ajuda?
- 34- Quantos estudantes ingressam no curso de graduação por ano?
- 35- Quantos estudantes saem deste curso por ano para o mercado de trabalho?
- 36- O(a) senhor(a) tem sugestões para a grade curricular para fomentar o cuidado que o profissional deve ter para consigo mesmo?
- 37- O(a) senhor(a) tem sugestões para a manutenção da saúde mental dos profissionais da sua categoria?
- 38- Existe curso de graduação para esta categoria profissional aqui em Sergipe? Quais? Onde? Desde quando? Tem parcerias? Quais? Tem pesquisas? Publicações? Satisfazem?

APÊNDICE C

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
NÚCLEO DE PÓS-GRADUAÇÃO DE MEDICINA
MESTRADO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE**

Projeto : Saúde Mental dos Profissionais da Área de Saúde

Autora: Déborah Pimentel

Orientadora: Prof. Dra. Maria Jésia Vieira

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Eu, _____, RG _____, declaro saber que os objetivos do projeto de pesquisa sobre o tema Saúde Mental dos Profissionais da Área de Saúde, são estudar os aspectos mentais destes profissionais, diante da globalização, avanços tecnológicos e o desemprego, revendo suas condições econômicas e o seu papel social e cultural no estado de Sergipe.

Autorizo a pesquisadora Déborah Pimentel a usar os dados do questionário/entrevista que estou lhe respondendo nesta data, para os fins que se destina a pesquisa.

Estou ciente de que tenho direito a esclarecimentos a qualquer momento que os mesmos se fizerem necessários, que tenho plena liberdade de recusar-me a participar desta pesquisa, ou mesmo, tendo aceito e assinado esse termo, o de retirar meu consentimento, no todo ou em parte dos dados, sem que disso resulte algum prejuízo e de que os dados são confidenciais e serão mantidos em sigilo.

_____, _____ de _____ de 200_

Assinatura do sujeito da pesquisa

Déborah Pimentel
deborah@infonet.com.br
Telefone: (79) 214 1948

ANEXO

APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)