

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
DEPARTAMENTO DE ENGENHARIA DE PRODUÇÃO E SISTEMAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENGENHARIA DE PRODUÇÃO**

**SATISFAÇÃO COM O TRABALHO:
DO DESEJO À REALIDADE DE SER MÉDICO**

SUELY GROSSEMAN

Florianópolis (SC)

2001

SUELY GROSSEMAN

**SATISFAÇÃO COM O TRABALHO:
DO DESEJO À REALIDADE DE SER MÉDICO**

**Tese apresentada como requisito para
obtenção do grau de Doutor ao Programa
de Pós-Graduação em Engenharia de
Produção da Universidade Federal de
Santa Catarina.**

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Zuleica Maria Patrício

Florianópolis (SC)

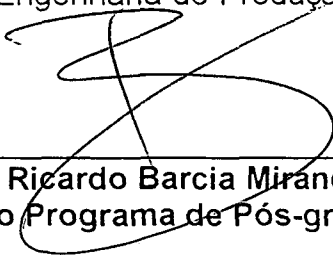
2001

TERMO DE APROVAÇÃO

SUELY GROSSEMAN

**SATISFAÇÃO COM O TRABALHO:
DO DESEJO À REALIDADE DE SER MÉDICO**

Tese apresentada como requisito para obtenção do grau de Doutor ao Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção da Universidade Federal de Santa Catarina.




Prof. Dr. Ricardo Barcia Miranda
Coordenador do Programa de Pós-graduação

Banca Examinadora:



Profª. Drª. Zuleica Maria Patrício
Orientadora




Profª. Drª. Olga Rosaria Eidt

Prof. Dr. Marco Akerman



Profª. Drª. Maria Marlene de Souza Pires



Profª. Drª. Eliana Ternes Pereira

Prof. Dr. Glaycon Michels

Florianópolis, 24 de maio de 2001

DEDICATÓRIA

Dedico esta tese à memória de minha mãe e à doce presença de minha querida filha Alice, que ilumina a minha vida e que tolerou, com paciência, a minha presença tão ausente, nestes últimos quatro anos.

AGRADECIMENTOS

Inúmeras são as pessoas e várias as instituições, cujos nomes devem constar, pelo menos, nesta página, pois sua presença, colaboração e apoio, durante esta jornada, foram fundamentais no processo desta tese.

Gostaria de agradecer:

a Edson Castanha, companheiro de alegrias e também de tristezas, que não foram poucas, nestes últimos anos, e presença constante em minha vida;

à Prof^a. Dr^a. Zuleica Maria Patrício, que me orientou e ajudou a voar até o término desta tese;

ao Prof. Dr. Glaycon Michels, meu orientador anterior, que me deu asas para alçar vôo;

à solidariedade e amizade de todos os companheiros do Núcleo Transcriar;

ao Prof. Dr. Ricardo Barcia Miranda que proporcionou o início de minha caminhada no doutorado;

ao Prof. Lúcio José Botelho, uma das poucas pessoas que conheço que não se contaminou pelo poder;

ao Prof. Dr. Neri dos Santos, que sempre deu incentivo às minhas idéias;

aos vinte e cinco sujeitos do estudo que aceitaram participar da pesquisa e ensinaram-me muito sobre a vida e a medicina;

aos meus amigos, que compreenderam meu distanciamento progressivo, nestes quatro anos de doutorado: Emília Sbruzzi, Suzi Wainstein, Leila Cristiane Machado, Maria Cláudia Gottard Ferreira, Paulo Orsini, Dorothee de Bruchard, Sandra C. A. S. Souza, Márcia Ramirez e Carlos Righi, Magali Lemos, Maria Alice A. Assis, Rosane L. Santos e Paulo A. D. P. Xavier, Francisco B. Noronha, Ricardo Horta Gonçalves, Tânia Bernardete Campos, Shirlei e Gerson José Coelho e Luis Cútulo;

à minha amiga Letícia L. Horta Gonçalves que ajudou na transcrição das entrevistas;

à minha irmã Sara Grosseman Venosa;

às crianças e aos responsáveis que aceitaram participar de minha tese anterior;

à Dona Norma Tintori Mattosinho, pessoa muito especial para mim;

à Prof^a. Dr^a. Maria de Fátima da Silva Duarte e Prof. Dr. Juarez Vieira do Nascimento, professores de Educação Física da Universidade Federal de Santa Catarina; a Irano Luiz Cruz Carvalho, professor de Ginástica Olímpica e Maria Luiza Vieira Santos e Prof^a. Dr^a. Andréa Vieira Zanella, psicólogas, que muito colaboraram em minha tese anterior;

à Diretoria do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina;

aos colegas e amigos da Divisão de Pediatria do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina;

aos colegas do curso de Pediatria Preventiva e Social da Universidade Federal de Santa Catarina, que facilitaram meu investimento no doutorado, demonstrando solidariedade, Prof^a. Dr^a. Maria Marlene de Souza Pires e Prof. Carlos Eduardo Pinheiro;

àqueles colegas do Departamento de Pediatria que me apoiaram neste caminho;

a todos os amigos da CASSI, e em especial, a Dr. Edson Adriano, Dr. Douglas A. Pinto e Dr. Élcio P. Araújo, sem a ajuda dos quais, esta tese e a minha qualidade de vida teriam sido prejudicadas;

às psicólogas que conheci, que me enriqueceram com sua sabedoria, disponibilizaram bibliografia e ajudaram-me com suas opiniões – Prof^a. Maria Helena Cruz de Moraes, Maria Helena Ferraz, Prof^a. Dr^a. Maria Aparecida Crepaldi;

à Prof^a. Maria Helena C. Lima, que se mostrou extremamente solidária em ajudar-me, mesmo sem conhecer-me;

à Dona Lida Zandonadi que revisou esta tese;

a todos os componentes da banca, por sua valiosa participação no julgamento da tese.

O que for a profundidade do teu ser, assim será teu desejo.

O que for o teu desejo, assim será tua vontade.

O que for a tua vontade, assim serão teus atos.

O que forem teus atos, assim será teu destino¹.

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 - FATORES QUE PROMOVEM A SATISFAÇÃO PROFISSIONAL DOS MÉDICOS ENTREVISTADOS.....	51
QUADRO 2a - FATORES QUE LIMITAM A SATISFAÇÃO PROFISSIONAL DOS MÉDICOS ENTREVISTADOS.....	52
QUADRO 2b - FATORES DOS SISTEMAS DE FORMAÇÃO E DE SAÚDE QUE LIMITAM A SATISFAÇÃO PROFISSIONAL DOS MÉDICOS ENTREVISTADOS.....	53
QUADRO 2c - FATORES DOS SISTEMAS (QUE NÃO OS DE SAÚDE E DE FORMAÇÃO) QUE LIMITAM A SATISFAÇÃO PROFISSIONAL DOS MÉDICOS ENTREVISTADOS.....	54
QUADRO 3 - O EMERGIR DO DESEJO DE SER MÉDICO: O GRUPO DOS PEDIATRAS.....	58
QUADRO 4 - INICIANDO O CAMINHO PARA EXPRESSÃO DO DESEJO DE SER MÉDICO: O GRUPO DOS PEDIATRAS.....	59
QUADRO 5 - DEFININDO O CAMINHO NA MEDICINA: O GRUPO DOS PEDIATRAS.....	60
QUADRO 6 - CAMINHOS TRILHADOS PELOS MÉDICOS: O GRUPO DOS PEDIATRAS.....	61
QUADRO 7 - O EMERGIR DO DESEJO DE SER MÉDICO: O GRUPO DOS CIRURGIÕES.....	80
QUADRO 8 - INICIANDO O CAMINHO PARA EXPRESSÃO DO DESEJO DE SER MÉDICO: O GRUPO DOS CIRURGIÕES.....	81
QUADRO 9 - DEFININDO O CAMINHO NA MEDICINA: O GRUPO DOS CIRURGIÕES.....	82
QUADRO 10 - CAMINHOS TRILHADOS PELOS MÉDICOS: O GRUPO DOS CIRURGIÕES.....	83
QUADRO 11 - O EMERGIR DO DESEJO DE SER MÉDICO: O GRUPO DOS CLÍNICOS.....	102

QUADRO 12 - INICIANDO O CAMINHO PARA EXPRESSÃO DO DESEJO DE SER MÉDICO: O GRUPO DOS CLÍNICOS.....	103
QUADRO 13 - DEFININDO O CAMINHO NA MEDICINA: O GRUPO DOS CLÍNICOS.....	104
QUADRO 14 - CAMINHOS TRILHADOS PELOS MÉDICOS: O GRUPO DOS CLÍNICOS.....	105
QUADRO 15 - O EMERGIR DO DESEJO DE SER MÉDICO: O GRUPO DOS GINECOLOGISTAS/OBSTETRAS.....	123
QUADRO 16 - INICIANDO O CAMINHO PARA EXPRESSÃO DO DESEJO DE SER MÉDICO: O GRUPO DOS GINECOLOGISTAS/OBSTETRAS.....	124
QUADRO 17 - DEFININDO O CAMINHO NA MEDICINA: O GRUPO DOS GINECOLOGISTAS/OBSTETRAS.....	125
QUADRO 18 - CAMINHOS TRILHADOS: O GRUPO DOS GINECOLOGISTAS/OBSTETRAS.....	126
QUADRO 19 - O EMERGIR DO DESEJO DE SER MÉDICO: O GRUPO DOS MÉDICOS DA SAÚDE PÚBLICA.....	146
QUADRO 20 - INICIANDO O CAMINHO PARA EXPRESSÃO DO DESEJO DE SER MÉDICO: O GRUPO DOS MÉDICOS DA SAÚDE PÚBLICA.....	147
QUADRO 21 - DEFININDO O CAMINHO NA MEDICINA: O GRUPO DOS MÉDICOS DA SAÚDE PÚBLICA.....	148
QUADRO 22 - CAMINHOS TRILHADOS PELOS MÉDICOS: O GRUPO DOS MÉDICOS DA SAÚDE PÚBLICA.....	149

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA 1 – O PROCESSO DE CONSTRUÇÃO DE SER MÉDICO DOS PROFISSIONAIS DO ESTUDO: O PASSADO.....	252
FIGURA 2 – A REALIDADE DE SER MÉDICO DOS PROFISSIONAIS DO ESTUDO.....	253

RESUMO

Considerando que a satisfação do ser humano com seu trabalho inclui uma dimensão simbólica referente à sua subjetividade, o objetivo geral desta tese foi compreender, junto a profissionais médicos, os significados do desejo de ser médico na sua satisfação com o trabalho, norteados pela identificação do processo de construção do desejo de ser médico de alguns profissionais médicos, os significados deste desejo e a relação entre a expressão desses significados e a satisfação dos profissionais com seu trabalho. A pesquisa foi qualitativa, com princípios da Abordagem Holístico-Ecológica, o tipo de estudo, o multicase e a técnica de coleta de dados, a entrevista semi-estruturada em profundidade. Foram sujeitos deste estudo vinte e cinco médicos, que atuam em Santa Catarina, em diversos locais de trabalho, nas áreas de pediatria, clínica médica e cirúrgica, ginecologia/obstetrícia e saúde pública, de ambos os sexos, com mais de quinze anos de formação. O desejo de ser médico, usualmente, emergiu, na infância ou no início da adolescência, e tinha como significados, na maioria dos sujeitos, o altruísmo. Nesta época, os sujeitos imaginavam que seriam felizes sendo bons médicos e idealizavam que, como consequência, teriam reconhecimento social e financeiro e boa qualidade de vida. O desejo foi influenciado por modelos de profissionais médicos, crenças familiares, circunstâncias de adoecimento e/ou desejos coletivos da família ou de "outros significativos". A realidade concreta do trabalho médico, em regra, não era conhecida pelos sujeitos. Na formação acadêmica, ocorreu a primeira quebra dos significados do desejo de ser médico, devido à associação de negação da vulnerabilidade do estudante, sua alienação emocional e seu afastamento da comunidade. Na realidade concreta do trabalho, foram apontados como fatores para a "satisfação de ser médico", a competência técnica, a adequação à área de atuação, a boa relação inter-pessoal, a possibilidade de estudar ou expressar a criatividade, o reconhecimento social, financeiro e intelectual, o equilíbrio entre o trabalho e as outras dimensões da vida e o envolvimento político e/ou social; muitos destes, vieram ao encontro dos desejos do passado dos sujeitos. Emergiram, entre os fatores limitantes da satisfação com o trabalho, a dificuldade psicológica em lidar com o paciente, seu sofrimento e a sua morte e a desilusão com os desejos idealizados de reconhecimento e boa qualidade de vida. A desilusão é resultante da desvalorização profissional -confirmada pelos sistemas de saúde e pela sociedade - e da tecnologia que, juntas, acarretam sobrecarga de trabalho físico e mental. São comentadas as estratégias elaboradas para lidar com o sofrimento psicológico. O desejo de ser bom médico concretizou-se, mas o desejo de investir no aperfeiçoamento profissional continua. Os desejos de reconhecimento e de boa qualidade de vida persistem e são almejados por muitos. São sugeridas intervenções e investigações, na ergonomia, medicina e outras áreas de saber que lidam com o ser humano, durante e após a formação profissional, com o intuito de colaborar na abordagem ao ser humano e promover a satisfação dos profissionais com seu trabalho, em prol de sua qualidade de vida.

ABSTRACT

Taking into account that human being's satisfaction with his work includes a symbolic dimension regarding his subjectivity, the general objective of this thesis was to understand, close to medical professionals, the meanings of the desire of being doctor and work satisfaction, guided by the identification, in medical professionals, of the construction process of the desire of being doctor, the meanings of this desire, and the relationship among the expression of those meanings and their work satisfaction. The research was carried out by the qualitative approach with principles of the Holistic-Ecological Referencial, the multicases study as the type of study and the in depth semi-structured interview as the technique of data collection. Twenty-five doctors, that act in Santa Catarina (Brazil), in several work places, in the pediatrics, medical and surgical clinics, gynecology/obstetrics and public health areas, of both sexes, with more than fifteen years of having formed were the subjects of this study. The desire of being doctor, usually, emerged, in childhood or in the beginning of adolescence, and had as meanings, in most of the subjects, the altruism. The subjects imagined that by being good doctors they would be happy and they idealized that, as consequence, they would have social and financial recognition as well as good quality of life. The desire was influenced by medical professionals' models, family beliefs, sickness circumstances and/or collective desires of the family or "other significant" ones. The concrete reality of medical work, in rule, was not known by the subjects. In the academic formation, it happened the first break of the meanings of the desire of being doctor due to the association of denial of the student's vulnerability, emotional alienation and his removal of the community. In the concrete reality of the work, among the factors for the "satisfaction of being doctor" the subjects mentioned the technical competence, the adequacy in the area of performance, the good inter-personal relationship, the possibility of studying or to express creativity, the social, financial and intellectual recognition, the balance between the work and other life dimensions and the political and/or social involvement; many of these factors, fulfil the subjects desires, from the past. Among the limiting factors for satisfaction with the work, there emerged the psychological difficulty to deal with the patient, with his suffering and his death, as well as, the disillusion with the idealized desires of recognition and good quality of life of being doctor. This disillusion is due to professional depreciation - confirmed by the health systems and the society - and technology that, together, cause physical and mental overload. The strategies to deal with psychological suffering are commented. The desire to be a good doctor was rendered, but the desire to invest in the professional improvement continues. The desires of recognition and good quality of life persist and they are longed for, by many subjects. There are suggested interventions and investigations in ergonomics, medicine and other areas of knowledge that deal with the human being, during and after the professional formation with the intention of collaborating to the approach of the human being and promoting the professionals' satisfaction with their work on behalf of their quality of life.

SUMÁRIO

LISTA DE QUADROS	vii
LISTA DE ILUSTRAÇÕES	ix
RESUMO	x
ABSTRACT	xi
1. INTRODUÇÃO - A Gênese do Tema e Apresentação do Estudo	01
2. OS DESEJOS DO SER HUMANO E A SATISFAÇÃO COM O TRABALHO: UM OLHAR NA LITERATURA	10
3. PRESSUPOSTOS DO ESTUDO	25
4. MÉTODO DO ESTUDO	27
4.1 O INÍCIO DA TRAJETÓRIA DO ESTUDO: SUA ABORDAGEM.....	27
4.2 CONTINUANDO A TRAJETÓRIA: O TIPO DE ESTUDO, OS SUJEITOS E O PROCESSO DE COLETA, REGISTRO E ANÁLISE DE DADOS	30
4.2.1 Entrando no Campo	33
4.3.2 Ficando no Campo	44
4.3.3 Saindo do Campo.....	48
5. O PROCESSO DE CONSTRUÇÃO DE SER MÉDICO E A REALIDADE DO TRABALHO	55
5.1 O GRUPO DOS PEDIATRAS.....	55
5.1.1 Revendo o Passado	56
5.1.2 Repensando o Presente.....	62
5.2 O GRUPO DOS CIRURGIÕES.....	77
5.2.1 Revendo o Passado	78
5.2.2 Repensando o Presente.....	84
5.3 O GRUPO DOS CLÍNICOS.....	99
5.3.1 Revendo o Passado.....	100
5.3.2 Repensando o Presente.....	106
5.4 O GRUPO DOS GINECOLOGISTAS E OBSTETRAS (G.Os).....	121

5.4.1 Repensando o Passado	122
5.4.2 Repensando o Presente.....	127
5.5 O GRUPO DOS MÉDICOS DA SAÚDE PÚBLICA.....	143
5.5.1 Revendo o Passado	144
5.5.2 Repensando o Presente.....	150
6. DO DESEJO À REALIDADE DE SER MÉDICO	168
6.1 A POTÊNCIA E O POTENCIAL DO DESEJO DE SER MÉDICO	169
6.2 A “PERDA DA POESIA” NO PROCESSO DE FORMAÇÃO MÉDICA.....	181
6.3 A SATISFAÇÃO DE SER MÉDICO.....	196
6.4 O CONFLITO COM OS DESEJOS ALTRUISTAS, NO EXERCÍCIO DA PROFISSÃO	213
6.5. ENTRE O CURAR E O CUIDAR.....	217
6.6 DESILUSÃO COM OS DESEJOS DE RECONHECIMENTO E BOA QUALIDADE DE VIDA	225
6.7 DOS DESEJOS DO PASSADO AOS DESEJOS PARA O FUTURO.....	235
6.8 SINTETIZANDO.....	251
7. REFLEXÕES FINAIS E SUGESTÕES	254
NOTAS.....	270
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	272
ANEXOS	278

1. INTRODUÇÃO

A Gênese do Tema e Apresentação do Estudo

Caminante son tus huellas/
el camino y nada más/
caminante no hay caminos/
se hace camino al andar²

O tema do meu projeto de doutorado denominava-se “o processo de ensino-aprendizagem do movimento de ginástica olímpica em crianças”. Os sujeitos do estudo eram crianças iniciando o aprendizado destes movimentos. Os dados já estavam coletados e sua análise evidenciava a importância do desejo como condição para que elas conseguissem aprender o movimento.

Entretanto, a trajetória da pesquisa foi alterada, após adoecimento e morte de minha mãe, quando vivenciei a condição de “parente do paciente”.

Neste contexto, senti-me insatisfeita com a atuação médica, junto a minha mãe e, ao mesmo tempo, impotente como médica, para intervir na situação. Esperava maior aproximação, comprometimento e envolvimento dos profissionais que a tratavam, os quais se distanciavam progressivamente, talvez, pela dificuldade na definição diagnóstica. Surpreendia-me observar que, como paciente, ela se tivesse tornado objeto de investigações e os que a tratavam só se preocupassem em descobrir sua doença, considerando pouco a sua pessoa.

A partir do descontentamento com a equipe que acompanhava minha mãe, solicitamos (eu e minha família) a assistência de um médico particular, que havia sido meu professor e um dos meus modelos profissionais. Porém, para minha surpresa, ele nunca a visitou no hospital. Delegava a assistência à sua equipe, composta por quatro médicos, que se revezavam a cada dia. Por sua vez, estes profissionais que a visitavam, tinham seu tempo limitado por outros compromissos, incluindo outros empregos (geralmente, pelo menos mais três).

Perguntava-me como seria possível estabelecer aquele tão preconizado vínculo médico-paciente e sentia que a atitude que os profissionais assumiam, piorava nosso sofrimento.

Por outro lado, neste percurso, tive o prazer de conhecer três médicos, que assistiram minha mãe na Unidade de Terapia Intensiva, levando em consideração a sua pessoa e preocupando-se com seu sofrimento e o de nossa família. Questionei-os sobre seu diferencial em relação aos outros. Um referiu ter passado a sentir maior empatia com o doente, após ter vivenciado contextos em que seu filho e sua mãe ficaram doentes. Outro comentou que esta empatia apareceu, depois de ter ficado gravemente doente. O terceiro esclareceu que passou a ter visão mais ampla do ser humano e do mundo, através do budismo.

A expressão da subjetividade na atuação desses médicos chamou-me a atenção.

Comecei a rever meu processo de construção como profissional.

Relembrei meus ideais, sonhados na época da escolha da medicina, meu processo de formação e minha trajetória, após a formação.

Lembrei-me de que decidi fazer medicina, aos quinze anos, quando fiquei gravemente doente. Nessa época, passei a desejar fazer medicina para, através de seu exercício, ajudar as pessoas, de forma mais efetiva.

Quanto ao processo de formação acadêmica, considerei alguns aspectos que alteraram, um pouco, a visão que eu tinha do ser humano.

Ao entrar para a faculdade de medicina, comecei aprendendo o “micro” (citologia, histologia, patologia) de forma não integrada, o que me dificultava o entendimento do sentido de cada uma das matérias lecionadas para o funcionamento do todo, que é o ser humano. Devido à diversidade e heterogeneidade de disciplinas e ao método de avaliação do aluno, geralmente realizado através de duas a quatro provas, os cadernos tornaram-se meus maiores companheiros de “viradas de noite”, para passar na imensa quantidade de provas, às quais eu era submetida.

Meu primeiro contato com o ser humano foi com o “não ser humano”, ou seja, o cadáver. Tive aulas utilizando animais, que, muitas vezes, eram sacrificados após a demonstração necessária, sem que eu pudesse apreender a causa.

Recordei que, nessa época, passei por uma crise inicial em relação à opção que tinha feito. Era como se estivesse recebendo, em minhas mãos, várias partes de um quebra-cabeça.

Só a partir da sétima fase, comecei a olhar, realmente, para o ser humano vivo e, de certa forma, poderia dizer que entrei em contato com “partes do ser humano vivo”, pois o tempo de aula prática era limitado, e os professores se viam obrigados a focar a atenção no órgão doente ou na doença que queriam ensinar-nos.

Ponderei que recebi boa formação técnica na ciência da medicina, mas a visão do “objeto de estudo”, o ser humano, foi parcial e fragmentada. Aprendi, basicamente, a tratar bem a doença do doente.

No exercício profissional, tive dificuldade em lidar com pacientes graves, talvez, pela vivência anterior como doente. Tentei ser intensivista, mas a parte emocional não me permitiu. Envolvia-me tanto com cada situação que aparecia, que, às vezes, ficava pior que a própria família, com grande sentimento de tristeza e impotência.

Por outro lado, gratificava-me poder trabalhar visando mais à saúde. Como também sempre gostei de estudar, aprender e ensinar, decidi aperfeiçoar-me, através de curso de mestrado em Saúde Materno-Infantil.

Alcansei satisfação com meu trabalho, tornando-me professora na Disciplina de Pediatria Preventiva e Social, que objetiva a promoção da saúde, na qual, além da teoria ensinada em sala de aula, são ministradas aulas práticas em ambulatório. Nessa prática, acompanha-se o crescimento e desenvolvimento da criança, de forma que, quando ela passa por momentos, nos quais torna-se fragilizada ou doente, pode-se compreender melhor os fatores que acarretaram tal desequilíbrio e os recursos necessários para sua recuperação.

Em paralelo ao “repensar meu processo de construção como profissional”, pensava sobre a prática da medicina e indagava-me sobre a satisfação dos profissionais médicos, que estavam lidando com a doença de minha mãe, com sua realidade de trabalho e os caminhos percorridos até alcançarem sua identidade profissional.

Às custas de muitas reflexões, considerei que minha passagem pelo curso de pós-graduação em Ergonomia seria mais útil se realizasse um estudo, através de novo enfoque, contemplando a classe médica, a Ergonomia e a sociedade. Assim,

desviei meu caminho para investigar a satisfação do médico com seu trabalho e, felizmente, a professora que me orienta concordou e incentivou tal decisão.

Nas circunstâncias que me influenciaram a trocar o tema, percebi a influência da subjetividade do ser humano em sua atitude profissional e, compreendi que, para abordar a satisfação do médico com seu trabalho, deveria considerar também sua subjetividade. E o melhor acesso, para tanto, seria rever a trajetória dos médicos, desde o aparecimento do desejo de ser médico até sua realidade no trabalho.

Acredito que são os desejos que impulsionam os seres humanos, e que aqueles que cuidam de outros seres humanos precisam resgatar sua história, para ter consciência de como os seus desejos influenciam sua realidade.

Creio que é no confronto dos desejos com a realidade que se expressa a satisfação do ser humano com seu mundo de trabalho e com outras dimensões de sua vida; e também que esse exercício de reflexão possa beneficiar tanto o ser humano, no seu mundo do trabalho e em outras dimensões de sua vida, quanto a instituição para a qual ele trabalha, por subsidiar a elaboração de estratégias para mudanças individuais e coletivas.

Até iniciar o doutorado, em minhas investigações, utilizava o método quantitativo. Observava que este método era apropriado para diversos tipos de pesquisa que realizava, quando os objetivos visavam à quantificação, comparação e correlação de dados.

Entretanto, quando tentava estudar atitudes em um determinado contexto, o método quantitativo não conseguia responder às questões, de forma satisfatória.

Na disciplina “Métodos Qualitativos de Pesquisa”, do Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção da Universidade Federal de Santa Catarina (PPGEP/UFSC), ministrada pela Professora Doutora Zuleica Maria Patrício, entendi que este era o método mais adequado para estudar **o tema escolhido: os significados do desejo de ser médico e sua expressão na satisfação com a realidade do trabalho**. Para melhor entendimento do tema, exponho-o, de forma breve.

O ser humano, em seu desenvolvimento, interage com um ambiente natural particular e, ao mesmo tempo, com uma ordem cultural e social específica, intermediada por outros seres humanos que lhe servirão de referência (“outros

significativos). Estes transmitem valores e normas, influenciando suas atitudes e seus desejos (BERGER & LUCKMANN, 1998).

O processo de construção do ser humano é permeado pelo trabalho desde sua infância. A criança observa os valores de atividades profissionais nos contextos com os quais interage, ensaia papéis profissionais em suas brincadeiras, descobre, progressivamente, suas habilidades e interesses e desenvolve valores em relação ao mundo, que influenciarão sua escolha profissional (GINZBERG et al, citados por NEIVA, 1995).

Na dependência dos valores transmitidos, a representação do trabalho pode ter uma infinidade de significados: sobrevivência, *status*, prestígio social, poder, prazer, fonte financeira para outros prazeres, liberdade, sofrimento, criatividade e altruísmo, entre outros.

Algumas profissões representam desejos individuais e coletivos; entre elas, a profissão médica. Esta tem cunho altruísta, por lidar com o cuidado da vida de outros seres humanos, e representa significados de expressão social, tais como, prestígio e poder (FANTINO, 1983).

Entretanto, a realidade de trabalho da profissão médica, assim como a de outras profissões, tem-se modificado, devido a transformações no mundo econômico, social e cultural, que acarretam reestruturação dos sistemas organizacionais.

O médico tem perdido sua autonomia, tornando-se subordinado a outras organizações (públicas ou privadas), submetendo-se à condição de assalariado e tendo que trabalhar em mais de um local e em diferentes turnos para manter seu "padrão social" (DONNANGELO, 1975).

Estas mudanças podem interferir na satisfação profissional do médico, não só em relação ao trabalho concreto que ele exerce, mas também nas representações que ele tem dos significados de sua profissão.

Para compreensão da satisfação do ser humano com seu trabalho, deve-se levar em conta que o trabalho apresenta uma dimensão objetiva (qualidade das atividades e ambiente físico do trabalho) e uma subjetiva (valores que o profissional confere à qualidade do seu trabalho).

DEJOURS (1992) contempla a importância destas duas dimensões e classifica a satisfação no trabalho, segundo a dimensão que ocupa, em concreta e simbólica.

A satisfação concreta reporta-se à proteção à vida, à segurança no trabalho e ao bem-estar físico e mental, sendo mais relacionada à saúde do corpo. Pode ser analisada através de avaliações objetivas para adequação do ambiente e das atividades de trabalho (físicas, sensoriais e intelectuais) à estrutura psicossomática individual.

A simbólica refere-se à vivência qualitativa da tarefa, ou seja, ao significado que esta tem para satisfazer os desejos do trabalhador. Para compreendê-la, deve-se analisar a história da vida de cada pessoa, seus sentimentos e atitudes. Portanto, a satisfação simbólica vincula-se ao processo de construção dos desejos profissionais do trabalhador.

O autor ressalta a importância da compreensão da satisfação simbólica e propõe um método para abordagem da satisfação do ser humano com seu trabalho, abrangendo essa dimensão subjetiva. SCHWARTZ (1996) também apresenta uma proposta de análise ergonômica do trabalho, que inclui a subjetividade do ser humano. Propõe um "sistema de 3 pólos" e explica que três fatores (pólos), "valores - saberes - atividades" estão sempre presentes em tudo o que se refere à vida humana. Preconiza, então, para melhor compreensão da dimensão trabalho na vida do ser humano, a inserção do pólo "valores" no aprendizado e na investigação ergonômica. Para tanto sugere a inclusão, na ergonomia, de disciplinas que levem em consideração os desejos do ser humano, as relações sociais e a filosofia.

Levando em conta a subjetividade do ser humano em sua satisfação com o trabalho, e a importância desta, para a qualidade de vida do trabalhador, o **objetivo geral** desta tese foi compreender, junto a profissionais médicos, os significados do desejo de ser médico na sua satisfação com a realidade do trabalho.

Os objetivos específicos foram: identificar o processo de construção do desejo de ser médico em profissionais médicos; identificar os significados do desejo de ser médico; e relacionar a expressão dos significados do desejo de ser médico com a satisfação desses profissionais com o seu trabalho.

A **pesquisa qualitativa** foi utilizada porque esta se preocupa com as ações e relações humanas, aonde os processos e os fenômenos não podem ser captáveis através de quantificações (MINAYO, 1994). Empreguei **princípios da Abordagem Holístico-Ecológica**, desenvolvida por PATRÍCIO (1995; 1996; 1999), para compreender melhor o processo de construção de “ser médico” através de suas múltiplas dimensões e conexões, tendo consciência da complexidade do contexto global. O tipo de estudo utilizado foi o **estudo multicaseos**.

Os **sujeitos do estudo** são profissionais médicos, de ambos os sexos, com pelo menos quinze anos de formados, representantes de diversas áreas da medicina, que exercem a medicina em Santa Catarina (Brasil).

Espero que a **contribuição do estudo** seja a produção de conhecimento fundamental na compreensão da satisfação simbólica do médico com seu trabalho; e a colaboração com subsídios para estudos e/ou intervenções, na ergonomia, medicina e nas diversas áreas do saber, que lidam com o ser humano, na busca de saúde e melhor qualidade de vida.

Devido à importância da qualidade de vida do ser humano trabalhador, esta tem sido uma das linhas de pesquisa da Ergonomia do Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC/PPGEP, 1997).

Finalmente, gostaria de justificar **quatro aspectos na apresentação do trabalho**.

O **primeiro** reporta-se à forma de tratamento utilizada nesta tese. A descrição do estudo, no que diz respeito ao autor, no caso, “eu”, está na **primeira pessoa**, porque esta é a forma habitual de tratamento na metodologia qualitativa. A primeira pessoa revela que o investigador é sujeito e assume a responsabilidade por sua investigação. Demonstra, além disso, o reconhecimento de que, como qualquer ser humano, este sujeito pesquisador também tem subjetividade (atitudes e sentimentos).

A busca da “neutralidade científica”, por sua vez, não será influenciada pela forma de tratamento com que o autor se expressa, mas, sim, pela escolha do

método mais adequado para alcançar os objetivos de sua investigação, pelo empenho em segui-lo, da forma mais impecável possível, sem induzir os sujeitos ou a investigação e pelo esforço em isentar-se, ao máximo, da emissão de valores próprios e de juízos sobre os sujeitos investigados. Através desse esforço pela “neutralidade científica”, o autor alcançará maior objetivação (DEMO, 1995; BOGDAN & BIKLEN, 1994).

O segundo refere-se às citações. Pode-se observar que algumas citações descritas no quinto capítulo, são repetidas no sexto. Considerei que se preservasse, no quinto capítulo, as citações referentes à descrição do processo de construção social de ser médico de cada sujeito, os leitores poderiam compreender melhor sua história de vida, e os investigadores teriam acesso aos dados, se quisessem elaborar outras teorias fundamentadas, já que, devido à complexidade da realidade, me ative a alguns temas que considerei importantes para os objetivos do estudo. Por outro lado, no sexto capítulo, no qual faço interpretações e discuto a fala dos sujeitos, achei de extrema importância colocar suas citações, para ilustrar alguns aspectos levantados. Portanto, às vezes, pode parecer repetitivo, porém, a descrição dos sujeitos em grupos aponta para a história de vida de cada um deles, enquanto que, na discussão, emergem os temas comuns a todos os sujeitos do estudo ou a todos os sujeitos do grupo ou, até, ocasionalmente, a um deles.

O terceiro é relativo ao segundo capítulo. A **revisão bibliográfica** não foi elaborada de forma extensiva, com pretensões de esgotar o tema de estudo, porque, conforme BOGDAN & BIKLEN (1994, p. 50):

Os investigadores qualitativos tendem a analisar os seus dados de forma indutiva. Não recolhem dados ou provas com o objetivo de confirmar ou infirmar hipóteses construídas previamente; ao invés disso, as abstrações são construídas à medida que os dados particulares que foram recolhidos se vão agrupando. Uma teoria deste modo procede de “baixo para cima” (em vez de “cima para baixo”), com base em muitas peças individuais de informação recolhida, que são inter-relacionadas. É o que se designa por teoria fundamentada. Para um investigador que planeje elaborar uma teoria sobre o seu objeto de estudo, a direção desta só se começa a estabelecer após a coleta dos dados e o passar de tempo com os sujeitos. Não se trata de montar um quebra-cabeça cuja forma final conhecemos de antemão. Está a se construir um quadro que vai ganhando forma, à medida que se recolhem e examinam as partes. O processo de análise dos dados é como um funil: as coisas estão abertas de início (ou no topo) e vão se tornando mais fechadas e específicas

no extremo. O investigador qualitativo planeja utilizar parte do estudo para perceber quais são as questões mais importantes. Não presume que se sabe o suficiente para reconhecer as questões importantes antes de efetuar a investigação.

O **quarto** aspecto é concernente à revisão estrutural (ortográfica e gramatical) desta tese. Por mais persistente que eu tenha sido, neste processo, a cada vez que a revia, encontrava mais e mais erros. Por isto, reitero as palavras de Monteiro Lobato, citado por PY (1999, p. 128): “A luta contra o erro tipográfico tem algo de homérico. Durante a revisão os erros se escondem, fazem-se positivamente invisíveis. Mas assim que o livro sai, tornam-se visibilíssimos, verdadeiros sacis a nos botar a língua em todas as páginas. Trata-se de um mistério que a ciência ainda não conseguiu decifrar...”.

A seguir, a **Estrutura da tese** compõe-se de:

Segundo capítulo: breve revisão bibliográfica sobre o processo de construção dos desejos do ser humano.

Terceiro capítulo: apresentação dos pressupostos do estudo. Estes são resgatados no sexto capítulo.

Quarto capítulo: explicação e justificativa do método do estudo.

Quinto capítulo: descrição do processo individual de construção de “ser médico” dos sujeitos investigados, desde o aparecimento do desejo de ser médico até sua realidade como profissional.

Sexto capítulo: exposição e discussão dos dados empíricos, associando o diálogo com a literatura, resgatando os pressupostos e apresentando teorizações fundamentadas nos dados.

Sétimo capítulo: reflexões, considerações dos conhecimentos advindos e de suas possibilidades de contribuição científica e sugestões para intervenções e estudos futuros.

2. OS DESEJOS DO SER HUMANO E A SATISFAÇÃO COM O TRABALHO: UM OLHAR NA LITERATURA

A vida do ser humano é um processo contínuo, de “construção - desconstrução - re-construção”, mediado por outros seres humanos em múltiplos contextos e diversas dimensões.

A partir do momento da concepção, começa o movimento de construção: o ovo transforma-se progressivamente em embrião e feto e, no ambiente intra-uterino, este “vir a ser” humano já interage com sua genitora através de sons, movimentos e sentimentos.

Por sua vez, seus pais, mesmo antes do nascimento, geralmente, já têm planos para ele. A história de sua família e do local onde nasce já o inserem em uma estrutura sócio-histórica e econômica específica. LAJONCQUIÈRE (1992) refere que “a criança (...), antes mesmo de chegar a ser recortada no horizonte do vivo, já é *objeto do desejo do Outro*”, e SAAL & BRANSTEIN, citados por LAJONCQUIÈRE (1992, p.153-154), afirmam:

Quando se focaliza a gênese do dito indivíduo (...), a mãe desse indivíduo está longe de funcionar à maneira de uma “tábula rasa”: ela está habitada pela lei, pelo desejo, pela linguagem, ou, simplesmente, pela lei da linguagem. Essa mulher que espera um filho, pode esperá-lo ansiosa, desejante, enlouquecida; para, depois, vendê-lo, apresentá-lo, cuidá-lo, conforme o manual de puericultura que uma tia solteirona lhe deu de presente na sua festa de debutante, etc.; porque, para isso, a mãe tem um sem-número de razões, mais ou menos conscientes, como, por exemplo, porque a estupraram, porque sabe de antemão que seu filho se parecerá com seu pai, com seu marido, porque ela já está querendo salvá-lo de alguma futura desgraça universal ou porque, com ele, pagará o pecado inerente a todo mau passo. Mais ainda, o filho que ela espera é o produto de um campo de desejos contraditórios e de fantasias ambivalentes radicalmente inconscientes. Campo delimitado pelo entrelaçamento de sua história singular, como sujeito desejante, com o desejo de seus pais, avós, marido, amante...dos outros.

Após o nascimento, o primeiro contato do recém-nascido com o mundo social é estabelecido através de sua família (“seus cuidadores”), que funcionará como matriz para construção de seus alicerces. É a família que garantirá a sobrevivência “concreta” do ser humano (satisfação das necessidades básicas), no período em que este é totalmente dependente, e que proporcionará subsídios para sua “vivência

simbólica” (satisfação de outras necessidades humanas, como, amor, prazer e alegria), transmitindo e compartilhando referenciais através de interações cotidianas.

Estes alicerces compõem a estrutura inicial básica do ser humano, como ser social. BERGER & LUCKMANN (1998) denominam este processo inicial de “infra-estruturação” como socialização primária.

O processo de construção continua, com agregação de “material social” – transmitido e compartilhado por outros seres humanos, em diversos ambientes – a estes alicerces do ser humano, que é incorporado quando considerado pertinente para sua integração na sociedade (socialização secundária, segundo BERGER & LUCKMANN, 1998). A escola, a instituição religiosa e a comunidade constituem alguns dos contextos que mediam esta transmissão.

MARX, citado por DA ROS (1997, p. 107), ressalta a herança histórico-social que é transmitida a cada geração.

Os homens fazem sua própria história, mas não a fazem segundo a sua livre vontade, em circunstâncias escolhidas por eles próprios, mas nas circunstâncias imediatamente encontradas, dadas e transmitidas. A tradição de todas as gerações mortas pesa sobre o cérebro dos vivos como um pesadelo. E mesmo quando estes parecem ocupados a revolucionar-se, a si e às coisas, mesmo a criar algo ainda não existente, é precisamente nestas épocas de crise revolucionária que esconjuram temerosamente em seu auxílio os espíritos do passado, tomam emprestado os seus nomes, as suas palavras de ordem de combate, a sua roupagem, para, com este disfarce de velhice venerável e esta linguagem emprestada, representar a nova cena da história(...).

O “material social” é transmitido, de forma explícita ou tácita, através de códigos (linguagem, gesticulação, sentimentos), e representa desejos, sentimentos e atitudes. Os códigos de representação da realidade formam um universo simbólico.

JOVCHELOVITCH (1998) define o símbolo como a representação de algo, produzida por alguém, cuja força reside na habilidade em produzir sentido. Obrigatoriamente refere-se sempre a algo, um objeto, e é sempre elaborado por um ser humano.

Sentidos (os símbolos) têm o poder de referir e expressar. De um lado, eles expressam, porque objetos se revestem de sentido pela atividade de um sujeito (ou sujeitos) que o representam simbolicamente. Ao mesmo tempo em que é representação de alguma coisa, o símbolo também re-presenta um sujeito social. Se a

subjetividade que re-presenta é erradicada da equação, o símbolo se descola da vida que o põe em movimento e perde sua conexão com os tempos (história) e com os lugares (contexto). Por outro lado, o símbolo é referencial – ele evoca uma ausência que o necessita para fazer-se presente. Se a objetividade sendo representada é erradicada da equação, o símbolo torna-se uma entidade onipotente, descolada do mundo fora de si, sem história ou contexto, reduzindo a realidade do mundo a um jogo de significados errantes (JOVCHELOVITCH, 1998, p. 71).

A autora comenta que a consciência de um mundo de objetos (e os símbolos que eles representam) “ocorre concomitante à consciência do ‘eu’ e implica a capacidade para re-presentar, para evocar o que não está lá, para dar a distância e a diferença do mundo, o sentido e a proximidade que o fato psíquico constrói” (JOVCHELOVITCH, 1998, p. 73), demonstrando que, como psíquico, o indivíduo é também uma realidade socialmente construída.

MARX & ENGELS (1977) evidenciavam como a ideologia impregna o universo simbólico, pois este é socialmente construído e serve aos interesses de classe.

BORDIEU (2000) esclarece que os “sistemas simbólicos” são instrumentos de conhecimento e de comunicação, para construção da realidade, que tendem a estabelecer uma ordem gnosiológica para a compreensão e transmissão do sentido imediato do mundo, principalmente do social. O autor ressalta que, ‘como instrumentos de comunicação e interação, os símbolos são inseparáveis das relações de poder e cumprem importante função política, visto que são resultados, geralmente, da luta entre a visão hegemônica de quem está no poder e dos que a ele estão subordinados. Em suas palavras, “o campo de produção simbólica é um microcosmos da luta simbólica entre as classes” e “os sistemas simbólicos’ distinguem-se, fundamentalmente, conforme sejam produzidos e, ao mesmo tempo, apropriados pelo conjunto do grupo ou, pelo contrário, produzidos por um corpo de especialistas e, mais precisamente, por um campo de produção e de circulação relativamente autônomos” (BORDIEU, 2000, p. 12).

O autor enfatiza que o grande poder ideológico do universo simbólico reside no fato de ele ser ignorado por quem o apreende, como arbitrário, ou seja, a ideologia não é explicitamente reconhecida pelo indivíduo que a assimila.

O poder simbólico como poder de constituir o dado pela enunciação, de fazer ver e fazer crer, de confirmar ou de transformar a visão do mundo é, deste modo, a ação sobre o mundo, portanto, o mundo; poder quase mágico que permite obter o equivalente daquilo que é obtido pela força (física ou econômica), graças ao efeito específico de mobilização, só se exerce se for *reconhecido*, quer dizer, ignorado como arbitrário. Isto significa que o poder simbólico não reside nos "sistemas simbólicos" (...), mas que se define numa relação determinada – e por meio desta – entre os que exercem o poder e os que lhe estão sujeitos, quer dizer, isto é, na própria estrutura do campo em que se produz e se reproduz a crença. O que faz o poder das palavras e das palavras de ordem, poder de manter a ordem ou de a subverter, é a *crença* na legitimidade das palavras e daquele que as pronuncia, crença cuja produção não é da competência das palavras (BORDIEU, 2000, p. 14-15).

MOSCOVICI (1978) propõe o estudo das Representações Sociais (RS), para a compreensão da dinâmica das transformações do universo simbólico, em sua complexidade, que resulta na incorporação deste universo pelos indivíduos que o compartilham. Considera que as RS têm caráter móvel e circulante e se transformam com relativa facilidade. Afirma que as Representações Sociais encontram-se em uma "encruzilhada" (*carrefour*) entre os conceitos sociológicos e os psicológicos. Seu estudo implica em uma abordagem teórica que considere, de um lado, a dimensão social e a cultural (e a transmissão de seus valores através da linguagem e da comunicação), na qual o indivíduo está inserido, e de outro, a dimensão cognitiva e psíquica deste indivíduo que perpassa sua afetividade.

DOISE (1986) esclarece que enquanto Bordieu propõe uma visão sociológica do universo simbólico, Moscovici preocupa-se em investigar a dinâmica social e psicológica, para que esse universo seja gerado, estruturado e desenvolvido, bem como introjetado pelos indivíduos.

Para BOHOSLAVSKY (1983), o espectro vocacional representa um universo simbólico, e o discurso vocacional é "um discurso que adapta suas falas às necessidades ideológicas de uma classe social numa conjuntura histórica determinada". O autor afirma que é a partir da incorporação de códigos (universo simbólico referente ao espectro vocacional) que os indivíduos podem se reconhecer e introjetar a imagem vocacional. Os códigos incorporados, por sua vez, organizam os desejos do sujeito, articulando-os com as demandas sociais.

Ressalta que a família, a escola e os meios de informação são os principais meios de projeção da imagem vocacional, e o lugar que o indivíduo ocupa no

processo de produção influenciará a maneira como ele decodifica o mundo e sua concepção do que é uma profissão.

Por isto, afirma que “a vocação se constitui no sujeito como um imaginário coletivo pelo qual um sistema recruta e organiza seus agentes de produção” (BOHOSLAVSKY, 1983, p. 40).

Os indivíduos vão introjetando, progressivamente, a representação social do trabalho e das profissões, das suas relações, dos requisitos pessoais para se ter acesso a elas, do seu sentido social, do sistema de compensações materiais e morais, entre outros. Portanto, os desejos profissionais, estão obrigatoriamente inseridos em um contexto histórico e social.

Segundo o autor, os principais valores representados no imaginário vocacional, na sociedade capitalista, são os benefícios econômicos, o poder e o prestígio (BOHOSLAVSKY, 1983).

Em relação ao valor do trabalho e os benefícios que dele possam advir, menciona que: “o sistema social coloca determinadas necessidades econômicas a serem satisfeitas, que o estado supostamente detecta (valendo-se de seus aparelhos ideológicos, especialmente expressados na política educacional) e difunde, ‘orientando’ as vocações dos sujeitos, enquanto neles determina a absorção do imaginário ocupacional, para que estes – segundo a fórmula de Fromm – **desejem fazer aquilo que devem fazer**, para que o sistema se perpetue” (BOHOSLAVSKY, 1983, p. 66).

O autor explana que a identidade ocupacional engloba o quadro completo da escolha profissional, onde a pessoa sabe o que quer fazer, de que modo e em que contexto (que inclui um “quando, à maneira de quem, com que, como e onde”) e expressa o produto da ação de determinado contexto sócio-cultural sobre a parte psíquica do indivíduo (BOHOSLAVSKY, 1987). Afirma que a identidade ocupacional é um aspecto da identidade pessoal, que tem suas raízes genéticas e está sujeita, desde o nascimento, às influências do meio humano e ao vínculo do indivíduo com “outros significativos” (reais ou imaginados). Enfatiza que “as relações gratificantes ou frustradas com pessoas que desempenham papéis sociais – parentes, amigos e outros – com as quais a criança se identifica, consciente ou inconscientemente, tendem a pautar o tipo de relação com o mundo adulto, em termos de ocupações”

(BOHOSLAVSKY, 1987, p. 58), e por isto, o referencial das crianças é sempre relativo a adultos significativos que desempenham papéis ocupacionais, ou seja, o “eu queria ser...” é sempre “como...”.

Entretanto, para que o indivíduo tenha o desejo de seguir uma profissão específica (que concerne ao por quê e para quê o indivíduo a escolheu), é necessário que algo aconteça em sua dimensão psíquica, que caracterizará sua identidade vocacional (BOHOSLAVSKY, 1983).

O autor esclarece que, segundo conceitos psicanalíticos, a identidade vocacional está “determinada pela forma do sujeito enfrentar seus lutos” e, a escolha da carreira, geralmente, denota a escolha de um objeto interior a ser reparado (capacidade de recriar um objeto bom, exterior e interior, destruído, de forma real ou na fantasia), que é um instinto de vida. Assim, a vocação seria uma resposta do ego diante dos objetos internos “vocantes”, que “pedem, reclamam, exigem, impõem e sugerem” que sejam reparados pelo ego (“chamamento interno”).

Para BOHOSLAVSKY (1983) a identidade vocacional “está sobredeterminada” (sofre ação de múltiplas e diversas causas convergentes e contraditórias com diferentes valores de determinação sobre efeitos que se articulam) e expressa conflitos, bem como sua elaboração, em, pelo menos, três planos: o instintivo, o estrutural (principalmente, a autonomia do ego para enfrentar processos de luto e reparação) e o interacional (referente à identificação com os modelos propostos pelo meio social, em determinado contexto histórico).

Para CREMA (1995, p. 105), a vocação é o potencial do ser humano para expressar sua existência: “quando nos convocamos a existir, numa coordenada tempo-espaco, nós nos fazemos um propósito. Há uma promessa inerente ao nosso ser (...). Estamos aqui para realizar uma tarefa pessoal intransferível (...), para concretizar uma obra prima: para trazer diferença ao universo. É o que denomino de vocação: a voz interna de nosso desejo mais fundamental e o imperioso impulso para realizarmos o que somos.”

BOHOSLAVSKY (1983, p. 15), entretanto, considera a vocação em suas múltiplas conexões e discorre sobre a evolução histórico-temporal dos conceitos quanto à vocação:

Uma história sucinta da Orientação Vocacional poderia ser escrita sobre a descoberta sucessiva da Instância **vocante** e a índole do **vocado**. No momento religioso pré-científico, o vocante é Deus e o vocado, a alma posta a seu serviço. No momento científico-acadêmico pré-psicanalítico, o vocante é a estrutura educacional e o vocado, os interesses e aptidões do sujeito mediante a intervenção do psicometrista. No momento psicanalítico, o vocante são os objetos internos e o vocado, o Ego (relativamente autônomo) do sujeito. Atualmente, reconhecemos no sistema produtivo e nos desejos do sujeito a determinação em última instância do vocante, e no Ego de um sujeito-sujeitado, a instância de reconhecimento-desconhecimento das demandas, daí as respostas **vocadas**.

O autor salienta que ao procurar uma profissão, o adolescente procura algo que lhe proporcione realização pessoal, felicidade e alegria de viver, entre outras coisas, tendo em mente o que quer chegar a ser no futuro. E, para ele, o futuro, ainda que desconhecido, é uma carreira, uma universidade, professores, colegas, uma família e a inclusão no sistema produtivo da sociedade em que vive.

Comenta ainda que é quase inconcebível imaginar que o adolescente possa fazer a escolha certa do que vai ser no futuro, pois a adolescência é uma das fases do desenvolvimento humano que mais enfrenta conflitos, sendo bastante tumultuada (BOHOSLAVSKY, 1987).

Segundo SOARES & KRAWULSKI (1999, p. 13): “Escolher o que se quer ser no futuro implica reconhecer o que fomos, que influências sofremos desde a mais tenra infância, que fatos foram marcantes em nossa vida até o momento (da escolha) e qual será a expectativa de vida em que o trabalho irá influir e até mesmo determinar”.

NEIVA (1985) pondera que, principalmente no que se refere às classes sociais mais privilegiadas, a maioria dos sistemas sociais está sempre decidindo pela criança e pelo adolescente, impedindo que eles aprendam a lidar com situações de escolha. Entretanto, em um determinado momento, é cobrado e exigido do adolescente uma decisão com relação ao seu futuro profissional.

A autora alerta que, o que está em jogo, nesta decisão, não é o que ele fará, mas, sim, o que será. E esclarece que, para que a decisão profissional seja madura e consciente, o jovem deve levar em conta que, ao optar por uma ocupação, não está decidindo apenas por um título e, sim, por vários outros fatores que farão parte de sua vida, ou seja, a ocupação envolverá um estilo de vida e um modo de viver; implica também em um lugar onde trabalhará, uma rotina diária à qual estará sujeito,

um ambiente de trabalho do qual fará parte, companheiros de trabalho com os quais interagirá e retornos que poderão advir (ou não).

Conforme FANTINO (1983), no processo de educação, passa-se, muitas vezes, a idéia de que a real felicidade ocorrerá a partir do ingresso do ser humano no mundo do trabalho.

Para MARTIN-BARÓ (1985), em nossa sociedade, é através do trabalho que o indivíduo objetiva a construção do ser, representada por realizações, êxitos e fracassos, que o levarão não só a alegrias e tristezas (mais importantes de seu dia-a-dia), mas, sobretudo à satisfação ou insatisfação consigo mesmo, ou seja, a sua realização ou frustração existencial.

PATRÍCIO e CASAGRANDE (1999) ressaltam que o ser humano se transforma enquanto ser individual e coletivo pelo próprio trabalho. Comentam que as satisfações que o Ser Humano tem com o trabalho, variam para cada indivíduo (benefícios salariais, atividade desempenhada, interações, entre outros) e consideram que o trabalho é mediador da qualidade de vida, podendo atuar como promotor ou limitador do produto "vida melhor", dependendo do significado que represente para o indivíduo.

Cabe aqui, esclarecimento sobre o termo qualidade de vida, que tem sido bastante utilizado. A palavra qualidade tem diversos sentidos; entre eles:

1. Propriedade, atributo ou condição das coisas ou das pessoas, capaz de distingui-las das outras e de lhes determinar a natureza. 2. Numa escala de valores, qualidade (1) que permite avaliar e, conseqüentemente, aprovar, aceitar ou recusar, qualquer coisa (...) 8. Filos. Aspecto sensível, e que não pode ser medido das coisas. Qualidades primárias. Filos. Propriedades geométricas e mecânicas dos corpos, que se consideram como inseparáveis do próprio conceito de corpo, como, p. ex., a extensão (...). Qualidades secundárias. Filos. Propriedades que, por abstração, se podem suprimir sem que se destrua o conceito de corpo, como, p. ex. (...), a cor, o sabor, etc. De qualidade. 1. De boa qualidade 2. Que se distingue pela posição social, pela educação, pela distinção, etc. (FERREIRA, 1975, p. 1165).

Assim, a qualidade de vida tanto pode requerer uma escala de valores (por exemplo: - "Como está sua qualidade de vida? Boa, ruim, etc.") ou pode conotar a excelência de vida ("eu tenho qualidade de vida").

PATRÍCIO e CASAGRANDE (1999, p. 362) explicam que o termo qualidade de vida pode ser interpretado como substantivo e adjetivo, tanto no processo de construção de viver, como no produto dessa construção: "a qualidade de vida

aparece na descrição do processo de viver, podendo vir acompanhada ou não de avaliação, de valoração desse processo ou dos resultados dessa construção”.

No livro, “Qualidade de Vida do Ser Humano Trabalhador”, organizado por estes autores (PATRÍCIO e CASAGRANDE, 1999), são ilustrados diversos estudos mostrando como a satisfação do ser humano com seu trabalho interfere em sua qualidade de vida.

Um grupo de trabalho do Departamento de Saúde, Educação e Assistência Social relata, em seu estudo sobre “Trabalho nos Estados Unidos”, que a satisfação no trabalho, seguida pelo sentimento de felicidade, de forma global, foram os principais indicadores de longevidade, na população que estudaram: “Em um impressionante estudo de quinze anos de duração sobre o envelhecimento, o indicador mais forte de longevidade encontrado foi a satisfação no trabalho. O segundo melhor indicador foi a ‘felicidade geral’ (...). Outros fatores são indubitavelmente importantes (...). Mas os resultados da pesquisa sugerem que estes últimos fatores podem responder por 25% dos fatores de risco das doenças cardíacas, que é a maior causa mortis individual (...)” (SPECIAL TASK FORCE TO THE SECRETARY FO HEALTH EDUCATION AND WELFARE citado por WAITZKIN, 1980, p. 13).

LOCKE, citado por CODA (1986, p. 8), propõe como definição para a satisfação no trabalho “um estado de prazer emocional resultante da avaliação que um profissional faz sobre até que ponto seu trabalho apresenta a capacidade de facilitar ou permitir o atendimento de seus objetivos e valores”.

O trabalho torna-se uma fonte de realização e prazer, quando vem ao encontro dos significados dos desejos do ser humano e pode, inclusive, ser usado como compensação para suas carências em outros contextos.

Por outro lado, quando vem de encontro ao significado dos desejos, torna-se uma fonte de sofrimento e tristeza e o ser humano tenta criar mecanismos para amenizar suas conseqüências.

Para SOARES (1999), a compreensão (em jovens de nosso país) do motivo da escolha da profissão - em especial da profissão médica - poderia colaborar para melhor entendimento dos problemas pelos quais a profissão tem passado.

Algumas profissões representam desejos individuais e coletivos, entre elas, a profissão médica. Esta tem um cunho altruísta, por lidar com o cuidado da vida de outros seres humanos e representa significados de expressão social, tais como prestígio e poder (FANTINO, 1983). Embora a medicina tenha tais significados, entre outros, a realidade da situação do médico tem mudado progressivamente.

Esta realidade caracteriza-se por perda da autonomia (antes representada pelo controle quase absoluto sobre a clientela, os instrumentos de trabalho e o valor da remuneração) e progressivo assalariamento (acarretando aumento da jornada de trabalho, em vários turnos e em mais de um lugar, para manutenção de seu padrão de vida), agravado pelo aumento na formação de médicos, de forma não coordenada; dependência de uma organização que tenha infra-estrutura e equipamentos para assistir o paciente (principalmente o hospital), de organizações burocráticas e outras instituições públicas ou privadas; dificuldade de domínio total das informações (devido ao avanço tecnológico-científico), desencadeando a necessidade de especialização profissional e interdependência entre os diversos especialistas (DONNANGELO, 1975).

Há possibilidade de que essas mudanças confrontem os significados dos desejos profissionais do indivíduo que optou pela profissão médica e interfiram em sua satisfação profissional.

DEJOURS (1992) atenta para a importância do entendimento do Ser Humano trabalhador de forma holística, prestigiando seus desejos profissionais. Afirma que, dependendo das relações entre a organização do trabalho e o trabalhador, estes desejos podem ser reprimidos, causando sofrimento no trabalhador por sua alienação de si mesmo. Por outro lado, quando esses desejos encontram algum reforço, o trabalho pode associar-se ao prazer. Propõe uma metodologia em Psicopatologia do Trabalho, abordando a vivência subjetiva do trabalhador, a compreensão da relação de coletivo com o trabalho e os efeitos "mascaradores" dos sistemas coletivos de defesa em relação ao sofrimento. Em relação aos profissionais da área da saúde, relata que intervenções na França e no Canadá têm mostrado

que o debate coletivo sobre a organização do trabalho, mobiliza a coordenação entre as pessoas e atenua antagonismos interindividuais, que agravavam, até então, o sofrimento produzido nos profissionais pelo confronto com a doença, loucura e a morte.

Mas, o que significa Desejo?

Segundo o dicionário de Filosofia de ABBAGNANO (1998), o desejo é definido, de forma geral, como apetite ou princípio que impele um ser vivo à ação.

CHAUÍ (1995), além de discutir vários conceitos filosóficos da palavra “desejo”, fez extensa e brilhante revisão de sua origem. Explica que esta deriva do verbo *desidero* e que este verbo deriva-se do substantivo *sidus* (no plural *sidera*). Explana que a palavra *sidera* significa constelações. Por sua vez, de *sidera* derivam as palavras *considerare*, que significa examinar com cuidado, respeito e veneração, e *desiderare*, que significa cessar de olhar, ou deixar de ver os astros.

A autora refere que *considerare* significava consultar o alto para encontrar nele o sentido e guia seguro de nossas vidas. Comenta que, antes, acreditava-se que os seres humanos tinham sua alma protegida por um envoltório exalado por intermediários siderais, eternos e etéreos, denominado corpo astral. Acreditava-se também que, pelo corpo astral, nosso destino estava escrito e inscrito nas estrelas. A palavra *desiderare* significava exatamente seu contrário: estar despojado do *considerare*, abandonar o alto ou ser por ele abandonado, cessar de olhar para os astros.

Portanto, *desiderare* é deixar de ver o destino pelas estrelas. “Cessando de olhar para os astros, *desiderium* é a decisão de tomar nosso destino em nossas próprias mãos, e o desejo chama-se, então, vontade consciente nascida da deliberação” (CHAUÍ, 1995, p. 22). Ressalta, entretanto, que, ao deixar de ver os astros, *desiderium* também significa uma perda, privação do saber sobre o destino, “vazio que tende para fora de si em busca de preenchimento”. Por isso, o desejo traz em si uma ambigüidade: ao mesmo tempo que é decisão, é carência.

CHAUÍ (1999) discorre sobre a visão da ética racionalista, que distingue necessidade, vontade e desejo. A autora esclarece que, segundo essa visão, a satisfação da necessidade - representada pelas necessidades fisiológicas básicas e

as de sobrevivência (alimentação, bebida, agasalho, descanso, etc.) - é uma fonte de satisfação no ser humano. Já o desejo parte das necessidades, mas dá a elas significados que acarretam o sentimento de prazer. Escreve sobre o desejo e a vontade, nessa concepção:

No desejo, nossa imaginação busca o prazer e foge da dor pelo significado atribuído ao que é desejado ou indesejado. A maneira como imaginamos a satisfação, o prazer, o contentamento que alguma coisa ou alguém nos dão transforma esta coisa ou este alguém em objeto de desejo e o procuramos sempre, mesmo quando não conseguimos possuí-lo ou alcançá-lo. O desejo é, pois, a busca da fruição daquilo que é desejado, porque o objeto do desejo dá sentido à nossa vida, determina nossos sentimentos e nossas ações. Se, como os animais, temos necessidades, somente como humanos temos desejo. Por isso, muitos filósofos afirmam que a essência dos seres humanos é desejar e que somos seres desejantes: não apenas desejamos, mas sobretudo desejamos ser desejados por outros (...) O desejo é paixão. A vontade, decisão. O desejo nasce da imaginação. A vontade se articula à reflexão. (...) Mas é o desejo que oferece à vontade os motivos interiores e os fins exteriores da ação. (...) Consciência, desejo e vontade formam o campo da vida ética: consciência e desejo referem-se às nossas intenções e motivações; a vontade, às nossas ações e finalidades (CHAUI, 1999, p. 351-352).

A autora também abrange outras concepções e comenta sobre a psicanálise. Menciona que Freud afirmava que a memória sempre faz com que procuremos restabelecer a situação primeira de satisfação e chama a esse movimento, desejo (CHAUI, 1999).

SPINOZA, em seu livro "Ética", define o Desejo como "todos os esforços, impulsões, apetites e volições do homem, os quais variam segundo a disposição variável de um mesmo homem e se opõem entre si, de tal modo que o homem é impelido em diversos sentidos e não sabe para onde voltar-se" (SPINOZA, 1955, p. 193). Afirma que "o elemento primeiro da alma é uma idéia". Mas, a idéia não pode ser de uma coisa inexistente, pois, senão, ela não poderia ser concebida, portanto, "o que constitui primeiramente o ser atual da alma humana é a idéia de uma coisa singular existente em ato" (SPINOZA, 1955, p. 73). Conforme o filósofo (SPINOZA, 1955, p. 192), "O Desejo é a essência mesma do homem enquanto concebida como determinada a fazer alguma coisa por qualquer afecção dada" e o esforço (conatus), o poder, pelo qual o homem "faz por perseverar no seu ser" (SPINOZA, 1955, p. 73) envolve tempo indefinido. Considera que "(...) o desejo de viver feliz, isto é, de ser, agir e viver é a própria essência do homem ou o conatus pelo qual cada um se

esforça para conservar seu ser” (SPINOZA, 1955, p. 225). Assim, é através do esforço que o homem faz para ter uma existência feliz que o seu desejo de felicidade se concretiza: “Ninguém pode desejar ser feliz, agir bem e viver bem, que não deseje, ao mesmo tempo, ser, agir e viver, isto é, existir em ato” (SPINOZA, 1955, p. 236).

Para VIEIRA citado por PÉCORA (1995), a verdadeira intenção do desejo de “ser” do ser humano é coletiva e representa a busca da representação divina na humanidade. Só a partir do encontro desta, o ser humano pode reconhecer qual é a sua missão individual (sua predestinação) dentro da coletividade. Para esse padre, a eternidade e o desejo são infinitos, não têm princípio nem fim, podendo ser representados por uma imagem circular: “A eternidade e o desejo são duas coisas tão parecidas, que ambas se retratam com a mesma figura. Os egípcios, nos seus hieróglifos, e antes deles os caldeus, para representar a eternidade, pintaram um O, porque a figura circular não tem princípio nem fim, e isto é ser eterno” (VIEIRA citado por PÉCORA, 1995, p. 399). Em relação ao desejo, o padre Antônio Vieira ilustra sua representação, comparando seu efeito ao lançamento de uma pedra ao mar:

Se caso ou de indústria lançastes uma pedra ao mar sereno e quieto, ao primeiro toque da água vistes alguma perturbação nela; mas tanto que essa perturbação se sossegou, e a pedra ficou dentro do mar, no mesmo ponto se formou nele um círculo perfeito, e logo outro círculo maior, e, após este, outro e outros, todos com a mesma proporção sucessiva, e todos mais estendidos sempre, e de mais dilatada esfera (VIEIRA citado por PÉCORA, 1995, p. 400).

Segundo GRAMSCI (1981, p. 47)

o homem (...) é vontade concreta: isto é, aplicação efetiva do querer abstrato ou do impulso vital aos meios concretos que realizam esta vontade. Cria-se a própria personalidade: 1) dando uma direção determinada e concreta (“racional” ao próprio impulso vital ou vontade; 2) identificando os meios que tomam essa vontade concreta e determinada e não arbitrária; 3) contribuindo para modificar o conjunto das condições concretas que realizam esta vontade, na medida de suas próprias forças e da maneira mais frutífera.

Conforme este autor, a síntese dos elementos constitutivos da individualidade é “individual”, mas ela só se realiza através de uma atividade para o exterior que transforma as relações externas, com a natureza e com o homem, “em vários níveis, nos diversos círculos em que se vive, até à relação máxima, que abraça todo o

gênero humano” (GRAMSCI, 1981, p. 48). Por esse entendimento é que, para GRAMSCI, o homem é um bloco histórico, essencialmente político, que se fortalece e se desenvolve individualmente, na ação para transformar o mundo exterior e as relações gerais. Assim, a realidade é relativa ao ser humano e é construída, historicamente, em suas inter-relações subjetivas e objetivas com o mundo, sendo o homem, sujeito e objeto, produtor e produto da realidade. Por isso, ao mesmo tempo em que, o homem representa a si próprio, ele também representa o coletivo.

Nesta tese, utilizo o termo Desejo como uma “força motriz” que impulsiona o ser humano na busca da felicidade, entendendo que o seu aparecimento emerge a partir de um contexto social e histórico, dentro do qual o indivíduo interage com “outros significativos”, que lhe passarão todo o universo simbólico coletivo. Porém, a forma com que cada ser humano introjetará esse universo e dele incorporará seus valores é única e depende de fatores inerentes à sua individualidade. Assim, entendo que os desejos profissionais emergirão da associação do contexto coletivo com o individual, e a expressão de seus significados, na realidade concreta do trabalho, influenciará a satisfação do ser humano, na sua profissão.

Pelo exposto, pode-se observar a importância da inserção da subjetividade do ser humano na avaliação de sua satisfação com o trabalho.

SCHWARTZ (1996) considera que a produção de conhecimento em ergonomia tem se preocupado, fundamentalmente, com os saberes e as atividades do ser humano no trabalho, tendendo a ignorar seus valores sobre o trabalho. Salieta, entretanto, a importância da introdução da avaliação das relações sociais dos indivíduos trabalhadores, no contexto em que se encontram, e alerta para os diversos acidentes ocorridos, devido à falta de consideração da territorialidade, na tentativa da generalização dos princípios do trabalho para todos os seres humanos, ignorando a importância da construção social de cada grupo, nos diversos países, nos diversos contextos culturais, sociais, políticos e econômicos.

A compreensão dos valores que o ser humano atribui a seu trabalho pode ainda facilitar a elaboração de estratégias para intervenção em prol da promoção de sua satisfação com o trabalho e sua qualidade de vida, que por sua vez, favorecem a instituição, na qual ele trabalha.

Para CODO (1996), o reconhecimento do “circuito de significados” que o trabalho representa para cada ser humano trabalhador e as “eventuais rupturas que possam ocorrer” torna-se um poderoso instrumento de gestão, pois não só pode prever um problema organizacional, mas também facilitar a identificação de alternativas para resolver conflitos.

3. PRESSUPOSTOS DO ESTUDO

Na abordagem qualitativa, costuma-se usar o termo “pressupostos do estudo” em substituição a “hipóteses do estudo”.

Os pressupostos são considerações provisórias do pesquisador acerca de determinado problema de estudo e sinalizam alguns princípios básicos que guiam a investigação empírica qualitativa. Expressam a linha de pensamento do pesquisador e o tipo de leitura que ele tem da realidade (MINAYO, 1994).

Em contraste, o termo hipótese tem uma conotação positivista e formal da abordagem quantitativa, que crê na possibilidade do conhecimento objetivo da realidade e na comprovação da mesma, através de provas estatístico-matemáticas (MINAYO, 1994). As hipóteses são verdades preestabelecidas, fundamentadas em uma teoria (TRIVIÑOS, 1987).

Os investigadores qualitativos não coletam dados ou provas com o objetivo de confirmar suas hipóteses, previamente construídas. Ao invés disso, constroem as abstrações à medida que os dados coletados vão se agrupando (BOGDAN & BIKLEN, 1994).

Neste estudo, considero os seguintes pressupostos:

- ❖ O desejo é uma grande força que impulsiona a humanidade.
- ❖ A satisfação do ser humano expressa a realização dos seus desejos.
- ❖ A satisfação do ser humano com o trabalho refere-se a duas dimensões: a concreta e a simbólica.
- ❖ A satisfação simbólica do ser humano, em seu mundo de trabalho, representa a realização de seus desejos profissionais.
- ❖ Os desejos profissionais, geralmente, iniciam-se na infância do indivíduo, sob a influência de diversos sistemas sociais com os quais o mesmo interage.

- ❖ A profissão médica tem significados de expressão social que conduzem a desejos individuais e coletivos.
- ❖ Para melhor compreender a satisfação do ser humano com seu trabalho, faz-se mister investigar o significado que sua realidade profissional tem na satisfação de seus desejos profissionais.
- ❖ A compreensão da satisfação simbólica do ser humano no trabalho lança luz à compreensão de sua qualidade de vida.
- ❖ Os métodos qualitativos de pesquisa permitem identificar os significados que o ser humano tem acerca de seus desejos.

4. MÉTODO DO ESTUDO

(...) é preciso, muitas vezes, para se fazer ciência, evitar as aparências da cientificidade, contradizer mesmo as normas em vigor e desafiar os critérios correntes do rigor científico (...). As aparências são sempre pela aparência. A verdadeira ciência, na maior parte das vezes, tem má aparência e, para fazer avançar a ciência, é preciso, freqüentemente, correr o risco de não se ter todos os sinais exteriores da cientificidade (esquece-se que é fácil simulá-los). Entre outras razões, porque os meio hábeis se prendem com as violações aparentes dos cânones da "metodologia" elementar que, por razões de certeza positivista, são levados a encarar como "erros" e como efeitos da inépcia ou da ignorância das opções metodológicas firmadas na recusa das facilidades da "metodologia".³

4.1 O INÍCIO DA TRAJETÓRIA DO ESTUDO: SUA ABORDAGEM

O método de estudo de uma pesquisa científica indica o caminho do pensamento e a prática do investigador na construção da realidade e, segundo MINAYO (1994, p. 16), "inclui as concepções teóricas de abordagem, o conjunto de técnicas empregadas e o sopro divino do potencial criativo do investigador".

Os dois métodos utilizados pelas ciências têm sido o qualitativo e o quantitativo. Estes não se opõem; na verdade, se complementam (MINAYO, 1993).

ALVES (1999) ressalta que os cientistas do passado já diferenciavam a ordem das quantidades da ordem das qualidades, mas consideravam ambas como qualidades. A primeira (ordem das quantidades) era expressa como qualidade primária e designava qualidades inerentes ao objeto, podendo ser traduzidas de forma matemática. A segunda (ordem das qualidades) era expressa como qualidades secundárias e referia-se às experiências dos sujeitos em relação ao objeto.

A pesquisa quantitativa é muito útil para investigar as qualidades primárias de um objeto, ou seja, a quantidade.

Por outro lado, a qualitativa é a mais recomendada para estudar as qualidades secundárias, que não podem ser quantificadas: o universo de significados dos seres humanos em suas ações e interações sociais (MINAYO, 1994; PATRÍCIO, 1995).

As correntes de pensamento que têm orientado a pesquisa qualitativa expressam diferentes formas de construir o conhecimento:

- O Positivismo considera os produtos da interação social como componentes funcionais da realidade, sem inseri-los no contexto de sua construção social e, segundo TRIVIÑOS (1987, p. 31), “a busca de resultados essencialmente estatísticos amarrou, em repetidas oportunidades, o investigador ao dado, ao estabelecer relações estatisticamente significativas entre os fenômenos”.
- A Sociologia Compreensiva tem como objetivo a compreensão da realidade humana vivida socialmente, tendo o “significado” como seu conceito de estudo. Preocupa-se em explicar as relações sociais consideradas essência e resultado da atividade humana criadora, afetiva e racional, expressas no cotidiano, na vivência humana e no senso comum. Incluem-se, nesta linha de pensamento compreensivista, a Fenomenologia, a Etnometodologia e o Interacionismo Simbólico (MINAYO, 1999).
- A Dialética marxista trabalha com a complexidade, buscando encontrar na parte a compreensão e a relação com o todo, e considera a existência de uma relação intrínseca de oposição e complementaridade entre o mundo natural e o social. Este tipo de abordagem permite um entendimento dos significados de forma mais abrangente, captando-os no cotidiano, na vivência e no senso comum, e inserindo-os em um contexto social e histórico, considerando sua interação e inter-relação (MINAYO, 1994).
- Mais recentemente, outra visão da realidade tem emergido: a visão holística. Esta considera as conexões, inter-relações e interações com o universo e o cosmos, além das consideradas no mundo natural, social e histórico. Leva em consideração a complexidade da realidade, a complementaridade dos opostos e a diversidade das necessidades individuais e coletivas do ser humano, aonde cada elemento representa o todo e está

inserido em uma rede de fenômenos interligados, interdependentes e em constante interação (CREMA,1991; PATRÍCIO 1995; BOFF, 1995). PATRÍCIO desenvolveu o Referencial Holístico-Ecológico. Justifica que o sentido do termo ecológico refere-se à “ecologia profunda”, que considera o mundo como uma rede de fenômenos interligados e interdependentes, enfatizando assim o caráter holístico de sua abordagem.

Conforme PATRÍCIO (1999, p. 37),

A abordagem Holístico-Ecológica parte do pressuposto de que é possível integrar várias áreas do conhecimento num fio condutor que busca entender e agir nos microcosmos - micromundos –tendo consciência do contexto global. Busca o sentido da Humanidade, tendo a clareza de que, mesmo assim – nessa amplitude de abordagem- não é possível dar conta de compreender toda a complexidade da vida e de seus fenômenos particulares, mas, em síntese, busca compreender o máximo possível de um dado fenômeno, através do conhecimento das múltiplas dimensões e conexões que expressam essa situação, tendo consciência do contexto global, ou seja, que busque conhecer o máximo possível de um dado fenômeno, através de suas múltiplas dimensões e conexões.

BOFF afirma que o ser humano se constrói e deve construir-se com e através de contradições, que se complementam. Cita que “Ele (o ser humano) inter-existe e co-existe com outros seres no mundo e no universo” (BOFF, 1998, p.21). Nesta lógica complexa, o universo funciona através de uma teia de relações interdependentes, pelas quais tudo tem a ver com tudo, em todos os momentos e em todas as circunstâncias.

MORIN (1997) comenta que um importante princípio, indispensável para a construção de conhecimento sobre os seres humanos, é o reconhecimento pelo investigador de que ele também é parte de “um todo social” e que este todo está dentro dele, sendo necessário que o mesmo faça um trabalho de auto-análise e auto-exame para tentar se situar e saber que não é o proprietário de um verdadeiro conhecimento, já de início, pois seu conhecimento é relativo.

Para o autor, o desafio da complexidade pode ser encarado de forma mais séria, se considerarmos que aquilo que foi certo e seguro no passado parece erro e ilusão no presente, e que o que temos hoje por certo e seguro poderá ser visto no futuro como erro e ilusão.

Como investigadores, temos que ter a humildade de saber que “nossas verdades” são relativas.

Vale ressaltar o apelo de MORIN para que façamos ciência com mais consciência:

Nós somos um elemento na história da vida, da mesma forma que nós consideramos hoje o cosmos; estamos num pequeno planeta, satélite de um sol de periferia que, por sua vez, faz parte de uma galáxia periférica – a Via Láctea. É impossível considerar a humanidade o centro do mundo, é impossível pensar que o objetivo da humanidade seja conquistar a natureza. Se integrarmos nosso conhecimento, poderemos situar-nos com a nossa consciência, uma consciência mais válida do que se não fizessemos esse exames (MORIN, 1997, p. 21).

A pesquisa qualitativa, guiada por princípios da Abordagem Holístico-Ecológica foi o método utilizado nesta tese para abordar o universo dos significados do trabalho para os sujeitos investigados.

Parti do pressuposto que, como investigadora, sou também ser humano, tendo meus significados, necessidades, desejos e limitações, e que o estudo somente seria construído através da minha interação com os sujeitos investigados que, por sua vez, tinham os seus universos de significados. Tenho consciência de que “todo ponto de vista é a vista de um ponto” (BOFF, 1998, p. 9), e que o “meu ponto” é apenas um ponto no universo, ao qual estamos todos conectados. Por isso, no processo de interação com os sujeitos, para enxergar melhor através de seu olhar esforcei-me para não usar a “minha lente” sobre a vida.

O tempo de pesquisa totalizou três anos. Durante dois anos, elaborei o projeto sobre as crianças, em processo de aprendizado dos movimentos da ginástica olímpica, filmei-as, analisei-as e comecei a escrever a tese. Em março do ano 2000, mudei o tema de tese, elaborei novo projeto e qualifiquei-o, em junho do mesmo ano. A partir de setembro de 2000, comecei a coletar os dados. O processo de coleta e validação dos dados durou quatro meses. Em paralelo, desde o começo da elaboração do projeto, esforcei-me por atualizar a revisão bibliográfica. A elaboração final da tese iniciou-se, em novembro de 2000, e estendeu-se, até meados de abril de 2001.

4.2 CONTINUANDO A TRAJETÓRIA: O TIPO DE ESTUDO, OS SUJEITOS E O PROCESSO DE COLETA, REGISTRO E ANÁLISE DE DADOS

Para melhor compreensão do mundo dos sujeitos estudados, em suas interações com a realidade, os investigadores qualitativos, geralmente, coletam seus dados aonde estes sujeitos realizam suas tarefas cotidianas, nos seus ambientes naturais. Por isso, o termo usado é “trabalho de campo”, representando o “entrar no mundo do sujeito”, em seu território (BOGDAN & BIKLEN, 1994; PATRÍCIO, 1999).

Segundo o Referencial Holístico-Ecológico, preconizado por PATRÍCIO (1995; 1996; 1999), o trabalho de campo desenvolve-se através de três processos interligados, que se diferenciam apenas por certas particularidades. Estes são denominados: “Entrando no Campo”, “Ficando no Campo” e “Saindo do Campo”.

A análise dos dados, neste Referencial, inicia-se na primeira entrevista, no projeto-piloto e permeia, a partir de então, todo o processo da pesquisa.

O processo, “Entrando no Campo”, representa a fase inicial de estruturação da investigação e inclui a fase exploratória e o projeto-piloto.

A fase exploratória é dedicada a interrogar o objeto, considerar os pressupostos, as teorias pertinentes e as questões para operacionalizar o trabalho de campo. Tem, como foco fundamental, a construção do projeto de investigação (MINAYO, 1994). É neste processo que, geralmente, o investigador escolhe os sujeitos a serem investigados, define suas questões de pesquisa e instrumentos de coleta de dados.

O projeto-piloto testará todo o projeto do estudo e, só a partir de sua aplicação e adaptações necessárias ao estudo, será possível iniciar o segundo processo (“Ficando no Campo”).

É ainda nesta etapa que ocorre aproximação com os sujeitos para conhecimento mútuo, apresentação do estudo, de seus objetivos, métodos e questões éticas, para convidá-los a ingressarem no estudo.

Quando se trata de pesquisa em organizações (instituições, empresas, entre outras), é neste processo que o investigador solicita a autorização formal, por escrito (consentimento informado), do responsável por estas. O pesquisador também entrega termo de compromisso, por escrito, com os preceitos éticos.

Combina-se, então, com os sujeitos que ingressam no estudo, os detalhes sobre a operacionalização dos futuros encontros para a coleta de dados (PATRÍCIO, 1995; 1996; 1999).

A permanência no campo ou “Ficando no Campo”, representa diversos momentos de interação com os sujeitos. Inicia-se quando o investigador começa a coletar os dados que serão utilizados na pesquisa. Continua-se, após a primeira coleta de dados, quando o investigador retorna para validar seus dados, e, se necessário, coletar novos dados. Ainda neste processo, outros encontros poderão ocorrer, para coletar e/ou validar dados.

A saída do campo ou “Saindo do Campo”, pode ser de despedida, agradecimentos ou encaminhamentos futuros. Pode e deve incluir encontros posteriores para a apresentação e devolução dos dados. Pode significar o final do estudo ou o começo de outros estudos (PATRÍCIO, 1995; 1996; 1999).

A análise dos dados é feita concomitante à coleta, iniciando-se na fase “Entrando no Campo”, no estudo-piloto. Orienta a interpretação e compreensão dos dados, podendo conduzir a outras questões. Pode também salientar dados que não tenham ficado bem esclarecidos, permitindo assim que o investigador volte e valide-os junto ao sujeito investigado (PATRÍCIO, 1995; 1996; 1999).

O Referencial Holístico-Ecológico preconiza o uso da técnica Análise-Reflexão-Síntese, que “contempla a não-linearidade e até a possibilidade do caos, no início do exercício da análise” (PATRÍCIO, 1999, p. 72). Utiliza dois processos: análise e síntese. Estes são mediados pela reflexão crítica (que se refere à própria autocrítica de nossas verdades), intuitiva e afetiva.

A análise busca categorias e temas. Segundo BARDIN (1977), a categorização consiste na classificação de elementos constitutivos de um conjunto, por diferenciação e re-agrupamento seguindo algum critério. Portanto, para classificar elementos em categorias, deve-se investigar o que cada um destes têm em comum, para, posteriormente, agrupá-los.

MINAYO (1994) propõe o método “hermenêutico-dialético” como um dos meios de interpretação qualitativa de dados. PATRÍCIO (1995; 1996; 1999) também

considera que a interpretação dos dados torna-se mais adequada, através da abordagem hermenêutica e dialética. A autora cita Foucault, que define a hermenêutica como um conjunto de conhecimentos e técnicas que possibilitam explicitar os signos e descobrir seus significados. Enquanto a hermenêutica facilita a explicitação dos signos e seus significados, a análise dialética dos dados aborda o contexto histórico em que estes foram gerados.

Enquanto a análise decompõe os dados, a síntese os integra às diversas dimensões e contextos da vida dos sujeitos. A análise e a síntese são realizadas de forma sinérgica, através da reflexão, que é uma reconsideração dos dados, associando sensibilidade e razão. Como já referido, o autor deve esforçar-se para evitar “pré-conceitos” ou juízos pessoais (através de reflexão crítica) e aguçar sua sensibilidade, para tentar maior aproximação com a realidade dos sujeitos investigados.

Neste estudo, o trabalho de campo e a Análise de dados seguiram o método preconizado no Referencial Holístico-Ecológico desenvolvido por PATRÍCIO (1995; 1996; 1999), e seu processo será descrito a seguir.

4.2.1 “Entrando no Campo”

A fase exploratória deste estudo compreendeu duas etapas. Iniciou-se na coleta de dados da tese que estava fazendo, antes de mudar o tema de estudo, quando filmei os sujeitos de estudo, as crianças, aprendendo os movimentos da ginástica olímpica, tendo percebido o papel do desejo como fator importante para o aprendizado. Continuou-se com o adoecimento de minha mãe, que guiou meu olhar para a subjetividade das atitudes dos profissionais médicos, fazendo com que eu questionasse os significados do desejo de “ser médico”, e sua expressão na satisfação dos médicos com sua realidade profissional, ocasionando a mudança do tema e, conseqüentemente, dos sujeitos de estudo.

Em seguida, revi a literatura sobre o tema e método e elaborei novo projeto, o qual foi defendido para qualificação, em Junho de 2000. Neste projeto constava a proposta do método do estudo.

Para compreender o processo de construção do ser médico, desde o desejo de ser médico até a realidade, o **tipo de estudo** utilizado foi o Estudo de Caso. Este, na pesquisa qualitativa, se refere à análise aprofundada de uma unidade social (sujeito, ambiente ou situação específica). Tem sido a estratégia preferida quando o foco de interesse é sobre fenômenos, que só podem ser analisados dentro de algum contexto de vida real. É útil para responder às questões interrogativas “como e por que” (TRIVIÑOS, 1987; GODOY, 1995; BOGDAN & BIKLEN, 1994).

O estudo de caso pode referir-se a um ou mais casos. Quando mais de um caso é estudado, denomina-se Estudo Multicasos (TRIVIÑOS, 1987) ou Estudo de Casos Múltiplos (GODOY, 1995).

Nesta pesquisa, utilizei o Estudo Multicasos (ou de Casos Múltiplos), para investigar os sujeitos.

Na **escolha dos sujeitos** e do **tamanho da amostra**, levei em consideração as recomendações referentes a estudos de caso em profundidade. Uma diferença importante entre a pesquisa qualitativa e a quantitativa é a determinação da população e da amostra.

Segundo TRIVIÑOS (1987), a investigação positivista determina o tamanho da amostra através de um processo complexo, geralmente, através da estatística, a fim de estabelecer conclusões com poder de generalização. Por outro lado, na investigação qualitativa, a principal preocupação não é com o tamanho da amostra mas, sim, com o aprofundamento do estudo de cada unidade e, geralmente, decide-se intencionalmente o seu tamanho. O pesquisador pode, até mesmo, investigar profundamente, um único caso (conforme referido no estudo de caso).

BOGDAN & BIKLEN (1994) também enfatizam que, usualmente, a amostra na pesquisa qualitativa deve ser pequena e não necessita ser representativa (diferente dos moldes da quantitativa). Ainda comentam que estas decisões não

podem ser consideradas corretas ou incorretas em si e representam apenas uma escolha.

Após definição do tema de pesquisa, tive que refletir, intensamente, sobre a escolha dos sujeitos a investigar. Troquei idéias com médicos e pessoas de outras áreas. Todos apresentaram sugestões. Vários sujeitos seriam interessantes para estudo: estudantes que ingressam na medicina ou os da última fase, médicos iniciando seu processo de formação profissional (residentes), e médicos com maior tempo de exercício profissional, entre outros.

Tanto estudantes quanto residentes trariam poucos subsídios para a compreensão da satisfação do médico com o exercício profissional. Portanto, só o terceiro grupo poderia ser escolhido para os objetivos do estudo.

Faltava ainda definir outras características dos médicos a serem estudados, tais como especialidade e tempo de formação. Eu estava muito inclinada a trabalhar apenas com os pediatras. Porém, após discussões construtivas, decidi optar por **médicos de cinco grandes áreas da medicina: pediatria, ginecologia/obstetrícia, clínica médica, clínica cirúrgica e saúde pública.**

Levando em conta que os significados e a realidade para cada gênero sexual pudessem ser diferentes, incluí **representantes de ambos os sexos**, em todos os grupos.

Ainda faltava aquele número mágico - quantos?

Estava acostumada com a quantitativa, que, através de cálculos estatísticos, determinava o número mínimo e seguro para o tamanho da amostra. Porém, na pesquisa qualitativa, quando se faz estudo de caso em profundidade, o mais importante é a qualidade dos dados e o maior aprofundamento no processo da investigação, sendo recomendado que não ultrapasse de trinta, o número de sujeitos, para que se dê conta de analisar os dados em sua complexidade.

No processo de seleção dos sujeitos, optei, então, por escolher **vinte e cinco profissionais das áreas já referidas**, com representantes de **ambos os sexos**, que exercessem sua atividade profissional em Santa Catarina e que já tivessem vivenciado a formação médica e exercido a profissão em diversos momentos históricos, sociais e econômicos pelos quais o mundo e, especialmente o Brasil, tem

passado. Por isto, um dos critérios de seleção foi o **limite mínimo de quinze anos de formação**.

A coleta de dados foi realizada através da entrevista semi-estruturada.

Segundo HAGUETTE (1999), a entrevista pode ser definida como um processo de interação social entre duas pessoas, no caso, o entrevistador e o entrevistado. A autora ressalta que, enquanto instrumento de coleta de dados, a entrevista deve buscar captar o real, sem juízos do pesquisador ou das interferências externas que possam modificar aquele real original. Entretanto, argumenta que esse real não pode ser captado “como num espelho” e que por mais que nos esforcemos, tendemos a interpretá-lo por nossas “leituras” subjetivas. Isso não implica que devemos desistir de tentar captá-lo da melhor forma possível.

Existem várias formas de se realizar a entrevista; entre elas, a da entrevista semi-estruturada. Esta parte de certos questionamentos básicos (que não devem ultrapassar cinco questões), referentes aos objetivos e pressupostos que interessam o estudo, e oferecem oportunidades de surgimento de novos questionamentos, a partir das respostas dos sujeitos investigados (HAGUETTE, 1999). Assim, o investigador segue a linha do pensamento e as experiências do investigado, participando ativamente na elaboração do conteúdo da pesquisa. Para o autor, este tipo de entrevista é a que mais favorece a descrição, explicação e compreensão dos fenômenos sociais em sua complexidade, por manter sua presença consciente e atuante e, ao mesmo tempo, permitir a relevância da situação do investigado.

TRIVIÑOS (1987) sugere a possibilidade de várias entrevistas com os mesmos sujeitos, sendo sua duração flexível, tentando não exceder trinta minutos, e a justificativa alegada é: se a entrevista for gravada, ela deve ser transcrita imediatamente após sua realização, e minuciosamente analisada, antes de a próxima ser realizada; se a entrevista não for gravada, o fato de o investigador obter dados, através de fragmentos da conversa – exigindo memorização - requer que ele escreva os dados e tenha maior cuidado e atenção em sua análise.

A entrevista pode ser subsidiada por instrumentos específicos, para que nos aproximemos, um pouco mais, do sujeito e de sua realidade. A expressão dos significados, através de símbolos (Simbolização), tem sido utilizada como forma

complementar na investigação qualitativa, por facilitar a comunicação entre o sujeito investigado e o investigador - através de expressões verbais (incluindo metáforas) e não verbais (PATRÍCIO, 1999) - e por propiciar a aparição de novos temas (o que, raramente, ocorre na investigação formal).

Os símbolos podem ser apresentados de diversas formas: imagens de revistas, objetos e jogos, entre outros.

Na aplicação da técnica através de imagens, pode-se utilizar revistas de diferentes tipos e pedir que o indivíduo selecione as figuras que mais representem o tema abordado. PATRÍCIO (1995) considera como ideal, o uso de quatro imagens. Após a escolha, investigador e investigado discutem e refletem juntos os significados da mesma.

Na aplicação da técnica através de objetos, JEHAN CARLA ZUNINO MEDEIROS, citada por SOARES & KRAWULSKI (1999), preconiza que se coloque diversos materiais de uso rotineiro diante do entrevistado, sugerindo-se que ele encontre, neste material, a melhor forma de expressar o tema abordado. Após a escolha, procede-se à discussão e reflexão nos moldes da técnica anterior.

A entrevista constou dos seguintes **dados**: os relativos à entrevista, quais sejam, local, data e hora; e os relativos ao sujeito, quais sejam, codinome (que ele elegia), idade, local de nascimento e de graduação superior, estado civil, número de filhos, tempo de formação (em medicina), locais, rotina de trabalho e carga horária de trabalho por dia (soma das horas de trabalho durante a semana, divididas por cinco dias; os plantões constaram de forma separada).

As **questões norteadoras** foram: 1) "Como apareceu a idéia de ser médico?". Complementando essa questão, perguntava ao sujeito porque escolheu a área da medicina em que atuava e como havia sido sua formação; 2) "O que é ser médico, para você?"; 3) "Como você compara sua realidade profissional com a que você imaginou que seria?"; 4) "Como está sua satisfação com sua realidade profissional?". Complementando essa questão, interrogava o sujeito quanto a seu conceito de realização profissional, e ainda, se estava realizado, quais eram seus projetos para o futuro (pois é no presente que se planeja o futuro) e quais seriam, se ele tivesse condições financeiras suficientes (ou ganhasse na loteria), e que conselhos daria àqueles que estão em processo de formação na medicina.

O Formulário da entrevista semi-estruturada encontra-se no Anexo 1.

A delimitação dos dados a serem coletados demarcava, inicialmente, as seguintes categorias:

- ❖ Categorias relativas à identificação dos sujeitos
 - Idade,
 - Sexo,
 - Estado civil,
 - Tempo de formação como médico;

- ❖ Categorias referentes ao Passado
 - O processo de construção de ser médico: desejos e expectativas;

- ❖ Categorias referentes à Realidade
 - Profissional:
 - Carga diária de trabalho,
 - Satisfação no trabalho
 - Avaliação subjetiva,
 - Comparação das expectativas e desejos do passado com a realidade,
 - Expectativas e desejos;
 - Em outras dimensões da vida:
 - Expectativas e desejos,
 - Satisfação.

Empreguei a técnica de simboiização através de imagens de revistas e de objetos para ampliar duas questões: “O que é ser médico, para você?” e “Como você compara a sua realidade com a que você imaginou que ela seria?”.

A coleta dos dados de identificação dos sujeitos foi por escrito, no Formulário (Anexo 1), e as entrevistas foram registradas através de gravação em mini-gravador e transcritas em seguida. Também foram anotados dados referentes às reflexões e aos sentimentos do entrevistado e entrevistador (Anotações de campo).

Depois da aprovação do projeto de qualificação para a tese, defendido, em junho de 2000, continuei a trajetória do estudo.

O **projeto-piloto** foi realizado com três sujeitos médicos, de áreas diferentes da medicina, que me eram conhecidos. Dois pertenciam a uma empresa à qual eu tinha acesso, e outro atuava no mesmo local onde atuo. Contatei-os, pessoalmente, e expus, de forma breve, o tema, os objetivos do estudo e os benefícios que dele poderiam advir. Após esta exposição, fiz o convite inicial para entrada no estudo. Os três aceitaram o convite para participação, e então foi marcada data, hora e local, conforme sua conveniência. Na data da entrevista, expliquei, novamente, a cada um dos três sujeitos selecionados, o tema, os objetivos da pesquisa, bem como coloquei-me à disposição para esclarecimento de outros pontos que ainda quisessem elucidar. Ressaltei meu **compromisso** em seguir os **preceitos éticos**, de **manter sigilo e anonimato** e de **só divulgar os dados após seu consentimento**, constantes nas **Resoluções do Conselho Nacional de Saúde (nº196 e nº251, de 07/08/97)**. Informei-os, também, quanto ao uso da Técnica de Simbolização, durante o processo de entrevista, seu objetivo e a forma como iria aplicá-la. Pedi ainda sua concordância para que a entrevista fosse gravada. Após todos esses procedimentos, perguntei-lhes se queriam manter sua participação na pesquisa. Com a concordância dos sujeitos, entreguei carta de apresentação, contendo meu compromisso ético (Anexo 2) e solicitei a assinatura de termo de consentimento informado (Anexo 3). Todos os sujeitos confirmaram sua participação e concordaram com a gravação da entrevista.

O primeiro passo, antes da entrevista, foi solicitar que cada sujeito se desse um codinome, para garantia da preservação de anonimato. Apliquei, então, todo o processo previsto no projeto.

Iniciei a entrevista, gravando-a, e conforme já explicado, empreguei a técnica de simbolização através de imagens de revistas e de objetos, para ampliar duas questões, como explico a seguir.

Após enunciar a questão – “O que é ser médico para você?” - e registrar a resposta do entrevistado, solicitava que ele a representasse, através da simbolização com quatro figuras, de quatro revistas de temas variados, a eles

apresentados. Após a escolha, pedia que me explicassem a razão da escolha e esclarecessem o que elas representavam.

Após enunciar a questão - “Como você compara a sua realidade com a que você pensou que ela seria?” - e registrar a resposta do entrevistado, solicitava que ele a representasse através da simbolização com objetos, sem delimitar a quantidade de objetos a escolher. Neste processo, utilizei os seguintes materiais, de dimensão pequena: fotos (de uma criança, de um casal de idosos, de uma turma de formatura, de uma pessoa estudando); dinheiro de papel (do Jogo da Vida); gruta de ametista; ampolheta; fantoche do Mago Merlim; globo do mundo; objeto colorido; tipo mandala, com arestas articuladas, que se expandia formando um globo vazado quando manipulado; um mini-parquinho com pequenos bonecos; seis bonecos (Bob, Pinóquio, Barbie, uma criança e um casal do Lego); almofada vermelha, em forma de coração; bumerangue do Batman; jogo de dardos; raquete de pingue-pongue; quadro com imagem do sol nascendo; avião, carro, moto, tigre, robô e anel de brinquedo; máquina de calcular; dados com letras variadas e frasco de medicamento.

Ressalto que, por nenhum momento, dei interpretação psicológica à escolha das imagens ou símbolos mas, sim, ouvi as interpretações e explicações que os sujeitos faziam quanto à sua escolha, bem como as suas reflexões.

No estudo-piloto, dois sujeitos referiram não ter as imagens que procuravam, como, por exemplo, a imagem do profissional que para eles representasse “O Médico” ou que tivesse exames ou pacientes. Por isso, introduzi mais revistas, passando a utilizar dez revistas variadas para a escolha das quatro imagens. Foram elas: *Época* (Ano III n.º 112, 10/07/2000), *Terra* (Ano 6 n.º 4, Abril 97), *Estação* (n.º 3, 2000), *Cláudia* (n.º 7, Ano 39, julho/2000), *Isto É* (n.º 1534, 24/02/99), *Emoção* (n.º 5, junho/2000), *Mãe* (Ano III n.º 42, 2000), *Prodoctor* (Ano V n.º 2, mar/abr 1998), *Época* (Ano I n.º 9, 20/07/98), *Prodoctor Business* (Ano 13 n.º 8, nov/dez 1998), *Diálogo Médico* (Ano 13 n.º 8, nov/dez 1998) e *Prodoctor She* (Ano 2 n.º 5, set/out 1997). As seis últimas revistas foram as introduzidas após o piloto e, dentre elas, constam mais revistas que circulam no meio médico.

Após realizar o piloto, também alterei a ordem das questões. No piloto, perguntava primeiro – “O que é ser médico para você?”. Dei-me conta de que a

continuidade do pensamento seria facilitada se começasse pelo início dos desejos de ser médico, e passei então a questionar em primeiro lugar – “Como apareceu a idéia de ser médico?”.

No final da entrevista, perguntava se os sujeitos do estudo-piloto tinham algo a acrescentar. Um deles sugeriu que o processo de entrevista seria mais proveitoso se os sujeitos conhecessem as perguntas, antes de serem entrevistados. Justifiquei que o principal objetivo era a espontaneidade, após o que, o sujeito respondeu-me: “Até chorei! Espero ter ajudado”.

Outro sujeito advertiu-me quanto ao risco que eu corria se escolhesse sujeitos médicos “tradicionais”. Entretanto, na amostra, incluí vários sujeitos médicos “tradicionais”.

Após as devidas modificações, selecionei os sujeitos a serem investigados, para dar início então à segunda etapa do trabalho de campo.

O processo de Análise-Reflexão-Síntese começou a partir da primeira entrevista piloto. Na análise do projeto piloto, **emergiram novas categorias,** apontadas a seguir.

- ❖ **Categorias referentes ao processo de construção de ser médico, no passado:**
 - O emergir do desejo de ser médico: atitudes do sujeito, desejos profissionais da infância, influências, circunstâncias e valores para o emergir;
 - Iniciando o caminho para a expressão do desejo (trajetória desde o emergir do desejo de ser médico até o vestibular): influências, circunstâncias e valores, nesta trajetória;
 - Definindo o caminho na medicina: influências, circunstâncias e valores para a definição da área da medicina a ser seguida;
 - Caminhos trilhados pelos profissionais médicos: influências, circunstâncias e valores, nos diversos contextos, vivenciados pelos sujeitos, após a formatura.

❖ Categorias referentes ao processo de construção de ser médico, na realidade:

- Fatores que promovem a satisfação no trabalho;
- Fatores que limitam a satisfação no trabalho.

A amostra dos sujeitos da investigação está composta por sete médicos pediatras (quatro, do sexo masculino e três, do feminino), cinco cirurgiões (três, do sexo masculino e dois, do sexo feminino) cinco clínicos (três, do sexo masculino e dois, do sexo feminino), quatro ginecologistas/obstetras (G.Os), sendo dois de cada sexo, e quatro médicos da Saúde Pública (dois de cada sexo). Todos os sujeitos exercem medicina em Santa Catarina (região sul do Brasil).

A seleção ocorreu em vários tempos e a forma e razão para aproximar-me dos sujeitos foram diversas. À medida que selecionava um sujeito, outros se aproximavam para oferecer-se para a pesquisa, e os entrevistados, muitas vezes, solicitavam que eu entrevistasse algum conhecido, fazendo contato com eles, para que eu me aproximasse.

Sete sujeitos não me eram conhecidos. Entre eles, dois eram cirurgiões, dois, clínicos, dois, ginecologistas/obstetras (G.Os) e um era da Saúde Pública. O motivo de escolha dos dois sujeitos cirurgiões foi o fato de serem, entre os poucos, do sexo feminino, que exercem esta atividade na medicina, em Florianópolis e, portanto, peguei seus telefones na lista telefônica. Um dos clínicos atuava como médico de família, em consultório, e também selecionei-o através da lista telefônica, e o outro foi indicado por um dos entrevistados. Os G.Os foram-me indicados por sujeitos entrevistados. O médico da Saúde Pública foi indicado por pessoa que o conhecia. Todos estes sujeitos foram contatados, através de ligação telefônica, na qual me apresentava, explicava os objetivos da pesquisa e os convidava a participar do estudo.

Todos os outros me eram conhecidos. Destes, quatro trabalhavam em empresa privada (além de atuarem em outros empregos), na qual eu tinha acesso; três eram sujeitos com os quais tinha contato profissional ocasional e,

coincidentalmente, entrei em contato, por telefone, na época da coleta de dados, aproveitando a oportunidade para convidá-los a participar da pesquisa; quatro prontificaram-se a participar, ao saberem do estudo; todos os outros foram selecionados por oportunidade de contato, nos ambientes de trabalho, e convidados, pessoalmente, ou por telefone, a participarem da pesquisa.

Os três sujeitos do projeto piloto estão incluídos na amostra. Essa inclusão foi efetivada, após o segundo contato com os sujeitos, quando retornei a eles para validar os dados coletados, e complementei a primeira entrevista com as alterações resultantes do projeto-piloto.

A delimitação do número de quatro G.Os e quatro médicos da Saúde Pública ocorreu devido à verificação que nos outros grupos, a partir da quinta entrevista, os dados visando ao objetivo do trabalho e os que eram específicos aos grupos começavam a repetir-se. Segundo BOGDAN & BIKLEN (1994), os investigadores qualitativos aferem quando a coleta de dados chega ao fim, quando atingem a "saturação de dados". Esse termo refere-se ao ponto em que a informação acumulada torna-se redundante. Isto não quer dizer que as informações fiquem esgotadas, mas, sim, que chegaram a um ponto que, as informações novas aparecem em bem menor quantidade, quando comparadas à informação acumulada, justificando pouco o tempo despendido para buscar novas informações.

Em relação ao contato inicial com os sujeitos selecionados, segui o mesmo processo utilizado no projeto piloto: apresentava-me aos que não me conheciam e expunha a todos, verbalmente, a proposta de estudo; a interação foi feita por telefone ou pessoalmente; depois da apresentação e exposição da proposta de estudo, era feito o convite para entrada dos sujeitos no estudo; se aceito, nesta ocasião era marcada a data e o local da entrevista.

Neste processo inicial de interação, apenas um clínico, que não me era conhecido e que foi indicado por um dos entrevistados, recusou-se a participar da pesquisa, alegando ter muitos compromissos e não ter interesse em participar dela. Todos os outros foram receptivos, e a maioria sentiu-se privilegiada com o convite.

Os vinte e cinco sujeitos são citados por seus respectivos codinomes (conforme explanarei abaixo), eleitos por eles, para seguir os preceitos éticos de garantia de anonimato.

4.2.2 “Ficando no Campo”

A partir da reestruturação do processo de entrevista e de sua concomitante análise, iniciei a fase “Ficando no campo” de **coleta dos dados, nos sujeitos que efetivamente participaram da pesquisa.**

Na data da entrevista, apresentava-me aos que não me conheciam e seguia todos os passos já descritos no projeto piloto (explicava os objetivos da pesquisa e outros pontos que ainda quisessem esclarecer; ressaltava meu compromisso com os preceitos éticos e elucidava o uso da Técnica de Simbolização; solicitava concordância para gravação e participação na pesquisa, entregava meu termo de compromisso e solicitava a assinatura do sujeito, em termo de consentimento informado). Todos os sujeitos confirmaram sua participação e concordaram com a gravação da entrevista.

O primeiro passo, antes da entrevista, foi solicitar que cada sujeito se desse um codinome. A coincidência do codinome BEIJA-FLOR justifica-se pela associação automática da palavra codinome com a música de Cazuza: Codinome Beija-Flor. Os sujeitos que escolheram esse codinome comentavam esse fato. Quatro sujeitos escolheram esse codinome, entretanto, ao quarto pedi que, se possível, o substituísse, pois já havia três com o mesmo codinome e então, o sujeito mudou para o codinome ESTRELA. Cinco sujeitos se deram codinomes, que eram apelidos pelos quais eram chamados. Pedi, também, que trocassem para não serem identificados.

Depois desse procedimento, iniciava a entrevista.

A duração das entrevistas variou de uma hora (e essa foi a duração, na maioria dos entrevistados) até duas horas e meia, com um sujeito. Com dois sujeitos, as entrevistas foram feitas em dois tempos e, com um, em três tempos, devido a sua limitação de tempo (outros compromissos de trabalho).

Na aplicação da técnica de simbolização através de imagens de revistas, mesmo após introdução de mais seis revistas, inicialmente, alguns sujeitos apresentavam dificuldade na escolha de imagens. Mas, após selecionar a primeira imagem, passavam a encontrar várias, muitas vezes, tendo que excluir algumas. É interessante que, em meio a tantas páginas, algumas imagens selecionadas se

repetiam: as relacionadas diretamente ao exercício profissional (médico realizando exame ultrassonográfico, ou estudando, ou um bebê sorrindo, dizendo muito obrigado ao médico) e as não diretamente relacionadas ao exercício médico (imagem do pensador, de uma pessoa com a cabeça estourando, do universo, de pessoa rodeada por santos, de crianças dentro do tubo de ensaio, de violência e do computador).

Na aplicação da técnica de simbolização através de objetos, um sujeito disse não haver nada que pudesse representar a resposta e que, se houvesse um morrinho ou uma régua, esses seriam os objetos escolhidos:

Não achei nada. Aí não tem nada que simbolize. Deveria ter uma régua ou um caminho. Um morrinho para subir, porque é o morrinho da vida. Que eu acho que é a vida normal. É a vida com angústias, com coisas que aparecem que até, às vezes, tu nem sabias que iam aparecer e apareceram. Que tu mudas (...). Mas, se tivesse um caminho para passar, um trilho para passar, que é a minha vida... Tipo uma estrada.

É interessante ressaltar que o emprego da técnica da simbolização fez com que emergissem novos temas e reflexões sobre as perguntas que ilustravam, enriquecendo bastante as respostas. Por isso, na descrição da realidade dos sujeitos, aparecem temas que, muitas vezes, parecem não ter explicação para uma seqüência lógica dentro da realidade descrita. Tomando BEIJA-FLOR-M2 como exemplo, na sua descrição de "o que é ser médico", aparece a situação de stress dos médicos que atuam na emergência, que não é a sua situação como médico, mas, sim, de outros médicos que ele contempla.

As perguntas complementares facilitaram a compreensão da realidade e dos desejos profissionais dos sujeitos.

No final da entrevista, eu perguntava aos sujeitos se eles tinham algo a acrescentar, ocasião em que muitos se referiram ao processo de formação acadêmica e ao processo de entrevista.

O processo de interação foi muito gratificante. Ao repensarem suas vidas, os sujeitos podiam organizá-las e "desabafar" suas angústias. Alguns sujeitos, saíram da entrevista com propostas de mudanças.

PATRÍCIO (1995; 1996; 1999) esclarece que o processo de interação preconizado por seu Referencial (Holístico-Ecológico), também utilizado no cuidado

dos seres humanos, transforma o ser humano que está sendo cuidado ou investigado e também o cuidador ou investigador, através da troca de saberes, de experiências e de sentimentos. Explica o processo e como e porquê ambos os sujeitos (o sujeito cuidado e o cuidador, o sujeito investigado e o investigador) se beneficiam na interação:

Esse processo é denominado de “Educação Holístico-Ecológica”, pois ocorre através do diálogo voltado à compreensão dos significados e modos de viver, da conscientização das situações de vida, de reflexão de limitações e possibilidades (recursos) do indivíduo-coletivo de viver saudável nas suas múltiplas dimensões. É objetivado através da interação (...). Promove momentos de “troca de saberes”, “de valores”, caracterizando-se como um processo de “mexida na consciência” através do “pensar criticamente”. É uma **postura ética**, determinando uma interação educativa de dupla sintonia, que favorece a troca de universos culturais, gerando transformações também no profissional. É aqui que se dão as interações **transculturais**. Permeia todo esse processo, além dos componentes de cuidar que representam troca de universos culturais, componentes de cuidar que determinam um processo de troca de energias-sentimentos, simplesmente através do “estar junto com”, de “estar ligado em” (...) (PATRÍCIO, 1996, p. 60-61).

Nesse modo de pesquisar-cuidando, ou vice-versa, o próprio processo já desenvolve possibilidades de transformação da realidade, em razão do enfoque educativo que o envolve. Haja vista que, durante o diálogo, já é possível estarmos interferindo na consciência humana, mesmo que o resultado objetivado somente seja percebido mais tarde. No processo, seja de cuidar ou pesquisar, consideram-se, antes de mais nada, as **expectativas**, os **desejos** dos indivíduos, naquele momento. Posteriormente, vamos para o conhecimento gradativo de sua **história de vida**, de suas crenças e **práticas**, seus **valores**, **sentimentos**, **conhecimentos** relacionados à saúde; de seus **recursos**, concretos e em potencial, para viver saudável; seus **sinais** e **sintomas**, suas **queixas** e **necessidades** pessoais e coletivas. Considera todos os elementos que compõem o ambiente, incluindo os recursos que o próprio profissional dispõe, ou necessita buscar, para desenvolver o trabalho (PATRÍCIO, 1996, p. 59).

Os sujeitos comentaram a importância daquele momento. ESTRELA referiu ter feito uma “catarse reflexiva” e sugeriu o uso do método em organizações, visando à promoção da qualidade do trabalho. Também propôs seu uso em situações onde haja conflitos, para facilitar o delineamento de estratégias de intervenção.

Trabalhar para viver, pensar, até nessas coisas que a gente falou. Eu acho que é uma catarse reflexiva. Acho interessante a tua metodologia ser testada como uma intervenção de trabalho, de dinâmica de trabalho, numa empresa privada ou num posto de saúde ou numa instituição, produzir um material que as pessoas sentem e: - “E aí, o que pode ser melhorado?”. Enquanto um método, um mecanismo de

trabalho (...). Tu poderias criar como um instrumental de abordagem aonde existe situações de insatisfação. Aí, como, depois, vai lidar com isso, é uma outra temática, mas seria interessante. Me parece que ela abre uma possibilidade para isso. Eu gostei, vou pensar, hoje eu vou sair daqui, até o fim do dia, curada. Dezesesseis de novembro. Porque, de manhã, fui na análise, vim aqui refletir sobre a vida profissional, que é essa encrenca de desejos, o dogma (...). Hoje, eu vou curar.

Outros sujeitos, também fizeram comentários sobre sua experiência com a entrevista.

FLORA - "Eu achei bem interessante a entrevista. Achei que você faria perguntas práticas e retilíneas, objetivas, e eu fui pega de surpresa e, realmente, essas suas perguntas, essa sua conferência faz com que a gente repense, se encontre, olhe a parte interna do profissional que está por trás do jaleco. É muito interessante essa visão."

BEIJA-FLOR-F - "Foi super legal. É engraçado que, hoje, a gente discutiu muito sobre isso porque surgiram problemas com famílias e houve questionamento: mas qual é o papel do médico? (...). E entramos na história do ser médico, hoje, ou ser assistente social ou ser qualquer coisa, que não pode ser assim. Então a gente discutiu sobre isso. Então, fechou direitinho."

MOITA - Primeiro, eu quero te parabenizar porque é uma pesquisa que eu nunca tinha visto. Primeiro, porque poucos médicos que eu conheço têm interesse pela questão qualitativa, em fazer trabalho qualitativo. Acho que a gente tem que começar a enxergar outro modelo que é essa questão qualitativa, que é mais difícil de trabalhar. Ou, talvez, por nós não estarmos habituados, por não ter essa vivência. É um trabalho interessante, e eu, realmente, quero ler, quando estiver pronto.

VIAJANTE - "Foi (...) uma experiência ótima (...). A gente mexe com alguma coisa lá do fundo... um negócio muito diferente, foge totalmente àquela entrevista, formal... é terapêutico (...)"

FELISBERTO - "Agradeço a oportunidade".

Mas, se a interação fez bem aos sujeitos, esta foi melhor ainda para mim, pois, cada sujeito me enriqueceu com seus sentimentos, sua experiência e visão de vida. Foram raros os momentos, em minha vida, em que pude escutar e aprender

tanto com tantas pessoas. Poderia dizer que essa pesquisa acarretou-me um processo de crescimento pessoal intenso.

Seguindo o rigor exigido pelo método preconizado no Referencial Holístico-Ecológico, após a primeira entrevista, **retornei para validá-la**, entregando a transcrição para a maioria dos investigados. Esse intervalo entre entrevista e entrega da transcrição demorou três a seis semanas. Perguntava-lhes se as transcrições estavam adequadas e se havia alguma mudança a fazer. Quando necessário, efetuava a mudança sugerida pelo entrevistado. Nessa ocasião, dois sujeitos comentaram já haver mudado alguns pontos que consideravam negativos em seu trabalho, sendo que um abriu mão de um dos empregos para dedicar-se ao que mais gostava. Outro sujeito assustou-se ao dar-se conta de sua carga total de trabalho, e disse que veria como diminuí-la.

Quanto à análise de dados, outras categorias foram surgindo em todo o processo do “Ficando no Campo”, que são mostradas, no final deste capítulo.

4.2.3 “Saindo de Campo”

Em outro tempo, que durou entre um e três meses, retornei aos sujeitos com os dados, conforme seriam divulgados no texto da tese. Nessa ocasião, alguns sujeitos fizeram alterações no texto, retirando, modificando ou acrescentando o que achavam necessário e pertinente. Outros explicaram alguns temas ainda não totalmente esclarecidos ou levantaram outros. Com exceção de oito sujeitos, o retorno foi feito através de nova interação. Quatro destes oito citados, referiram que concordavam com o que eu publicasse a seu respeito, visto que, na transcrição não tinham nada a mudar. Dois não tiveram tempo para marcar nova entrevista e, então, eu encaminhei os dados a seu consultório e aguardei aprovação e mudanças necessárias. Dois moravam em outras cidades e receberam os dados por e-mail. Apesar de eu ter me proposto a entregá-los, pessoalmente, os sujeitos insistiram para que eu me poupasse.

Nesta interação de saída de campo, um dos sujeitos comentou que achava ridículo o aparecimento de citações na pesquisa, e modificou bastante o texto, aludindo não gostar da forma como é feito o relato na pesquisa qualitativa.

A maior parte dos sujeitos comentou sobre a importância da entrevista como oportunidade de repensar e reestruturar sua vida, referindo-a como uma terapia, o que me trouxe grande satisfação. Agradeciam, inclusive, pelo tempo que me prestei a ouvi-los. Um deles relatou que só durante a entrevista compreendeu que sua satisfação maior com o que fazia, era poder acompanhar a saúde de quatro gerações em uma família.

Através desses relatos, comecei a pensar em como são poucos os momentos em nossas vidas em que paramos para escutar os outros. E como são poucas as pessoas que se prestam a nos escutar. Talvez, se no ambiente de trabalho as pessoas se ouvissem mais, ao invés de quererem ser vistas e ouvidas, boa parte dos problemas nas relações inter-pessoais se resolvessem. E, quem sabe se, na vida, mais pessoas se ouvissem, haveria menos conflitos.

Na despedida, referi que os convidaria para a apresentação dos dados, durante a defesa da tese, mas deixei a possibilidade de voltar, antes ou depois disso, para novos encontros que fossem necessários. Apresentei, também, nesta despedida provisória, para muitos dos sujeitos, as categorias que emergiram e mostrei-lhes uma cartolina com uma síntese dos dados, para conferir, mais uma vez, se concordavam com a visão sintética que elaborei a seu respeito.

Um deles anotou os dados da cartolina e disse que os levaria para seu psicanalista.

O Processo de Análise-Reflexão-Síntese, conforme já referido, começou a partir do primeiro sujeito entrevistado no estudo-piloto. Como preconizado no método, este processo permeou a coleta de dados, através de idas e retornos aos sujeitos e da visão das partes e do todo, mediada pela reflexão. As grandes categorias da pesquisa já estavam presentes nas questões norteadoras (conforme já indicadas).

À medida que entrevistava e analisava cada sujeito, novas categorias emergiram, facilitando o processo Análise-Reflexão-Síntese.

O processo de interagir com os sujeitos e depois continuar a pensá-los, voltar a eles e validar os dados, fizeram com que, de repente, enxergasse algo comum a todos, ou algo específico a um grupo.

Construí vários esquemas, montei tabelas e, no fim, em uma grande cartolina, confrontei os vinte e cinco sujeitos (ver o exercício de Análise-Reflexão-Síntese em Anexo 4).

Neste processo, surgiram ainda outras categorias referentes aos fatores que promovem a satisfação no trabalho (Quadro 1) e aos que a limitam (Quadros 2a, 2b e 2c). Os Quadros referidos encontram-se a seguir, no final deste capítulo.

**Quadro 1 - FATORES QUE PROMOVEM A SATISFAÇÃO PROFISSIONAL
DOS MÉDICOS ENTREVISTADOS**

❖ Expressão e confirmação dos desejos pessoais e profissionais, através:

- ❑ da prática do altruísmo (ajudar o próximo, o poder de cuidar, tratar e curar, salvar e lutar por justiça social),
- ❑ da sensação de competência e identificação profissional,
- ❑ da identificação com a escolha da área dentro da medicina,
- ❑ da identificação com o tipo de atividade exercida (cuidar, tratar do paciente, operar, ensinar, pesquisar, estudar, entre outros),
- ❑ da expressão do potencial criativo,
- ❑ do reconhecimento profissional:
 - por pacientes e seus responsáveis,
 - por estudantes, residentes e pares,
 - pela sociedade,
 - pelo retorno financeiro,
- ❑ do compartilhar de experiências, conhecimentos, sentimentos e crenças, através da interação com:
 - os pacientes e seus responsáveis,
 - os estudantes e residentes,
 - a equipe de trabalho;
- ❑ do equilíbrio entre a vida fora e dentro do trabalho.

**Quadro 2a - FATORES INDIVIDUAIS QUE LIMITAM A SATISFAÇÃO
PROFISSIONAL DOS MÉDICOS ENTREVISTADOS**

❖ **Fatores que limitam os desejos individuais e profissionais de exercer o altruísmo:**

- ❑ A interação com o paciente e seus responsáveis:
 - na doença,
 - no sofrimento,
 - perante a morte;
- ❑ O paciente grave;
- ❑ O risco cirúrgico;
- ❑ A morte.

❖ **Fatores que limitam o potencial criativo, artístico ou intelectual:**

- ❑ No trabalho:
 - por falta de infra-estrutura do ambiente físico,
 - por inadequação do posto de trabalho,
 - pela rotina;
- ❑ Dificuldade em manter-se atualizado pela velocidade e quantidade da produção de informações;

❖ **Fatores que limitam a qualidade de vida:**

- ❑ Falta de equilíbrio entre vida dentro e fora do trabalho, por:
 - priorização da vida profissional,
 - disponibilidade para o paciente e para a medicina (estudo e envolvimento político junto à classe);
- ❑ O excesso de trabalho;
- ❑ Interação inadequada no ambiente de trabalho expressa por:
 - competição entre os pares,
 - falta de reconhecimento entre os membros da equipe,
 - falta de cooperação entre os membros da equipe de saúde;
- ❑ Preocupação com o futuro (aposentadoria insuficiente).

**Quadro 2b - FATORES DOS SISTEMAS DE FORMAÇÃO E DE SAÚDE QUE
LIMITAM A SATISFAÇÃO PROFISSIONAL
DOS MÉDICOS ENTREVISTADOS**

❖ **Do Sistema de Formação e Ensino Profissional:**

- ❑ Proliferação das escolas médicas e excesso de mão de obra, às vezes, de má qualidade;
- ❑ Ênfase no modelo biomédico com enfoque na doença;
- ❑ Deficiência no aprendizado:
 - da relação médico-paciente,
 - da abordagem:
 - ao sofrimento e à morte,
 - inter e transdisciplinar do ser humano,
 - da qualidade de vida do estudante e futuro profissional;
- ❑ Excesso de burocracia.

❖ **Do Sistema de Gerenciamento e Financiamento da Saúde:**

- ❑ Sistema Público:
 - Excesso de burocracia;
 - Deficiência no reconhecimento social e financeiro;
 - Limitação da infra-estrutura e dos recursos;
 - Priorização de quantidade ao invés de qualidade resultando em:
 - excesso de carga de trabalho físico e mental – *stress*,
 - massificação do atendimento e prejuízo:
 - no processo de interação interpessoal,
 - na resolutividade do sistema para o paciente.
- ❑ Sistema Complementar de Saúde:
 - Exploração do médico;
 - Intermediação da relação médico-paciente;
 - Falta de reconhecimento do profissional.

Quadro 2c - FATORES DOS SISTEMAS (QUE NÃO OS DE SAÚDE E DE FORMAÇÃO) QUE LIMITAM A SATISFAÇÃO PROFISSIONAL DOS MÉDICOS ENTREVISTADOS

❖ **Dos sistemas periféricos que fazem interface com a área da saúde:**

- ❑ As multinacionais de medicamentos:
 - O assédio das multinacionais de medicamentos;
 - O alto custo dos medicamentos;
 - As questões éticas na prescrição de medicamento.
- ❑ As indústrias de Equipamento Médico-Hospitalar:
 - A indução de abuso na utilização de tecnologia.
- ❑ As seguradoras:
 - O estímulo aos processos contra os médicos, principalmente, os obstetras e cirurgiões;
 - A exploração dos médicos.

❖ **Da Sociedade:**

- ❑ Transformação da relação médico-paciente por disseminação do saber médico através da tecnologia e globalização;
- ❑ Visão limitada do médico como ser humano;
- ❑ Visão negativa do profissional médico.

❖ **Do Sistema Sócio-Econômico e Político**

- ❑ Os interesses de classe (representados também na classe médica);
- ❑ O poder das instituições em detrimento do interesse social;
- ❑ A injustiça social;
- ❑ Atuação política (e social) não efetiva, visando à justiça social.

5. O PROCESSO DE CONSTRUÇÃO DE SER MÉDICO E A REALIDADE DO TRABALHO

O homem é o seu livro de estudo,
Ele precisa apenas ir virando
as páginas deste livro e
descobrir o Autor.⁴

Neste capítulo apresento a descrição do processo de construção de ser médico dos sujeitos entrevistados, por grupos de área de atuação. Em cada grupo, inicialmente, identifico os sujeitos e, depois, exponho o processo de construção, no passado e no presente.

No processo de construção, no passado, apresento-os em quatro momentos: “o emergir do desejo de ser médico”, os caminhos seguidos até a expressão do desejo (“iniciando o caminho para a expressão do desejo”), caminhos seguidos na formação (“definindo o caminho na medicina”) e após a formação (“caminhos trilhados pelos profissionais”). Para melhor entendimento, estes quatro momentos são expostos, sob a forma de “Quadros”.

A realidade é descrita de forma contínua, incluindo os conceitos dos sujeitos sobre o que é ser médico, sua satisfação com o trabalho, opiniões sobre o passado e o presente, planos e desejos para o futuro (não esquecendo que nossos desejos para o futuro estão no presente e, frequentemente, têm suas raízes no passado).

Apresento, inicialmente, o grupo dos pediatras, seguido pelo dos cirurgiões, clínicos, ginecologistas/obstetras e, finalmente, médicos da saúde pública.

5.1 O GRUPO DOS PEDIATRAS

O grupo dos pediatras está composto por sete sujeitos: BOCA, PEDRO, SOL e ROBERTO, do sexo masculino; ITE, ORQUÍDEA E NINA, do sexo feminino.

BOCA é separado, tem entre quarenta e cinco anos e cinquenta e quatro anos de idade, entre quinze e vinte e quatro anos de formado, e atua como professor em instituição pública de ensino (oito horas por dia) e médico, em serviço público onde faz um plantão a cada seis dias.

PEDRO é casado, tem entre trinta e cinco e quarenta e quatro anos de idade, entre quinze e vinte e quatro anos de formado, e atua como médico, em serviço público (quatro horas por dia) e consultório (seis horas por dia).

SOL é casado, tem entre quarenta e cinco e cinqüenta e quatro anos de idade, entre quinze e vinte e quatro anos de formado, e atua como médico em serviço público (quatro horas por dia) e consultório (oito horas por dia).

ROBERTO é casado, tem entre cinqüenta e cinco e sessenta e quatro anos de idade, entre trinta e cinco e quarenta e quatro anos de formado, e atua como médico em serviço público (três horas por dia) e clínica, com exame especializado (oito horas por dia).

ITE é solteira, tem trinta e cinco e quarenta e quatro anos de idade, entre quinze e vinte e quatro anos de formada, e atua como professora em instituição de ensino (cinco horas por dia) e médica, em serviço público onde faz dez plantões por mês.

ORQUÍDEA é desquitada, tem quarenta e cinco e cinqüenta e quatro anos de idade, entre quinze e vinte e quatro anos de formada, e atua como médica em serviço público (nove horas por dia) e consultório (três horas e meia por dia).

NINA é solteira, tem quarenta e cinco e cinqüenta e quatro anos de idade, entre quinze e vinte e quatro anos de formada, e atua como médica em serviço público (doze horas por dia).

5.1.1 Revendo o Passado

BOCA, ITE e NINA desejavam ser médicos desde a infância, tendo como influência para o desejo, modelos desses profissionais. Ainda, devido ao fato nascer envolta pelo saco vitelino, NINA teria o dom de curar, segundo as crenças compartilhadas por seus familiares. Apesar de ter sido uma criança freqüentemente hospitalizada, guardava boas recordações de suas internações. PEDRO tinha um comportamento “voltado a ajudar ao próximo” e, por interessar-se por biologia e apresentar bom desempenho escolar, chegou a pensar, de forma remota, na possibilidade de fazer medicina aos doze anos de idade. SOL queria ser padre, mas saiu do seminário por divergências de postura e decidiu, na época do vestibular, que

faria medicina porque, através dela, também poderia ajudar ao próximo. ROBERTO tomou a decisão no científico, considerando o valor da profissão na sociedade. ORQUÍDEA sentia-se atraída por programas, filmes e romances sobre médicos e enfermeiras. Sua família já a requisitava para tratar de seus membros, por reconhecer que ela era cuidadosa com as pessoas e os animais.

BOCA, SOL, ROBERTO e ITE optaram por medicina no primeiro vestibular, enquanto, PEDRO elegeu ciências contábeis. NINA teve que cursar três anos do curso Normal e ORQUÍDEA, um ano de secretariado, para serem autorizadas a fazer o vestibular.

A opção por pediatria apareceu no decorrer da formação universitária, em BOCA, PEDRO e SOL, por afinidade com as crianças; em ITE, pelo modelo dos pediatras e por sentir afetividade pelas crianças; e, em NINA, pelo modelo dos pediatras e pelo conhecimento prévio sobre crianças, adquirido no curso Normal. ORQUÍDEA optou por pediatria antes da faculdade, por afinidade com crianças e por ter vivenciado uma situação na qual prometeu que tentaria, sempre que possível, curá-las. ROBERTO especializou-se em pediatria depois de estar atuando em hospital pediátrico.

Nas quatro páginas que se seguem, apresento, de forma mais detalhada, em "Quadros", o processo de construção individual, no passado, do grupo de pediatras.

Após, inicio a descrição do presente.

Boca desejava ser engenheiro, por ter interesse em informática e estatística, ou médico, por atração pela profissão e familiaridade através de parente próximo.

Sou de uma família que tem muito médico. Me criei com uma figura forte, que é médico, que é o meu avô. Sempre foi um médico com visão muito ampla da vida... Me criei num consultório, na verdade era um Instituto de Radiologia. Eu me criei lá dentro (...). Sempre tive atração por isso. Nunca defini assim porque não queria ter um compromisso com ele.

Sol desejava ser padre. Frequentou o seminário a partir de doze anos de idade, durante quatro anos e meio.

Meu pai atrasou três anos a ida para o seminário (...). Eu sempre quis ir, desde que eu me conheço por gente. Eu sempre gostei disso. Eu sempre era coroinha, eu ia à missa (...). A gente acordava às seis horas da manhã para rezar em casa (...). Ninguém queria na minha família (...) meus padrinhos, meus tios viviam se preocupando. E eu dizia : - "Eu não tenho problema nenhum, eu quero ser padre!".

Saiu do seminário por divergências de postura. Morou sozinho em outra cidade onde trabalhou durante cinco meses. Aos dezessete anos de idade, voltou para a casa dos pais. Optou por medicina na época do vestibular.

Pedro desejava ser professor por ter bom desempenho escolar. Teste vocacional confirmou essa tendência. Seus professores e pessoas mais velhas, que não os seus pais, o desestimularam. Tinha simpatia pela medicina desde os doze anos de idade, por ter vivência social desde pequeno e interesse por biologia.

Eu sempre tive um comportamento no sentido de ajudar as pessoas (...) a simpatia (por medicina) apareceu quando eu era bem moço. Eu estava no ginásio ainda... Nós fizemos testes vocacionais e, no teste, o meu resultado foi professor. Como eu tinha um destaque bem importante na escola, do ponto de vista de aprendizado, as pessoas chegavam para mim e falavam assim, até os próprios professores diziam: - "Não, você pode ser coisa melhor". Inclusive pessoas das minhas relações, mais velhas, vizinhos que tinham alguma ascendência sobre a família, que eram pessoas mais cultas do que meus pais. E meus pais ouviam muito eles.

Roberto desejou fazer medicina no curso científico, por ser uma profissão liberal diferenciada.

Ite desejou ser médica aos sete anos de idade, tendo seu pediatra como modelo

A lembrança que eu tenho é desde sete anos de idade. Eu lembro dessa fase, do meu pediatra que cuidava da gente em casa (...). Lembro de uma época que todos em casa - nós somos em sete - e os sete estavam com sarampo. E a mãe montou uma enfermaria num quarto com todos, e o médico vinha uma vez por dia ver a gente. Desde esta época eu já imaginava. Mas esta é uma lembrança de infância. Eu não lembro no primário ou no ginásio de ter pensado em medicina.

Orquídea fantasiava ser artista, mas também brincava de médica. Tinha fascínio por romances, seriados e filmes com médicos e enfermeiras. Era reconhecida pela família como aquela que cuidava dos doentes da casa.

Tudo que tinha de doença em casa, de ferimento, era eu que fazia porque eu gostava. Se alguém se machucava, era a Orquídea que limpava, que passava remedinho... Eu fui colocada numa função porque talvez, todos achassem que eu tinha aquele perfil. Eu era muito cuidadosa, muito delicada em determinadas coisas. A família em si, já via isso. A maneira de eu cuidar de bicho (...). Eu lidava com isso também. E comecei a entrar nessa área de saúde. E aquela fantasia de bailarina, teatro e pintura, ficou para trás.

Nina desejava ser médica desde os cinco anos de idade, tendo um médico como modelo. Apesar de ter sido uma criança doente, guardava boas recordações de suas internações.

Eu me lembro. Tinha cinco anos, no Hospital X (...) eu estava internada (...) vendo o Doutor X passar pelos corredores me passou tanta tranqüilidade, uma coisa tão bonita (...). Não foram os meus pediatras. Até sinto muito (...). Eu, também, fui uma criança hospitalizada, isso provavelmente inconscientemente (...). Eu não tenho imagens ruins da doença (...). Sempre bem mimada e eu sempre me recuperando.

Tinha também admiração por sua avó, que era parteira. Foi ela quem fez seu parto e, ao ver que Nina nasceu envolta pelo saco vitelino, comentou que, segundo as crenças, Nina teria o dom da cura e escolheu para seu nome, o mesmo de uma parteira amiga sua.

Eu nasci em casa. Foi ela (a avó) quem fez o parto (...) eu vim dentro do saco vitelino e, segundo ela, segundo as crenças, quem vem assim, tem o dom da cura. Então, ela falou que eu ia ser médica, parteira, qualquer coisa assim.

Boca continuou em dúvida entre engenharia e medicina. Optou por medicina por achar que havia maior flexibilidade de opções dentro da profissão.

Sol ficou em dúvida entre jornalismo, direito ou medicina, mas decidiu-se por medicina: "Eu decidi que se eu não fosse cuidar das almas, eu ia cuidar do corpo. E a partir daí, eu decidi que ia ser médico".

Ite pensou em fazer psicologia, mas, a partir do segundo grau decidiu-se por medicina

Nina matriculou-se no curso científico e pré-vestibular para fazer medicina. Seu pai não concordou. Inscreveu-a no curso Normal. Teve que concluí-lo (três anos de formação) para receber autorização para fazer vestibular.

Pedro começou a trabalhar com contabilidade, aos quinze anos de idade, por dificuldades financeiras. Optou pela faculdade de ciências contábeis, para dar continuidade à carreira e ter segurança financeira. Não se adaptou: "Coisa eminentemente técnica, de livro, papéis (...). Não tinha ânimo de estar lá". Após interação com grupo de jovens religiosos, decidiu redefinir sua vida, optando pela medicina.

Roberto optou por medicina no científico, junto com seis colegas do círculo de amizade. Queria ter posição de destaque na sociedade.

Orquídea frequentou curso para secretária bilingüe durante um ano, por desejo de sua mãe, que achava que esta seria uma boa profissão para mulher. Não se adaptou. A mãe decidiu, então, que ela seria enfermeira e mandou-a para uma cidade aonde havia curso preparatório para o vestibular. Na hora da opção, Orquídea escolheu a medicina.

Aí eu fui para o Normal. Não gostava, não me adaptava, ele ficou furioso. Eu perguntei se eu tirasse em primeiro lugar, se eu poderia fazer vestibular. Mesmo porque eu não me mandava, família tradicional (...). Aí ele falou que se eu passasse, tudo bem.

Ao conseguir passar para a faculdade de medicina, seu pai recusou-se a pagar o curso porque queria que ela tivesse optado por bioquímica. Porém, o avô assumiu os custos da faculdade.

Houve uma dita reunião e nós ficamos conversando três a quatro dias. No final, tomei a decisão de fazer medicina. Coisa bem de adolescente mesmo (...). A decisão foi muito mais emocional do que racional... Eu tinha essa decisão prévia, mas a impossibilidade econômica era grande. Não me julgava com capacidade de ficar sem trabalhar (...). Na família nunca houve expectativa. Quando decidi parar tudo, foi um fuzuê danado. Achavam que era impossível acontecer isto.

Nasci numa cidade do interior... e decidi ser médico porque eu achava que tinha capacidade para ser e muito provavelmente, porque eu queria ter uma situação de destaque na comunidade (...). O médico naquela época desfrutava de uma situação social mais diferenciada dentro do sistema profissional liberal (...). Por isso, eu achava que ser médico seria uma possibilidade de eu ter essa situação (...).

Eu não queria ser secretária. Aí ela disse: "Então tá, então vai ser enfermeira". Aí eu poderia sair de casa, nessas condições. Só saí da minha cidade para fazer cursinho para enfermagem. O aval era esse. E aí eu dei o golpe (...). Aí eu pude fazer medicina..Na minha época, quando eu era jovem, a mulher era professora, secretária, jamais fazia um curso superior, muito menos a medicina. Então, a enfermagem ainda tava dentro do que a mulher poderia fazer (...) de trabalho fora de casa.

No vestibular, fui para ciências biológicas e o meu pai ficou fazendo a minha cabeça para ser bioquímica e disse que não iria pagar o curso de medicina (...). Foi um período de muito sofrimento (...) foi difícil para eu me classificar porque tinha muitas disciplinas que eu não tinha embasamento (...) me sentia bastante prejudicada em relação aos colegas (...) não era só a competição. Era a vontade do meu pai, que não queria. E a explicação dele é que achava que eu era doente e era um curso extenuante, e, além disso, mulher... não seria muito bom. E ele tinha um sonho (...) de ter uma filha normalista. Depois é que ele me falou. E só aceitou mais no final da vida, agora.

Ao optar por medicina, **Boca** esperava contribuir para que as pessoas fossem mais felizes.

(...) como médico, eu gostaria de ter uma atuação real, no sentido de tu tocar, de tu fazer as coisas, mas ao mesmo tempo meio mágica... no sentido de tu (...) trabalhar não só com o aspecto do corpo, o aspecto material, mas também trabalhar com o aspecto espiritual... de bem-estar no sentido mais amplo que um bem-estar só físico, mental (...) ajudar (...) uma composição familiar, em que as pessoas se relacionem bem e que haja uma relação de amor entre elas (...). Eu vejo que isso é a essência da vida.

Definiu-se por pediatria no segundo ano, por sentir afinidade com as crianças: "Percebi que tinha uma gratificação muito grande no trabalho com as crianças (...) quando dava por mim, tava na sala das crianças, brincando com elas". Após fazer monitoria e ser pesquisador bolsista, decidiu que seria professor e pesquisador.

Ao optar por medicina, **Ite** tinha a imagem do médico, como a de seu pediatra, que atendia em casa.

O que eu pensava era aquela imagem que eu tinha do pediatra quando eu era criança. De atender em casa quando as mães me chamassem, ter um consultório. Não pensava em paciente internado. Pensava em paciente em casa.

Escolheu a pediatria, a partir do quinto ano, quando cursou esta disciplina, motivada pelo modelo de seu pediatra, dos professores e pela grande afetividade que sentia pelas crianças.

Ao optar por medicina, **Pedro** tinha a idéia inicial de doação total ao próximo.

Minha idéia inicial seria emocional, de compaixão. Quando você amadurece um pouquinho, vê que é inviável fazer uma coisa dessas e se, eventualmente, fizer, no mínimo, vai ser tachado de maluco, porque esquecer de você... Se você não se gostar e não se sentir bem individualmente, não tem como fazer alguém se sentir bem... se anular para outra pessoa, isso não existe.

No quinto ano, decidiu fazer pediatria, por sentir afinidade com crianças.

Ao optar por medicina, **Sol** desejava ajudar o próximo. Na terceira fase do curso, fez estágio na pediatria e sentiu-se gratificado por conseguir atender bem e ser reconhecido pelos pais das crianças. Definiu-se por pediatria, após ganhar um livro sobre a pediatria que o fascinou: "Daí eu senti que tinha que ser pediatria (...) eu gosto (...) meu objetivo é com criança".

Ao optar por medicina, **Roberto** almejava ser médico e, assim, alcançar posição de destaque na comunidade: "Só pensei que ia ser médico. O que eu ia fazer como médico, como ia ser, não tinha a menor idéia".

Optou por especializar-se em pediatria, após atuação em hospital pediátrico.

Ao optar por medicina, **Orquídea** desejava ser feliz, fazendo um curso superior com o qual se identificasse.

Achei que casando, trabalhando dentro do que eu gostava de trabalhar, tendo um marido maravilhoso, eu fosse feliz e não ia ter nenhum empecilho.

Optou por pediatria antes da faculdade, durante estágio que fez como auxiliar de enfermagem, em hospital do interior, após vivenciar incidente com morte de uma criança por falta de assistência médica.

Aí, lá aconteceu uma coisa muito séria (...) Eu cuidava de umas vinte crianças. E aquilo lá eu fui arrumando, botando fitinha, nomezinho (...) tava em casa, me sentia numa creche. E num dia desses, chegou uma criança que acabou morrendo em minhas mãos (...). Porque eles internaram e botaram numa enfermaria comum. Eu chamei o médico. Não tinha médico de plantão como tem hoje. Naquela época, o médico ia lá, passava visita e ia embora. Só que aquele olhar pedindo socorro, aquilo é uma coisa que me chamou muito (...). Só sei que o neném morreu e eu disse que eu ia fazer pediatria para tentar resolver. Eu disse que queria ser médica pediatra, mas uma médica que fizesse medicina, que não fizesse aquilo. Porque aquilo me deixou muito triste. Eu vejo até hoje aquela criança na minha frente, pedindo socorro. E na situação que foi, eu não esqueci nunca mais aquilo

Ao optar por medicina, **Nina** desejava exercer a profissão de forma prazerosa, apesar de prever os obstáculos que encontraria.

Sempre fui muito madura, acho que pelo sofrimento e também como minha mãe era doente, eu com dez anos já era a líder da casa. Eu sabia que ia ter obstáculos, que ia ser difícil, mas sempre eu via que ia ser uma boa profissional, que eu ia ter muito sucesso e que era uma coisa que eu ia fazer de uma maneira prazerosa. Nunca me preocupei muito com o dinheiro.

Ao entrar para a faculdade, queria fazer ginecologia e obstetria pelo modelo da avó que era parteira, mas desistiu, ao acompanhar a especialidade na oitava fase.

Não vou citar o nome do colega, mas acho que até foi ele que me decepcionou tanto. Entrei já direto numa cirurgia, uma histerectomia. A situação ficou muito estressante, embananou tudo e eu saí de lá desolada e vi que não tinha o dom e que era impossível.

Nesta época também fazia estágio na pediatria e dois pediatras lhe serviram de modelo. Associou a possibilidade de utilizar seu conhecimento prévio sobre crianças à opção por pediatria.

Eu já estava acompanhando a pediatria e o Dr X e o Dr Y me passaram uma tranquilidade. Como eu tinha feito o curso Normal, o raciocínio foi que eu tinha um conhecimento razoável de crianças sob o ponto de vista psicológico, social e pedagógico. Eu achei que era esse o caminho.

Após fazer residência em pediatria, **Boca** trabalhou como plantonista credenciado na cidade onde morava. Não se adaptou ao perfil do médico que faz consultório privado.

Optei por não ser rico. Sempre achei que minha cabeça valia mais do que ser "gigolô" da angústia das mães, de depender de consultório particular de pediatria, que tu maneja essencialmente a ansiedade das mães de classe média ou alta (...). Sempre botei na frente do interesse econômico, a satisfação profissional.

Dois anos depois, habilitou-se para professor em outra cidade, para onde se mudou e, posteriormente, começou a atuar como médico plantonista: "Optei pela universidade, que não é um lugar que te dá grana, e optei pelo plantão no hospital por questão econômica".

Roberto começou a trabalhar em hospital infantil, após a residência, em outra área e, cinco anos depois, se especializou em pediatria no exterior. Trabalhou em clínica privada e hospital público. Exerceu diversos cargos administrativos de responsabilidade em hospitais, na sociedade médica e no governo.

Ao se formar, **Pedro** pretendia ser médico assistencialista no interior para ter maior oportunidade de trabalho.

O que eu ia fazer era ser assistencialista, sempre foi a minha idéia: fazer a faculdade, fazer a residência para treinamento e a partir daí trabalhar (...). Procurei trabalho em algumas cidades do interior. A maioria das vezes, eu ia como pediatra e eles queriam que eu fizesse parto e eu não tinha aptidão para isso. O mais importante na profissão da gente é a noção de até onde você pode ir.

Nesta época já estava casado e devendo o empréstimo de crédito educativo.

Eu não tinha nada, só dívida. Entrei na profissão, casado e com dívidas porque eu fiz um empréstimo de crédito educativo e tinha que pagar. Foi a maneira de me manter na faculdade.

Após fazer residência em pediatria, foi trabalhar em uma cidade menor. Entretanto, sua esposa não se adaptou ao lugar. Quando já haviam tomado a decisão de sair do local, surgiu oportunidade de trabalhar em uma Capital: "E os anjos disseram amém".

Sol fez estágio em serviço de pediatria em outra cidade, depois de formado. Chegou a pensar em fazer residência lá. Decidiu voltar e fazer residência na cidade onde morava porque lá estava a sua esposa, já esperando o segundo filho. Após a residência trabalhou em serviços públicos e em consultório. Desejava dedicar-se à universidade e ao consultório.

Meu sonho era ser professor até as quatro da tarde e, as cinco, eu ia para o consultório, até as oito. Era assim que eu tinha programado a minha vida.

Após fazer residência em pediatria, **Orquídea** conseguiu emprego em uma cidade do interior, entretanto, foi convidada para trabalhar no hospital onde havia se formado, e aceitou o convite. Posteriormente, especializou-se dentro da área de pediatria.

Ite, seguindo seus modelos, fez residência em pediatria em uma cidade que não a sua, onde residiu durante dez anos. Trabalhou e aperfeiçoou-se como professora. Ficou todo esse tempo afastada da família. Apesar de achar que tenha passado os melhores anos de sua vida lá, optou por mudar de cidade, para ter melhor qualidade de vida e estar mais perto de seus parentes.

Era o momento de decidir talvez o futuro todo. Por que primeiro é uma escola muito competitiva. Realmente, tem que estudar o dia todo, sábado e domingo... É um pouco de neurose (...). Achei que eu não ia agüentar muito mais tempo isso de viver só dentro do hospital (...). E também era muito longe de minha família (...). Fiz a opção de um meio termo, ficar na universidade, mas ter horas, ter tempo para uma vida fora também.

Após fazer residência em pediatria, **Nina** foi trabalhar em dois hospitais públicos. Assumiu serviços aonde não havia infraestrutura, criando-a, com preocupação técnica e de humanização do atendimento. Envolveu-se, também, na criação de programas direcionados à saúde da população, a grupos minoritários e crianças com necessidades especiais.

5.1.2 Repensando o Presente

BOCA

Para BOCA, ser médico é ajudar o outro na doença ou no sofrimento e fazer as pessoas mais felizes, saudáveis e amorosas. É clinicar e investigar a doença do paciente, gerar conhecimento através da pesquisa, transmitir conhecimento através do ensino, mantendo uma visão mais ampla do social e tendo, como obrigatoriedade, manter-se atualizado: “Como pediatra, na medida que trabalho com crianças desde pequenininhas, fazendo puericultura, humanizando o parto, eu ajudo a compor uma vida mais saudável, coletiva, uma relação de amor entre as pessoas, entendendo as relações entre as pessoas (...)”.

BOCA considera que, hoje, chega perto das expectativas que tinha no passado: exerce medicina, docência e pesquisa. Porém, não se considera totalmente satisfeito: “Hoje estou perto do que idealizo: exercer medicina, docência e pesquisa. Só que pensava num clima diferente (...)”.

Faz plantão porque a instituição pública onde pratica puericultura, ensino e pesquisa, não dá o suporte financeiro necessário para manter seu padrão de vida. Gosta da sua atividade no plantão por ver resultados mais imediatos de seu trabalho e porque onde trabalha há boa infra-estrutura. Gosta de pesquisar e ensinar e também de sua atividade com puericultura, por ser uma oportunidade de trabalhar com a saúde. Entretanto, deseja, ainda, trabalhar mais em equipe, em um ambiente harmônico, e com o coletivo.

Gosto da minha profissão, gosto de ser professor (...) o que eu me satisfaço profissionalmente hoje, é pontual, é individual (...) é essa atuação de fazer um atendimento bem feito, de fazer um parto bem feito, uma puericultura bem feita (...) que tu consegues passar uma série de valores pedagógicos e filosóficos em termos de cuidado (...) tenho uma ambição muito maior do que isso e gostaria sinceramente - e ainda pretendo- que isso não fosse uma coisa só individual.

Sente dificuldades em poder expressar-se de forma criativa dentro do sistema que considera arcaico. Considera que a disputa dentro do ambiente de trabalho prejudica o crescimento individual e da equipe e faz com que se perca de vista o mais importante, que é o paciente e a comunidade: “A gente vive numa sociedade

capitalista (...) não sei como simbolizar o poder, uma arma, quer dizer, a questão da busca do bem material acima de qualquer outra coisa. A questão da disputa mal encaminhada do poder entre os grupos dos médicos nos lugares em que eu trabalho é a coisa que dificulta minha atualização idealizada”.

Eu tenho absoluta necessidade de criar, de estar sempre lutando por um sonho. Talvez sejam as coisas da minha vida, sempre foi ser meio do contra, nadar contra a corrente... Eu vou atrás do ideal, não abri mão disso, apesar de me desencantar com a instituição, com o serviço público, achar que estruturas tão arcaicas têm que ser mudadas (...). Me frustro por não conseguir que isso seja a tônica do meu trabalho (...). Me magôo muito, eu sou muito rancoroso. Então, isso me incomoda, me consome (...) vejo as próprias limitações minhas, que talvez se tivesse outro temperamento conseguisse contornar e não criar tantas dificuldades.

Imaginava... uma estrutura amigável, que tivesse preocupação com competência, com o social para melhorar a qualidade de vida em geral da população (...). Só o que falta é ter um clima de trabalho onde as pessoas queiram crescer em conjunto, sem se “sacanear” (...). Fica um grupo “fratricida” (...) as pessoas não têm reforço (...) parece que o sucesso dos outros incomoda (...). O grupo cresce pouco e o desgaste é muito grande (...).

Tem visão crítica sobre a situação de alguns médicos que, devido ao sistema, acabam por ter a qualidade de vida e de trabalho aquém do ideal: “A única coisa que eu coloco é que em geral os médicos estão desviados da sua função central... o médico de uma maneira geral é um “workaholic”, angustiado, que vive correndo atrás da grana... A medicina é muito ansiogênica e eu vejo os meus colegas, a maioria... se torna uma máquina de trabalhar...”

Tem conseguido lidar melhor com as dificuldades sentidas no trabalho através de um equilíbrio maior entre a sua vida dentro e fora do trabalho, em prol de uma melhor qualidade de vida.

Hoje em dia essas coisas me incomodam, me atrapalham, mas na medida em que eu diminuí a importância que o trabalho tem na minha vida (...) eu consigo manejar muito melhor essa frustração (...). Eu achava que o trabalho era a coisa mais importante da minha vida (...). Percebi que a profissão era uma coisa fundamental na vida da pessoa, mas que tu tinhas também que ter uma qualidade de vida boa, e eu passei a me permitir coisas que eu não me permitia, como ter uma vida saudável... ter uma relação amorosa, uma alimentação saudável, uma boa disponibilidade física no sentido de fazer exercício, praticar esporte (...).

Deseja ainda: aperfeiçoar-se através do doutorado, continuar a manter boa qualidade de vida, criar estratégias para mudar a forma de assistência individual e coletiva e conciliar tecnologia com humanização.

PEDRO

Para PEDRO, ser médico significa interação, troca entre as pessoas, proporcionar bom tratamento pessoal e terapêutico. Representa, também, sentir-se inserido dentro do universo, por estar fazendo algo pelo seu semelhante: “Ser médico é poder chegar nas pessoas, ter uma porta de entrada para acessar as pessoas. Uma maneira de dar alguma coisa de ti e tentar pegar alguma coisa da pessoa, uma troca (...) é a satisfação de fazer um contato bem feito, ter empatia, se colocar no lugar do outro e tentar ver qual a sua visão do problema”.

PEDRO considera sua realidade melhor que a imaginada. Trabalha em uma capital, em serviço público e em consultório: “Então, o sonho de ir para o interior e lá ter um hospitalzinho, do qual eu seria o pediatra, acabou se transformando em uma coisa bem diferente, por contingências”.

Está mais inserido no mundo, em termos profissionais, e tem a vida afetiva e familiar mais coesa.

Se eu comparar aquele meu ideal com o ideal que eu tenho hoje, eu começo a pensar que talvez o que tenho hoje fosse melhor do que aquilo que eu tinha imaginado (...) Se eu tivesse optado pela escolha anterior, talvez esses vinte anos que se passaram eu tivesse perdido muito do ponto de vista profissional, técnico, porque você acaba se desvinculando dos centros e às vezes a informação é pequena. Então, com essa escolha atual eu me sinto muito mais (...) vinculado no mundo do que na outra que eu ia me sentir extremamente isolado (...). Do ponto de vista familiar (...) eu acho que a adequação familiar aqui foi melhor do que seria no interior (...).

Houve perdas apenas no aspecto financeiro.

Eu hoje tenho muito mais do que imaginei ter... nunca imaginei que eu conseguiria ter o conforto material que tenho hoje. Não foi essa a minha idéia de fazer medicina (..) mas as coisas vão acontecendo (...). Se eu tivesse feito a outra opção provavelmente... teria amealhado mais bens (...) porque, apesar de você trabalhar muito, teu ganho relacionado com isso é pequeno, principalmente nos centros maiores.

Segundo PEDRO, a parte boa de ser médico é a satisfação da interação bem feita e de proporcionar um bom tratamento em relação à pessoa: “A maior satisfação profissional que eu tenho é a resposta que as crianças têm com o tratamento. Não o tratamento da saúde delas, mas o tratamento delas, como pessoa”.

A parte ruim, que gera uma situação de *stress*, é a dificuldade psicológica em dar apoio emocional ao paciente grave e de lidar com o excesso de responsabilidade que os envolvidos com o paciente transferem para o médico: “A parte ruim de ser médico é (...) o envolvimento demasiado com o paciente. Você não consegue separar, às vezes, da tua profissão, o teu envolvimento pessoal e isso acaba gerando uma situação de *stress*, que a meu ver, a pior parte da profissão é isto, é o teu envolvimento emocional com os problemas do paciente (...)”.

(...) um paciente inexorável, em fase terminal, é uma criança (...) e a medicina não vai dar conta de salvar. Então eu sou pragmático (...) e eu acho que dá para você passar um conforto, isso não me frustra, do ponto de vista de onipotência (...). Eu não fico preocupado de não ter feito alguma coisa. Essa parte, eu consigo resolver relativamente bem. O que me preocupa é como vou conseguir dar o apoio adequado nessas horas (...) e é o que me machuca mais no dia-a-dia. Essa idéia de que você não tem um preparo emocional próprio ou eventualmente um preparo técnico até para fazer isso. Muito vai da tua formação pessoal (...) a gente não é preparado para isso. Do ponto de vista profissional, a gente não é preparado nem na escola nem na vida profissional.

(...) aparentemente, a pessoa que chega com alguém para você atender, ela tá jogando, tirando da cabeça dela a preocupação em relação ao problema e jogando nas tuas costas. Então, você acaba não sabendo trabalhar direito e absorvendo tudo isto. Na realidade, eu acho que você deveria pegar, metabolizar e devolver a responsabilidade para quem cuida e muitas vezes a gente não faz, assume a responsabilidade e eu acho que isso não é bom (...).

Considera-se em fase de transição, pois apesar de já ter alcançado os desejos profissionais almejados, está procurando outras formas de trabalho dentro da pediatria, para auto-desenvolvimento.

Profissionalmente me considero equilibrado. Dentro do objetivo que eu tinha de vida, atingi. Não saberia fazer outra coisa que não a medicina. Nunca houve melhor época em minha vida em termos profissionais. Poderia fechar minhas portas e continuar do jeito que estou e acho que cumpri meu papel até agora, e no caminho que estou até a aposentadoria, seria só de manutenção do que ganho, sem precisar correr atrás de novos desafios. Mas, sem um objetivo à frente, você fica estagnado.

Está parcialmente satisfeito, porque considera excessiva a sua carga de trabalho, sem retorno financeiro proporcional à mesma, prejudicando a qualidade do atendimento e sua qualidade de vida: “A satisfação tem que aliar duas coisas, a satisfação de prestar um bom serviço e a de ser bem remunerado por esse serviço que você presta, reconhecido”. Acrescenta: “Gosto de trabalhar no Hospital (...) é a minha desculpa do ponto de vista filantrópico, porque lá, eu praticamente não ganho. É a minha sobrevivência intelectual, é aonde eu tenho a satisfação do contato, do trabalho (...). O consultório, além da satisfação do contato - porque isso vira rotina - é a fonte de sobrevivência”.

A rotina da gente é muito em função do que você vai ganhar em relação ao teu trabalho (...) a rotina do dia-a-dia acaba fazendo você esquecer algumas coisas (...) e você faz esse contato (o contato com o paciente) por automatismo. Mais porque está habituado a fazer desta maneira do que por uma decisão emocional, psicológica naquele momento. Então a repetição leva ao hábito.

(...) me sinto injustiçado do ponto de vista financeiro, quando comparo meu trabalho com o de outros colegas (...) deveria ser melhor remunerado pela qualidade do trabalho que faço, então essa é a insatisfação(...). Acordo todos os dias às seis horas da manhã e acabo o trabalho às onze da noite, que é a hora que eu paro de mexer na Internet procurando artigo. Então, disponho do meu trabalho quinze a dezesseis horas por dia (...). Estou exaurido fisicamente. Tem que pensar bem: ou você vive ou você trabalha. Na realidade, é isso.

Deseja ainda, atuar em novas áreas da pediatria (já em processo), por necessidade de novos objetivos em sua vida: “Eu vejo, apesar de terem passado vinte anos, muitas possibilidades, muitos caminhos”; e transmitir conhecimento técnico e experiência pessoal, como professor.

Eventualmente, apesar de não sentir hoje em dia que (...) aquele primeiro desejo profissional de professor esteja presente em minha vida (...) eu, de repente, já velhinho, com bastante experiência, vou conseguir (...) transmitir não só a parte técnica, mas a experiência de vida, pessoal mesmo, de aprendizado também, porque a medicina não é só a parte técnica (...). A maneira como você integra esse conhecimento técnico com uma base de conhecimento humano, eu acho que é o mais importante, o conhecimento do todo.

Se tivesse condições financeiras suficientes, teria como sonhos prestar atendimento de melhor qualidade: menos pacientes, maior tempo de consulta; investir na formação na área de psicologia, por se preocupar com o bom exercício da

profissão e querer prestar assistência de forma mais ampla; viajar e investir mais no lazer.

SOL

Para SOL, ser médico é ser instrumento de ajuda às pessoas, ter o poder e dever de ajudá-las. É ajudar as crianças através dos pais, trazer a saúde de volta para a criança, e vencer o desafio do diagnóstico. Também é se lapidar para melhorar os pontos pessoais negativos e exercitar o sentimento de tolerância: “É (...) as pessoas depositarem a vida delas, no nosso caso, a vida dos seus filhos (...) na nossa mão e você saber que em muitas situações você pode ajudar (...). É ter o privilégio de descobrir doenças nas entrelinhas(...). (...) tem um Ser acima da gente que decide o teu sucesso e o teu fracasso (...) a gente nunca deve se esquecer (...) sem aquela força maior você não é nada”.

SOL considera sua realidade melhor do que a que havia imaginado no passado: “A minha realidade profissional é excelente... muito melhor, muito mais rica e muito mais grandiosa”.

Sente prazer em trabalhar e está investindo na ampliação de seu consultório. Considera-se muito satisfeito com seu trabalho.

Mil, a minha satisfação está mil, eu estou muito feliz (...) gosto muito do que eu faço (...). Sinto a gratidão dos meus pacientes, eu sou reconhecido, isso me faz muito bem... Eu ganho quanto mereço, eu não reclamo do meu salário. Lá no hospital é outra história, é a parte social porque eu gosto (...). Sou um cara viciado no meu trabalho (...) se eu for ficar uma semana sem trabalhar, eu já tô me sentindo mal, eu tenho necessidade de botar aquilo para fora, interagir com os pacientes (...).

Além de prestar assistência, escreve artigos e pratica a educação para saúde na comunidade.

Acredita que o médico deve ser autônomo. Considera que, para tanto, o caminho é a cooperativa médica, porque a maior parte dos pacientes que procuram médico em consultório tem algum plano de saúde. Pretende associar-se a outras especialidades. Em sua opinião, o pediatra, de maneira geral, tem dificuldade em gerenciar o dinheiro. Comenta que a pediatria alcançaria maior expressão, se o grupo de pediatras fosse mais coeso e valorizasse mais os profissionais existentes.

O único desejo que ainda não realizou na profissão foi o de exercer docência junto à universidade: “Meus sonhos estão todos realizados; o único sonho irrealizado é a história de eu não dar aula...me faria um pouquinho de falta, seria dar aula (...)”. Deseja ainda, continuar criando novas estratégias no âmbito do consultório e do hospital; continuar escrevendo artigos e livros; dedicar pelo menos mais um dia para o atendimento a comunidades carentes; fazer o mestrado; e dar aulas na universidade.

ROBERTO

Para ROBERTO, ser médico é ter vocação e cumprir a missão do médico, isto é, dedicar-se ao paciente independente de seu status, com o objetivo de resolver seu problema: “A maior satisfação que eu tenho, como médico, é examinar um paciente, fazer um diagnóstico e ver que aquele diagnóstico vai redundar num tratamento e ele fica bom”.

Segundo ele, ser médico também é tentar inovar para melhorar as condições humanas, e, sempre que possível, trabalhar em parceria.

ROBERTO está plenamente satisfeito com sua realidade, por ter alcançado todos os objetivos dentro da profissão, mesmo considerando que as condições de trabalho não sejam as melhores.

Me considero um indivíduo satisfeito porque faço o que eu gosto, tenho bastante trabalho, tenho prestígio, sou uma pessoa conhecida, ganho o suficiente para poder viver bem. Então, não tenho do que me queixar (...) da minha trajetória profissional, científica e associativa, porque sempre tive (...). Eu sempre digo o seguinte: “Deve ser horrível para uma pessoa não ter uma ambição – no bom sentido – não ser uma pessoa reconhecida cientificamente ou não ter méritos. Ser uma pessoa ignorada deve ser um negócio extremamente ruim”. Porque uma das coisas que a pessoa deve ter, como ambição, é ser uma pessoa de prestígio, conhecida. Isso é que dá satisfação pessoal, além de outras coisas. Mas isso, no sentido estritamente profissional e científico (...). Eu seria extremamente frustrado se não fosse assim (...).

Óbvio que se eu tivesse nos Estados Unidos, talvez eu tivesse melhores condições de trabalho do que eu tenho aqui. Mas, exatamente as condições mais adversas é que tornam o desafio, os caminhos mais interessantes. Acho que o sujeito que mora aqui como eu, que conseguiu uma projeção internacional, nas condições em que a gente trabalha, significa que não é necessário você trabalhar numa superestrutura para poder progredir (...).

Em sua opinião, o médico tem que ter consciência plena do que é ser médico e de ser competente para resolução dos problemas de seus pacientes e, eventualmente, deve ter uma atividade científica. Considera que, hoje, a realidade de quem se forma é mais difícil do que antes, porque a competição é extremamente severa. Pondera que o médico deveria trabalhar em parceria, principalmente quando está em equipe, apesar de não ser o usual hoje.

Deseja ainda, continuar investindo em uma vida saudável, para manter-se produtivo e beneficiar as pessoas. Comenta que talvez devesse ter se preocupado, um pouco mais, com sua qualidade de vida, que foi pouco contemplada em função do trabalho.

Se tivesse condições financeiras suficientes, teria como sonhos trabalhar apenas com pediatria (pois hoje também trabalha com outras áreas da medicina) e aperfeiçoar-se ainda mais, profissionalmente.

ITE

Para ITE, ser médico é ser instrumento de ajuda às pessoas, na parte física e afetiva. É poder cativar a mãe para fazer seu filho crescer com saúde plena através de maior interação mãe-filho. É manter a visão da saúde de forma global.

ITE considera sua realidade completamente diferente da que havia imaginado: "É uma virada tão grande que a minha vida deu, que eu não acredito que estou aqui. Eu nunca imaginei que ia seguir carreira universitária ou que depois de tantos anos eu ia ter passado por tantos locais diferentes (...). E aí, foi dar essa virada, de que eu só trabalho com paciente internado e mais o pacientes de UTI".

Sente-se gratificada por poder ajudar uma criança a ser feliz, através da profissão. Está satisfeita com a qualidade do atendimento que presta a seus pacientes e familiares e por sentir-se reconhecida por eles: "Eu, comigo, com as crianças, com as mães, eu tenho muita tranquilidade de que realmente eu as ajudo".

Orgulha-se por ter alcançado o nível profissional que tem hoje, ainda que, para tanto, tenha tido que se afastar da família por um longo tempo: "Se eu tivesse ficado naquela vida, talvez fosse mais simples, menos doído. Eu acho que hoje por um lado eu me orgulho, mas é difícil (...). Estou longe da minha família. Todos esses

anos que eu fiquei fora, eu fiquei longe deles. Se eu tivesse sonhado menos, ficando sem ter feito a pós-graduação, eu podia ter vivido com eles esses anos”.

Em sua visão, o médico deve transmitir conhecimentos. Está sempre preocupada em estudar e atualizar-se. Refere que seu maior aprendizado foi com os modelos com quem conviveu, e que foram eles que influenciaram no rumo de sua vida:, “o mundo dá voltas, o tempo passa, mas é o que as pessoas são para a gente, que fica (...). Tenho uma frase que eu digo (...): ‘Nós somos nós mesmos e as circunstâncias da vida. O dia-a-dia, as circunstâncias, os momentos que a gente vive, mudam a gente. Nós não somos esculturas fixas. A gente muda”.

Eu acho que teve bastante influência uns dois ou três professores que serviram de exemplo para mim. Isso teve bastante influência de partir para esse tipo de medicina, mais de paciente grave, e ao mesmo tempo para a carreira universitária. Foram as mesmas pessoas (...). Ser professor hoje para mim é importante, pela idéia do que eu vejo do que é ser médico. Não é ensinando (...) ou lendo um texto que a gente vai passar alguma coisa. Tive professores na graduação, e na residência também, que me ensinaram muito mais do que os livros (...). Um pouquinho de cada situação vai impregnando a gente (...) Esse processo todo me levou para esse lado de estudar mais, de sempre buscar parece o mais difícil, mas não é para ser melhor e, sim, para servir melhor (...).

Encara a situação do médico que trabalha em serviço público como desestimulante, porque a população tem qualidade diferente de atendimento na rede pública, quando comparada à rede privada.

Essa é a situação para a gente na medicina hoje. As filas para o atendimento médico de madrugada, as mães com filho no colo e a gente vê a qualidade da medicina, como é diferente a privada da pública. Como se fosse determinado na hora que nasce. Você vai ter um atendimento de qualidade e você não (...). A gente que trabalha como funcionário público vê isso (...) eu acho que a medicina é desestimulante nesse sentido, de que as pessoas sofrem muito para ter um atendimento de qualidade.

Lamenta que a equipe nem sempre trabalhe visando ao benefício do paciente.

Não considera adequado o retorno financeiro: “às vezes, a gente não tem retorno disso, mais do lado financeiro (...)”. Também, não sente reforço da equipe de trabalho com a qual interage, em termos de reconhecimento. Pondera que, atualmente, isto não a incomoda tanto quanto antes. Tem afinidade com poucas

peças da equipe com quem trabalha: "(...) e já foi importante a opinião das outras pessoas em relação a mim (...) às vezes a gente espera mais das pessoas e elas decepcionam (...) não é tanto falha das pessoas. O erro é esperar demais mesmo... Na verdade, a decepção é em relação àquilo que a gente imaginava (...)".

Deseja ainda, diminuir a carga de trabalho, investir mais no ensino do que na parte de assistência e aperfeiçoar-se no exterior.

Se tivesse condições financeiras suficientes, teria como sonhos viajar mais a lazer e montar um serviço com pessoas competentes e com as quais tenha afinidade: "Teve uma época, que eu achei que ter um serviço era importante. Mas agora eu fico meio achando (...): - 'Com quem eu iria trabalhar?'. Não é nem de competência, é de afinidade (...). E ia ser difícil montar uma equipe".

ORQUÍDEA

Para ORQUÍDEA, ser médico é ser instrumento de uma força maior para ajudar ao próximo. É tentar sempre resolver o problema do paciente, buscar a saúde plena, trazer uma melhor qualidade de vida para a criança, tentar atuar na comunidade para melhorar a qualidade de vida da população, melhorar as condições pré-natais para o desenvolvimento pleno da criança e auto-criticar-se constantemente quanto à qualidade do atendimento.

ORQUÍDEA considera sua realidade profissional semelhante à que imaginava e orgulha-se por ter alcançado seu objetivo de ser médica.

É com tanto sacrifício que se consegue estudar (...). E para a mulher, a medicina era complicada há vinte anos atrás. Hoje, já é mais comum. Todo mundo faz. Há vinte anos atrás foi um mérito e isso me deu muita gratificação pessoal (...). Ser médico é gratificante. Eu gosto demais do que faço. Não saberia fazer outra coisa. É ver uma criança bem complicada e resolver. Eu sei que muitas vezes não dá para resolver, mas tu vais fazer tudo que está ao seu alcance. Tu vais procurar estudar, trocar idéia com outros profissionais para tentar levar a criança para uma melhora ou uma qualidade de vida melhor.

Encontra-se satisfeita e gratificada por exercer medicina: "Eu gosto do que eu faço (...) me sinto realizada. Eu não faria outra coisa (...). Se eu fico muito tempo longe daqui, eu fico lá pensando que eu gostaria de estar aqui (no hospital)"....

Sente prazer em transmitir conhecimentos a alunos e residentes: “Essa coisa de trabalhar com estudante é uma coisa que faz você estudar bastante. Você se irrita porque eles não querem fazer, que não querem estudar (...). Eu sou briguenta, eu sou chata (...). E aí, eles disseram: - ‘Mas é só a senhora que cobra assim e ensina mesmo (...)’. Então, na verdade eu estou exigindo, mas eu estou dando. Isso é bom, é gratificante”.

Sua realidade no contexto global é diferente da imaginada: “Tudo foi diferente. Minha vida não deu nada daquilo que eu imaginei, dentro da vida no conceito geral. Então já foi mudando, que antes de eu terminar a residência eu já estava sozinha com duas filhas (...). Sobrou muito para o marido ajudar e ele não agüentou a barra (...). Acho que se tivesse continuado naquele casamento, eu não teria sido nada”.

Comenta que como médica está sempre refletindo, revendo seus limites, ora diante de um problema clínico, ora de um problema social, ora de sua atuação no trabalho e na vida.

Dentro da medicina, a gente (...) o tempo todo está pensando (...) pensando no ser médico, se estás legal dentro da profissão (...). Às vezes, tu tens um problema para resolver (...) clínico. Às vezes, chego em casa assim porque eu tenho um problema clínico, às vezes, eu chego assim porque eu tenho um problema social, ou a angústia do trabalho ou não estou feliz. Às vezes não, eu sou sempre assim, metade da semana eu estou bem, a outra metade eu estou mal. (...) quando eu tenho um problema técnico para resolver, eu vou lá, estudo e resolvo, aí me sinto (...) super feliz... e quando eu não consigo resolver (...) eu vou atrás de Deus, em outro lugar, para que me ajudem (...). Não sei para quem eu peço, mas eu peço (...). Eu não sei se é a ORQUÍDEA resolvendo ou é alguém. Eu acredito que exista, que está me dando força para que eu consiga resolver as coisas. É muito difícil não resolver. É demorado, mas não é impossível resolver.

Preocupa-se em tentar melhorar a condição de crianças carentes após receberem alta, porque voltarão para o meio de onde vieram, onde a qualidade de suas vidas é extremamente ruim. Acha que o médico deveria tentar atuar também visando à melhoria da condição de vida da população e que o governo deveria estar mais envolvido com a questão social. Referindo-se à imagem de uma criança trabalhando descalça, quebrando pedra, em um dia de sol.

Isso me preocupa bastante (...). Então, tentar, de uma maneira ou outra, mesmo dentro da medicina, melhorar essa condição aí (...). A gente recebe muita criança assim, e depois você faz tudo por ela aqui dentro, tira a verminose, anemia, desnutrição e ela vai voltar para lá. Então, aqui tem que atuar na volta desta criança

para a comunidade, mas não dessa maneira. Dinheiro tem. Só que tem que ser bem aplicado.

Tem dificuldade em lidar com a carga emocional que o paciente grave acarreta.

Acho uma responsabilidade muito grande (...) pelas pessoas que dependem de mim (...). Por isso, eu me cobro muito.. Isso me deixa muito ansiosa. Paciente grave me deixa ansiosa e eu estudo, eu não durmo, eu não durmo. Passo insônia até resolver. Eu acho que isso atrapalha a minha vida um pouco. Eu teria que trabalhar isso, sei lá, uma terapia, alguma coisa. (...) mas depois, resolvo, eu fico super feliz.

Incomoda-se com algumas situações que tem vivenciado: “Eu só não gosto das aporrinhações que muitas vezes a gente tem que passar (...)”.

Sente-se constrangida com alguns colegas que já não atuam como antes, visando ao ensino, e com alguns alunos que não demonstram interesse em aprender: “Me indigna muita coisa (...). Pessoas que fazem medicina que não levam a sério (...). Estão cansados, não querem mais ensinar (...). Estudante que não toma a sério sua profissão (...). Isso me deixa triste”.

Considera que a disputa de responsabilidade pelo paciente, entre alguns membros da equipe de saúde, dificulta a sua atuação.

Essas coisas que ninguém faz para que você possa trabalhar numa boa. Estou tentando passar visita em mais um horário. Por incrível que pareça (...) alguns membros da equipe multiprofissional te complicam, te dificultam na tentativa de te tirar do caminho. E como você é batalhadora, você briga. Não faz um semestre e no outro você volta a fazer de novo, chora e tal. Então, isso é ser médico. Além de ser médico atuante, você faz essa parte de dar aula, que não sou professora (...) dou aula e ensino aquilo que eu sei.

Lamenta a pouca valorização de seu trabalho por alguns colegas que trabalham na instituição. Já no consultório, sente-se reconhecida pelos pacientes e seus responsáveis: “No consultório, como médica (...) o paciente me respeita muito, não tenho do que me queixar. Agora, já vejo o contrário, aqui (na instituição pública) não sou valorizada dentro da conotação do corpo clínico”. Acrescenta: “E aqui dentro a gente tem dois grupos de pessoas que trabalham (...). Tem o professor médico e o médico. E a gente (médico) não é valorizada. Isso é uma coisa triste. A

gente trabalha muito (...) e isso irrita muito a gente (...). É essa a tristeza que eu tenho, a falta de valorização pelo colega, do teu trabalho”.

Pondera que o médico que trabalha na rede pública tem o salário muito defasado e desproporcional à carga de trabalho e que o retorno financeiro no consultório tem sido menor porque a consulta tem sido geralmente intermediada por convênios. As empresas de convênios, por sua vez, têm, cada vez mais, explorado o trabalho médico.

Nunca imaginei que eu ia ganhar um monte de dinheiro. Eu sempre fui muito pé no chão. Às vezes, fico muito chateada: trabalho e não ganho nada. Essa coisa de sem salário há cinco anos me deixa indignada porque eu acho que eu trabalho muito, muito, muito. Eu dou muito de mim, isso aqui (a instituição pública) é a minha casa. Eu ganho muito pouco pelo que faço (...) porque eu me dedico por isso aqui, pelos alunos, pela escola (...) quase vinte e quatro horas (...). Sempre tive uma condição razoável de vida. Melhor do que hoje. Nossa defasagem é muito grande. Então, tem coisas que eu não posso fazer (...). Eu não tenho condições de ter uma empregada fixa, não posso... e eu gostaria... que eu chegasse em casa, não precisasse varrer a minha casa, achar poeira e roupa para lavar (...). É uma jornada muito cansativa.

Comenta que o excesso de trabalho físico e mental tem afetado sua qualidade de vida: “O tempo, às vezes, é muito curto, que a gente quer fazer mais do que pode. Me *estressa* quando eu tenho muita coisa para fazer e eu não consigo. Aí fico doente. Mas é porque eu me cobro muito também (...). Eu tenho que aprender a viver também, e eu não sei. Eu não sou uma pessoa tranqüila. Eu sou uma pessoa agitada, ansiosa direto porque quero fazer mais do que talvez eu consiga fazer”.

Apesar de todas as limitações com que tem se defrontado, é otimista quanto ao futuro: “Eu sempre tenho boas perspectivas de futuro. Não acho que ele é negro. Vai passando. Está tudo ruim, mas eu acredito que vai melhorar. Não sei se tem melhora, não sei que melhora que é, mas é uma vida agradável. Minha vida não é desagradável, mas eu acho sempre que pode ficar mais agradável”.

Deseja ainda: criar estratégias para melhorar o atendimento no hospital público, administrar melhor o tempo em prol de melhor qualidade de vida (mais lazer e viagens), e ter melhor remuneração no serviço público, para poder dedicar-se exclusivamente a ele e ter melhor qualidade de vida: “De repente, dá uma virada, que a gente vai ser mais valorizado. Eu acredito nisso. Eu acho que nós precisamos

ser mais valorizados dentro da medicina, na Universidade. Eu acho que isso está faltando e acredito que nós podemos chegar ali (...)"

Talvez eu gostaria que com isso (a formação em medicina), eu tivesse jóias, viagens. É uma coisa que ainda quero. Não é tão longe da minha realidade (...) mas eu pensei que ia ser muito mais assim, de repente (...). Eu acho que, de repente, dá uma virada, que a gente vai ser mais valorizado dentro da medicina, dentro da instituição (...). Tem lugares que eu quero conhecer ainda, e dentro da profissão, ela pode me garantir isso ainda, porque eu tenho condições de trabalhar, eu me sinto ainda capaz de fazer por muito tempo, muita coisa.

Se tivesse condições financeiras suficientes, teria como sonho montar um hospital: "Se eu tivesse muito, muito dinheiro, daria para abrir um hospital, de repente, com uma equipe legal".

NINA

Para NINA, ser médico é buscar sempre ajudar ao próximo através da saúde. É vencer desafios, ter novos aprendizados e fazer novas descobertas: "É poder conhecer o ser humano em períodos mais frágeis como doença e poder fazer alguma coisa, tentar recuperar a saúde. Ser médico significa buscar a saúde, eu nunca vejo como doença. Ser médico é ter esperança, buscar sempre o impossível. É um caminho sem fim, sempre tentando buscar o horizonte. É superação de obstáculos, sempre à busca do invisível".

NINA considera sua realidade profissional idêntica à que imaginou que seria: "Mãe árabe, sempre colocaram que a vida é a gente que escolhe, e as falhas... é a gente que decide por um motivo ou por outro. E eu sempre tive isso muito claro". E acrescenta: "Eu tinha noção disso tudo: que eu ia fazer residência, especialização, mesmo o mestrado, eu já sabia que ia fazer. Eu não tenho decepções com a minha profissão. Diferente da minha vida afetiva. Eu não tenho domínio sobre a minha vida afetiva. Agora, sobre a profissional é tudo estabelecido".

Refere que a medicina ocupa uma grande dimensão de sua vida: "Eu me sinto muito integrada, é quase uma extensão da minha vida".

Está satisfeita por sentir-se competente, criativa e prestigiada como profissional. Tem comprovado que é possível exercer uma medicina de qualidade,

mesmo sem equipamentos e acredita que a medicina pode ser exercida como ciência e arte.

Estou satisfeita. Me considero privilegiada por ter vivido na época da repressão e ter conhecido a liberdade. Por ter trabalhado na medicina de ponta e com grupos minoritários, que é uma experiência sem par. Eu sou uma otimista. Não acho que vai piorar. Se piorar, eu acho que sempre que tem obstáculo é para ser suplantado. Então, se a gente fica sem dinheiro ou com péssimas condições, a gente fica mais criativo. Sempre é possível fazer alguma coisa. Senão puder fazer pela medicina como ciência, se pode fazer como arte.

Eu sonhava de exercer uma medicina humanizada (...). E hoje, apesar de todos os problemas, quando se fala em falta de dinheiro, em falta de condições, tudo, eu não vejo assim (...). Se eu fico, é porque eu estou bem. Eu fui para trabalhar com grupos minoritários para ver se era possível exercer uma medicina com decência, sem equipamentos. Esse foi o desafio da saída da UTI. E depois de cinco anos, chego à conclusão que sim. Eu procuro sempre abrir. É para mostrar o desafio que o mundo faz, mas no fundo ele acaba como eu pensava quando era pequena. Hoje também acaba tudo ficando globalizado e tudo dá certo.

Não se sente totalmente realizada porque está sempre criando novos objetivos. Planeja tudo e considera seus planos como ciclos que têm início, meio e fim. Sempre que um acabar, iniciará outro: "Não me sinto totalmente realizada porque estou sempre buscando outras coisas. Mas é como se eu fechasse ciclos (...). Eu sou muito de fechar ciclos (...). É como se tivesse um filho adolescente que fica independente e então eu faço outro. Já cumpri o meu objetivo, vou para outras coisas. Senão, não dá tempo de viver tudo".

Está conformada com sua remuneração e pondera que, se fosse necessário aumentá-la, poderia fazer consultório. Porém, não gosta de consultório, por ficar muito envolvida com o paciente, o que interfere em sua vida pessoal.

Eu não reclamo como os outros colegas que eu não estou ganhando dinheiro. Eu sei que poderia (...). Na prática de consultório eu me dou bem. Já me dei. Tudo o que eu tenho, comprei com a prática da medicina em consultório. Mas eu não gosto de consultório (...) eu nunca achei razoável (...). Eu não acho justo eu ganhar um dinheiro particular de uma consulta sexta-feira e eu sair assim na sexta-feira e tchau. Eu sempre aprendi com a minha avó que "quem aluga seu assento não se senta quando quer". E eu acho que se eu for para a clínica eu vou ficar alugada.

Às vezes, o pessoal me acha muito motivada demais. Mas isso é personalidade também. A gente foi criada para não chorar as pitangas, que a vida é uma coisa boa. Aqui é um confessionário! Todo dia sentam uns dez: "Porque não tenho dinheiro, que a medicina tá triste (...)". Eu posso até achar, mas já sai um diagnóstico, aquilo

me entusiasma. Reconheço que tem falta de dinheiro, eu sei. Mas não tem dinheiro? Vai fazer consultório, vai fazer outras coisas!

Deseja ainda: aperfeiçoar-se para aumentar sua credibilidade, fazer novas pesquisas e vencer o *stress* de dar aulas através do mestrado (já em processo); escrever e ensinar sobre saúde: “a medicina como arte”; desenvolver projetos voltados a comunidades carentes. Não pretende aposentar-se: “Com sessenta anos (...) acho que posso ficar tranqüilamente ensinando e escrevendo sobre saúde. Já começo a me preparar (...) escrever contos, escrever sobre saúde, fazer pesquisa quando eu não puder ficar com o paciente. Posso ir para uma Cruz Vermelha, para o Deserto de Saara participar de um daqueles projetos, com setenta anos. Eu não penso em me aposentar”.

5.2 O GRUPO DOS CIRURGIÕES

O grupo dos cirurgiões está composto por cinco sujeitos: WAGNER, PONTO e JOSÉ-1, do sexo masculino; ROSA e ALEGRIA, do sexo feminino.

WAGNER é casado, tem cinqüenta e dois anos de idade, vinte e sete de formado, e atua como médico em serviço público (quatro horas por dia), empresa privada (quatro horas por dia), consultório (duas horas por dia) e outras atividades relacionadas à medicina (três horas por dia).

PONTO é casado, tem quarenta e sete anos de idade, vinte e dois de formado, e atua como professor em instituição de ensino (quatro horas por dia), médico, em clínica privada (quatro horas por dia) e outras atividades relacionadas à medicina (três horas por dia).

JOSÉ-1 é casado, tem quarenta e três anos de idade, dezenove de formado, e atua como médico em serviço público e privado (quatro horas por dia) e consultório (seis horas por dia).

ROSA é casada, tem cinqüenta anos de idade, vinte e dois de formada, e atua como médica em serviço público (dez horas por dia).

ALEGRIA é divorciada, tem trinta e sete anos de idade, quinze de formada, e atua como médica em serviço público (uma hora e meia por dia) e consultório e clínica privada (cinco horas por dia).

5.2.1 Revendo o Passado

WAGNER refere que acreditava desejar ser padre e, inicialmente, foi encaminhado ao seminário. Entretanto, deu-se conta de que o desejo para que ele fosse padre não era seu, mas sim de seu pai. Decidiu sair do seminário aos doze anos de idade e, já nessa época, desejava ser médico. PONTO desejou ser médico na época do científico, por ter afinidade com as áreas biológicas e avaliar que, dentro dessa área, a medicina seria a melhor opção para ter reconhecimento, status e segurança financeira. JOSÉ-1 tinha habilidade para escrever e desenhar, porém as profissões aceitas pela família eram direito, medicina, engenharia e odontologia. Admirava o status dos advogados e médicos de sua família, o que influenciou seu desejo de ser advogado ou médico. ROSA refere que, além de sempre ter sido uma pessoa que gostava de ajudar os outros, sentia-se atraída pela faculdade de medicina. Desde os doze anos de idade, desejava ser médica. ALEGRIA desejou ser médica desde os sete anos de idade, mas não sabe por quê.

WAGNER teve que fazer curso técnico em ciências contábeis (por desejo do pai) em paralelo ao cursinho para o vestibular. JOSÉ-1 definiu-se por medicina no vestibular, influenciado pelo fato de vários amigos seus também terem feito essa opção, e nenhum, ter optado por direito. PONTO e ROSA não tiveram dúvidas na hora da opção. ALEGRIA, apesar de aconselhada pela mãe a optar por outra profissão, também não titubeou quanto à escolha da medicina.

WAGNER decidiu ser cirurgião por ter habilidade para cirurgia, afinidade com a especialidade e gostar da sua objetividade e resolutividade. PONTO gostava de disciplinas relacionadas à parte cirúrgica e achava a especialidade cirúrgica mais prática e dinâmica, definindo-se por esta especialidade, já no início da faculdade. JOSÉ-1 tinha habilidade manual e sentiu afinidade com a clínica cirúrgica, acompanhando-a desde o terceiro ano de faculdade. ALEGRIA sentiu familiaridade e afinidade com a especialidade desde o primeiro estágio que realizou em pronto-

socorro e, a partir do quinto ano, definiu-se pela área cirúrgica. ROSA sentia afinidade pela especialidade, era hábil em operar e gostava de sua objetividade e resolutividade e, definiu-se por ela na época do concurso para residência.

Todos os sujeitos fizeram residência em cirurgia em outras cidades que não Florianópolis. Com exceção de ALEGRIA, a vida profissional dos cirurgiões foi iniciada na cidade onde se formaram. ALEGRIA formou-se e estabeleceu-se em uma cidade, entretanto, após divorciar-se, mudou-se e teve que reiniciar sua vida pessoal e profissional.

Nas quatro páginas que se seguem, apresento, de forma mais detalhada, em “Quadros”, o processo de construção individual, no passado, do grupo de cirurgiões.

Após esta apresentação, descrevo o presente.

Wagner pensou em ser padre, quando pequeno, por influência familiar. Chegou a freqüentar seminário, mas abandonou-o. Aos treze anos de idade, fez teste vocacional que indicou tendência para ciências exatas ou humanas. Apesar da pressão paterna para fazer ciências contábeis, já queria, nessa época, ser médico, por gostar de ajudar ao próximo e pelo modelo dos profissionais médicos de sua infância.

Antes de eu querer ser médico, eu queria...não...queriam por mim que eu fosse padre. Acho que essa história foi uma lavagem cerebral (...). Fiquei dois anos e meio (no seminário) e aí, eu saí (...). Ser padre para quê? (...). Foi uma confusão.

Meu pai me mandou fazer exame vocacional com treze ou quatorze anos (...). E, lá no final, deu áreas humanas, deu as possibilidades: - "Você pode ser médico (...)" e foi mais ou menos dentro do que eu queria e fiz (...) e deu ciências exatas e eu tenho horror a isso!

Ponto desejou ser médico no científico. Optou por esta profissão por ter maior afinidade com as áreas biológicas e considerar a medicina uma profissão nobre, invejada, disputada e bem remunerada.

José-1 pensava em várias profissões. Desejava ser advogado por gostar de escrever e ter parentes como modelo, ou médico, também por ter parentes como modelo. Admirava o *status* desses profissionais. Também gostava de desenhar.

Criança quer uma coisa que dê *status* (...). Você vê: - "Aquele lá é médico". Até pela família é importante (...). Mas não era uma coisa que tem que ser. Gostava de escrever (...) desenhava bem (...) ganhava prêmio de redação (...) prêmio de desenho.

Alegria desejava ser médica, desde os sete anos de idade, mas não sabe por quê.

Não sei, desde os sete anos de idade, diz a minha mãe que eu falava que ia ser médica (...). Eu pensei que ia ser médica e nunca pensei em outra coisa na minha vida. Até tenho muitas outras vocações. Eu gosto de desenho, eu gosto de pintar, eu gosto de muita coisa. Mas nunca pensei em outra coisa a não ser medicina.

Rosa gostava de música e medicina. Desejou ser médica desde os doze anos de idade, por sempre querer ajudar aos outros e por atração pela profissão.

É uma coisa de criança. Eu não sei te dizer exatamente como. Eu sei que quando eu ia para o colégio, quando eu voltava, passava perto da Faculdade de Medicina e eu tinha uma atração por aquilo ali. À medida que o tempo foi passando, eu comecei até a visitar a faculdade. Eu entrava, olhava pela porta (...) foi uma coisa de criança, já de infância. Eu acho que a partir de uns doze, treze anos talvez, que eu tenho lembrança. Mas sempre era o que eu gostaria de fazer na minha vida (...). Eram duas coisas que eu amava: medicina e música. Comecei a tocar violão de ouvido, e fui até meio longe, mas aí parei de tocar por falta de conviver com pessoas que tocassem melhor do que eu (...).

Desde criança, tinha curiosidade pela morte. Queria compreender mais sobre ela e suas causas.

QUADRO 8 - INICIANDO O CAMINHO PARA A EXPRESSÃO
DO DESEJO DE SER MÉDICO:
O GRUPO DOS CIRURGIÕES

81

Wagner teve que fazer curso técnico de contabilidade por exigência do pai, junto com o cursinho para o vestibular para medicina.

E aí, o meu pai disse: - "Não, você vai fazer esse e aquele". Eu fiz os dois, o cursinho e fiz ciências contábeis também. (...). Eu queria estudar inglês: - "Não, inglês não, nós só temos dinheiro para você estudar contabilidade, porque se eu morrer, você tem um diploma". Era a grande preocupação de como é que vai sobreviver amanhã (...). Fiz o curso técnico, mas não fui buscar nem o diploma.

Ponto optou por medicina, seguindo sua decisão prévia.

Rosa decidiu-se por medicina, seguindo seu desejo que havia aparecido desde a infância.

José-1 continuou em dúvida quanto à escolha. Não havia apoio da família para outras opções além de engenharia, odontologia, direito e medicina. Decidiu-se por medicina no científico, influenciado pelo modelo transmitido por um parente e por seus amigos que optaram por fazer vestibular para medicina.

Eu tinha parentes: médico, advogado, dentista e engenheiro. Essas eram as profissões que eram permitidas na família (...). Meu irmão foi fazer outra coisa, minha mãe botou ele num psiquiatra.. Eu sempre fui meio rebelde em casa... Aí eu pensei: - "Não vou comprar mais briga..". Aí, (...) vai na onda, grandes amigos meus foram fazer medicina (...) já para o direito não tinha tanta gente. Então tu vais no rolo.

Alegria, elegeu medicina, apesar de sua mãe sugerir que fizesse odontologia.

Na hora do cursinho, minha mãe ainda tentou falar: - "Faz odonto que é menos sacrificado para a mulher". Não teve outra opção, sempre foi medicina.

Ao optar por medicina, **Wagner** imaginou que sua vida seria de doação. Escolheu cirurgia por afinidade com a especialidade e por ter morado, desde o terceiro ano da faculdade, em um hospital, cujo melhor serviço era de cirurgia. Ao acompanhar o serviço, gostou de sua objetividade e resolutividade.

Ao optar por medicina, **Ponto** desejava ser bom médico e realizar-se pessoal e profissionalmente.

Como eu não tinha aptidão para a área física, tipo engenharia ou o que seja, eu fui para a biológica. E na biológica, eu peguei a melhor: medicina (...). Foi muito por modismo. Na época, era até por uma conquista, um desafio (...) em cima de uma profissão que era difícil e era invejada. Era uma profissão disputada, reconhecida, que tinha retorno financeiro e uma satisfação profissional muito grande e pela própria realização de vida.

Escolheu cirurgia por afinidade com a disciplina de anatomia e por gostar de atividades mais práticas e dinâmicas:

(...) por ser uma coisa do meu próprio temperamento (...). Eu tinha vontade de anatomia (...). As cadeiras básicas clínicas (...) eu detestava. Eu gostava de prática e de coisas mais dinâmicas, de mudanças, pela própria condição de trabalho, da diversidade de lugares e, realmente, de ação.

Ao optar por medicina, **José-1** desejava ser bom médico e ter *status*. Não fazia planos para o futuro. Ao entrar para a faculdade, desejava ser psiquiatra, mas desistiu ao cursar esta disciplina.

Eu pensava em psiquiatria, no sentido da psicanálise. Aí, na quinta fase, tinha as aulas (...). Era um negócio de louco (...) mas era de louco mesmo, era triste, decepcionante.

Acompanhou o serviço de cirurgia geral desde a sétima fase, pelo qual sentiu afinidade. Seguiu a cirurgia especializada por maior oportunidade de acompanhá-la e mercado de trabalho mais favorável.

Aí fui para a cirurgia geral. O Dr. X e o Dr. Y eram muito procurados. Acompanhei o Dr. X que era fora de série, uma pessoa espetacular... Mas, na minha época, era muito disputado o cirurgião (...). Para você conseguir um cirurgião para te servir de treinador, de tutor, não era fácil. Tinha uns que tinham um "cometa" atrás deles, uma turma, brigava. Aí, como eu tinha parente na especialidade, eu falei com ele (...). Continuei na cirurgia geral sempre (...) e já me direcionei para a cirurgia especializada (...). Aí, tu começa a ver o mercado de trabalho (...) vai chegando o fim do curso, tu começa a ver: - "Se eu for fazer cirurgia geral, o que eu vou fazer? (...) até dá, mas eu vou ter que ralar muito, a briga vai ser grande. E ao contrário, na especializada, eu tenho um caminho aberto".

Ao optar por medicina, **Rosa** desejava ser boa médica. Não optou por nenhuma especialidade antes de formar-se porque queria ter formação geral. Gostava mais de lidar com pacientes graves e/ou traumatizados por sentir a resolutividade e objetividade na intervenção médica. Durante o curso praticou muitas necrópsias e sentia interesse em descobrir as causas de óbito das pessoas. Pensou em ser ortopedista ou legista, mas decidiu-se por cirurgia, na hora da escolha da residência médica, por sua resolutividade, objetividade e pelo desafio de tornar-se cirurgiã.

Ao optar por medicina, **Alegria** desejava descobrir a cura do câncer. Ao entrar para a faculdade, ansiava ter o poder de ajudar os outros, através da psiquiatria. Porém, mudou de idéia ao cursar esta disciplina.

Na verdade, quando entrei para a faculdade, eu queria fazer psiquiatria. Eu achava legal a coisa de cuidar mesmo da alma, da mente. E depois, o meu curso de psiquiatria foi muito de psiquiatria clínica. Então, não gostei.

Constatou sua habilidade para cirurgia, logo ao primeiro contato com esta área, em estágio em Pronto Socorro. Decidiu, no quinto ano de faculdade, que seria cirurgiã.

Fui fazer um estágio no pronto socorro e foi o primeiro contato meu com porta-agulhas. Foi a coisa mais impressionante do mundo (...). A impressão que eu tive é que eu sempre fiz aquilo (...). Acho que tem mesmo a ver com (...) vocação, jeito. Mas é muito estranho que eu não me lembro nunca de ter tido dificuldade em dar um ponto. Eu peguei o bisturi, eu sabia cortar (...) no primeiro dia que eu peguei (...). Muito louco! (...) quando me vi, eu estava pensando em cirurgia ou ginecologia/obstetrícia, que é também cirúrgica. Conheci a cirurgia plástica. Comecei a acompanhar e achei que (...) uniria cirurgia - que eu estava gostando - à psiquiatria - que eu na realidade faço muito no consultório - e o dom do desenho, da harmonia, da habilidade manual mesmo. Desde o quinto ano eu sabia que queria fazer cirurgia. Nunca me preocupei se era difícil para mulher (...). Nunca dei bola. Nunca achei que não fosse ser por eu ser mulher. Tanto é que eu nunca tive dificuldade na profissão por ser mulher.

Wagner trabalhou em empresa privada e em hospital público. Considerava-se, nessa época, pouco realizado como cirurgião, porém, tinha bom retorno financeiro e boa qualidade de vida.

É gozado. Eu era muito administrativo, pouco cirurgião. Operava bem menos (...) não incorporava esse lado profissional. Gostava, mas não gostava muito e me via inseguro por aquela questão: - "Se morrer um doente meu, eu vou morrer pela metade".

O que eu ganhava era relativamente bom, tranqüilo (...). Eu tinha muito isso de cuidar da minha qualidade de vida (...). Eu só tinha mais tempo, mas não tinha uma realização profissional.

Trabalhou com dependentes químicos, mas não deu continuidade devido ao desgaste que sentia: Gostava, mas é muito pesado, é difícil de lidar, é um desgaste muito grande.

Ponto fez três anos de residência em cirurgia e, também, formação em medicina do trabalho. Depois se aperfeiçoou no exterior. Ao retornar à cidade onde morava, começou a atuar em instituição de ensino e em clínica privada.

Após fazer residência em cirurgia, **José-11** começou a atuar em serviço público e privado. Desejava tornar-se professor. Deu aulas e chegou a cursar algumas cadeiras do mestrado. Desistiu por decepções com questões institucionais. Posteriormente, especializou-se em exame complementar, a sua atual especialidade.

Após fazer residência em cirurgia, **Rosa** ingressou em dois serviços públicos, onde trabalha até hoje.

Após fazer a residência, **Alegria** começou a trabalhar em serviço público e privado. Depois, divorciou-se, mudou-se de cidade e começou a trabalhar recebendo comissão em clínica. Posteriormente, estabeleceu-se também em hospital público e clínica privada.

5.2.2 Repensando o Presente

WAGNER

Para WAGNER, ser médico é ser um pouco polivalente, ter uma visão mais abrangente do ser humano e ajudar no que puder na manutenção da saúde plena. É saber lidar com a morte. É ajudar a nascer e a morrer com dignidade.

WAGNER imaginava que sua vida seria muito de doação e que, como consequência da profissão, teria condições de fazer muitas viagens. Julga que pratica a doação que imaginava trabalhando no serviço público. No decorrer de sua vida, já fez muitas viagens.

Atualmente, considera sua realidade profissional multifacetada e julga-se um médico polivalente, devido à diversidade de suas atividades e dos locais onde atua: "(...) a minha realidade é essa hoje. Cheia de facetas, cheia dessa multiplicidade. Eu até estava pensando, isso aí é bom, você ser multiprofissional (...); ser polivalente (...). Um dia está assim, um dia está assado (...). Para mim, uma rotina mata. Por isso que eu tenho todo dia, três a quatro ambientes, quatro situações diferentes". Acrescenta: "Ser médico é ser um pouco polivalente. (...) você tem que saber operar, você tem que saber entender a cabeça da pessoa, você tem que entender a cultura da pessoa (...). É tentar ajudar a pessoa quando pode, porque às vezes você não consegue (...)".

Considera-se satisfeito consigo mesmo em relação à profissão: adora o que faz, em relação à parte cirúrgica, sentindo-se competente e realizado como cirurgião: "Estou contente comigo, com a minha profissão, no que eu escolhi (...). Eu acho que eu estou no máximo. Daqui para frente seria uma linha descendente no aspecto financeiro. Se fosse para eu estar rico, eu já estaria há muito tempo (...). Agora, realizado profissionalmente como médico, sem dúvida!"

Sente-se gratificado por transmitir aos residentes conhecimentos não apenas técnicos, mas também éticos.

Uma experiência muito boa que estou tendo (...) é lidar com os residentes (...) hoje eu tenho um convívio maior com eles, de não só ensinar, porque a minha residência foi muito boa nesse aspecto de respeito ao doente, de ética profissional, posturas, enfim. Quanto à questão financeira (...) se mostrou que ser um profissional também

não representa ser o mais rico, o mais bem pago. Porque ganha mais quem é mais esperto nessa área e pronto.

O maior envolvimento com a área cirúrgica acarretou maior *stress*: “Hoje, eu analiso a minha área como uma que eu estou envolvido, mais motivado. E isso dá um desgaste maior”.

Comenta que, no cotidiano da relação médico-paciente, é importante que o médico saiba seus limites, e observa que, geralmente, para ajudar o próximo, o médico sofre desgaste.

Eu vejo o seguinte: você só não dá o que você não tem. Quando você não tem, você tá vazio. Isso eu vejo muito, o dia-a-dia varia, a tua carga de energia, o teu lado emocional. Então, tem dias que você tem, tem dias que você não tem (...) tem dias que você ganha, você troca, tem dias (...) eu vejo de antemão:- “Isso eu não vou resolver, eu não vou ajudar nada”. Eu acho que é importante você identificar (...) que às vezes você não vai poder ajudar... Gozado né? Agora até pegando um gancho, a gente para conseguir ajudar os outros, a gente tem um desgaste muito grande, que a gente quase não nota o *stress*.

Apesar de ter clínica privada, não dedica muito tempo a ela: “É interessante (...) eu tenho uma clínica, mas não invisto nela. Eu não gosto de administrar (...) tenho horror de fazer conta, controle. Então ela está lá, ela se paga, mas o tanto que já joguei de dinheiro lá dentro, ela deveria estar uma maravilha. Por que? Não sei. O dono não está junto (...) Ela não é a minha cara, ela é a cara da administradora (...)”.

Apointa alguns aspectos que o desgastam como cirurgião. Um deles é a carga emocional para lidar com a morte para a qual não teve preparo na faculdade.

Uma coisa que me preocupa, em termos de ser médico é lidar com a morte. Para mim, um doente meu que morre, sei lá, às vezes ele morre pela própria doença (...) é um sentimento de impotência. A gente tem que trabalhar isso aí. Eu acho o seguinte: o cirurgião, de um modo geral, não entra no emocional do paciente, ele entra no físico e ele não quer envolvimento emocional com o doente. É difícil você ver um que veja todo o contexto. Por quê? Porque quando morre é um desgaste. (...) eu procuro criar uma cumplicidade com o doente: - “Olha, vai ser assim, pode dar isso, pode dar aquilo”... Então você vai mais tranquilo. Agora, quando você não se envolve com isso, eu acho que ele (o cirurgião), tem menos sofrimento.

Antigamente, se morria um doente, eu ficava com um sentimento, fazendo uma análise muito profunda: - “Aonde foi que eu falhei?” (...); ainda tenho uma certa dificuldade em lidar com a perda do paciente. Uma complicação cirúrgica, pior ainda! Mas o que eu vejo hoje: - “Não falha quem não faz”. Quem faz, vai falhar em algum

momento. Pode não admitir, mas se for analisar bem profundamente, alguma falha você tem... Hoje, tenho uma idéia muito simples: você faz o que você pode e se fizer o que você pode, fez a tua função. E a tua função não é sempre salvar. É procurar salvar, só isso. Algumas coisas não são ensinadas na faculdade à comunidade nesse aspecto de perdas. Então, você sai de lá : - "Eu sou o maior. Eu vou resolver o mundo. Eu vou resolver tudo". - "Não, você não vai resolver muita coisa não. Outras se resolvem naturalmente, apesar de você".

Considera que hoje, geralmente, o médico é obrigado a ter vários empregos, nos quais nem sempre encontra as condições ideais de trabalho, seja em termos de recursos humanos ou de materiais. Assim, outro fator de desgaste é a carga de trabalho excessiva e a falta de infra-estrutura adequada para realizar as cirurgias em serviço público e até mesmo no privado, ocasionalmente.

A gente não precisaria trabalhar tanto e nem da maneira desorganizada que é hoje (...) você trabalha em condições extremamente falhas. Então, é um desgaste desnecessário para você. Você tem que brigar para internar o paciente (...) você tem que brigar por um anestesista, você tem que brigar para alguém te ajudar (...). Quando tá toda esta equipe reunida, aí você tem o material que você trabalha, o instrumental, a tesoura que não corta, o bisturi elétrico que não funciona (...). Mas, essa questão de retaguarda, de ter uma enfermagem eficiente, de ter um pessoal de retaguarda eficiente é muito complicada (...). Como cirurgião do Estado, eu deveria falar: - "Eu vou operar: o doente é esse, tal hora". E chegar lá, estar tudo pronto. Adversidades, outras profissões também devem ter. Eu acho que quando você está lidando com vida, você tem que estar focado naquilo (...) que você vai fazer e não ter *stresses* desnecessários para você chegar lá. Quando você chega lá, você está exaurido. Você tem pouco para dar.

Menciona ainda que o ambiente de trabalho é altamente competitivo: "(...) é um ambiente de competição, extrema competição profissional, que eu acho que cada dia está pior, até de mesquinharia (...) porque o mercado está ficando mais restrito. Sobrevive quem é bom profissional. Então é uma guerra (...) não declarada (...)".

Sente-se pouco reconhecido pela instituição pública, que não se preocupa em dar um mínimo de comodidade para o médico: "É uma falta de respeito muito grande das instituições públicas com o profissional. O que seria isso? Você não tem um café, uma água decente. Não só comigo, com todos que trabalham. Você não tem essas pequenas grandes coisas. Uma água gelada, por exemplo".

Considera praticar sua "doação" no serviço público. Devido à não valorização do profissional médico pelo governo, que vem oferecendo pouco no aspecto

financeiro e muito no aspecto de cobrança, está se sentindo quase no limiar de tolerância e já começando a não querer envolver-se tanto com esse serviço. Além da má remuneração e da cobrança, leva em consideração a responsabilidade e os riscos que corre em cada cirurgia que realiza.

Hoje, você opera um doente pelo SUS, o que você ganha? Nada! Você ganha experiência, mas é um sacerdócio (...). Tem muito a ver com essa história do padre, de doação. Tem colegas meus que falam: - "Não quero nem saber de SUS". Pode ser até que um dia eu chegue lá (...). Você tem que produzir e se preservar. Problema, problema, problema e você sempre assumindo, assumindo, assumindo! (...) alguém tem que dividir contigo! (...); o governo não quer nem saber. O que o governo quer? Que você atenda SUS... e não ganha nada? Uma coisa que me incomoda, por exemplo: eu vou fazer uma cirurgia grande (...) vou usar um equipamento que custa mil e duzentos reais que o SUS paga e ele vai me pagar uma miséria de oitenta a cento e vinte reais. Então, é essa injustiça que me incomoda profundamente (...). E o risco que você tá correndo nisso aí? Não é só os cento e vinte reais. E se complica? E se amanhã, a família...? (...) é nesse aspecto que eu estou procurando fazer as coisas mais aonde eu quero, como eu quero e com paciente que me dê algum retorno também.

Expõe sua preocupação com "o assédio das multinacionais que te pagam congresso, pagam almoço, dão presentes tipo "espelinho para índio" e comenta que muitas vezes, os propagandistas são agressivos.

Em sua opinião, a faculdade de medicina deveria preparar os alunos para lidar com a morte, dispor de mais tempo para a prática do aluno junto ao paciente, dar mais ênfase à ética médica, perante os colegas e outros profissionais, aos direitos e às obrigações do médico, além de ensinar os custos de exames e de medicamentos. Acha que os profissionais médicos deveriam ser alertados para terem mais humildade perante a família e aceitarem e assumirem seus erros.

WAGNER não tem planos definidos para o futuro: "Eu me preocupo com o futuro, mas com determinada reserva. Eu não me preocupo em termos de adquirir bens materiais para ter uma velhice tranqüila. Não sei nem se vou ficar velho. Então, eu vivo intensamente, mas vivo dia a dia..."

Se tivesse condições financeiras suficientes, teria como sonhos diminuir o ritmo de trabalho, dedicar-se menos à cirurgia e mais a outras atividades relacionadas com a medicina e viajar mais.

PONTO

Para PONTO, ser médico “é sentir satisfação com a satisfação do outro”. É interação, uma troca entre as pessoas, percebendo-as nas alegrias e tristezas, no choro e no riso, no prazer e na dor.

PONTO acha sua realidade melhor do que poderia imaginar.

Eu não planejava. Sabia que tinha um caminho e hoje eu estou muito contente com o que eu tenho, até demais. Às vezes, eu fico até impressionado de ver como eu tenho linhas de ação. Não porque eu queria não. Porque surgem. Talvez, até, por eu não ser muito exigente. Porque tu não podes criar expectativa em cima de uma coisa que pode ser impossível (...). A conquista é uma coisa importante, mas ela tem um limite. Você tem que saber isso.

Considera-se satisfeito e realizado com o que faz, já tendo conquistado o seu espaço dentro da especialidade.

Se tu trabalhas em cima de uma personalidade, de uma formação ou de um preparo para isso, então automaticamente a satisfação vem. Eu, hoje, sou uma pessoa extremamente satisfeita e realizada com o que faço (...). Existe aquela parte de insegurança no começo, pela conquista do espaço. Hoje, o que eu já conquistei, já conquistei. Acho que quem se estabelece, se estabelece, e eu acho que é por aí. É competência.

Aponta alguns fatores do trabalho que acarretam *stress* ou insatisfação.

Um deles é a responsabilidade que o cirurgião tem com o ato cirúrgico.

Porque a nossa responsabilidade não se compara a nada. Porque nós trabalhamos no limite entre o certo e o errado. Nós não podemos errar. A gente se dá o direito de poder errar, mas quem está do outro lado não quer isso. Não espera isso. Ele não trabalha com o teu erro. Ele sabe que pode acontecer, mas ele não admite. Ele pode até assimilar, entender, mas ele não admite o erro, porque vai interferir diretamente na vida dele, no corpo dele. Então, é muito sério. Isso aí é uma carga muito grande para mim. Então eu tenho que trabalhar sempre com a perfeição.

Outros fatores são as condições de trabalho e o pouco reconhecimento financeiro em relação à responsabilidade do profissional e ao trabalho efetuado.

Ao pensar sobre a gratificação que sente ao operar, refere que o *stress*, muitas vezes, acaba sendo cumulativo, e comenta que se o médico não souber lidar com isso, o desgaste é muito grande.

Ela (a medicina cirúrgica) já me deu muito prazer. Me dá prazer ainda, mas em termos de gradação não é oitenta por cento do que era. Porque quando tu associas *stress* e satisfação, aquilo é um ópio, um do outro, mas só porque tu tens uma conquista. A partir do momento que tu tens essa conquista, aquela satisfação passa a ser um compromisso muito sério daquilo que tu tinhas. Eu fazia dez cirurgias por semana. Hoje eu faço duas a três. Não quero mais. É uma coisa que com o passar do tempo, tu vais te estressando mais (...). É por isso que a minha profissão dentro da medicina (...) eu me desgasto muito (...). Eu agora estou fugindo. Porque sugaram que sugaram. O consultório agora, eu atendo só dez ou doze, mas antes, tinha dias que eu atendia vinte e cinco, porque os doentes voltam muito (...). Tu vais vendo que existe um outro lado.

Tem criado estratégias para lidar com esses fatores, de forma que o sentimento em relação à profissão seja de satisfação. Ressalta a importância que dá à preservação de sua qualidade de vida dentro e fora do trabalho.

A satisfação profissional está bem, em função de eu ter conquistado isso (a satisfação com a vida fora do trabalho). Em função de eu ter priorizado aquilo que me dá um pouco de satisfação. Porque a satisfação plena não existe. Hoje trabalho, *stress* (...) mas eu aprendi a ter a minha vida para me dar a condição do trabalho. Se eu não tiver isso, o trabalho "foi para o pau". (...) a pessoa tem que conquistar o bem-estar dela (...). A realização plena enquanto ser humano é que vai dar condições para isso aqui (o trabalho). Porque isso (o trabalho) é muito monótono, muito massificante. Então, a relação e a tua vida fora do trabalho é que vai te dar condição de tu tocares a tua vida profissional. Porque isso tem um pico: a profissão, tu paras, tu vais até um ponto. E a satisfação da vida, tu cada vez podes descobrir mais coisas. Na profissão, tu podes descobrir uma técnica nova, um aparelho novo, mas e daí? Por outro lado (...) a tua satisfação depende de ti (...) se tu souberes trabalhar a tua maneira de pensar a vida. É viajar, amigos (...) é priorizar.

Diminuiu o número de cirurgias que faz.

É por isso que eu estou limitando hoje a minha atuação. Em função do *stress*. Hoje eu não quero ter quinze doentes. Eu quero ter dois. Quinze, eu tinha há uns anos atrás, que eu trabalhava para isso. Hoje, eu não tenho, em função das atividades que eu tenho extra por dia, eu tenho que dividir um pouco. E a responsabilidade fora da cirurgia nem se compara com o que é uma cirurgia... A minha responsabilidade como cirurgião é muito grande. Eu tenho um compromisso muito grande comigo mesmo. É isso aí.

No ambiente de trabalho, optou por só permanecer onde tem bom relacionamento interpessoal e considera que, se o ambiente está bom, a tolerância para lidar com a falta de recursos materiais aumenta. Pondera que, em primeiro lugar, o médico tem que estar bem consigo mesmo.

Eu acho que hoje, os lugares que eu trabalho, eu até gostaria que fosse melhor, mas é o ambiente de trabalho mais de coisa material. Agora, da parte pessoal e de relacionamento interpessoal, para mim está ótimo. E se isso está bom, o material se adapta (...). Se tu estás bem contigo mesmo e com as pessoas que estão do teu lado, o outro tu crias. (...) eu não estou aonde eu não me sinto bem. Às vezes, é obrigado, lógico. Mas eu trabalho, eu fico cinco anos trabalhando naquilo ali, para me mandar. A pessoa tem que conquistar o bem estar dela (...). Tu não podes estar bem se tu estás mal contigo mesmo ou com as pessoas que te cercam. Então, tu tens que procurar isso. Isso não vem. Então, durante a vida da pessoa, ela tem que ver o que convém para ela. Eu hoje podia estar trabalhando no Estado, podia estar não sei onde, mas eu não fui para lá. Eu sei que lá eu não ia estar bem (...).

Vem conseguindo administrar o tempo, para que seja possível trabalhar, estudar e investir em outras atividades fora do trabalho (inclusive as que lidam com habilidades manuais), para manter boa qualidade de vida.

A gente tem que trabalhar em cima do tempo, para ter tempo para tudo. Tempo para estudar, tempo para trabalhar, tempo para se divertir (...) eu gosto muito de viajar, adoro viajar (...) eu pego o meu dinheiro e gasto em viagem (...). Eu faço o tempo, faço o tempo... Eu sou muito objetivo (...) quando eu paro, eu paro porque eu cronometro a minha vida toda... Eu sempre gostei de trabalho manual. Estou fazendo (...) mosaico (...). Eu gosto muito de plantar (...) tanto que quem bola o nosso jardim sou eu.

Está também ampliando seu conhecimento em gestão empresarial, que está servindo não só para sua profissão como para sua vida, em termos de administração e de relacionamento. Acha que sempre se deve ter novos objetivos na vida.

Tecendo comentários sobre a realidade da formação médica, PONTO comenta que há pouco preparo para o estudante de medicina em relação à profissão, no sentido relacional.

(...) a nossa faculdade do ponto de vista relacional é muito complicada. Acho o caos (...). Eles preparam para o camarada saber e ir para a vida profissional sem nenhuma base de relação. Nenhuma, nada, zero! (...) para trabalhar isso, cada semestre que passasse deveriam colocar pessoas competentes para trabalhar a parte de relação do aluno com a vida fora também. Do paciente é uma coisa muito mecânica. Também tem que ter uma outra abordagem. A relação médico - meio é muito complicada. Ele não se prepara nada. Ele é jogado feito um cachorro no meio da arena e ele já sai de armas em punhos. Tinha que ter uma cadeira 1, 2, 3, 4 só de psicologia. Não existe isso (...). Porque logo que eles entram, tudo é festa, alegria. As meninas tudo bonitas...é um espetáculo! Tudo é uma descoberta muito grande para eles e tu participas daquela empolgação deles, isso é legal (...). As aulas, a gente diz piada, eles dão gargalhada, tu brinca com coisas e eles se divertem, gozam do amigo, do aluno (...). Aí, tu pegas, às vezes, eles no sexto ano, eles estão tudo acabados, as mulheres estão acabadas, estão feias, estão gordas (...). Não tem

mais aquela brincadeira, aquela coisa de colégio (...). É sintomático isso. É pela própria condição. A pessoa começa a entrar noutra (...). Hoje eu vejo que tem pessoas que não têm mais jeito. Dão aquilo, são excelentes profissionais, mas eu não sei, elas separam as coisas. Elas não podem ser separadas.

Deseja ainda, continuar investindo cada vez mais na vida pessoal e relacional e viajar, cada vez mais.

Se tivesse condições financeiras suficientes, teria como sonho exercer a medicina apenas em área não cirúrgica: “Faria uma atividade bem *light* dentro da medicina, não cirúrgica, que é muito gratificante, mas me consome muito”.

JOSÉ-1

Para JOSÉ-1, ser médico é ter habilidade na profissão. É praticar uma ciência, atuando de forma ética. É educar as pessoas para a prevenção da doença e tentar também ter a prática de uma vida saudável. É tomar decisão o tempo todo.

JOSÉ-1 considera sua realidade bem diferente daquela que imaginava. Pensou que faria carreira universitária, mas teve decepções com o meio acadêmico. Vislumbrou que poderia fazer cirurgias mais complexas, mas isso não ocorreu, por falta de estrutura nos hospitais. Ainda imaginou que seria bem remunerado, e isso não ocorre atualmente.

Sente-se gratificado pelos resultados do seu trabalho e gosta muito de operar: “Para mim, a maior gratificação mesmo é pessoal. Talvez, por isso, o cirurgião tenha essa fama de muitas vezes ser um sujeito arrogante e endeusado. Têm alguns que se sentem tão bem com aquilo que fazem (...) que o ego não cabe dentro deles próprios (...). Em geral, é uma coisa que dá uma satisfação muito grande”.

Acha que não existe uma forma global de satisfação profissional, mas sim a satisfação em relação a vários aspectos. Os aspectos que lhe trazem uma grande satisfação profissional são: sentir-se competente, poder efetivamente ajudar e mesmo salvar outro ser humano, transmitir conhecimentos, fazer uma boa apresentação em congressos ou escrever bem um artigo ou capítulo de livro e ter uma vida “com algum conforto” (apesar de ter que trabalhar muito para isto).

Outro aspecto positivo é que, como responsável por orientar a prevenção de doenças através de uma boa alimentação e vida saudável, pratica também a

alimentação saudável. Não tem conseguido administrar o tempo, entretanto, para atividade física e julga que sua vida é bastante sedentária.

Pondera que toda profissão tem seu lado bom e seu lado ruim, sendo o bom a gratificação pessoal que o médico sente. Analisando a especialidade cirúrgica, encara-a como um artesanato. Comparando a clínica médica com a cirúrgica, refere que na primeira, o médico tem que estudar e, na segunda, além de estudar, o médico tem que ter habilidade.

Considera o ato cirúrgico um trabalho artesanal, mas este artesanato é efêmero. Isto é, após o ato cirúrgico, ficam os resultados, mas a obra realizada não pode mais ser vista.

Os resultados que a gente tem, em geral, são muito bons e tu não tens nem como olhar de novo. A tua obra fica ali enterrada e a pessoa vai embora e acabou. Então, é diferente do radiologista que faz o negócio, aí vai lá e mostra a radiografia, ou o artista que pode expor a obra. Nós, no máximo, podemos fotografar, mas nunca é a mesma coisa. Então, é uma coisa, em qualquer cirurgia, e na mais complicada, a gente fica embevecido com o próprio trabalho, o ego infla, e pronto, acabou. Fica satisfeito, vai para casa e pronto. Dia seguinte é outra coisa. Nesse aspecto é ruim, porque se tu escreves ou desenhavas ou fazes alguma coisa, de vez em quando, tu olhas lá, quando tu achas: - "Olha que beleza que eu fiz!"

Aponta ainda alguns aspectos negativos da profissão. Não sente que o retorno financeiro seja proporcional ao que já investiu para tornar-se cirurgião e refere que, para manter o padrão de vida que julga adequado, acaba tendo uma carga excessiva de trabalho.

Aí eu posso fazer a queixa do cirurgião. É o troço mais mal pago que pode haver no mundo (...) se você levar em consideração, o tempo que tem que ter de estudo, anatomia, fisiologia, técnica, etc e tem que treinar a mão. É diferente do clínico, que só estuda. Tem que ter tempo, experimentar, treinar, tem que saber (...) tudo isso é tempo. E é extremamente mal pago (...). Eu não acho que eu ganhe mal, mas... quando comparo com outras profissões (...). Se eu comparar o que a gente trabalha, o *background* que a gente tem que ter, o que você investiu em livro, em tempo de estudo, em experiência (...) em capacidade de tomar decisões, que é uma coisa crucial. (...) é diferente de muitas outras áreas que você tem tempo para pensar, não é uma coisa assim, e pode rever, voltar atrás, refazer. Nós não temos essa chance. Então, considerando isso, é muito mal pago. E aí você começa a ter que trabalhar demais.

Sente-se excessivamente envolvido com a profissão, o que prejudica sua qualidade de vida.

Outra coisa ruim - aí vem um pouco de insatisfação minha com a profissão em si - é uma profissão extremamente... te consome totalmente, te consome, pelo menos para mim. Eu sei que tem gente que não. Por exemplo, até durante a faculdade, um pouco antes da faculdade, eu velejava, jogava futebol, esportes (...) tocava violão, até durante a faculdade. Lia muito, adorava ler (...). E aí, o curso começa, vai para a residência, você começa a ter que estudar monstruosamente... E aí tu não paras mais. E aí, o que acontece? Você não lê mais nada sem ser de medicina. Eu não saía mais para fazer praticamente esporte nenhum (...) todos os meus dias, chegava em casa dez horas da noite (...). O teu tempo vai sendo invadido, isto é o meu caso, vai consumindo tudo. Lazer com a família, as férias, tu és obrigado a viajar porque não dá para ficar, porque se ficares tu não vais ter férias, vai arranjar trabalho de qualquer maneira. Isso é uma coisa que chega num ponto que começa a incomodar.

Além de se considerar mal remunerado no serviço público, angustia-se por sua baixa resolutividade e pouca possibilidade de proporcionar crescimento técnico.

A minha renda é essencialmente da medicina privada. Eu não vivo de salário público. Se eu fosse viver daquilo lá, é piada (...). Aí começam as outras coisas, é questão pessoal minha: -"Vou para o ambulatório de serviço público de novo". Isto, para mim, é a cruz que carrego (...) não me acrescenta nada, do ponto de vista técnico. Eu não tenho como resolver os problemas que o hospital não dá conta. Então, eu tenho que dizer para as pessoas (...) : - "Olha, sinto muito, tem que operar, mas não tem como (...)". Muitas pessoas ficam bravas: - "Ah, quer dizer que se pagar eu faço?" (...); não tem uma estrutura. Então, é muito frustrante isso. (...) eu sempre procurei atender todo mundo bem, claro! (...) tem uma fila lá que eu sei que poucos conseguirão ser operados (...) há filas de pacientes esperando. Não tem saída, não tem perspectiva (...). Não é nem pelo salário que é uma vergonha, mas se ao menos você conseguisse fazer alguma coisa (...) nem fazer você consegue. Aí, isso é um fator grande de insatisfação do ponto de vista do trabalho.

Pondera que, como a medicina é uma ciência, existem rotinas a serem adotadas e seguidas. Apesar de as rotinas serem necessárias, sente que isso faz com que sua criatividade fique limitada.

É muito rotina, medicina é rotina. (...) por ser uma ciência, você tem que comprovar, você tem que estabelecer rotinas e cada vez mais, para você praticar uma boa medicina. Então, você tem que praticar as rotinas do serviço (...). Você bitola, não tem como ser diferente. Isso não tem nada a ver com criatividade. Ao mesmo tempo, a rotina massacra todo mundo, só que uns absorvem (...). Se você sai dessa rotina e começa a observar as coisas, você vê quantos e quantos colegas bem sucedidos, de várias idades, alguns medalhões que dizem realmente que gostariam de fazer outra coisa, que dizem que se pudessem, se soubessem fazer outra coisa, eles fariam (...). Na medicina, mesmo as coisas que estão vindo mais novas continuam a ser rotina. Não fugiu muito daquilo.

Julga que o médico tem uma responsabilidade muito grande e está decidindo o tempo todo: se vai prescrever o medicamento ou não, se vai fazer tratamento clínico ou cirúrgico, se cirúrgico, que tipo de tratamento e, até nos momentos finais, se reanimará o paciente ou não.

Comenta que a relação médico-paciente vem sofrendo transformações. O paciente já chega com uma suposição diagnóstica e desconfia muito do parecer do médico. Ao mesmo tempo, a sociedade que cobra do médico a resolução dos problemas, não reconhece o médico como um ser humano que possa adoecer ou que não esteja bem emocionalmente: "(...) você tem que tentar resolver os problemas dos outros. Você, em geral, não pode ficar doente. Também tem isso, a corrente de pensamento do paciente, em geral, do leigo, é que o médico não pode ficar doente. Então, muitas vezes, a gente trabalha mesmo doente (...). Você pode estar com "dor de barriga, estar mal humorado, você tem que parecer normal".

Ressalta a importância da questão ética na medicina: respeitar a privacidade e a decisão do paciente quanto a si próprio; ser honesto com o paciente; respeitá-lo e fazê-lo sentir-se bem; ter ética na prescrição; não se deixar influenciar pelos interesses dos laboratórios. Observa que a pressão das multinacionais tem sido extremamente forte sobre os estudantes, residentes e médicos: "Isso tem a ver com o médico. Tem a ver com uma realidade que eu não pensava. A pressão que você recebe de laboratórios para usar um determinado medicamento. Você não pensa nisso..."

Acha que a formação, do ponto de vista humano, é deficiente na faculdade e os alunos de medicina fazem um curso muito técnico, promovendo a sua alienação: "A questão da formação, do ponto de vista humano, é muito deficiente (...) você faz um curso técnico essencialmente (...). Estudante de medicina, em geral, é um alienado. É formado para resolver aquele problema que veio ali, não interessa o resto. Não tem formação geral nenhuma. Tem uns que se aposentam alienados. Passam a vida inteira, não sei se a maioria".

Deseja, ainda, diminuir a carga de trabalho ou talvez, ter também outra profissão e a possibilidade de decidir o que fazer.

Se tivesse condições financeiras suficientes, teria como sonho investir mais tempo em lazer e qualidade de vida.

ROSA

Para ROSA, ser médico é doação. É sentir-se gratificado por ajudar as pessoas, sem restrição. É resolver o problema, tirar o sofrimento e a angústia da pessoa: “Estou sempre querendo ajudar as pessoas. Muitas vezes, paciente que não é nem da minha área. De repente, eu faço até um pouco de serviço social, nesse sentido. Eu estou fazendo, eu estou feliz”.

É também vivenciar a violência e questionar-se sobre suas causas: “Essa violência que existe ao redor da gente, que a gente vivencia muito dentro de um hospital. Muitas vezes, a gente fica assustada. Não é o lidar com a violência, mas, porque tanta violência?. As coisas absurdas de trânsito, atropelamentos, que a gente vive isso aí dia-a-dia, não precisava existir”.

ROSA considera sua realidade compatível com a que imaginava. Desejava ser boa médica, trabalhar em locais e atividades de que gostasse. Acreditava que, como consequência natural de um trabalho bem realizado, com o tempo, conseguiria adquirir bens materiais. Alcançou o que desejava: “Não pensava como seria. Sabia que ia ser médica (...). O que eu previ, aconteceu: ter um hospital para trabalhar e trabalhar naquilo que eu gostava. E estou muito contente com isso”.

É gozado, porque esses objetos de consumo, para mim, isso aí, ia ser uma consequência natural... Era uma coisa que viria naturalmente. Veio, sem *stress*. É gozado, além do quê, dinheiro não me estressa porque eu nunca dei o passo maior do que a perna. Você vê as pessoas aí reclamando, falando que estão no cheque especial. - “Pô!”. Não dê o passo maior do que a perna, que nada acontece”.

Relata que a medicina ocupa a maior dimensão de sua vida.

A medicina é a minha vida (...) é uma coisa bela (...) é um trabalho muito bonito. Te dá um retorno imediato na medida que tu estás fazendo aquilo ali (...). Eu acho que se eu parasse de trabalhar, não sei o que ia fazer da minha vida não. Adoro. É uma coisa assim, que às vezes, chega fim de semana, quando está chovendo, eu acordo: - “Ai, ‘que saco’!, O quê que eu vou fazer (...)”. Às vezes, quando está dia bonito, pegar o barco e velejar, tudo bem. Mas se está chovendo, ficar em casa, fazer o quê? Então, dia de chuva: - “Já pensou que legal agora uma cirurgiazinha?”. Um sábado á tarde, uma cirurgia, eu adoro.

Prefere atender pacientes carentes. Gosta de trabalhar em hospital, por ser um ambiente dinâmico, com maior resolutividade, integração da equipe de

profissionais, e por ser um local que propicie a transmissão de seus conhecimentos: “Adoro meus pacientes (...) pobres. Também são todos SUS. Até comprei uma sala, uma vez. Ficou seis anos fechada num prédio novinho. Nunca usei. Não gosto. Eu gosto dessa coisa de hospital (...). Tu resolves tudo em três dias, é muito gostoso. Tu conversas com um colega, com outro, discutes um assunto. Aí, é o residente que vem te perguntar, te perturbar, o que pode, o que não pode”.

Sente prazer em operar. Teve “Síndrome do Pânico”, iniciada no período da faculdade, que limitou várias dimensões da sua vida. A única dimensão não afetada foi a profissional.

Adoro cirurgia do trauma. Quando eu dava sobreaviso, aqueles abdomens hemorrágicos, eu adoro. Adoro quando você vai abrir a barriga e não sabe o que tem. Acho fantástico. Não me estressa. Apesar de eu ter “Síndrome do Pânico” iniciada há muitos anos já, e ter tido que parar muitas coisas (...). A minha vida ficou desse tamanhozinho (...). Praticamente parei a minha vida... Não viajo (...). Mas é gozado que a profissão eu não parei (...) graças a Deus, eu entrava no centro cirúrgico, às vezes, eu não estava legal, começava a operar, passava tudo. Isso foi fantástico, não prejudicou esse lado. Para mim, seria a morte.

Entrosa-se bem com a equipe de saúde, sentindo-se muito bem nos locais onde atua. O único ponto que considera desgastante é a competição individual por parte de um médico em relação a ela, que inclusive tem atitudes antiéticas, não só em relação a ela, mas também aos colegas. No restante, considera-se plenamente satisfeita em sua atuação profissional.

O que ele (o colega) puder fazer para eu não crescer, ele faz qualquer negócio. Mas eu tenho um relacionamento maravilhoso com todos os anestesistas, com todos os funcionários do centro cirúrgico (...). Mas é impressionante o que ele faz! Mas eu não dou bola. Eu faço as minhas cirurgias, me dou bem com todo mundo. Nem com ele, eu nunca briguei. Ele sempre tentou de todas as formas (...). Isso aí é uma coisa que me chateia no dia-a-dia. De vez em quando, tu te lembras ou alguém te fala alguma coisa.

Esclarece que existe harmonia entre a sua vida profissional e a pessoal, e é isto que lhe dá o sentimento de realização e satisfação de forma global.

Não tem expectativas imediatas quanto ao futuro, mas se tivesse condições financeiras suficientes, teria como sonho construir um hospital: “Se tivesse dinheiro suficiente (...) sempre foi um sonho (...) construir um hospital, uma clínica grande

para atender as pessoas carentes (...). Fazer uma parte que as pessoas pagassem. Uma cobriria a outra. Eu acho que isso aí ia ser fantástico”.

ALEGRIA

Para ALEGRIA, ser médico é melhorar o estado emocional das pessoas. É fazer um bom contato com o paciente e ter o poder de ajudar o próximo.

ALEGRIA considera sua realidade melhor do que a que imaginava. Desejava ter o poder de ajudar as pessoas através da medicina e não vislumbrava tornar-se rica. Sente-se poderosa para efetivamente ajudar as pessoas, tem prestígio e retorno financeiro maior do que imaginava.

Está satisfeita com a profissão e com a especialidade que escolheu.

Medicina é ajudar os outros com poder. É a mais poderosa dentro das profissões. Eu sou poderosa. Eu não escolheria enfermagem, sem querer menosprezar, porque eu sou poderosa. Queria tocar no coração das pessoas, dentro das profissões mais poderosas (...). Eu nunca fui ambiciosa de dinheiro. Eu sempre fui ambiciosa de poder. Eu queria ser boa, crescer profissionalmente (...). Então, é automático, o poder é uma coisa inerente minha. Eu nunca busquei (...) hoje a minha clínica é de uma que falou para a outra. E é isso, se for boa, vai dar certo.

Medicina para mim, é fazer o que eu faço, que é pegar uma pessoa que está bem emocionalmente e deixar ela melhor. Aquela coisa que está incomodando, ela vai resolver. Então, eu realmente consigo dar felicidade (...). Como profissão, é o que gosto, é relaxante, agradável. É diversão, momentos bons... Estou num momento de satisfação pessoal muito boa (...). Totalmente satisfeita (...) nunca desejei ser outra coisa.

Hoje, a medicina para mim, me dá dinheiro (...). Me dá muito mais do que eu esperava. Até me assusto. Eu posso, posso, posso (...). Eu nunca imaginei. Aconteceu. Hoje ela me dá dinheiro, mas além disso é gostosa (...). Dei sorte de gostar de uma especialidade que hoje ganha bem, pois no momento da escolha, não levei isto em consideração.

Ressalta a importância de fazer boa triagem dos pacientes que vai operar, porque muitas vezes o problema é mais psicológico e, nesses casos, a cirurgia não vai surtir o efeito desejado. Acha que o médico deve abordar o paciente de forma holística, para saber o quanto poderá ajudá-lo. Por isto, controla o número de cirurgias que faz e dispõe bastante de seu tempo para fazer as consultas, que considera sua maior causa de desgaste e *stress*.

Minha consulta é de uma hora, uma hora e meia. Então, eu vivo rouca, vivo atrasada no consultório, porque não dá. A grande maioria das pacientes consulta uma vez e se opera, e você tem que descobrir qual é a motivação. Eu pergunto como está a situação emocional na minha anamnese. Daí que vem. Eu explico tudo o que vai acontecer. Então, é muito desgastante. A consulta me desgasta muito mais que a cirurgia. Muito mais. E é na cirurgia que eu ganho. Mas é aquela coisa: se eu não triei bem, não selecionei bem, além do trabalho que eu vou ter em lidar com isso, ela não vai ficar satisfeita.

Comenta que o médico tem tido boa formação técnica, mas a faculdade de medicina faz o estudante de medicina acreditar que é melhor do que os outros e não os prepara para lidar com a morte, nem para receber apoio psicológico ou oferecê-lo ao paciente.

Eu acho um absurdo o que fazem com a gente na faculdade de medicina. Eles criam a gente assim: - "Médico não pode comer, médico não tem fome, médico não tem dor, médico não fica doente". Quantos pacientes falam: - "Mas médico também fica doente?". (...) eu fiz cirurgia geral, fiz cirurgia plástica, que é profissão de homem, especialidades de homem. Então, a mulher não pode ter cólicas, porque se tiver cólicas: - "Ah, mulher, né?". Então, eu sou uma pessoa que com dezoito anos, eu rompi um cisto de ovário, tive hemorragia, tomei sangue e sete dias depois eu estava virando noite para fazer prova. Então, eu passei batido a minha vida. Anos que nem um trator e não tenho dúvidas que médico é prepotente (...) a gente é criado para isso.

O médico sabe lidar com a morte? Não sabe. O paciente terminal é abandonado. O médico faz oncologia, eu tenho um residente que está fazendo oncologia no Rio. Eu perguntei: - "Vocês têm algum apoio psicológico?". Não, nenhum. É paciente que morre, paciente que morre, paciente que morre. O quê é que ele vai fazer se não tem preparo? Endurece diante da vida (...). Médico mal fala com o paciente, com raras exceções. Os professores que ensinaram a gente a tocar no paciente e a chamar o paciente pelo nome, ao invés da doença, foram poucos. Tanto é que cada um de nós tem um professor desses em mente. Eu acho que isso é o mais importante no médico. Está mais que provado. Se tiver essa parte, a gente consegue curar muito mais do que com medicamento... O cirurgião é muito "fazer". O cirurgião, a princípio, não tem que conversar com o paciente. Ele está com uma úlcera, tirar estômago, ele tira o estômago. A princípio, o cirurgião é o pior de todos nesse sentido e eu aprendi sozinha e por formação familiar, a importância de dar atenção. Eu já fui doente, eu sempre tive isso em mente, de me colocar no lugar do paciente.

Lembra-se com certo ressentimento de momentos que vivenciou como doente, ou filha de pais doentes. Em sua atuação junto aos residentes, tenta passar para eles a importância de um contato bem feito com os pacientes e de ter mais humildade.

Eu já fui doente, já levei mãe no médico, pai no médico e é horrível. A gente é muito maltratada desde a secretária na recepção do consultório, que mal te olha na cara, até o próprio médico que não dá a atenção devida. É difícil marcar horário, é difícil falar com o médico (...). Meu pai teve câncer de próstata e no consultório de um professor famoso, a secretária mal nos olhou. Eu falei: - "Querida, custa você olhar para a gente?". (...) você fica doente, é fila, é meter uma agulha na gente sem avisar...

O que eu digo para os que estão em formação, é para tentar afastar aquele negócio de robô. Tento ensinar a ser mais humano, a chamar pelo nome, se apresentar (...). O que eu tento passar para o residente é isso: que médico não é melhor que ninguém, muito pelo contrário, a gente perde muito em termos (...) de emoção. Achando que a gente é melhor, a gente perde muito.

Deseja manter o que faz, buscando sempre harmonia entre trabalho e boa qualidade de vida. Se tivesse condições financeiras suficientes continuaria a fazer o que faz, sem preocupação com o futuro.

5.3. O GRUPO DOS CLÍNICOS

O grupo dos clínicos está composto por cinco sujeitos: JOÃO, MOITA e FELISBERTO, do sexo masculino; BEIJA-FLOR-F e AMOR-PERFEITO, do sexo feminino.

JOÃO é casado, tem quarenta e sete anos de idade, dezenove de formado, e atua como médico em consultório (nove horas por dia).

MOITA é casado, tem quarenta e um anos de idade, dezoito de formado, e atua como médico em serviço público (quatro horas por dia e cinco a seis plantões por mês), empresa privada (quatro horas por dia), consultório (uma hora por dia) e cargo administrativo (uma hora por dia).

FELISBERTO é casado, tem quarenta e seis anos de idade, vinte e um de formado, e atua em consultório (oito horas por dia).

BEIJA-FLOR-F é casada, tem quarenta e seis anos de idade, vinte e um de formada, e atua como médica em hospital público (quatro horas por dia e três a quatro plantões por mês), consultório (duas horas por dia), atendimento domiciliar (quatro horas por dia) e atendimento de urgências (três vezes por mês).

AMOR-PERFEITO é casada, tem quarenta e cinco anos de idade, dezenove de formada, e atua como médica e professora em Instituição pública de ensino (oito horas por dia e dois plantões por mês).

5.3.1 Revendo o Passado

FELISBERTO e MOITA desejavam ser médicos desde a infância, incorporando em suas brincadeiras o papel de médico. FELISBERTO tinha um parente farmacêutico e MOITA recebeu reforço deste desejo, pelo médico que cuidava de sua família e também de uma tia. Para JOÃO, apesar de o desejo ter emergido em sua infância de forma remota, só após os dezenove anos de idade, iniciou-se o movimento para concretizá-lo. Recebeu incentivo de familiares e de um médico que atuava no local onde trabalhava. BEIJA-FLOR-F pensou na possibilidade de fazer medicina, de forma passageira, aos quinze anos de idade, ao assistir uma palestra sobre câncer de mama. Nessa época, seu maior desejo profissional era ser engenheira. Só voltou a desejar fazer medicina, no fim do primeiro semestre do cursinho pré-vestibular (para engenharia), quando sua avó faleceu de câncer. AMOR-PERFEITO tinha o pai como modelo de médico e começou a desejar fazer medicina a partir da adolescência. FELISBERTO, MOITA e BEIJA-FLOR-F optaram por medicina no primeiro vestibular. AMOR-PERFEITO optou primeiro pela faculdade de bioquímica, por gostar de biologia e química, mas não se adaptou e, no terceiro ano deste curso, iniciou a faculdade de medicina. JOÃO serviu na base aérea, recuperou três anos de estudo através de curso supletivo e licenciou-se como professor, em paralelo ao vestibular para medicina.

FELISBERTO, MOITA e AMOR-PERFEITO sempre sentiram maior afinidade pela área clínica, não tendo dúvidas quanto a essa opção. BEIJA-FLOR-F acompanhou os serviços de saúde pública e psiquiatria e optou por residência médica em clínica médica. JOÃO já tinha dois empregos como clínico ao se formar e apesar de ter interesse em cardiologia, não quis abandonar seus empregos para dedicar-se a uma especialização.

MOITA, BEIJA-FLOR-F e AMOR-PERFEITO formaram-se e fizeram residência em clínica na cidade onde moravam. MOITA trabalhou algum tempo em

sua cidade e depois se mudou. BEIJA-FLOR-F e AMOR-PERFEITO começaram a atuar na cidade onde moram atualmente. Posteriormente, BEIJA-FLOR-F fez outros cursos de especialização em outras cidades. FELISBERTO e JOÃO formaram-se na cidade onde atuam e fizeram especialização, ao invés de residência médica.

Nas quatro páginas que se seguem, apresento, de forma mais detalhada, em "Quadros", o processo de construção individual, no passado, do grupo de clínicos. Após, descrevo o presente.

João, na infância, fantasiava ser padre ou maquinista, por gostar de observar esse tipo de trabalhador.

Eu gostava de ser maquinista, de trabalhar no guindaste que tinha lá perto de casa (...) eu ficava horas olhando aquele homem trabalhando lá. Depois, quis ser padre (...).

Mais tarde, pensou em ser músico, por afinidade e habilidade. O desejo mais forte de fazer medicina apareceu quando foi trabalhar na base aérea: "Então, depois é que me ocorria a idéia de medicina, mas achava aquilo uma coisa muito distante, difícil".

Moita, na infância, fantasiava ser bombeiro ou motorista. Nessa época, também brincava de médico. Foi estimulado pelo médico da sua família quanto à opção. Aos doze anos de idade, ganhou de sua tia um livro sobre a história da medicina e, a partir daí, definiu-se pela medicina.

Quando eu tinha doze anos (...) eu já estava convicto de ser médico. Uma tia minha me deu de presente um livro, que eu tenho até hoje, de história da medicina, e aquele livro me fascinou muito (...) já em função de uma certa tendência, interesse (...). Ela já via que eu gostava, tinha aqueles estojinhos de médico, brincava (...).

Eu tinha o médico de família. Era (...) uma figura espetacular (...). Toda vez que a gente ia ao médico (...) ele dizia: - "Quer dizer que ele quer ser médico?" Aí, ele começou a me incentivar (...) e eu me identifiquei muito com aquele ideal na minha cabeça.

Felisberto desejou ser médico desde criança e, nessa época, suas brincadeiras já eram direcionadas para a medicina. Seu avô era farmacêutico e o incentivava: "Meu avô era farmacêutico e a gente brincava de médico (...). Desde criança eu brincava de médico. Inclusive, sete de setembro eu desfilava de médico".

Beija-Flor-F fantasiava ser economista, seguindo o modelo de seu pai, e depois atriz, estimulada por sua mãe. Pensou pela primeira vez, de forma passageira, em ser médica, aos quinze anos de idade, ao assistir uma palestra sobre câncer de mama. Entretanto, nessa época, tinha maior desejo de ser engenheira por ter bom desempenho escolar em matemática e química. Voltou a desejar ser médica no segundo semestre do cursinho pré-vestibular, após falecimento de sua avó, por câncer.

Amor-Perfeito tinha o pai como modelo de médico, que foi sua maior influência para o desejo de ser médica na adolescência. Além disso, acreditava que o fato de ser médica seria importante para ter segurança quanto à assistência médica.

Quando o pai ama muito uma profissão, o filho acaba querendo ter aquela profissão. Além do meio, na adolescência, na "pós-adolescência" pensei que, sendo médica, teria a segurança de um bom atendimento. Tipo: - "Depois o pai morre: como é que eu vou ser atendida pelo médico?". (...) tinha essa história do medo de não saber quem procurar, do medo de não ser bem atendida pelo médico, de fazer medicina por causa disso. E lógico, junto com isso, a criação.

João serviu na base aérea como soldado. Lá, foi designado para trabalhar como datilógrafo no posto médico e motivou-se pela medicina. Decidiu que seria médico e recebeu incentivo de sua irmã e do médico que trabalhava neste local. Fez supletivo, tornou-se professor e começou a dar aulas, em paralelo ao vestibular para medicina.

A minha vida se divide em duas partes: antes da base aérea e depois, quando eu fui servir. Eu larguei o violão e comecei a me dedicar ao estudo mesmo (...). Foi uma virada (...). Eu tinha dezenove anos (...) fui servir na base aérea como soldado (...). Lá, eu trabalhei no posto médico e acho que sofri influência das pessoas com quem eu trabalhava. Trabalhei com médicos, bioquímicos (...). Nosso trabalho lá era fazer limpeza, tudo. Mas aquilo eu acho que, lá no íntimo, eu acho que a gente é um pouco vaidoso e achava que poderia fazer até melhor do que eles (...).

Eu fiz o vestibular para bioquímica. Eu achei que não ia ter condições, sem fazer cursinho (...), de passar na medicina. Aí, quando cheguei lá na base aérea, o médico que era chefe disse: - "Não, tu vais fazer para medicina" (...). Minha irmã em casa disse a mesma coisa (...). Ela foi uma mãe para mim e aquele médico também me ajudou (...). Foi um pai para mim.

Moita inscreveu-se no vestibular para medicina, apesar de ter tido dúvida passageira na hora, se optaria por biologia. Pensava naquela época de forma idealista, em tornar-se basicamente um médico que faria só consultório.

Felisberto não teve dúvidas quanto à opção por medicina.

Beija-Flor-F desejava fazer engenharia e cursou o primeiro semestre do curso pré-vestibular para engenharia. Porém, decidiu mudar para medicina no segundo semestre.

No terceiro ano, entrei para o cursinho de engenharia (...). Eu gostava muito de matemática. Adorava... O que eu menos sabia era biologia (...). Daí, no segundo semestre foi que eu passei par a medicina. Eu não lembro porque houve essa mudança... eu tenho que fazer uma regressão para descobrir. Agora, uma coisa aconteceu nessa época, eu me lembro. A minha avó adoeceu. Foi descoberto (...) - quando ela descobriu já estava em estágio avançado - um câncer de mama (...) e ela morreu em pouco tempo (...). Eu era muito ligada a ela. Ela durou muito pouco tempo. E ela, realmente, adoeceu no primeiro semestre e no segundo eu mudei. Então, talvez tenha sido por aí... É o único dado que eu me lembro que pode ter mexido comigo.

Amor-Perfeito optou por bioquímica, no primeiro vestibular, por afinidade com química e biologia, e considera, atualmente, que provavelmente, também, pela maior facilidade de êxito no vestibular. Não se adaptou e fez o vestibular para medicina.

O primeiro vestibular que eu fiz, foi para bioquímica. O pai diz que é porque eu tinha medo de não passar (...). Não deixa de ser medo, porque o vestibular para medicina sempre foi mais difícil. E a pressão familiar. A minha irmã estudava medicina e, sempre, (...) "ela era inteligente" e você tem aquele medo: - "De repente, eu faço a medicina e rodo e eu sou a burra". Eu acho que esse foi um dos motivos. Adorava química e adorava biologia, então achava que ia gostar de fazer bioquímica.

Fiz o básico e aí, quando chegou no terceiro ano, que entrou na farmácia, odiei. Aí pensei: - "Não nasci para isso". Aí, fiz vestibular para medicina (...). Quando fiz vestibular para medicina, fiz escondido de todo mundo. Só a minha mãe e o meu marido sabiam. Meu pai não sabia. Medo de rodar, para o pai. No fundo, era isso.

Ao optar por medicina, **João** queria ser cirurgião e não imaginava como seria sua realidade depois de formado: "Bem no início, eu acho que queria ser cirurgião, porque eu imaginava na medicina (...) que médico tem que operar".

Em seguida, pensou em se tornar psiquiatra, porém, desistiu ao cursar a disciplina de psiquiatria.

Mas logo que eu fui para a faculdade, eu me interessei, assim, por Freud e pensei em psiquiatria (...). A primeira vez que eu visitei um hospital psiquiátrico, parecia que eu estava num pesadelo, num sonho terrível (...) ali, me desmoronou o meu sonho (...) foi a maior decepção da minha vida (...). É um filme de terror (...) quando termina é um alívio (...) aí já não sabia mais o que ia fazer...

Na sexta fase, interessou-se por cardiologia, porque seu pai havia tido um infarto agudo do miocárdio.

Ao optar por medicina **Moita** tinha a imagem do médico de família, atendendo no consultório. Sempre se identificou com visão clínica e recebeu orientações neste sentido, do médico de sua família (modelo).

Ele era um médico (...) ele tinha uma visão meio integral, holística e isso me marcou bastante (...). Eu acho que eu não seria um bom especialista porque eu não gosto de focar só num determinado aspecto.

Mesmo durante a faculdade, não pensava na realidade, no dia-a-dia, da profissão: "Mesmo na época de faculdade, era uma coisa muito idealista".

Felisberto procurou outras abordagens na medicina, além da formação tradicional. Acompanhou, a partir da segunda fase, um médico do interior com visão generalista, durante as férias.

A clínica sempre foi o que eu mais gostei (...). Comecei a sentir que a medicina era muito mais fácil quando se tinha mais armas terapêuticas. Então, eu não tenho preconceitos, a medicina é uma só.

Ao optar por medicina, **Beija-Flor-F** desejava em princípio descobrir a cura do câncer. Durante a faculdade participou de projetos de comunidade e de bairro junto à saúde pública e acompanhou a psiquiatria, objetivando uma abordagem mais global da assistência. Não se identificou com a visão da maioria de seus colegas de turma. Precisou solicitar empréstimo de crédito educativo e trabalhou, em paralelo ao curso, para pagá-lo.

Estudei numa escola particular, cheia de filho de papai, que tinha muita riqueza. E eu era bolsista, tinha crédito educacional e trabalhava para me sustentar (...). Eles pensavam muito diferente de mim (...). Não participei nem da formatura coletiva porque não acreditava. Turma... Filho de papai mesmo.

Eu sempre pensei em trabalhar e eu trabalhava de forma diferente (...). Saúde Pública e Psiquiatria foram as experiências que eu mais tinha (...) e de sindicato.

Amor-Perfeito acompanhou vários serviços, identificando-se com a visão clínica.

João optou por ser clínico, depois de formar-se, por já ter empregos como tal e por não ter disponibilidade de tempo para fazer residência em cardiologia.

Moita fez residência em clínica e, em paralelo, foi contratado para atuar em serviço público, no setor de emergência, na cidade onde se formou. Este primeiro emprego representou uma experiência bastante difícil.

Me lotaram na periferia (...) num posto de urgência (...): - "O que eu tinha que fazer?". - "Eu tinha que dar um pronto atendimento que englobava a consulta médica, sutura em condições horríveis porque não tinha material adequado, tinha que sair de ambulância para fazer atendimento de urgência, tinha que imobilizar o paciente e encaminhar". Então, essa foi a minha realidade durante três anos. Foi um *stress* muito grande porque eu, psicologicamente, não estava preparado. Como nenhum médico que atuava estava (...). Eu posso dizer que eu vivi um Vietnam (...) cheguei a apanhar de doente (...) cheguei a ser ameaçado (...): - "Mas porque você se sujeitou?". - "Porque era o único emprego que eu tinha". Era uma segurança (...) já cedo (...). Foi uma coisa muito espinhosa, violenta, bruta, mas cresci. Me acrescentou profissionalmente e como pessoa também.

Depois, mudou-se de cidade, continuou trabalhando em emergência e, em seguida começou a trabalhar em Unidade de Terapia Intensiva (UTI), consultório e empresa privada.

Então, eu vim para cá, achei um paraíso (...). Eu fui trabalhar em Emergência. E a emergência, depois de um tempo, satura e a única forma de eu sair da emergência foi eu ter sido puxado para a UTI.. Mas, a UTI tem uma singularidade, o intensivista continua tendo uma visão geral, só que dentro de um universo de doenças graves (...).

Amor-Perfeito fez residência em clínica médica e, posteriormente, começou a trabalhar como clínica em serviço público nos setores de emergência e Unidade de Terapia Intensiva. Mais tarde, iniciou carreira como professora e aperfeiçoou-se através do mestrado.

Felisberto fez dois cursos de especialização, sendo um de acupuntura, e começou a clinicar em consultório e como voluntário em serviço público.

Beija-Flor-F fez residência em clínica geral na cidade onde se formou e depois se mudou para outra cidade. Teve dificuldade inicial para começar a exercer a profissão. Então, eu tive muita dificuldade aqui, porque eu vim de fora, não fiz formação aqui. Então, os outros... pensamento: -"Desconhecido, nordestina, mulher, baixinha, clínica geral, ou seja, 'nada'". Depois, atuou como clínica em hospital público. Viajou para outra cidade, onde se aprofundou em uma área clínica, através de curso de especialização.

Eu não estava satisfeita com o meu tipo de atuação (...) os meus resultados não estavam me satisfazendo (...). Mas, ao mesmo tempo, não queria mudar para nenhuma especialidade (...). Estava me sentindo medíocre, péssima. E o meu questionamento seria o seguinte: -"Abandonar a medicina? Deixar de ser médica? (...)" eu queria aprender mais. E aí, eu saí daqui (...). Foi muito bom. Particpei de muitas pesquisas lá (...). Então, foi uma fase que eu entrei numa crise e saí muito bem. Como sempre, se a gente mergulha, a gente sai bem. Só é preciso ter coragem.

Voltou e trabalhou em área de gerenciamento de saúde. Foi para outra cidade para especializar-se em mais uma área clínica na qual já estava atuando.

Lá, eu tive contato com um professor (...) que me introduziu aquela imagem diferente do que é uma pessoa, do que é a doença. Pela primeira vez, dezoito anos de formada em medicina, eu comecei a aprender a atender um ser humano (...) comecei a estudar mais sobre as pessoas e foi muito bom.

Ao voltar, começou a fazer atendimento em diversos locais: emergência, domicílio do paciente, ambulatório e consultório.

5.3.2 Repensando o Presente

JOÃO

Para JOÃO, ser médico é ver resolvido o problema do paciente: não só curar, mas também confortar. É estar constantemente atualizado. É ter um relacionamento mais amplo e também orientar para práticas de vida saudáveis. É ter equilíbrio emocional e espiritual e, entre o trabalho e o repouso.

JOÃO está satisfeito com sua profissão, por sentir-se competente e ter afinidade com o que faz. Sente-se realizado por ter bons resultados com seu trabalho e por ver seu trabalho reconhecido.

Ocasionalmente, angustia-se com a dificuldade de selecionar as informações que chegam a cada dia, em quantidade e velocidade cada vez maiores.

Pondera ainda que, apesar de recomendar hábitos saudáveis, tem tido pouco tempo para praticá-los e que tem dedicado pouco tempo a si mesmo e a sua família. Mas, atualmente, tem prestado mais atenção a esse fato e, há seis meses, tem começado a preocupar-se mais com sua qualidade de vida, para manter o equilíbrio entre sua vida dentro e fora do trabalho.

Deseja ainda continuar a clinicar, divulgar mais as informações médicas para ajudar a população e continuar preocupando-se com sua qualidade de vida.

Se tivesse condições financeiras suficientes, teria como sonho investir em algo não relacionado com a medicina e que garantisse o futuro.

MOITA

Para MOITA, ser médico é completar-se. É uma troca entre os universos individuais das pessoas. É ter empatia e “poder entrar em uma dimensão que é a do ser humano”. É servir de instrumento de ajuda a outras pessoas, tendo uma visão global, não se restringindo ao conhecimento técnico. É ter sempre uma reflexão sobre a vida e o que significa o sofrimento. É estudar, manter-se atualizado, selecionando a informação. É trabalhar em equipe no grupo e junto a outros profissionais.

MOITA considera sua realidade mais próxima daquela que imaginou, mas ainda não é a ideal. Ao sair da faculdade e da residência, achava que seria mais

fácil alcançá-la, mas passou por um período de muito sofrimento, ao iniciar sua prática como profissional: No início, você tinha uma imagem bonita de um ideal, o que seria o seu dia-a-dia (...). Os primeiros três anos da profissão foram muito duros (...) eu não imaginava que, profissionalmente, eu ia passar por uma experiência como aquela...”.

Como eu tinha aquela idéia do modelo do médico de família, você calmamente no teu consultório, fazendo uma consulta, então até eu chegar nisso demorou (...). Eu diria que de 1990 para cá, minha realidade tem se aproximado da que eu imaginava, mas ainda tenho que trabalhar bastante (...). Mas foram quase vinte anos. (...) trabalho em cinco lugares, com razoáveis condições de trabalho (...). Hoje, eu tenho um consultório, uma clientela que foi conquistada. Trabalho numa clínica que faço um bom trabalho, trabalho numa UTI, que eu não imaginava fazer, mas que acabei fazendo e gosto (...). Na UTI, comparado ao que eu ouço falar nos outros locais do país, aqui está razoável. Não é o ideal, mas está razoável porque não é caótico (...). Então, é uma realidade que se aproxima mais daquilo que eu pensei.

Dá-se por satisfeito com seu trabalho.

Eu adoro ser médico (...). É uma coisa que realmente me dá prazer em efetuar a profissão (...). A profissão me satisfaz bastante pela coisa do auxiliar. Isso me satisfaz a ponto de ver que você está cansado, depois de um plantão, ou não acorda legal, não está disposto a atender, mas à medida que você começa a atender, vai mudando. A tua disposição melhora pela própria interação com o indivíduo que está na tua frente. Então, isso dá uma satisfação muito grande... Tanto é que para mim seria muito difícil suportar essa carga grande de trabalho. Tem dias que eu emendo trinta e seis horas, se fosse algo muito penoso, eu realmente não suportaria, estaria batendo pino há muito tempo. Mas como é uma coisa que me dá realmente prazer, eu gosto de fazer (...) tenho conseguido levar bem isso.

Também se sente gratificado com o fato de estar mais envolvido politicamente no gerenciamento da saúde: “Ainda tenho outra satisfação, que é do lado administrativo que eu nunca imaginei...É difícil, mas estou satisfeito... Você tem que ter um aspecto político. Isso envolve diálogo, conversação, muito diálogo. Demanda muito mais tempo, mais trabalho”.

Apesar de estar satisfeito com a profissão, considera excessiva a sua carga de trabalho.

Só não tenho satisfação no aspecto da carga (...) gostaria de trabalhar menos. Eu trabalho muito (...). Eu estou numa fase que, como eu ando com muita atividade, eu ando realmente cansado (...). Hoje, trabalho em cinco lugares, sendo um provisório, em que eu ainda vou trabalhar não sei quanto tempo. Gostaria de trabalhar só em

dois. Na minha idéia, o que seria ideal? Um serviço público e um privado. Se dedicar àquilo com mais tranqüilidade. Gostaria de trabalhar em menos lugares. Ainda não tenho condições de diminuir porque eu tenho uma família numerosa (...). Eu não quero dar luxo, mas quero dar um mínimo para que eles tenham um encaminhamento na vida deles, de educação, principalmente. (...) vou tentar trabalhar para racionalizar a questão da carga de trabalho. Pela questão da qualidade de vida.

Comenta que a prática da medicina exige um exercício de reflexão muito grande: o diagnóstico, a terapêutica, o significado da vida e do sofrimento.

Refere que o profissional médico tem que ter uma visão mais global do ser humano e da vida, e menciona que a faculdade deveria abordar, além da parte técnica, a parte psicológica, filosófica, de administração e de outros conhecimentos gerais. Pondera que o profissional do futuro vai precisar ter várias capacitações e habilidades.

Adverte sobre a importância que tem a forma de comunicação para a relação médico-paciente: "Porque a informação, a palavra, pode tanto acabar com o sujeito, como colocar lá em cima. Nós como médicos, a maior iatrogenia que fazemos é com a palavra, quando a gente sugestiona o paciente para o lado negativo. A gente vê na questão da relação médico-paciente. Já estão estudando até o efeito 'nocebo'. Já tem o placebo, que é bom, e o 'nocebo', que é nocivo realmente".

Reflete sobre a necessidade do profissional médico trabalhar em equipe, não só junto a outros colegas, mas também junto a outros profissionais: "A gente não tem o hábito de trabalhar com outros profissionais em equipe realmente. E o médico ainda tem muito aquela visão do pedestal, de estar acima dos outros profissionais (...). Eu acho que, hoje, isso é fundamental na área da saúde".

Em termos de atuação, tem se questionado mais sobre as formas ideais de disseminação de informação, tanto para médicos e membros da equipe da saúde, visando a sua atualização, como para a população em geral, visando a promoção da saúde: "Como disseminar a informação de forma mais ampla é o que eu tenho pensado. Como podemos mudar a nossa prática e como podemos ajudar os colegas a mudar a sua prática?".

Promoção de saúde é informar. Como vamos nos habilitar para otimizar isso aí? Essa é uma das minhas preocupações hoje (...). Como iniciar esse processo? (...) precisamos mudar o paradigma de um sistema médico reparativo - você espera o

cara adoecer para reparar os danos - por um sistema preventivo. Como fazer isso? (...) porque nós, a sociedade vai nos crucificar, nos acusar de estarmos sendo omissos se nós não fizemos isso. Porque na verdade, ganhamos dinheiro com a doença do paciente (...). Hoje, como a prática tradicional não é essa, aparentemente pode ser uma coisa muito pequena, mas pode se ampliar (...). Do ponto de vista nosso, eticamente, como você vai aceitar que um médico continue a ganhar dinheiro só com o dinheiro da consulta, mas não fez nada para que o paciente não adoecesse?

Acha que o médico deveria envolver-se mais com a política de saúde, visando melhorar o sistema.

(...) talvez, se a gente deixar, (o sistema de saúde) vá em direção ao caos. Porque a gente não pode colocar toda a culpa nos gestores e a gente lavar as mãos. A gente tem uma parcela de culpa nisso, se omitindo (...). Nós precisamos participar mais nesta questão de gerenciamento, participar opinando, criticando (...) no sentido de criticar, justificar e dar sugestões, dar um caminho (...). Atirar a pedra é fácil, ser vidraça é difícil, mas uma hora você tem que ser a vidraça também. Aí, você vai sentir o que é gerenciar, administrar. E muitas vezes, nós ficamos na posição cômoda de só atirar pedra.

Apesar do “achamento” salarial progressivo do emprego público, tem alguma esperança que chegará a hora em que essa realidade mudará e as coisas começarão a melhorar.

(...) Mas eu não acho que o serviço público vá ser “sucateado” eternamente, mesmo porque a sociedade está mudando (...). No Brasil, as pessoas vagorosamente estão se conscientizando dos seus direitos e deveres (...). Como eu pago imposto, tem que ter retorno. A sociedade já começa a cobrar. Então, eu sinto que não vai deteriorar eternamente (...). Na verdade, eu pago escola particular e plano de saúde, mas não precisaria. Segurança pública não precisaria. Vai chegar um momento, vai voltar. E a reboque vem a questão financeira (...). A gente está sendo muito achatado. Vivia numa cultura inflacionária (...) agora todo mundo tem que se ajustar... Hoje, a gente vive um momento em que a economia ainda está se acomodando e a gente é obrigado (...) a se virar com aquilo ali. Isso em todas as esferas (...) todo mundo tem que se administrar com aquilo ali. E isso é um período de sofrimento coletivo (...). Todos em situação difícil (...). Eu acho que ainda vem mais dor por aí. Essa fase de reajuste ainda não acabou. O médico nisso ainda vai sofrer...

Acredita que se a medicina continuar centrada no sistema reparativo, os custos com a tecnologia e os custos hospitalares se tornarão cada vez maiores e os gastos com honorários cada vez menores, havendo prejuízo para os médicos e para a saúde da população.

A perspectiva é sombria, porque se nós continuarmos nesse paradigma da medicina reparativa, estamos todos "ralados". Porque é um sistema (...) extremamente caro, seja a nível público, seja ao nível de sistema suplementar de saúde. O SUS já faliu, o sistema de Previdência já faliu, e a bola da vez é o sistema suplementar e a medicina de grupo. Tanto é que o que aconteceu? Nos Estados Unidos, o tal do *managed care* foi uma maneira de eles segurarem a despesa porque o custo... eles ganham aonde? Tem "nego" explorando o médico (...).

O custo da assistência médica está subindo por causa da alta tecnologia (...). Hoje uma conta de hospital, o maior custo é medicamento, material e diária. E o honorário médico é o mínimo. A realidade acena para uma consulta a nível mundial de dez dólares. (...) o paradigma tem que mudar para que se diminua a utilização da alta tecnologia e poder sobrar dinheiro para aumentar o salário. O pessoal já percebeu isso aí. Então, vai se começar a trabalhar a questão da prevenção, não por uma razão (...) mas pelo custo.

A indústria lança um aparelho novo e cria a necessidade para aquilo. É perverso o negócio. É feroz a indústria de equipamento médico. E os equipamentos, o cara que compra aquilo ali, anos depois é obrigado a comprar outro porque se tornou obsoleto (...). Vai se criando a necessidade e obviamente o custo vai subindo cada vez mais (...). Tem que achar uma maneira de reduzir a utilização dessa parafernália toda. Só se faz isso promovendo a saúde.

Enfatiza, ainda, o problema do mercado de trabalho médico, porque as universidades têm formado médicos em quantidade desproporcional às necessidades do mercado e, muitas vezes, sem qualificação.

Eu vejo que o horizonte do médico, no futuro, se não mudar essa concepção, é sombrio. Porque as escolas médicas no Brasil continuam jogando cada vez mais profissionais no mercado de trabalho e isso aqui é diferente do Canadá. Lá, o número de vagas nas escolas de medicina é regulado conforme a necessidade do país, e aqui não. Aqui, há cem a duzentas vagas no Estado todo. O mercado não absorve isso tudo. Então vai jogando, vai jogando, vai jogando e mal formados.

Recomenda que os formandos atentem mais para a questão da humanização, porque a faculdade tem tido maior preocupação com a parte técnica, e o médico pode incorrer no risco de fazer um contato com o paciente de forma mais mecânica.

Teve uma pessoa que me falou que o estudante entra muito idealista e sai um cínico porque (...) o modelo é muito técnico, esquece a visão geral, a questão humana mesmo. Cínico, no sentido de fingir que lida com humanos (...). Então, no início, na aula de anamnese, ele se preocupa até em se apresentar, pede licença, explica para os pacientes o que está acontecendo. E quando ele sai, já chega na maca, já tira o lençol do cara, nem fala com o cara, uma coisa muito mecânica, como se ali tivesse um amontoado de órgãos deitados naquela maca (...). Então, para as pessoas que

estão saindo, eu mostraria a importância dessa questão da humanização (...). Até na UTI, que o cara tá lá entubado, com um monte de cateteres e muitas vezes por ele estar em coma, você não lida muito com ele, mas lida com a família. Tem que ter um relacionamento com a família. E hoje, dentro da UTI, já se vive essa questão da humanização, de deixar o cara sem dor, sem ansiedade.

Tem tido bastante preocupação com a fase pela qual a sociedade está passando, em que a acumulação do capital tem sido cada vez maior nas mãos de poucos.

A gente vive hoje num mundo que, sei lá (...). Você vê o capital se concentrando na mão de poucos. Eu acho que existe hoje dinheiro, recursos suficientes para que as pessoas pudessem ter uma renda razoável, mas você vê é a concentração cada vez maior e em escala. Isso é perverso. Pessoas ganhando bilhões de dinheiro. A gente vive num mundo meio esquisito. Eu acho que isso não é a globalização não, é o modelo. A globalização só facilita a permuta.

Deseja diminuir a carga de trabalho, não dar mais plantão e habilitar-se mais para trabalhar com promoção de saúde: “É uma coisa que eu gosto (...) transmitir a informação. O objetivo está claro, a forma é que ainda não está definida. Estou fomentando, digerindo como é que eu poderia otimizar. E isso depende de uma habilidade que eu acho que eu ainda não tenho. Ou se tenho, tenho pouco, que seria escrever melhor, falar melhor...”

Se tivesse condições financeiras suficientes, teria como sonhos fazer trabalho assistencial voluntário e estudar - além da parte clínica que já estuda - psicologia, filosofia, informática e administração.

FELISBERTO

Para FELISBERTO, ser médico é amenizar o sofrimento do próximo e melhorar sua qualidade de vida: “É uma sensação de bem estar muito grande, ser útil, proporcionar bem estar, aliviar o sofrimento, melhorar a qualidade de vida. Isso é ser médico e me dá uma satisfação muito grande”. É, também, prevenir doenças, informar e esclarecer sobre a saúde. É estudar e pesquisar.

FELISBERTO sempre imaginou que a realidade na medicina seria uma coisa boa e hoje continua considerando sua realidade dessa forma. Sente-se muito

satisfeito e praticamente realizado com o que faz. Conseguiu montar uma clínica onde trabalha sozinho e julga que conseguiu muita coisa, do ponto de vista material.

Eu me sinto realizado. Talvez, depois que eu comecei a pensar em fazer vestibular para medicina, eu já comecei a pegar alguns médicos como exemplo e me mirava neles. Eu acho que isso ajudou um pouco. Em relação à realização profissional, eu acho que estou no meio do caminho. Do ponto de vista material, muita coisa eu consegui (...) não é fácil para um médico ter uma clínica montada. Eu trabalho sozinho, numa clínica bem montada. Eu acho que eu preciso ainda, viajar mais e continuar estudando.

Sente grande prazer em praticar a profissão e atender várias gerações: "Hoje, eu atendo quatro gerações. Crianças que antes de nascer eu já tratava no útero da mãe e hoje atendo a filha e o neto. Isso, eu não imaginava que ia acontecer. São gerações que se tratam comigo. Isso é o maior 'barato'".

Está desiludido com a política do país, que cobra impostos demais. Considera-se privilegiado de ter alcançado tudo que almejou, apesar da situação econômica do país.

Às vezes, estou cansado por causa do país que a gente vive. É um país muito de impostos demais. A conta do telefone (...) É um absurdo. Então, isso tira um pouco do prazer. Não por causa da profissão. Por causa do país que a gente está vivendo hoje. Isso me desilude um pouco. Eu tenho pena e até um respeito muito grande por muita gente que batalha no país e tem dificuldade muito grande para sobreviver na própria medicina. Porque eu acho que são uns heróis. Eu acho que eu fui um privilegiado. Um dom ou uma graça de Deus em conseguir muita coisa.

Gostaria de poder dedicar maior tempo ao lazer: "Eu acho que eu não realizei é a vontade de viajar. É o meu sonho, aliado à minha profissão. Eu sempre me vi assim, trabalhando um período do ano e viajando outro para poder ter lazer. Só que até hoje, só foi trabalho. Eu passei, praticamente, vinte anos sem tirar férias. Só descansava no Natal e Ano Novo".

Deseja viajar mais a lazer e fazer pesquisa: "Então, o que me falta no meu modo de ver, de realização, seria pesquisa e viagem". Acrescenta: "Nunca tive um mês de férias, nunca. E não me arrependo. Não sinto que me fez falta. Muito pelo contrário. Só que agora, eu estou querendo reivindicar isso comigo mesmo, querendo me dar esse direito".

BEIJA-FLOR-F

Para BEIJA-FLOR-F, ser médico é enxergar além dos sintomas da doença, podendo interferir em suas causas. É ajudar e cuidar, mesmo quando não é possível curar. É também ajudar a preparar o caminho para a morte, quando esta é inevitável. É ensinar, educar. É ter sensibilidade para entender as crenças dos pacientes em relação à religião e a tratamentos alternativos e ajudá-los a encontrar um caminho. É estar aberto para novos caminhos, para mudança de ação e de postura e sempre que possível procurar novas abordagens. É conseguir manter um equilíbrio entre tecnologia e humanização.

Ao optar pela profissão, inicialmente fantasiava descobrir a cura do câncer. Em seguida, identificou-se com o trabalho com a comunidade e com a psiquiatra, decidindo trabalhar junto aos pacientes com uma abordagem mais global e preventiva. Não vislumbrava ganhar muito dinheiro por pensar em atuar com saúde pública, mas imaginava adquirir status e condição financeira razoável enquanto médica. Considera sua realidade melhor do que a imaginada, por ter conseguido muitos bens.: “Eu diria que hoje, profissionalmente, financeiramente, na realidade, nunca vislumbrei ganhar rios de dinheiro porque eu pensava de fazer mais medicina comunitária (...). Eu me surpreendo com o que eu consegui aqui, depois que eu cheguei. Muitos bens”.

Sente-se realizada profissionalmente, satisfeita e motivada com o que faz: “Eu tenho paixão pelo que eu faço, sou apaixonada pelo tipo de trabalho que estou fazendo agora, eu não me canso... Acho que quando você faz com paixão, com prazer, você pode estar cansada e tudo, mas com cansaço físico, mas você está feliz, profissionalmente feliz”.

Trabalha em vários locais, com atividades diferentes e complementares. Ambiciona mais, em termos de formação, e já está investindo nela.

Eu acredito que vou morrer insatisfeita, no sentido amplo da palavra. Eu sempre vou querer uma outra coisa a mais. Porque a gente sempre procura mais alguma coisa. Estou satisfeítíssima com o tipo de trabalho que estou fazendo, mas é claro que vou querer abranger mais coisas (...). Não procuro a satisfação plena porque ela é mutável (...). Um dia, eu durmo com uma idéia, muitas vezes, três horas da manhã, eu me acordo com aquela idéia e vou atrás. Eu acho isso maravilhoso, fantástico. Jamais serei uma planta inerte. Não quero.

Eu estou numa fase (...) muito boa. Boa, porque estou atuando numa coisa que eu acredito que é a assistência domiciliar, que eu me encontrei realmente (...). Eu tenho várias vivências diferentes e isso me dá maturidade profissional, acredito. Eu trabalho em emergência. Aí, tenho visão de urgência. Eu trabalho em ambulatório, faço trabalho de grupo e trabalho na assistência em casa.

Estar realizada é você olhar para você e como um professor italiano (...) diz: - É bom vocês se perguntarem: Você é um bom profissional? Você é uma boa mãe? Você é uma boa amiga? Você é uma boa filha? Então responda a cada pergunta dessa e aí você vai fazer uma boa avaliação do que é você. Eu acho que eu estou sendo uma boa profissional, uma boa mãe, uma boa amiga (...). Não estou sendo uma boa filha, mas tenho consciência disso. Estou consciente. Estas análises, eu acho interessante.

Demitiu-se recentemente de um dos seus empregos, para diminuir a carga de trabalho e melhorar a qualidade de vida.

Através de sua experiência, BEIJA-FLOR-F tem comprovado que o médico tem atuação mais efetiva quando inclui o cuidado e a ajuda do paciente em sua prática.

Ser médico (...) é uma coisa muito profunda, muito abrangente. Não é só tratar a doença e aí que o médico fica muito (...) se ele fica tratando doença e se ele achar que tá bem, talvez ele faça uma boa coisa. Mas, quando ele descobre que não é só isso, ele entra numa grande batalha (...). Eu estou vivenciando bem isso agora. Eu descobri que a doença é um mínimo. A doença que se cura com remédio, esse tipo de doença talvez seja o mais fácil (...). Então, minha visão hoje é a seguinte: o médico mesmo, ele atende um paciente que está doente, nem sempre uma doença que precise de medicamento. Muitas vezes, é uma doença que é da família ou de uma vida mal vivida. E como é que a gente vai interagir nisso? É muito complexo (...). O poder de cura é limitado (...) você pode fazer muita coisa por um paciente, sem curá-lo. (...) ajudar, cuidar e quando você não cura e cuida, eu acho que o sentido tanto do cuidado do doente como do médico se complementam.

Acha fundamental que haja maior envolvimento do médico com o paciente e seus familiares, e também com o cuidador: "(...) a ponte entre nós e o paciente é o cuidador. E se ele não está legal, ele está precisando de nossa ajuda também.."

Diz que quem faz medicina tem que "lapidar o coração".

(...) a gente dá outras coisas. A gente tem um envolvimento diferente. A gente, além de medicar a dor, conversa com o paciente, procura reabilitá-lo dentro daquela circunstância, a família a ele e ele à família. Então, a gente consegue conversar até sobre a doença com a família, com ele e consegue tirar coisas de uma doença, que a dor diminui, mesmo sem ser com analgésico (...). Você inclusive prepara o caminho

para a morte (...) sem grandes recursos. Basta conversar. E muitas vezes, a gente não consegue dizer nada e a gente abraça...

Em relação à abordagem ao paciente, pondera que o médico deve manter um equilíbrio entre a tecnologia e a humanização.

As coisas, o conhecimento estão girando numa velocidade muito interessante com a globalização, com as descobertas. E ao mesmo tempo em que é fascinante, é perigoso, porque o mundo está girando em torno disso. A medicina está se desenvolvendo para a tecnologia e (...) a tecnologia distancia muito o paciente do médico e a gente tem que ter um equilíbrio. Não ser um tecnocrata, mas também sempre ter conhecimento atualizado, porque isso é importante. Manter sempre aquela humanização no atendimento, que, muitas vezes, é a única coisa que se tem para fazer mesmo com toda a tecnologia.

Julga que se o médico não cumprir o papel de educador, muitas vezes, não conseguirá ter sucesso no tratamento do paciente. Alega que o paciente, principalmente, o que sofre de doença crônica não aderirá ao tratamento se não compreender o processo de sua doença e se sensibilizar.

Nós somos educadores. Só vamos conseguir tratar alguém, se a gente ensinar o que ele tem, para ele conhecer o processo dele, principalmente a doença crônica. O diabético só vai se tratar, quando ele entender que o processo é esse, porque até então ele vai ficar revoltado. Quando ele começa a entender, ele se sensibiliza e começa a aprender sobre a doença e se tratar. E isso depende muito do médico que ele tem. Se ensinar, se explicar, se conseguir passar as informações. E, para isso, ele tem que ter muita sensibilidade.

Destaca que o médico deve ter sensibilidade para ouvir o paciente e tentar compreender suas crenças.

Hoje em dia, as pessoas tendem a acreditar em outras coisas também (...). Acho que o médico tem que ter sensibilidade para na hora que ele estiver atendendo um paciente, se ele captar essa tendência, abrir espaço para conversar sobre isso, porque essa pode ser uma necessidade do paciente... Não vai deixar de ser médico por isso. Principalmente, quando não se tem mais esperança de nada, esse é um caminho que resta (...). Você tem que aprender a ouvir o paciente quando ele pede esse tipo de ajuda. Quando se acredita, se acredita!

Refere que, muitas vezes, a imagem que o paciente tem do médico é a do "salvador", e alguns médicos, realmente, incorporam esse papel e têm dificuldade em lidar com suas limitações. Comenta que a sociedade não admite que esse "salvador" possa adoecer como ser humano.

Às vezes, a pessoa que procura o médico, ela chega muitas vezes para a gente e diz: - "Olha, você é a minha salvação, a minha luz no final do túnel". Nós somos esperados como isso. E muitos pensam que realmente são a luz, o Deus e tal. E aí, na hora H, a gente não consegue. Então, esse é um sentimento de impotência. (...) muitas vezes, a gente quando adocece, aí dizem: - "Mas você não é médico?". Então, essa é a percepção da sociedade, das pessoas que não fazem esse tipo de profissão. Pensam que, por serem médicos, então eles não adoecem (...).

Apesar de achar que o médico ainda seja respeitado pelo seu status, constata que tem havido desgaste progressivo desse profissional, não só quanto ao retorno financeiro, mas também quanto à sua imagem: "O médico está ficando mais popular. Mas o médico, antes, ele tinha uma figura de pedestal. Era um ser iluminado. E tudo o que ele falava, principalmente em cidade do interior, era o padre, o médico, o delegado e o juiz. (...) e a gente está perdendo um pouco de luz... do brilhantismo. O poder, a importância do médico, o *status*, estão caindo".

Acha que a classe médica, em certos lugares, é limitada por falta de conhecimento humano mais amplo, acarretando dificuldade no inter-relacionamento.

Chama a atenção para a influência nociva que as multinacionais têm exercido sobre os estudantes e os médicos: "(...) você (...) ir atrás das informações que você recebe dos representantes (...) e fazer esse tipo de medicina que é mais cara, que eles querem. É muito perigoso. Eu acho que isso está acontecendo muito porque eles estão (...) invadindo mesmo. E isso por poderes. Cabe a nós discernir".

Quanto ao serviço público, menciona que o médico trabalha com poucos recursos, mas aqui no Sul, a situação ainda pode ser considerada privilegiada, se a compararmos a outras regiões do Brasil.

A gente trabalha (...) fazendo um pouquinho de tudo. Remendando as coisas que não dá para fazer, ajeitando ali, colando ali, dando uma de artista. Mas se você tiver boa vontade, eu acho que dá para fazer uma coisa boa (...). Porque eu conheci uma outra realidade bem pior do que essa (...). É bom reclamar, claro que vão querer sempre o melhor (...). Mas eu acho que aqui a gente ainda consegue fazer muitas coisas, o médico ainda dispõe de muitos recursos (...) a população é mais informada.

Acredita que a formação do estudante de medicina é muito limitada a doenças, medicamentos e cura. Entretanto, nem sempre, mesmo com toda a tecnologia, a medicina consegue curar e, portanto, na faculdade, deveria ser ensinado, também, como prevenir e como ajudar e cuidar dos pacientes para

diminuir seu sofrimento. Para esse treinamento, imagina que o estudante deveria ter mais contato com a medicina preventiva e o ambulatório de medicina paliativa.

Essa medicina é muito difícil. Talvez seja mais completa, mas é muito difícil. Não é ensinada na Universidade. É lida em poucos livros e precisa de muita sensibilidade e muita coragem (...). Quando o aluno vai para a medicina ele vai porque quer curar as pessoas (...). Em momento algum a universidade aborda a limitação do médico com a cura. (...) deveria abordar o cuidar, simplesmente o cuidar. Mesmo que não venha a curar. Porque, muitas vezes (...) a cura está muito distante e esse sentimento de impotência do médico quando não cura, ele resulta em uma série de conseqüências e não poderia ser assim.

Do mesmo modo, deve-se discutir menos a doença e mais a prevenção. Não tem ambulatório de medicina preventiva nem de medicina paliativa. Então, o ambulatório de medicina paliativa é o primeiro passo para o médico abrir e realmente mostrar que ele não pode tudo. Ele não pode curar, mas ele pode diminuir a dor, melhorar aquele sofrimento, sem curar. Isso eu acho que dá uma grande satisfação. Todas as pessoas que fazem esse tipo de medicina se completam, porque elas transmitem uma melhora, sem cura, mas são capazes de melhorar os momentos mais difíceis (...) a gente consegue maravilhas.

Aponta algumas opções do mercado de trabalho para o médico no Brasil. Considera que se o médico tiver uma boa formação e sobressair-se, terá boas perspectivas, como em outras profissões. Pensa que se ele tiver conhecimento mais amplo sobre outras áreas, além da medicina, como gerenciamento de recursos humanos e administração, entre outras, suas perspectivas tornam-se melhores.

Ainda deseja: trabalhar na comunidade, educando-a; ministrar um curso de formação para cuidadores e agentes de saúde, para compor grupos de voluntários aptos a trabalhar com a saúde; e continuar sempre a buscar caminhos novos para melhorar sua forma de abordagem na medicina, através de maior conhecimento de dinâmica de grupo, de psicologia e filosofia.

Todo dia eu sonho com um tipo de atitude diferente, analiso e vejo que tem vários caminhos, muitos caminhos ainda, que eu descubro e que me satisfazem cada dia. (...). atitudes de mudança de agir, de postura em relação ao ser médico (...). Você sair do tratamento individual para o coletivo é uma busca. Do coletivo para o grupo é outra. Então sempre vão levar a caminhos diferentes, sonhos diferentes, mas que vão (...) somar um diferencial seu, pessoal, como atendimento.

Hoje em dia eu penso em fazer um curso de terapia familiar, mas para o ano que vem (...). Hoje estou (...) aprendendo a trabalhar com grupos, com dinâmica de grupo e o próximo passo vai ser o curso de dinâmica familiar (...). E se isso não der certo,

com certeza eu vou fazer algum curso... que eu já estive vendo algumas cadeiras opcionais de psicologia ou filosofia.

Se tivesse condições financeiras suficientes, teria como sonhos diminuir a carga de trabalho, ter mais tempo para dedicar ao estudo de diversas áreas: história, filosofia e viajar não só a lazer, mas também para fazer cursos, para aprender mais sobre as culturas.

AMOR-PERFEITO

Para AMOR-PERFEITO, ser médico é compartilhar problemas e tentar ajudar. É estar sempre pensando e tomando decisões. É ter a responsabilidade de decidir sobre a vida das pessoas: "Tu com um monte de dúvidas, situações na tua cabeça e tendo que resolver. Que dúvidas? Às vezes, tem a ver com você ter que segurar, você sentir a vida das pessoas nas tuas mãos. Tu sentires nas tuas mãos e saber que aquela decisão pode ser importante para um monte de coisa".

AMOR-PERFEITO não se lembra de como pensava que sua realidade seria. "Eu nunca pensei quando fiz medicina, nunca pensei filosoficamente sobre medicina. Foi uma coisa natural na minha vida... Agora, também, a medicina é meu trabalho".

Esclarece que optou, sempre, por fazer o que gostava sem visar à parte financeira e por isto, atua, hoje, na área da medicina e no local que a satisfazem.

Estou fazendo as coisas que eu queria fazer. Quer um exemplo? Não tenho a menor preocupação de dizer que sou filha do médico X. Assim como também não tenho coisa de mulher, que mulher é fresca nisso. Nenhuma preocupação de ser mulher, porque eu acho que faço tudo como mulher. Então, não tenho trauma de medicina.

Não estou descontente com a minha vida, porque minhas opções, por questão de opção de vida, eu nunca optei por ganhar dinheiro. Porque qual é o descontentamento maior atualmente nosso? Mau salário, má remuneração (...). E minhas opções de vida nunca foram em função do dinheiro. Porque se fosse, eu não sou burra (...) não ia ser professora nem trabalhar em UTI. Minhas opções sempre foram direcionadas às coisas que eu gostava.

Encara sua vida profissional, como as outras dimensões da vida, com altos e baixos pelos quais se passa e os quais devem ser vistos como parte da vida normal.

A minha vida, eu sempre tento sentir-me satisfeita com o que estou fazendo. Se vou para uma festa e não estou a fim, eu vou, me divirto e gosto (...). Então, é a mesma coisa a minha vida profissional. Tenho incomodações? Tenho. Mas eu vou levando, como na vida pessoal, como em tudo mais... Às vezes, em determinadas horas, os problemas são maiores. Em outros, as satisfações são maiores. E tu tens que ir levando e enfrentando.

Preferiu trabalhar, inicialmente, com clínica médica e, depois, se especializou em UTI. Considera que a clínica médica trazia pouco reconhecimento profissional e acarretava envolvimento permanente com o paciente, interferindo em sua vida privada. Escolheu o trabalho em UTI, porque era uma área clínica que a interessava, para diminuir a interferência da vida profissional em sua vida pessoal e para diminuir seu sofrimento com a relação médico-paciente-família, no acompanhamento de doentes terminais.

Uma das coisas que me fez fazer UTI, eu acho, foi também porque eu gosto de mim. Não gosto de me fazer sofrer. Eu acho muito angustiante tu acompanhares um doente num fim de vida, até o fim. Na UTI é mais fácil porque eles estão dormindo. Tu tens que falar com a família, é uma coisa rápida. Eles não demoram tanto a morrer e eles dormem. Quando eles estão muito angustiados, a gente bota eles para dormir, a gente faz tranqüilizante. A gente se tranqüiliza mais. Eu acho que é até uma fuga para a gente não sofrer tanto.

Comenta que, inicialmente, no curso de medicina e nos primeiros anos de formada, o pensamento era salvar vidas e curar doença. Não pensava na morte. Atualmente, por trabalhar mais diretamente com a morte, decidiu investigar mais profundamente esse tema.

Porque quem trabalha em UTI, uma coisa que está angustiando agora, pela questão filosófica, é nos conseguirmos deixar uma pessoa viva muito tempo, aumentarmos o tempo de tratamento, aumentarmos nossa angústia, gastarmos um monte de dinheiro e sabermos que essa pessoa não vai sair dali. (...) além do mais, os médicos assistentes não aceitam a morte do doente e a pressão fica em cima de nós intensivistas, de aceitarmos o paciente na UTI, e de darmos vaga. Então, essa decisão resultou de maturidade profissional.

Como profissional, angustia-se pela exigência constante de atualização e pela disputa do dia-a-dia. Adiciona ainda que, nessa fase profissional, está tendo que lidar com problemas burocráticos e pessoais.

Ser médica é meu trabalho. E o que é o meu trabalho? (...) envolve uma série de coisas, envolve a necessidade de se manter vivo dentro. Se manter vivo dentro do trabalho na medicina é uma coisa muito angustiante porque tu sabes que tens que estar sempre estudando e sempre te atualizando além do envolvimento do dia-a-dia com os colegas e da disputa que sempre existe. Em algumas ocasiões mais, em algumas ocasiões menos, a disputa pelo teu lugar (...) mas isso é o trabalho de uma maneira geral, não só (...) na área da medicina. Eu acho que a medicina tem uma angústia a mais: além de tu teres o confronto diário e teres que marcar o teu espaço, tu tens que ter uma atualização médica muito grande, técnica (...). Pelo menos para mim angustia (...).

Acha que o médico que trabalha na universidade tem maior cobrança técnica.

Julga que o professor tem que ter doutorado, para ser mais reconhecido.

Quando eu entrei para professora, eu sabia que tinha que fazer mestrado e doutorado. Porque desde pequena, eu fui criada com princípios de que você deve fazer tudo que deve (...). Em segundo lugar, pela questão financeira (...). Quando teve concurso, eu fiz, porque também na universitária o professor é mais privilegiado (...). Eu acho que essa coisa existe mais fora da medicina. Porque na medicina, médico e professor estão interligados. Ambos têm formação semelhante e participam do ensino. O *status* é mantido. Mas, todos gostam de ser reconhecidos na sua profissão. E quem é reconhecido na Universidade? – “Quem tem Doutorado! Quem não tem, é porcaria”. Tem que cumprir.

Deseja fazer o doutorado: “Acho que as opções de vida que eu tinha, os caminhos que eu tinha que seguir, as curvas que eu tinha que escolher, já foram escolhidas. E agora, é seguir”.

Se tivesse condições financeiras suficientes, teria como sonho, aposentar-se: “Dependia de quanto ganhasse, e se desse para viver o resto da vida, iria me aposentar (...). Acho até, que depois de dois a três anos se eu enjoasse, eu voltava. Mas agora, nesse momento, eu dizia: - ‘Tchauzinho!’(...), de sonho... Eu gosto de casa também. Adoro ficar em casa. Quando estou de férias, não sinto a mínima saudade, Mas quando estou aqui (no hospital), estou bem”.

5.4 O GRUPO DOS GINECOLOGISTAS/OBSTETRAS (G.Os)

O grupo dos G.Os está composto por quatro sujeitos: BEIJA-FLOR-M1 e JOSÉ-2 do sexo masculino; e LUA e FLORA, do sexo feminino.

BEIJA-FLOR-M1 é casado, tem quarenta e sete anos de idade, vinte e três de formado, e atua como médico em serviço público (quatro horas por dia), consultório (três horas e meia por dia), exerce cargo administrativo (duas horas por dia) e atua como professor, em instituição pública de ensino (quatro horas por dia).

JOSÉ-2 é casado, tem quarenta e seis anos de idade, dezanove de formado, e atua como médico em consultório (seis horas por dia), centro cirúrgico (três horas por dia) e serviço público (uma hora por dia).

LUA é casada, tem quarenta e três anos de idade, dezoito anos de formada, e atua como médica em consultório (duas horas e meia por dia), centro cirúrgico (duas horas por dia) e empresa privada (quatro horas por dia).

FLORA é separada, tem quarenta e três anos de idade, dezoito de formada, e atua como médica em serviço público (quatro horas por dia), consultório (quatro horas por dia) e centro cirúrgico (três horas por dia).

5.4.1 Revendo o Passado

JOSÉ-2 e FLORA desejavam ser médicos desde os dez anos de idade e, BEIJA-FLOR-M1, desde os doze. A maior influência para JOSÉ-2 foi seu interesse e habilidade no cuidado de animais. FLORA tinha uma personalidade mais voltada a ajudar as pessoas e influenciou-se pelo modelo de um vizinho médico. BEIJA-FLOR-M1 só poderia escolher uma entre quatro opções de profissão autorizadas por sua família e, dentre as quatro, a medicina era a que mais o atraía. LUA tinha seu pai como modelo de médico, mas só desejou fazer medicina após terminar o curso Normal. JOSÉ-2 E BEIJA-FLOR-M1 optaram por medicina no primeiro vestibular. LUA decidiu fazer o curso Normal, até decidir sua opção profissional. FLORA não recebeu autorização de seus pais para fazer o curso pré-vestibular em outra cidade. Coursou três fases da Faculdade de Letras e conseguiu convencer seu irmão a fazer o curso pré-vestibular, para receber autorização de seus pais a sair de sua cidade e preparar-se para o vestibular para medicina.

BEIJA-FLOR-M1 e LUA optaram por ginecologia e obstetrícia ao cursar esta disciplina. FLORA acompanhava seu vizinho médico e percebeu que interagiu bem com as mulheres, além disso, tinha habilidade em realizar partos, tendo realizado

uma grande quantidade durante a época de faculdade. JOSÉ-2 queria fazer pediatria, mas foi incentivado por um cirurgião, ao qual acompanhava durante a faculdade, a fazer a área cirúrgica. Optou então por ginecologia e obstetrícia porque poderia aliar o fato de ajudar as crianças a nascerem à sua habilidade em operar.

Todos os G.Os fizeram residência em Ginecologia e Obstetrícia na cidade onde se formaram. Após a residência, JOSÉ-2 mudou-se para uma cidade do interior, onde trabalha até hoje. LUA também foi trabalhar em cidade do interior, mas não se adaptou. Retornou para a cidade onde se formou e começou a trabalhar com um profissional mais experiente, o que a ajudou a aperfeiçoar-se. BEIJA-FLOR-M1 e FLORA começaram a trabalhar na cidade onde se formaram logo após terminarem a residência.

Nas quatro páginas que se seguem, apresento, de forma mais detalhada, em “Quadros”, o processo de construção individual, no passado, do grupo de G.Os. Após, exponho o presente.

Beija-Flor-M1 brincava com reações químicas, mágica, microscópio e desejava ser médico desde pequeno.

Eu sempre notei que as minhas brincadeiras me levavam mais para o lado da medicina (...). Eu me lembro, desde a minha infância, que a gente gostava de (...) reações químicas (...) eu gostava de mágica. E, de certa forma, a medicina é uma coisa meio mágica, de pajelança, às vezes. Brincava muito com essas coisas. Guri, eu ganhava estetoscópio. Era fissurado em microscópio (...). Tinha um Pinóquio, eu tratava dele...

Lembra-se de que as profissões estimuladas por sua família eram engenharia, odontologia, direito e medicina, sendo a medicina a única com a qual se identificava. A partir de doze anos de idade, definiu-se por medicina.

Na infância, meus pais me perguntavam se eu ia ser médico, dentista, advogado ou engenheiro (...). Eu odiava direito, matemática que Deus me livre, nem pensar em engenharia. Sobrava odonto e medicina (...). Como na minha família tinha um dentista e eu não achava muito interessante, eu resolvi fazer medicina. A partir de doze, treze anos, eu não consigo me lembrar na minha infância em pensar fazer outra coisa que não fosse medicina.

José-2 desejava ser médico desde a infância. Já tratava de animais aos dez anos de idade.

Eu ainda era criança (...) eu devia ter (...) uns dez anos de idade, por aí (...) a gente lidava com animais. Tínhamos pequenos animais em casa e a gente já começou a fazer curativos em animais e essa coisa toda. A gente também via que tinha alguns pássaros que tinham algum probleminha, a gente dava até alguns pontinhos com a agulha da minha mãe (...). Então, eu acho que começou a despertar em mim a idéia e eu nunca pensei em ser outra coisa na vida, só pensei em ser médico.

Lua vivenciava o que era ser médico porque seu pai era médico e por morar em frente a um hospital. Já na infância, freqüentava-o. Só após fazer o curso normal pensou efetivamente em ser médica

Eu sempre morei na frente do hospital.

Então, me lembro de uma redação que eu fiz (...) no colégio (...) eu falava que tinha ambulância, quando parava de subir ambulância, começava a descer (...). Era mais ou menos essa, a função que tinha na frente da minha casa. Era gente chegando, era doente, e meu pai sendo médico era chamado. Às vezes, eu ia assistir alguma cirurgia (...) no ginásio. Fui vendo a importância do que era a pessoa chegar toda quebrada, toda machucada, cheia de dores, e chegar lá e sair daqui a dois, três dias, ótima (...). Essa mudança numa dor para o bem-estar, talvez tenha me levado. Mas nessa época, eu não pensava em ser médica ainda (...). Eu fiz o Normal, até resolver o que fazer (...). Foi indo, que no último ano (do curso Normal), eu ia mais no hospital, comecei a participar mais (...). E aí tentei fazer, mas com a intenção de que se não fosse, trocaria.

Tinha fascínio por arqueologia desde pequena, mas não havia faculdade para essa área. Essa opção seria adicional à medicina.

Flora queria ser professora ou aeromoça quando pequena. Desejou ser médica aos dez anos de idade, por querer ajudar as pessoas e por admirar muito um vizinho médico.

Dez, onze anos, já início da adolescência eu dizia que queria ser médica e sempre foi (...). Eu era adolescente, morava numa cidade pequena e tinha um vizinho que era médico e ele era o meu ídolo. Então, eu observava a vida dele, os movimentos, a forma de ser e acabei pensando em ser médica. Eu sempre gostei de ajudar as pessoas e achei que seria útil para a sociedade e (...) teria um retorno importante como ser humano e, copiando esse médico ídolo, eu segui esse caminho.

QUADRO 16 - **INICIANDO O CAMINHO PARA A EXPRESSÃO DO DESEJO DE SER MÉDICO:**
O GRUPO DOS GINECOLOGISTAS/OBSTETRAS

124

Beija-Flor-M1 não teve dúvidas na hora da opção no vestibular. Recebeu também estímulo de seus pais: "Sempre pensei ser médico. Nunca me passou ser outra coisa, fazer vestibular para outra coisa".

Lua cursou o Normal até decidir a profissão que escolheria. Só no último ano do Normal, optou por medicina.

José-2 optou por medicina no vestibular e recebeu grande estímulo de seu pai para ser médico.

Eu já falava nisso desde criança, e a casa do meu pai era no Norte do Paraná. Era uma casa pequena, humilde, simples, mas tem um terreno enorme (...). O meu pai falava que assim que eu fosse médico, ele ia fazer um hospital naquela área para eu trabalhar lá. Foi uma alegria muito grande tanto para minha mãe quanto para o meu pai. E eu, na família (...), de maneira geral, sou o primeiro cara, o primeiro a ter um curso universitário (...). A tradição não era. Era ficar lá, cuidando de boi, trabalhava em roça (...). Então, foi uma mudança muito grande na minha vida e na vida deles (...). Porque para quem mora numa cidadezinha de vinte a trinta mil habitantes, ter um filho residente que ingressou na universidade, num curso de medicina, é muito bom. Foi uma festa muito grande.

Flora não recebeu autorização dos pais, ao término do segundo grau, para sair de sua cidade e fazer cursinho para vestibular de medicina. Fez três fases do curso de Letras.

Como eu sou do interior e na minha época, na minha cidade, as mulheres não saíam para estudar fora, eu sofri muita resistência familiar para sair da cidade, porque eu teria que fazer cursinho. Aí, terminei o segundo grau e acabei fazendo Letras.

Continuou a insistir, convenceu seu irmão a fazer faculdade fora da cidade e assim, recebeu autorização dos pais para estudar fora de sua cidade.

Na época, a condição imposta por meus pais era bem complicada. A condição foi que o meu irmão viesse junto. Aí, eu convenci o meu irmão a fazer universidade. Porque na nossa família, ninguém ia para a universidade. Viemos os dois...

Ao optar por medicina, **Beija-Flor-M1** desejava tornar-se bom médico.

Na faculdade, interessou-se por diversas disciplinas, mas, ao cursar ginecologia, sentiu muito interesse e afinidade com esta especialidade e decidiu ser ginecologista. Além disso, como tinha habilidade em cirurgia, nesta área poderia também exercê-la.

Cada matéria que eu fazia, eu gostava. Mas quando chegou em gineco, eu vi que era ali mesmo que eu (...) porque vi o seguinte: eu gostava muito do aparelho reprodutor, da parte endócrina, da lógica do aparelho reprodutivo (...). Tudo me encantava. A maneira como funcionava (...) me chamou muito a atenção (...). E eu gostava de cirurgia e vi uma possibilidade de exercer uma profissão onde pudesse estar aliada à clínica e que me desse a oportunidade de fazer cirurgia (...). Eu tive a sorte de acompanhar um ginecologista que operava muito e tive a oportunidade, no quinto ano da faculdade, de realizar uma histerectomia. E isso era uma coisa inédita.

Ao optar por medicina, **José-2** pensava que ia ser bom médico, ter prestígio e tempo para o trabalho e para o lazer.

Até a décima fase do curso de medicina, estava convicto de que faria pediatria. Entretanto, na décima primeira fase, começou a acompanhar um cirurgião que o estimulou a fazer cirurgia devido à sua habilidade. Decidiu, então, fazer ginecologia e obstetrícia, por ter a parte de contato com a mãe e a criança e incluir a parte cirúrgica.

Aí, lá pelas tantas, um dia, ele já sabendo que eu ia fazer pediatria, mas ele era um cara muito humilde, e ele falou assim para mim: - "José-2, eu sei que você vai fazer pediatria e, obviamente, que não é minha intenção mudar isso não, mas você tem um jeito para cirurgia que é uma coisa impressionante". "Pô", um professor dizer isso para você, mexe com a tua vida. Acabou! Daquele dia em diante, eu comecei a repensar a minha vida e aí veio a opção. Eu falei: - "Bom... criança ginecologia, obstetrícia, boto criança no mundo, cuido enquanto está na barriga da mãe". Aí, veio a idéia.

Ao optar por medicina, **Lua** almejava ajudar o próximo. Pensou que teria um caminho à frente a ser construído mas, mesmo durante a faculdade, não pensava no futuro.

Durante o período de faculdade, eu pensava naquela luta construindo todo dia, vai para lá, vem para cá (...). A Universidade, levei na brincadeira. Não pensava na realidade da minha profissão e do curso que eu estava fazendo. Do que viria depois, eu acho que eu estava indo, indo... Não pensei muito em como seria meu futuro na medicina.

Desejava tornar-se psiquiatra, mas abandonou a idéia ao cursar esta disciplina. Interessou-se por ginecologia e obstetrícia, a partir da oitava fase da faculdade, e definiu-se por esta especialidade.

Uma colega dizia que eu só gostava de estudar placenta (...). E, realmente, estudava aquilo ali com prazer. O resto, eu estudava para passar na prova. Foi uma simpatia automática (...) é sentir que aquilo ali é teu, e acho que foi por aí e cada vez eu fui lendo mais (...). Foi engraçado, porque eu entrei na faculdade pensando em fazer psiquiatria, mas na primeira aula desisti. Tudo muito louco, não era bem o que eu imaginava.

Ao optar por medicina, **Flora** desejava ajudar as pessoas e a sociedade. Depois que entrou na faculdade, acompanhou o médico que foi seu modelo, seu tutor e professor durante todos os períodos de férias da faculdade.

Primeiro, fiz vestibular e tal. E, quando terminei o primeiro ano, lá nas férias eu falei: -"O senhor aceita uma estagiária aí?". Já tinha feito anatomia. Aí, ele falou: - "Eu quero. Claro que te quero aqui". E aí todas as férias eu fiquei com ele lá (...) operava com ele (...) me chamava de madrugada para ajudar a atender as urgências e eu me sentia o máximo! Era muito legal. Quando eu passei no vestibular de medicina, ele me assumiu, meio assim, "minha mascote". Ele me assumiu praticamente como filha.

Quando começou a acompanhar esse médico, colhia apenas a história dos pacientes. Sentiu que tinha grande facilidade para lidar com as mulheres e que, por sua vez, elas gostavam muito do seu atendimento. Seu tutor também percebeu essa afinidade e sugeriu que fizesse ginecologia e obstétrica. Ao cursar a disciplina de ginecologia e obstetrícia confirmou sua afinidade por essa área. Efetuou mais de noventa e oito partos durante o curso de medicina, por interesse e habilidade em realizá-los.

Beija-Flor-M1 iniciou residência em ginecologia em outra cidade. Porém, foi chamado para fazer residência em ginecologia e obstetrícia na cidade onde se formou, optando pela última. Refere que, até aquela época, não havia feito parto. Após fazer residência, começou a trabalhar com ginecologia e obstétrica. Posteriormente, especializou-se na área de ginecologia e, mais recentemente, abandonou a obstetrícia.

Junto com a gineco, veio a obstetrícia (...). É incrível, eu terminei a faculdade e fiz meio parto. Eu não cheguei a fazer um parto durante a faculdade. Na verdade, então, eu queria fazer gineco (...). Eu estava fazendo residência no Rio, já há um mês (...) me chamaram aqui, e eu balancei (...). Aqui (...) era o meu ambiente (...). De repente, me deu vontade de fazer aqui e eu fiquei. E, para mim, eu acho que deu tudo certo. Lá (...) eu ia fazer só gineco e aqui seria gineco e obstetrícia (...) a obstetrícia (...) foi uma coisa que eu ganhei (...) não foi uma coisa que eu persegui como a gineco (...). Tanto é que, hoje, eu não faço mais obstetrícia. (...) aí eu fui ver como era bom não dar plantão.

Após fazer residência em ginecologia e obstetrícia, **Flora** começou a trabalhar como clínica e ginecologista, atendendo em sindicato. Depois, começou a trabalhar em serviço público e em consultório, nos quais trabalha até hoje.

Após fazer residência em ginecologia e obstetrícia, **Lua** começou a trabalhar em uma cidade do interior, mas não se adaptou.

Depois de sair da residência, sexta à noite até segunda de manhã, plantão geral. E lá é BR, muito acidente (...). (...) foi me deixando *estressada* e não era bem isso que eu tinha me preparado (...). Eu também achei que não era o que eu estava querendo para mim no futuro. E, sozinha, solteira, no interior, é difícil, porque os homens acham que têm uma pessoa fácil ou que eles têm direito a cantar (...) fofoca (...) baixaria mesmo.

Foi convidada por seu pai a trabalhar na cidade onde morava, mas não aceitou:

O sonho dele seria eu trabalhar lá. Então, quando eu disse que não iria, ele ficou chateado, mas entendeu perfeitamente. (...) achei que lá poderia denegrir a imagem dele, porque não sabia como ia me sobressair, se ia ser boa profissional. E, também, queria ver até que ponto conseguiria me firmar como eu.

Decidiu voltar para a cidade onde se formou e trabalhou com um profissional experiente, que facilitou seu aperfeiçoamento na parte cirúrgica: "Trabalhei com Dr. X na parte cirúrgica, que eu tinha um certo despreparo".

Após fazer residência em G.O., **José-2** mudou-se para uma cidade menor, onde teve boa oportunidade de emprego.

5.4.2 Repensando o Presente

BEIJA-FLOR-M1

Para BEIJA-FLOR-M1, ser médico é ter várias opções de atuação: ensino, pesquisa, trabalho com imagem, consultório e cirurgia, entre outros. É ter sensibilidade para interagir com outras pessoas e crescer através deste inter-relacionamento. É ter responsabilidade sobre o paciente e seu contexto familiar. É ter o dever de envolver-se politicamente em campanhas que traduzam melhores condições de saúde para a população e para a própria classe. É atualizar-se constantemente.

BEIJA-FLOR-M1 considera sua realidade próxima àquela que idealizou e está satisfeito com o trabalho que exerce.

Hoje, eu volto àquela minha infância e: - "O que é que você vai querer fazer: medicina, odonto, advocacia ou engenharia?". Hoje, eu posso te dizer que queria fazer medicina (...). A minha conclusão é a seguinte: Eu gosto do que faço e faço o que gosto (...). Eu me sinto realizado fazendo medicina. Atingi meus objetivos (...) realizei tudo que queria. Sinto que estou fazendo bem o que faço (...). Quando eu penso o que eu faria a não ser medicina: - "Eu quero fazer medicina mesmo". Eu acho que fui automatizado para isso.

Considera a profissão a dimensão mais importante na sua vida: "Hoje, se você me perguntar: - 'O que é mais importante na sua vida?'. Eu acho que é a minha profissão (...). Adoro o que faço, tenho o maior prazer com isto. Eu acho que até por esse prazer, eu estou sempre tentando fazer um pouco mais".

Aponta as razões pelas quais acha a medicina uma profissão especial: a grande variedade de opções de atuação, o prazer da interação, a maior oportunidade de crescer através do aprendizado das outras formas de ver a vida pelos pacientes e à reflexão obrigatória sobre si mesmo ao aconselhar os outros.

Eu acho a profissão de médico, a mais fantástica que existe. Primeiro, pelo leque que ela te abre. Ser médico não significa você cortar ou medicar alguém (...). Significa que te abre as portas para o magistério, você pode entrar em pesquisa (...) trabalhar com imagem. Se você quiser ficar atrás de um microscópio (...) de uma mesa de consultório, no centro cirúrgico ou UTI, você fica (...). A partir do momento que você se forma (...) é um outro mundo que se abre.

Tem o lado humano (...) o médico é um cara muito sensível (...) tem sensibilidade para sentir as pessoas, para conversar, para conhecer melhor as pessoas. E outra coisa que eu acho fantástico (...) os meus vinte e poucos anos (de profissão) já me deram a oportunidade de um monte de pessoas sentarem na minha frente (...). Se um por cento daquelas pessoas que sentaram na minha frente, deixaram alguma coisa para mim, eu sou uma pessoa bastante rica. Porque queira ou não queira, você trava um diálogo (...) quando você entra um pouco mais na intimidade, essa pessoa bota um poder nas tuas mãos que você não tem - mas ela acha que você tem - para cuidar da vida dela. Ela sempre deixa alguma coisa de bom para você, se você tiver aberto para receber... Eu tive doentes inesquecíveis, ricos de relacionamento humano. Só médico vive isso.

Também, tu abres a oportunidade de você olhar o mundo, você cresce com isso. Você olha a outra pessoa e diz: - "Puxa, o que eu estou fazendo da minha vida!". Você dá um conselho para uma pessoa: -"A senhora tem que caminhar. Aquilo volta para mim e digo: - "Puxa, tenho que caminhar..."

Para BEIJA-FLOR-M1, a responsabilidade de ser médico não é somente em relação ao paciente e à família, mas também em relação à imagem social: "O paciente continua exigindo do profissional médico um comportamento moral importante (...). Acho que qualquer profissão exige isso, só que o médico, quando você exerce como profissional liberal, não é dono do seu nariz".

É uma profissão que a tua responsabilidade não termina quando você fecha a porta. Você vive a responsabilidade até para ir a um bar tomar chope. Você vai e a sensação que você tem é que você vai como médico e, portanto, tem que ter um comportamento que a profissão exige, de postura. Você tem uma imagem que nem é aquela tua imagem. É a tua profissão que te dá isso. Se aprende isso no decorrer da vida, que o médico tem aquela determinada postura. Então, você acaba adotando aquilo. Que tem que ser médico realmente como eu via quando adolescente, que eu via um médico como uma pessoa, com uma profissão muito digna (...) importante e tal. É uma responsabilidade muito grande, mesmo que você resolva fazer uma medicina diferente. No fundo, a nossa cultura é essa. Desde a época das tribos, o pajé era um cara diferente. Nós somos diferentes dentro da nossa tribo. Temos esse comportamento. Então, ser médico é uma responsabilidade muito grande perante o paciente, a família, a sociedade, perante você e isso não é fácil... requer sempre uma doação para isso.

Julga que, atualmente, apesar de ainda manter o status, o médico tem sido alvo de crítica pela sociedade.

Mas uma coisa que também eu aprendi muito na medicina, foi que (...) existe a medicina e existe o médico. Tem paciente que adora o médico, gosta muito de você, te ama. Mas de uma forma geral a sociedade não gosta do médico. É muito comum o paciente que te adora, que isso, que aquilo, daqui a pouco sentar numa rodinha

social e falar que médico é uma “máfia de branco”, que são todos mercenários, etc. Então, é uma coisa separada, você médico de uma pessoa e você médico no contexto social. A classe médica é uma coisa triste, passa por um desgaste hoje, aquela coisa da máfia, corporativista e que queira ou não queira, este mesmo paciente que te ama, que reza por você (...) numa roda social critica os médicos de uma forma geral: - “Meu médico tudo bem, mas os médicos...”.

Sente que desempenha um papel que julga essencial no médico, que é o envolvimento político com as coisas que acontecem em sua comunidade. Acredita que se não o fizesse, não estaria atuando de forma plena enquanto profissional: “Então, ser médico é ter uma participação política e fazer parte da história dessa atuação. Eu me orgulho disso”. Acrescenta: “Nos ambientes que eu vivi, eu de certa forma participei. Não passei só por isso (...). Eu acho que se eu chegar lá na frente e não tiver feito isso tudo que eu estou fazendo agora, aí, eu vou estar a vida inteira, de alguma forma, preso à alguma coisa. Então, isso tudo que eu faço hoje, eu faço com a intenção de estar plantando para poder relaxar um pouquinho mais à frente”.

Por envolver-se tanto com a profissão, sua qualidade de vida está aquém do ideal: “Com o trabalho eu me considero satisfeito. O que eu acho (...) é que o meio médico, o trabalho, me envolve tanto que não tenho tempo para outras coisas. Não tenho uma qualidade de vida adequada”.

Tem estado *estressado* e com dificuldade para dormir e observa a necessidade de buscar maior equilíbrio entre vida profissional e pessoal.

Acho que o médico é um dos profissionais com um nível de *stress* bastante alto. Especialmente, o médico envolvido em querer mudar as coisas. Nós trabalhamos, hoje, num setor caótico e isso te deixa *estressado*. Porque tu tens de cumprir horário (...). Eu estou conversando contigo, mas dentro de um horário programado, e isso é *estressante*, é claro. E além do que, normalmente, nós fazemos as coisas pensando na outra que vamos ter que fazer depois. Você nunca está inteiro e isso gera *stress* (...) faz com que teu ambiente fique como um ambiente que gera *stress*.

Você tem que ter também o teu momento de relaxamento, para que você possa dormir bem. Porque eu vivo mal. Eu tenho uma vida muito *estressada* (...). Não consigo dormir, fico resolvendo as coisas na cama. Então, eu vejo que os médicos com quem eu convivo que estão de certa forma envolvidos com as questões da medicina, todos eles têm um padrão de *stress* alto. Então, eu acho que o médico tem que reverter isso também (...) organizar melhor a sua vida. Ele tem que cuidar para não cair na armadilha que a medicina te prepara: por ela ter várias frentes, você acaba abraçando muitas delas e faz mal para você.

Ressalta que, hoje, há maior disputa no mercado de trabalho, o que acarreta menor retorno financeiro para o médico: “O que acontece, é que cada vez o médico vem ganhando menos e vem tendo menor segurança em termos de futuro, porque os empregos para médicos são muito mal remunerados (...). Eu acho que oito por cento dos médicos estão bem, um por cento está muito bem (...) o resto(...) como é que você vai sobreviver com os gastos que você tem, com o salário que você tem, com convênio pagando o que paga?”

Pondera, entretanto, que dentro da conjuntura atual do país, o médico ainda tem alguma forma de emprego.

(...) por mais difícil que seja a profissão, por menores que sejam os salários (...) talvez, ainda seja a profissão que aqueles que se formam e a exercem. Na nossa situação atual, muitos e muitos se formam, mas não exercem a profissão que não seja o médico. Você vê isso em arquitetura, advocacia, um monte de coisas. Talvez na área da saúde é que a coisa é mais ligada, quer dizer, o dentista faz odonto, o médico faz medicina, a enfermeira...”

Enfatiza a influência que a tecnologia vem tendo sobre o mundo e a profissão médica ocasionando transformações na relação médico-paciente. Esclarece que o médico deve estar atento para manter seu diferencial humano, que é a boa interação com o paciente. Ainda em relação ao excesso de informações que chegam através do computador, e às quais o médico tem que ter acesso, alerta para o cuidado de acessá-las de forma equilibrada.

Nós saímos disso aqui (o velho representando o sábio), que é uma medicina *tête-à-tête*, era aquilo que eu tinha na cabeça, e virou para uma coisa mais globalizada, mais automatizada (...). A medicina hoje está se tornando mais automatizada, tem o computador, você tá atendendo uma consulta, toca seu celular, toca o celular do paciente. Você tá ali no computador colocando as fichas, você tá pedindo exames que são todos computadorizados. O bom exame é aquele computadorizado, o paciente chega: - “Doutor, eu vou fazer aquele exame no computador?”. Então, há uma automação muito grande que vai tirando o valor do médico. Aquele valor do carinho, do abraço, você auscultar o paciente, olhar o paciente. Acho que tá acontecendo isso, você não está tratando o doente, está tratando da doença.

O mundo hoje está evoluindo e aquilo que o computador vinha para facilitar tua vida, eu vejo hoje, que está complicando (...). Então, você tem que criar um mecanismo que você se mantenha informado, mas sem sofrer com isso ou sem ficar viciado (...). Sem dúvida que, sem ele, hoje, você não vive. Mas tem que aprender a conciliar o computador, o celular, essas coisas, para poder tirar proveito, senão, você passa a ser escravo deles.

Não é o médico que está mudando. O mundo mudou. Também, não vou querer fazer milagre, mas, na minha época, o médico era visto como um sábio. Aquela pessoa que sentava, falava de carinho, tinha resposta para tudo. Hoje não. O médico mudou. Tem que acionar bem aqueles botõezinhos. Aí, você tem que ter hoje uma percepção muito clara até onde que você tem que dividir essa coisa de ser semi-Deus, de não ser tão dono da verdade, de disputar com a máquina o espaço. O paciente também fica carente (...) de um ato de amor, de carinho (...). E o espaço que nós médicos ainda temos é (...) entrar um pouco mais nessa área emocional, psicológica, de conhecimento de filosofia, porque a automação tomou conta do resto. O paciente já chega e diz assim: - "Doutor, eu quero fazer uma densitometria óssea, porque eu estou com osteoporose". Eu canso de dar diagnóstico de câncer de mama e o paciente quando vem trazer os exames, já vem, pela Internet, com conduta para aquele caso.

Em relação à terapêutica, questiona-se até que ponto o médico tem sido influenciado para prescrever medicações por interesse das multinacionais.

Hoje, muitas medicações que você assume, você não sabe até que ponto está sendo empurrado nisso (...). Quando eu era guri, eu tinha uma empregada que tinha cistite e o médico dava para ela tomar *sulfa*. Hoje, a *sulfa* está jogada num terceiro plano. Hoje, tem *floxacin*, fazer uma *quinolona*, a diferença de preço é de vinte vezes. - "Será que a *sulfa* não funciona mais?". Você queira ou não queira, entra nessa maré e vai. Porque é tanto conhecimento a que você está exposto, que você não pára para questionar isso. E se parar também, não tem adepto.

Quanto à formação, pensa que a faculdade dá bom embasamento técnico ao aluno, mas não o prepara para a vida e a prática médica.

Eu penso assim: toda teoria que você tem na faculdade, ela serve para você aguçar teu raciocínio. Agora, você vai buscar profundidade de conhecimento na hora que você define uma especialização. A faculdade, infelizmente, ela te gradua, mas não te prepara para a vida e para a prática médica. Eu acho que a coisa é mais ou menos assim: o grande companheiro do estudante é o caderno (...). Mas, na primeira oportunidade que você tem de não usar o caderno, você nunca mais o abre... Tanto é que o currículo está aí para ser mudado. Você não pode continuar com esse currículo nem com essa temática que ele tem.

A faculdade te ensina o que é um abdômen agudo, que aquela cama lá, tem um paciente com apendicite e tal. O conhecimento hoje é tanto, que a faculdade não tem tempo de colocar o aluno diante do ser humano mesmo. Ela não ensina isso. Você vai aprender na vida... vai lapidando isso.

Preocupa-se com o futuro: "Eu ganho para viver. Consigo fazer tudo o que eu quero fazer dentro dos meus limites. Se eu parar para viajar, eu já não ganho (...). Então, você tem que fazer um pacto quando se forma: -"Bom, eu não posso ficar

doente, eu não posso me acidentar”. E acrescenta: “Essa coisa de você vai ganhar dinheiro? Para sobreviver, você ganha. Agora, para você ter o teu futuro, é complicado. Eu pensei que eu fosse ter dinheiro o suficiente para não me preocupar com o futuro. Isso é uma preocupação na minha cabeça direto...”.

Afirma que a sociedade segrega o idoso, e o médico não foge aos padrões de visão da sociedade; ao envelhecer, perde sua clientela: “Hoje, você já tem uma preocupação sobre seus filhos. Porque se eu exercesse uma profissão que pudesse colocar meus filhos juntos, me ajudarem quando eu estiver cansado, e ainda garantir o futuro deles, seria mais interessante”.

Então, o que a medicina me dá hoje? – “Insegurança, em termos de futuro”. Porque a história mostra que o médico, na verdade, não tem uma aposentadoria adequada e a velhice dentro da profissão vai te segregando. Esta é uma profissão que é um pouco de ilusão no início. Porque nós, quando assumimos a profissão, a gente não acha que vai se aposentar um dia. Aí você chega perto dos quarenta, quarenta e cinco anos, você começa a pensar nisso e aí é tarde. Então, essa conscientização do médico tem que vir mais cedo para as dificuldades futuras.

Aí eu fiz e aconteci e aí vou ter que me aposentar. E aí? Então, eu vou ser mais um Dr. X no consultório, com sua agendinha. Um médico velho. Então, o cliente já vai ficar escasso. Isso contando que a saúde esteja legal (...). Vai lá no CRM e pega as fotografias dos médicos que foram presidentes do CRM (...). Muitos, mal aposentados, vivendo de favor dos filhos! (...) eu acho que a medicina (...) tá devendo (...) já de alguns tempos para cá (...) essa qualidade de futuro de vida para o médico.

Deseja ainda aperfeiçoar-se no magistério, diminuir seu envolvimento com cargos políticos e harmonizar mais a vida profissional com a pessoal.

Mas, aos quarenta e nove anos, daqui a dois anos, vou começar a fazer diferente. O que eu fiz, foi tudo isso que estou te falando: contribuí com alguma coisa, fiz alguma coisa, vou estar com meu mestrado provavelmente terminado (...). No dia que eu fizer quarenta e nove anos, eu vou tentar organizar um pouquinho mais essa profissão de médico em minha vida pessoal... A minha atuação na área médica vai ser mais voltada para os meus pacientes (...). Posso até me envolver dentro de uma sociedade médica, da especialidade, mas não “descascando o abacaxi, engolindo sapo e pagando o pato”.

Se tivesse condições financeiras suficientes, teria como sonho ter mais tempo para estudar temas relacionados à antropologia, psicologia e filosofia: “Mas para isso, precisa de tempo para investir em conhecimento (...). Hoje, não dá”.

JOSÉ-2

Para JOSÉ-2, ser médico é dar carinho, atenção e bom cuidado ao paciente. É proporcionar felicidade. É atualizar-se, pesquisar e transmitir conhecimentos. É ser uma pessoa que mostra para a comunidade o que faz e dá a ela o que tem de melhor dentro de si.

JOSÉ-2 considera sua realidade bastante diferente da que idealizava. Imaginava que seria bom profissional, que poderia trabalhar e desfrutar mais a vida e que teria grande reconhecimento pela comunidade.

Atualmente, sente que alcançou seu objetivo de tornar-se bom profissional e, está satisfeito com a especialidade que escolheu e com o trabalho que faz. Tem trabalhado com reprodução humana e sente-se gratificado e reconhecido por poder ajudar casais a terem seus filhos.

Eu confesso para você que eu me considero uma pessoa bem sucedida dentro da minha profissão, porque eu tenho uma clientela muito grande. Eu, hoje, não vivo de emprego nenhum. Eu vivo só e exclusivamente da minha clínica particular e não dou mais plantão em maternidade (...). Então, hoje eu não preciso mais nada, eu sobrevivo só com o meu trabalho, só com minha clientela.

Eu consegui me firmar como ginecologista e obstetra, eu vejo que eu tenho um respaldo muito grande na comunidade (...) eu me sinto realizado por isso (...). Principalmente, dentro da reprodução humana, a gente se sente muito feliz quando a gente consegue ajudar um casal que, até então, estava condenado a não ter filhos e a gente dá um jeitinho (...). É uma satisfação, uma realização muito grande.

Considera que está ganhando o suficiente para ter bom padrão de vida.

De maneira geral, eu estou ganhando o suficiente, em termos financeiros. Estou satisfeito porque eu tenho um padrão de vida razoável. Eu tenho uma casa própria, eu tenho casa na praia, eu tenho um carro importado (...) e a minha mulher tem o carro dela, ela não trabalha, abandonou a profissão. Então, eu diria que, apesar dos pesares, eu ainda continuo satisfeito. Se você falasse para mim: - "Se você tivesse hoje a opção de mudar de profissão, você mudaria?" Eu diria: - "Não".

Vivencia, entretanto, situações que não previa e que influenciam, de forma negativa, sua satisfação profissional.

Uma é que, para manter o padrão de vida, submete-se a uma carga de trabalho que julga ser excessiva.

Eu não me imaginei trabalhando tanto (...). O problema do médico, hoje, é que o médico tem que trabalhar de uma maneira absurda (...). De dia, de noite, feriado, dia santo, final de semana. Então, quando eu escolhi, eu me imaginei numa outra situação (...) trabalhando, lógico, como todo profissional tem que trabalhar e tendo o ganho bom, mas sem ter que trabalhar tanto como eu trabalho hoje.

É uma coisa árdua, muito desgastante (...). Eu acho muito, muito árdua a profissão, porque eu tenho que trabalhar muito para uma remuneração que na minha opinião não é condizente com o trabalho feito (...). O médico precisa ser melhor remunerado (...). Eu ainda tenho que trabalhar muito para que eu tenha uma remuneração, para manter um nível de vida, que eu acho que qualquer cantor de pagode, qualquer jogadorzinho de futebol que não joga nada, tem melhor do que eu.

Dinheiro? Não tem nem que discutir. Todos nós quando entramos na faculdade, a gente pensa muito em ganhar muito dinheiro. Então, depois eu descobri que a realidade não é bem essa (...). Hoje, a gente tem que ficar de olho nas contas (...) tem que ficar preocupado, quantas vezes por ano pode ir a um congresso (...) quantas vezes por ano você pode assinar uma revista médica (...) uma somatória de coisas, os gastos que você tem no teu consultório, os gastos com a manutenção das tuas coisas. Tem que ter tudo calculadinho, tem que administrar exatamente (...) tem que ficar calculando tudo e limitando ou às vezes cortando determinadas coisas.

Essa sobrecarga de trabalho o impede de ter qualidade de vida melhor e realizar seus desejos. Também acarreta prejuízo na relação médico-paciente.

Eu imaginava que ia ser só alegria, só felicidade (...). Eu imaginei que fosse viajar bastante (...) ia poder conhecer o mundo. Tinha aquela hipótese: - "Eu, como médico, certamente, vou para congressos em tudo quanto é canto do mundo. Eu vou aprender inúmeras línguas, etc.". Uma imagem totalmente irreal daquilo que a gente vive no dia-a-dia (...). Na verdade, hoje, agora aos quarenta e cinco anos de idade, eu estou tentando aprender o inglês, embora já tenha uma bagagem muito grande (...). Até hoje, se eu te contar, eu viajei uma única vez para o exterior (...) levei as crianças e tal.

Hoje (...) nós somos muito receitadores dos medicamentos. Eu acho que nós podemos, eventualmente, dar um pouco mais de atenção aos nossos clientes do que simplesmente ficar receitando remédios (...). E, na verdade, é isso que acontece no dia-a-dia. Hoje (...) eu acho que a gente já virou receitador demais e, de repente, precisamos conversar mais. Mas, infelizmente, a gente não tem tanto tempo para ficar lá (...). Você tem limite de horário de consultas, então, aquela história, você não poder ficar quarenta, cinquenta, sessenta minutos com um cliente porque tem uma fila enorme lá te esperando.

Lamenta a maneira como tem levado sua vida: "Eu, hoje, me considero um robzinho, porque eu sei: eu acordo de manhã, vou para o consultório, eu trabalho todo o dia, vou para casa (...). Então, na nossa profissão, nós nos tornamos um

robô, tocadores de serviço, eu considero assim, infelizmente (...) essa é uma coisa que decepciona”. Fala sobre sua “falta de tempo”: “A gente tem que trabalhar contra o tempo. Hoje, nós vivemos correndo. Você está no consultório, você é chamado, tem que ir lá no hospital avaliar uma gestante que está em trabalho de parto; volta para o consultório; volta para lá para fazer o parto; volta para o consultório. Quer dizer, a gente vive correndo contra o tempo”.

Outro fator de desgaste na profissão, que interfere em sua vida pessoal, é a responsabilidade que tem com o paciente.

Eu tenho uma casa na praia (...). Eu vou lá, esporadicamente (...). Até porque eu ainda faço obstetrícia e é uma coisa desgastante. É uma coisa que te prende muito, porque você tem os compromissos com teus clientes. É muito difícil abandonar e dizer: - “Não, eu não estou não. Eu estou na praia, eu não vou te atender, eu não quero (...)”. É uma coisa complicada. Então, eu acho que estou satisfeito com a profissão, mas (...) ela é muito desgastante, realmente.

Ressente-se pela visão que a sociedade tem tido do médico.

A cobrança, eu acho que, hoje, entra uma outra questão dentro da nossa profissão (...). Porque, hoje, você vê um monte de médico sendo processado. Graças a Deus, eu não fui. Mas, você fica tão preocupado com isso hoje (...). Eu já estou me preocupando e fazendo seguro, porque, se amanhã, eu for processado por algum motivo, eu tenho um seguro para me amparar (...). Então, essa é uma coisa que eu não tinha previsto, essa insegurança dentro do trabalho. Você pode ser processado a qualquer momento (...). A gente continua exposto demais (...) esse jogo que virou a profissão...

Eu sempre imaginei que a gente tinha que ser artista (...). Que você seria uma pessoa que seria, digamos assim, consagrada (...) homenageada (...) essa coisa do reconhecimento. Nada! (...) e, hoje, nós vamos ver que a realidade não é bem de artista. Nós não somos artistas, mas nós temos que ficar driblando. Muito mais jogadores, dribladores do que artistas (...). Você vai fazer um negócio e você erra, por imprudência, é uma coisa, até merece ser criticado. Mas, quando você não consegue resolver o problema, mesmo assim as pessoas te acusam de que você foi irresponsável. É uma coisa triste.

Lamenta que o médico venha arcando com as conseqüências da desestrutura do sistema de saúde.

Eu acho que, hoje, a nossa profissão é um jogo, um tremendo jogo (...) um jogo muito pesado em cima de nós (...). A gente está à mercê de uma incompetência do próprio sistema de saúde, seja do município, do estado, do próprio país. Então, é um jogo muito pesado que, às vezes, você tem que arcar com inseqüências que não

são da tua responsabilidade (...). Nós vivemos uma realidade muito grave diante da saúde pública e nós somos impotentes para resolver os problemas que nós fomos, díganos, preparados para resolver.

Em sua opinião, a medicina é uma profissão extremamente difícil, que exige muita dedicação, muito estudo e, às vezes, a abstenção de algumas coisas. “Às vezes, você vai ficar longe da família, ter de sair de jantar, de baile. Você não tem hora”.

Pensa que, no Brasil, o estudante de medicina sai mal formado e necessita fazer uma especialização após a formatura, para ter condições de exercer a profissão. Salaria a importância da boa relação médico-paciente e acredita que muitos processos contra médicos são consequência da insatisfação do cliente com esta relação. Considera que o tripé que o médico pode oferecer à comunidade é: competência, bom relacionamento médico-paciente e humildade.

Hoje, o médico tem que estar preparado para ter um bom relacionamento com os clientes (...). Antes, o médico era o dono da verdade, a nossa palavra era soberana. Eu acho que isso acabou faz muito tempo e hoje a gente tem que ter humildade. Eu, por exemplo, eu recomendo que os profissionais ouçam o cliente, caso contrário... Ninguém é o dono da verdade (...) se a gente pensar que é, a gente vai, com certeza, cair em contradição.

Deseja ainda: aperfeiçoar-se como professor; especializar-se e dedicar-se a uma área de interesse em ginecologia; investir em alguma atividade produtiva fora da profissão.

Se tivesse condições financeiras suficientes, teria como sonho diminuir a carga de trabalho e trabalhar única e exclusivamente por prazer.

LUA

Para LUA, ser médico é dedicar-se aos pacientes e ser responsável por um atendimento que satisfaça o paciente. É resolver o problema do paciente. É salvar, auxiliar e cuidar do paciente. É fazer o pré-natal bem feito para trazer saúde à mãe e a seu filho.

LUA considera sua realidade semelhante àquela que imaginava, com a diferença que, na época da faculdade, planejava poder dedicar-se também à

pesquisa: “Eu pensava, e é, e foi, sempre naquela luta, construindo todo dia, decidindo, vai para lá, vem para cá (...). Na minha época de faculdade (...) eu ainda pensava (...) que eu poderia ir um pouco mais adiante nessa área de pesquisa que, hoje, a minha realidade não permite (...). Mulher médica, eu acho que a gente sempre fica um pouco limitada pelos filhos, pela casa (...).”

Reflete sobre a grande influência que seu pai teve em sua vida profissional: “Talvez, meu pai tenha trilhado mais ou menos em paralelo (...). Fui dando importância à opinião dele em todos os aspectos (...). Sempre procurei pedir a opinião dele em todas as minhas opções profissionais”.

Sente-se realizada como profissional e avalia que tem bom retorno financeiro: “Eu me sinto realizada como médica, na minha profissão. Ela me trouxe, além dessa realização profissional, uma tranquilidade financeira também”.

O que eu tenho hoje, graças a Deus, foi tudo do meu trabalho (...). Eu sinto que é através da medicina que eu (...) pude comprar uma casa (...) um carro, não passei fome. Então, isso a medicina me proporcionou. E o que eu tenho ainda são os meus filhos, minha família, além do conforto da minha casa, que é simples, mas não almejo, também, muita riqueza.

Está satisfeita com seu trabalho, porém, acha que sua realidade estaria melhor se pudesse estudar, pesquisar e viajar mais. Não o faz, por limitações da própria especialidade e por falta de tempo disponível, em consequência da sua carga de trabalho, que é grande: “Eu gosto muito de viajar. Gostaria de poder viajar mais e desfrutar mais, mas também em função da especialidade, fica um pouco difícil de sair muito, viajar muito e essas outras coisas”. Comenta sobre sua “falta de tempo”: “Eu acho que a gente sempre acha que poderia ser melhor. Acho que essa relação que eu te falei de filhos, de cursos que eu gostaria de me aperfeiçoar, mais para ter uma formação um pouco mais forte, poder estudar, poder me dedicar (...). Este lado de faltar tempo. A famosa falta de tempo”.

LUA tem repensado a relação médico-paciente e, atualmente, tem dado mais atenção a seus pacientes. Refere que, antes, essa relação era um pouco prejudicada, devido ao fato de ter filhos pequenos, o que acarretava maior preocupação com o cuidado deles e da casa: “Uma época, sei lá, criança pequena, falta de tempo, aquela coisa tipo estar em casa (...). E isto me prejudicou um pouco

a parte profissional. E agora, a coisa está mais tranqüila. Eu consigo ficar aqui, sem pensar muito: - 'Ah, será que estão bem? Será que a empregada não está batendo?'. Aquela história de mãe com filho”.

Parece que foi numa bola, que eu nunca parei para pensar o que é ser médico, qual a minha importância fazendo isso. Mas até, ultimamente, eu tenho visto o retorno das pacientes e eu estou desta forma me questionando (...). Eu era menos atenciosa (...). Elas me vêem com tanta importância e esperam tanto de ti, que eu estou olhando até com mais carinho para cada paciente (...).

Tem tido maior tolerância quando é requisitada fora do horário de trabalho, por compreender que seu papel como médica, também é aconselhar: “Eu compreendo, porque elas colocam todos os problemas familiares (...) para a gente resolver (...). Me ligam para casa, às vezes, não por motivo de doença ou de dor, mas por coisas do dia a dia mesmo delas, para tentar ajudar neste sentido (...). Mas ainda tem algumas que me tiram um pouco a paciência (...) mas acho que até isto, está no direito delas”.

Ocasionalmente, sente que o peso da responsabilidade de ser médica a impede de fazer algumas coisas que deseja: “Eu gostaria de não ser médica algumas horas (...) em lugares relaxantes, para não ter responsabilidade nenhuma”.

Por outro lado, hoje, não pensa em outra profissão para exercer, além da medicina: “Hoje, pensando - eu já pensei várias vezes- se não fosse médica, que seria? Talvez, só dona de casa, cuidar dos filhos (...) curtir a família, que não dá tempo”.

Pensa que o profissional médico, sobretudo do sexo feminino, sofre muita interferência na sua vida pessoal: “Quando dizem que vão fazer medicina, digo que não é uma boa. Principalmente, se é mulher. Porque a gente tem que abrir mão de muita coisa, desde a feminilidade até um futuro, em termos de socialização”.

Acha que, ao se escolher uma profissão, deve-se levar em consideração, primeiro, a habilidade que a pessoa tem e, então, ver qual a profissão que facilita a expressão desta habilidade. “Você pode ser mecânico. Se for bom, vai dar certo. Fazer o que gosta o melhor possível”.

Não tem planos imediatos para o futuro, mas se tivesse condições financeiras suficientes, teria como sonhos: diminuir a carga de trabalho no consultório, que não

é possível atualmente por fatores econômicos: “Porque, hoje em dia, eu dependo exclusivamente de mim para manter a família e, então, eu não posso abrir mão de horas de consultório”; aperfeiçoar-se na área de genética e imunologia e fazer pesquisa nesta área; dedicar mais tempo à família e ao lar; praticar a medicina para a área carente; ter um orfanato organizado para pessoas necessitadas: “(...) tenho um sonho que acho que também adquiri do meu pai, que ele sempre quis: ter um orfanato para pessoas que realmente precisam (...)”; e viajar mais a lazer.

FLORA

Para FLORA, ser médico é estar o tempo inteiro tentando ajudar. É tolerar, ouvir, compreender e medicar. É fazer um pré-natal bem feito, prevenir a doença e ajudar a promover o bem-estar e a felicidade do paciente. É dedicar parte do seu tempo ao atendimento da população carente. É estar envolvido, trocar informações e manter uma cumplicidade, nas várias fases pelas quais a mulher passa.

A realidade profissional de FLORA é semelhante àquela que imaginava em relação às atividades do dia-a-dia: “Bom, quando eu tinha o meu amigo lá, Dr. X, aquele vizinho médico, eu achei que eu ia sair de manhã e trabalhar o dia todo, atender as pessoas ou operar e voltar à noite e encontrar minha família. Eu imaginava isso mesmo. A minha realidade não foi diferente dessa (...). Me preparei para isso e está bem assim, não foi uma surpresa”.

Julga a profissão, a dimensão mais importante de sua vida.

Eu acho que (ser médica) é o mais importante na minha vida. Ocupa o maior espaço. Mesmo que eu tente negar, querendo colocar a maternidade, a vida pessoal, mas eu acho que não. A medicina está em primeiro lugar. Ela tem prioridade e eu me sinto feliz assim. Eu acho que o médico tem que ser dedicação integral. Principalmente na ginecologia e obstetrícia. Então, não me queixo muito de ter escolhido medicina e acho que ocupa um espaço de oitenta por cento da minha vida.

Comenta o valor que teve na sua vida, ter conseguido formar-se. Acha que a faculdade proporcionou-lhe um bom curso e a oportunidade de estar sempre estudando em grupo.

Considera-se “no caminho” para sua realização profissional porque esta é, em primeiro lugar, ser reconhecida pelos pacientes e pela comunidade que cuida por

sua competência. Em segundo, é ter condições ideais para desempenhar esse papel, seja no trabalho, seja na vida pessoal: "(...) é ter uma casa, um carro, uma família estável, um bom consultório, um bom hospital. Quer dizer, uma infra-estrutura para conseguir ser um bom profissional". E, em terceiro lugar, é ter equilíbrio e paz interior, mantendo uma harmonia consigo mesmo e o meio: "(...) que ele o médico consiga estar satisfeito com a profissão que exerce e o meio em que vive".

Está parcialmente satisfeita com o trabalho: "Eu gosto, estou satisfeita. Não plenamente satisfeita, vamos dizer, setenta por cento satisfeita com o que eu faço".

Em relação ao que faz, à sua competência e a seu reconhecimento pela comunidade que atende, sente-se plenamente satisfeita.

Entretanto, comenta alguns aspectos que interferem de forma negativa na sua satisfação profissional.

Na época da faculdade, imaginava que ficaria sempre em um grupo, junto ao qual estudaria; entretanto, hoje estuda de forma Solitária: "Quando eu me vejo muito tempo depois, hoje, solitária. Eu não imaginei que seria assim".

Imaginava que teria bom retorno financeiro, mas hoje não sente que seja bem remunerada em relação ao trabalho que faz.

A única dificuldade, grande dificuldade que eu encontro hoje, a visão que eu tive que foi falsa, foi a do poder aquisitivo do médico. Eu achei que teria mais facilidade para participar de congresso, para fazer viagem, para fazer cursos de reciclagem. E eu vejo que isso não é tão assim. A condição financeira do médico está massacrante. A gente tem que trabalhar muito para manter o nível mínimo que é entrar na Internet, ler alguma coisa e estudar e ir a algum congresso mais próximo no próprio país. Então, essa fantasia de que vai poder fazer viagem para o exterior, pós-graduação, não sei onde e tal, com o dinheiro do próprio bolso, com as próprias condições financeiras, é complicado. Eu acho que isso foi uma decepção que eu encontrei.

Para conseguir o retorno financeiro que julga adequado, tem trabalhado demais, o que tem prejudicado sua atualização profissional (gostaria de ter mais tempo para estudar e se reciclar) e sua qualidade de vida.

Gostaria de ser mais bem remunerada (...). Na verdade, a gente é empurrada para dentro de um consultório, para dentro de um centro cirúrgico, porque a gente tem que dar conta da parte financeira. E, se o médico fosse mais bem remunerado, com certeza teria mais tempo para se dedicar ao seu aprendizado (...). Acho que isso é uma coisa que pressiona, que gera tensão, incomoda (...).

A gente tem que dedicar muito tempo para o consultório, para a cirurgia, para a prática da medicina (...). É claro que a tua experiência prática aumenta (...) mas você resume um pouco mais o teu tempo de estudo (...). Você fica devendo para o aprendizado, para a reciclagem. Eu gostaria de estudar mais, de fazer mais a parte científica. A medicina é muito rápida, muito dinâmica. Então, tem que haver um balanço nisso aí.

Eu tenho que trabalhar mais do que eu imaginei. Eu acho que trabalhando como eu trabalho, eu deveria estar melhor financeiramente. Não ia correr tanto atrás da máquina. Também essa idéia me foi passada. Quando eu era jovem, os médicos viviam uma outra realidade que era muito mais fácil (...). Então, o dinheiro é uma coisa que mudou radicalmente. A visão que eu tinha lá, e a visão que eu tenho hoje, é totalmente diferente (...). Apesar de que eu estou satisfeita. As minhas necessidades básicas, eu acho que estou bem. Não estou me queixando. Só uma coisa que talvez me incomode é não poder fazer mais isso que eu te falei: mais cursos fora, viajar mais (...) investir em mim.

A correria, a corrida atrás de tentar fazer com que as coisas aconteçam da melhor forma possível, o mais rápido possível, dentro do tempo que a gente tem, que é muito curto. Parece que a gente está sempre sendo comprimido pelo tempo. Na verdade, a gente percebe e acaba não sabendo utilizar bem o tempo. Provavelmente é isso. Porque quando eu me formei, eu tinha muito tempo. Hoje, não tenho tempo nenhum, para nada. Acho que eu, de alguma forma, ocupei tanto os meus minutos, as minhas horas, que hoje essa ampulheta é extremamente significativa, até para eu repensar um pouco.

Comenta que a sociedade tem tido visão negativa do médico, o que tem gerado grande preocupação em seu cotidiano e insegurança no seu trabalho.

Outra coisa que me preocupa bastante é quanto à ética. Me preocupa muito, me deixa insatisfeita saber que na nossa categoria, muitas vezes, a gente tem esses problemas e cada vez mais, que é bravo. O problema é que diante das várias prerrogativas, das várias opções, o ser humano médico ou não médico, às vezes escolhe caminhos escusos. E a nossa área, eu não acho que o médico tem que ser o tempo todo nobre, santo e perfeito. Nós somos imperfeitos, temos defeitos. Mas a gente teria que seguir uma linha o mais reta possível para sermos mais confiáveis, porque a gente tem a vida humana nas mãos e pensar nisso me deprime um pouco: ver que, às vezes, a gente não é merecedor de confiança. E muitas vezes, médicos, pessoas merecedoras, acabam por situações que outros promoveram, não se fazendo confiáveis. Tanto pela mídia, quanto pelos advogados, quanto pela própria população. Então, isso incomoda também. Me deixa insatisfeita, vendo esse panorama de pressão, também de insegurança e instabilidade. Então, a medicina não é mais uma profissão segura. É uma profissão de alta periculosidade!

Aponta ainda a manipulação do médico pelas multinacionais e pelos políticos. Comenta que o médico deveria ter maior atuação política e deveria estar atento para não ser usado.

Uma outra causa de insatisfação também é (...) esse caminho que a gente segue aí, das multinacionais invadindo a área médica como atravessadores. Isso tudo, para mim, é questionável. Eu acho que nós médicos deveríamos participar mais da vida da política. O médico tem que interferir mais, até para ele ter mais poder nas mãos porque senão a gente vai ser usado e manipulado. A medicina é uma área muito rica para ser usada, manipulada, usufruída. As pessoas nos usam de todas as formas para se auto-promoverem e para fazerem até campanhas políticas em cima da doença e da saúde da população. Então, a gente tem que ter bastante discernimento, a gente não pode se deixar manipular. Eu acho que isso é uma coisa séria.

Enfatiza que a medicina exige uma dedicação quase exclusiva, sobrando pouco tempo para a vida pessoal, e deve-se estar preparado para isso, ao escolher a profissão. Apesar de sempre se ter doado e continuar se doando, ocasionalmente sente-se cansada.

Às vezes, eu falo até que medicina é uma escravidão. Apesar de eu não reclamar de ser médica. Eu gosto. Porque eu me sinto bem trabalhando assim. Não me incomodo de estar de madrugada ou de manhã ou de tarde ou de sair de uma festa para fazer um parto. Não me incomodo mesmo, porque faz parte de mim. Pode ser que um dia eu diga: - "Chega! Deu! Cansei!" (...); eu acho que isso já começou a se iniciar em mim. O médico tem um pico de dedicação exclusiva e depois ele começa a se detonar um pouco. Ele diminui essa coisa de servilidade, de estar sempre aberto, disponível. Essa coisa acaba cansando porque você fica desenergizado (...). Acho que vai chegar um momento que eu vou dizer: - "Agora não, eu vou ter limites (...)"

Pensa que o futuro da medicina é a prevenção e que o profissional médico deve estar atento para dedicar-se à profissão, mas deve tentar, de alguma forma, impor limites, para ter vida própria.

Ressalta a satisfação de estar com seus filhos: "Os meus filhos (...) são as minhas curtições, para quem eu dedico os outros vinte por cento, infelizmente, da minha vida. Eu já disse que a medicina é oitenta por cento, então, eu tenho que ser verdadeira". Comenta ainda o prazer que sente com as atividades relacionadas ao lazer: "(...) a coisa prazerosa, a coisa da paz, o sol, ficar bem, o mar (...). A coisa do momento que eu estou descansando, que também faz parte do meu dia-a-dia. Então, não é só estudar e pensar em estudar e aprender. E aí, também tem meus filhos, tem esse momento aqui de lazer, de paz, com o mar, com Florianópolis. Isso faz bem".

Julga que, em função da profissão, deixou a parte afetiva em segundo plano, mas, atualmente, tem investido mais nessa dimensão de sua vida: “O amor é importante para mim (...). É o amor pelas pessoas em geral e o amor por um parceiro, um companheiro. Que faz parte da minha vida (...). Eu deixei em segundo plano a afetividade. Então, o pessoal ficou em segundo plano. Mas estou tentando retomar. Eu acho que depois dos quarenta, você começa a dar uma (...) repensada em tudo, tenta retomar algumas coisas um pouco mais”.

Não tem planos imediatos para o futuro, mas se tivesse condições financeiras suficientes, teria como sonhos: fazer uma grande viagem; dedicar-se mais à família, ao amor e à casa; investir mais em si mesma e ter mais horas de lazer: viajar mais, cuidar de uma horta, andar de lancha e mergulhar: “Eu ia mergulhar no Arvoredo. Ia viajar muito. Eu gosto muito do mar e do sol. Eu ia tomar muito sol (...). Acho que ia ter mais prazer, viver bem com os meus amigos, com a minha família e usufruir um pouco mais”. Também gostaria de se aperfeiçoar em uma área específica da ginecologia para poder diminuir sua carga de trabalho.

Se tivesse condições financeiras suficientes faria especialização em vídeo, por exemplo, em gestação de alto risco, alguma coisa que desse mais tranquilidade, ou em menopausa (...) e ficar centralizada nessa área. É claro, ia continuar na minha profissão, mas eu ia diminuir o ritmo e (...) drenar minha energia (...) para um canal, canalizar mais. Trabalhar menos e entender melhor de um assunto só, talvez.

5.5 O GRUPO DOS MÉDICOS DA SAÚDE PÚBLICA

O grupo dos médicos da Saúde Pública está composto por quatro sujeitos. VIAJANTE e BEIJA-FLOR-M2, do sexo masculino; e ESTRELA e NÔMADE, do sexo feminino.

VIAJANTE é casado, tem trinta e oito anos de idade, quinze de formado, e atua como médico em empresa privada (doze horas por dia).

BEIJA-FLOR-M2 é casado, tem quarenta e dois anos de idade, dezessete de formado, e atua como médico em serviço público (oito horas por dia) e instituição privada de ensino (quatro horas por dia).

ESTRELA é casada, tem quarenta e nove anos de idade, vinte e cinco de formada, e atua como professora, em instituição pública de ensino, e médica, em consultório (meia hora por dia).

NÔMADE é divorciada, tem trinta e oito anos de idade, quinze de formada, e atua como médica em serviço público (oito horas por dia).

5.5.1 Revendo o Passado

BEIJA-FLOR-M2, ESTRELA e NÔMADE desejavam ser médicos desde a infância. BEIJA-FLOR-M2 teve, como influência para esse desejo, parentes médicos. NÔMADE, além de ser uma criança que sempre visava à justiça social, observava que o médico de sua cidade era um grande articulador social. ESTRELA considerava que, através da medicina, teria prestígio familiar e social, e que essa opção representava um desafio intelectual.

VIAJANTE desejava ser diplomata por discursar bem e para poder ter participação política e social, entretanto, foi convencido por parentes a optar por medicina.

Todos os sujeitos optaram por medicina no primeiro vestibular.

VIAJANTE, BEIJA-FLOR-M2 e NÔMADE tiveram conflitos durante a faculdade, pela não resolutividade do modelo biomédico. ESTRELA e NÔMADE tiveram afinidade maior com a área clínica. VIAJANTE começou a sentir-se mais motivado com a faculdade ao cursar medicina social e fazer trabalho junto à comunidade. BEIJA-FLOR-M2 acompanhava um tio que era cirurgião plástico. Apesar de ter habilidade nessa especialidade, não se adaptou ao ambiente, que considerava muito vaidoso. Gostava também da parte clínica, porém, ficava insatisfeito com sua pouca resolutividade, tendo se definido por saúde pública para poder praticar a parte clínica mais voltada à saúde coletiva.

VIAJANTE não fez residência médica e especializou-se em Medicina do Trabalho e em Saúde Pública. BEIJA-FLOR-M2 fez residência em Medicina Comunitária. NÔMADE foi trabalhar depois de formada, como clínica, em Unidade Básica de Saúde. Ao ver a pouca resolutividade do sistema, desistiu e foi fazer residência em Medicina Preventiva e Social. ESTRELA fez residência em clínica

médica, e depois, sentiu grande afinidade com trabalhos comunitários, e decidiu aperfeiçoar-se na área de Saúde Pública.

BEIJA-FLOR-M2 atuou como clínico e pesquisador em projetos comunitários e VIAJANTE, NÔMADE e ESTRELA envolveram-se com gerenciamento de saúde. BEIJA-FLOR-M2 e ESTRELA, posteriormente, passaram a fazer carreira universitária.

Nas quatro páginas que se seguem, apresento, de forma mais detalhada, em "Quadros", o processo de construção individual, no passado, do grupo de médicos da Saúde Pública. Após, descrevo o presente.

Viajante, na infância, tinha muito interesse por geografia e astronomia. Depois, desejou fazer diplomacia. Não pensava em ser médico. Entretanto, no pré-vestibular, foi convencido a fazer medicina.

Nômade morava no interior e no colégio, engajava-se em atividades visando mais à justiça social. Inicialmente, desejava ser professora. Ao observar que o médico clínico de sua cidade era um grande articulador da justiça social desejou tornar-se médica para atuar mais efetivamente.

Acho... que nasceu, teve um lado bastante samaritano e de uma consciência social forte que eu já tinha desde a infância... Eu acho que isso é meu mesmo, talvez, a minha mãe um pouco (...). Eu sempre fui envolvida - morava no interior - com coisas da igreja, com coisas da escola, mas sempre em movimentos que buscavam, de alguma forma, um pouco de justiça social... E eu via o médico, talvez, influenciada pela liderança médica local, como um grande articulador disso tudo (...). Desde o primário, eu gostava de ser médica (...). Quando eu era bem pequenininha, achei que eu queria ser professora. Já dava aula para as crianças todas da rua porque eu fui alfabetizada um pouco antes (...). A gente dava aula atrás da porta, onde dava. Depois é que eu quis ser médica. Em cima desse médico geral lá, que era também um político (...). Ele seria um modelo (...).

Estrela, na infância, desejava ser professora. Mais tarde, desejou ser médica por ter uma personalidade mais voltada à justiça social e porque, para ela, a profissão representava prestígio familiar e social, além de um desafio intelectual.

Sempre fui construindo meu valor através da capacidade intelectual. Ser médico era uma coisa que tinha muito respaldo na família (...). Quem não quer ter um filho médico, ou queria ou ainda quererá? Então, eu acho que teve uma ligação com uma sensação de que aquilo era um desafio intelectual e era um prestígio. Mas eu acho que, no fundo, eu tenho uma identificação com isso, independente dessa questão mais psicológica, que é a coisa da escuta, da justiça, do tratar...

Beija-Flor-M2 desde pequeno tinha curiosidade e interesse pela medicina. Tinha vários parentes médicos que o influenciaram nesse sentido.

Tem muita influência familiar. Alguns tios médicos. Dois que influenciaram na minha formação, tio padrinho e tio-avô. (...) então, quando eu era pequeno tinha um elefante - e tenho ele até hoje - eu fazia laparotomia no elefante direto. Eu operava o elefante (...). Então, eu abria a barriga, fechava a barriga. Taí o elefante até hoje (...). Eu ganhei esse tal elefante do meu padrinho e, então, aí vem a influência de operar esse tal elefante.

Viajante desejava fazer Direito, para depois seguir Diplomacia, por discursar bem e ter visão de cidadania e da necessidade de ter participação política e social, estimulada pelo colégio. Mas, tinha dúvidas: "O desejo de fazer diplomacia, o porquê da vontade de fazer direito (...). Mas isso, morreu cedo... morreu cedo".

Diante dos argumentos de membros de sua família, optou por Medicina no vestibular, pelo mercado de trabalho e para ter segurança financeira.

Eu era bastante novo para decidir o que queria da vida (...). Nunca pensei ser médico. Isso foi no período, realmente, pré-vestibular (...). Questão de adolescente que não sabe bem o que fazer, cheio de dúvidas, indeciso, sem uma posição firme e se deixa influenciar (...). Influência da família (...) sugeriram (...) vamos dizer, houve uma indução, principalmente, por parte de um tio, houve uma influência forte: - "Olha, é uma profissão com um bom mercado de trabalho. No Brasil, a gente tem que pensar nisso hoje. Esse negócio de vocação, é um negócio que é muito furado, não dá para analisar só isso".

Estrela não teve dúvidas quanto à escolha da medicina no

Beija-Flor-M2 desejava ser médico por admirar seus parentes médicos. Seu irmão decidiu também seguir essa profissão. Aos dezesseis anos de idade, seguindo essa tendência e avaliando o mercado de trabalho, não pensou em outra profissão.

Depois veio meu irmão, formado em medicina. Sempre, isso já começou a gerar curiosidade e, lógico, influência, interesse pelo tema, gosto pelo tema, gosto pelo estudo (...). E também, já naquela época pensava numa inserção no mercado de trabalho, que entre as profissões, era uma profissão que se pensava numa boa inserção no mercado de trabalho (...). Não hesitei na hora da escolha.

Nômade passou por um período de questionamentos que a afastaram do desejo inicial de ser médica. Pensou em outras profissões: psicologia, engenharia e filosofia. A partir do científico, já lia literatura médica e de Saúde Pública.

Eu queria fazer medicina, daí, tu passas na livraria e vê... automaticamente, eu comecei a ler os livros de Reginaldo Guimarães, Carlos Gentile de Mello (...). Tinha uma amiga minha que estava fazendo Bioquímica e ganhou num sorteio, um livro dele (de Carlos Gentile de Mello) também. Eu estava no científico e eu li (...) e comecei a questionar a organização da assistência médica no Brasil.

No vestibular teve dúvidas ainda entre medicina, psicologia e filosofia, mas optou por medicina.

Ao optar por medicina, **Viajante** desejava ter uma atuação política e social. Teve dificuldade em adaptar-se à faculdade de medicina: "Um processo difícil (...) não tinha uma satisfação completa, principalmente, no início do curso (...)".

Adaptou-se um pouco mais, no segundo ano, quando começou a trabalhar junto a comunidade, através da Medicina Social. A partir de então, direcionou-se para essa área da medicina.

Isto se modificou quando eu comecei um trabalho na comunidade (...) com outros colegas do curso (...) e de outros cursos lidando exatamente com a Medicina Social (...) no segundo ano do curso. Mesmo assim, continuou existindo algum tipo de conflito.

No quarto ano da Faculdade, foi eleito vereador, e, em paralelo à Faculdade, exerceu esse cargo.

Ao optar por medicina, **Estrela** desejava tornar-se boa médica e ter prestígio. Teve muitas dúvidas quanto à escolha de especialidade, porque gostava de quase todas as disciplinas da área clínica na medicina e definiu-se pela clínica médica.

Ao optar por medicina, **Nômade** desejava tornar-se boa médica e ter retorno financeiro.

Ao entrar para a faculdade, já tinha embasamento em Saúde Pública e questionava muito o modelo biomédico.

Então, eu entrei na faculdade e à medida que eles falavam aquelas coisas, eu ia fazendo ligações com as coisas que eu tinha lido e eu disse: - "Não, 'péra aí!'"

Uma vez, o professor de bioquímica (...) perguntou para mim e para todos: - "Por que vocês fizeram medicina? (...) - O que vocês vão fazer como especialidade?". Aí eu disse que ia fazer Saúde Pública e ele perguntou por quê. Eu disse que descobri que a medicina é uma ciência social, antes do que uma ciência biológica puramente (...) e eu "tava" convencida de que era uma ciência social e eu até hoje sou convencida disso. Eu não consigo vê-la como biológica puramente.

Desejava ser clínica, com atuação na área social: Eu me formei clínica e queria fazer clínica geral e trabalhar na comunidade. Era o meu sonho.

Ao optar por medicina, **Beija-Flor-M2** pensava que sua rotina ia ser atuar no hospital pela manhã e no consultório à tarde, como a de seu tio cirurgião plástico. Teve conflitos durante a faculdade, por insatisfação com a não resolutividade do modelo biomédico.

Primeiro, durante o curso de medicina, sempre existiu dentro da minha cabeça, um certo questionamento desse modelo biomédico (...) uma insatisfação interna enquanto eu estava nas enfermarias (...) principalmente no internato (...) muito em função da não resolutividade do sistema. Você está numa enfermaria, aquela coisa: - "O Seu João, DPOC que descompensou, que voltou de novo. A Dona Maria, diabética que descompensou, voltou de novo. Semana que vem ela está lá dentro". E fica aquela coisa assim, que, no final, aquela ilusão que eu vou ver casos e mais e mais casos, aí, começa a ter uma certa desilusão na rotina que tu vê que são os mesmos. É uma coisa que tu não resolves. Aquilo que tu aprendes e tu não consegues resolver no teu dia-a-dia.

Acompanhou, no período das férias, um tio cirurgião plástico, a partir do terceiro ano da faculdade. Apesar de desempenhar bem a parte técnica nesta especialidade, não se adaptou ao ambiente.

Ao mesmo tempo, eu tinha essas duas influências (...) desses dois tios: um cirurgião plástico eminente e que eu acompanhava e inclusive, auxiliava desde o terceiro ano da faculdade (...). Eu estava me inserindo (...) tecnicamente, eu gostava da coisa. Agora, era um ambiente muito careta para a minha cabeça. Aquele ambiente vaidoso (...). Viver naquele meio (...). Isso aí, também, vinte e dois anos, naquelas crises pós-adolescência. E aí eu disse: - "Poxa, eu vou ser um rico infeliz, então, eu prefiro ser um pobre feliz..".

Acompanhou também seu tio-avô que era clínico, com atuação na área de saúde pública, com o qual identificou-se mais, direcionando-se para a área clínica. Decidiu então fazer medicina comunitária para atuar como clínico na comunidade.

O outro era um clínico, tio-avô, de uma excelente formação clínica (...) brilhante, um médico antigo (...) com atuações na área de saúde pública. Então, foi com quem eu consegui encontrar eco nessas discussões, nesses meus questionamentos. Já de bem mais idade (...) toda uma história política e de uma atuação. Oposto ao cirurgião plástico (...). Uma história linda. E no final, eu tive que: "Pô! Para que lado que eu vou? Eu acho que esse lado é o que faz mais o meu jeito". E aí, eu fui me direcionando mais para a clínica.

Depois de formado, **Viajante** não sabia se continuaria exercendo a profissão. Fez curso de especialização em Medicina do Trabalho e em Saúde Pública. Chegou a trabalhar em consultório, mas não se adaptou.

Nunca cobre. Consulta particular, eu praticamente nunca tive. Em consultório particular: ou convênios ou de graça. Sempre atendi o povão. Experiência interessante. Gerava satisfação nos ambulatorios da periferia, em consultório particular, em sindicatos de trabalhadores. Foi uma experiência boa, tive uma boa relação médico-paciente. Na saúde da família, passei um ano e sempre deixei saudade, mas eu tenho dificuldade para me vislumbrar, fazendo isso novamente (...). Tem gente que consulta muito melhor do que eu, eu reconheço (...). Respeito quem faz o individual e bem, principalmente, se consegue enxergar que por trás do individual tem o coletivo. Eu não sou um bom comerciante, não tem jeito.

Optou pela Saúde Coletiva, atuando na área de gerenciamento e planejamento da saúde.

Me sinto melhor em trabalho de planejamento, de gerenciamento ou mesmo epidemiológico do que consultando. Acho que faço melhor esse outro trabalho (...). Eu prefiro o coletivo.

Depois de formado, cursou a faculdade de direito e formou-se, mas não chegou a atuar: "Não trabalhei com Direito (...). Já havia passado o seu tempo".

Beija-Flor-M2 fez residência em Medicina Comunitária. Depois, fez mestrado e atuou como médico e pesquisador junto à Saúde Pública, em cidade do interior.

Uma boa época da minha vida, de médico geral e comunitário e de mestrado na Fundação X. Aí, eu ia lá para o interior do Piauí, fazia pesquisa e também atendia as pessoas e era aquela coisa assim: tinha médicos, nutricionistas, biólogos, zoólogos, não sei o quê, não sei o quê. Mas, o médico do estetoscópio era eu. Tínhamos quatro médicos na equipe, mas o médico quando tinha coisa para atender era eu. É uma coisa que eu sempre gostei, que eu nunca abandonei. Porque parecia que a Saúde Pública - isso tem uma influência ideológica muito grande - não mexe com doença (...). Eu dizia: - "Pô, eu sinto muito, eu gosto de atender, continuo gostando (...) e gosto de fazer Saúde Pública". Então, nessa época... eu tirava sangue de cabra, tirava sangue de gente, colhia cocô de cabra, colhia cocô de gente.

Iniciou o doutorado, mas interrompeu-o, devido à mudança de cidade visando a um contexto familiar mais harmônico e uma qualidade de vida melhor.

Estrela fez residência em clínica médica e, depois, se envolveu em projeto de saúde comunitária, com o qual teve muita afinidade. Fez ciências sociais em saúde e aperfeiçoou-se em Saúde Pública. Trabalhou, então, com gerenciamento do sistema de saúde. Nesta época, viajava muito: "Teve uma época que eu dizia: 'Não. Isso não é uma vida de médico. É uma vida de aeromoça!'". Posteriormente, decidiu sair da cidade onde morava para ter melhor qualidade de vida e habilitou-se como professora na cidade onde atua hoje.

Nômade foi trabalhar como clínica de Unidade Básica de Saúde em uma cidade menor, mas sentiu que a medicina puramente biomédica não resolvia a maior parte dos problemas dos pacientes.

Eu me formei clínica e queria fazer clínica geral e trabalhar na comunidade. Era o meu sonho (...). E fui trabalhar numa Unidade Básica, onde eu via que tinha cliente, cliente (...) e a doença não era só biológica, mas muito mais que isso. Ela tinha toda uma determinação anterior, que eu até me sentia ridícula ali dentro (...). Aí, eu disse: - "Meu Deus, eu não aguento mais isso". Eu comecei a ter pavor do dono daquela indústria que me mandava todos os funcionários, todo mundo estourado, na mesma situação, no mesmo jeito.

Decidiu-se, então, pela residência em Medicina Preventiva e Social, para atuar mais efetivamente.

Aí, eu disse: - "Quer saber de uma coisa? Eu vou me profissionalizar para encarar este debate um pouco mais tecnicamente".

Trabalhou em várias cidades do Brasil, com administração da saúde.

5.5.2 Repensando o Presente

VIAJANTE

Para **VIAJANTE**, ser médico é poder estar próximo da sociedade e ter condições de ser um catalisador da organização social. É ter harmonia consigo mesmo e com seus semelhantes. É não ser individualista e vivenciar a questão da coletividade, da Solidariedade. É enxergar-se em uma equipe multiprofissional, inserido em um contexto social. É exercer a medicina com paixão. É uma grande responsabilidade em lidar com seres humanos. É sentir que está cumprindo um importante papel, contribuindo no processo de evolução do universo.

VIAJANTE não vislumbrava a realidade como médico quando escolheu a profissão, mas desejava, através da medicina, ter participação política maior na sociedade. Naquela época, ainda não conhecia a Saúde Pública. Após conhecê-la e praticá-la, sentiu que era esse o caminho a ser trilhado para satisfazer seus anseios. Considera-se feliz com a escolha.

Nunca vislumbrei um cenário (...). Eu não sei se lá no início da minha faculdade, eu vislumbrei isso. Eu acho que não (...). Foi um processo muito estranho, muito diferente (...) impensado. Tanto assim, que eu não fiz residência. Eu fiz especialização em Saúde Pública, em Medicina do Trabalho. Então, foi um negócio que foi totalmente diferente (...). Eu fui deixando correr (...). Eu não vislumbrava ser médico por muitos anos, não seguir medicina por muitos anos. Eu vislumbrava ter uma participação política maior na sociedade (...). Com o passar dos anos e meu envolvimento com a Medicina Social (...) eu encontrei o meu espaço dentro da medicina (...) sabendo das limitações (...) em termos de mercado, das limitações financeiras (...). Mas é isso que eu escolhi e sou feliz nisso.

Acrescenta que hoje, trabalhados os conflitos, está satisfeito com sua realidade profissional por ter alcançado harmonia entre seus ideais e sua atuação profissional.

E aí, eu lembro um poeminha do Henfil, que dizia: - "Se não houver frutos, mesmo assim valeu pela beleza das flores; Se não houver flores, ainda assim, valeu pela sombra das folhas; Se nem folhas houver, valeu pela intenção da semente". Então, sempre fica algo de bom naquilo que a gente escolhe na vida, na profissão da gente, naquilo que a gente faz no dia a dia, desde que, a gente consiga dividir isso que a gente faz com alguém e consiga transmitir isso que a gente faz para alguém.

Apesar dos conflitos que eu tive, nos meus anos, eu entendi que a medicina tem que ser feita, realmente, com paixão, energia. Ame-a ou deixe-a. Tem que ser assim. Eu custei muito para entender isso. Dentro da medicina, como qualquer outra atividade, você sempre pode encontrar alguma coisa que te traga satisfação e que você possa gerar satisfação para o teu semelhante.

Apesar de sentir-se satisfeito com seu trabalho, julga que sua realização profissional ainda “está em processo de construção”. Quer aperfeiçoar sua formação e ter maior embasamento, para ter participação política mais efetiva na sociedade e na classe médica.

É um processo ainda (...) em construção... É um caminho a ser construído no dia-a-dia (...). Eu ainda quero mais, esse mais não significa bens materiais, por mais estranho que isso possa parecer. Eu ainda quero cumprir o meu mestrado, eu ainda quero fazer meu doutorado, eu ainda quero dar aula casualmente. (...) eu quero mais, em termos de embasamento (...). Eu quero contribuir para (...) quebrar alguns modelos, alguns paradigmas que existem na medicina e na saúde. Eu quero ter embates ainda, com alguns colegas da medicina que pensam a medicina de forma diferente, que representam a medicina (...). Ter bom embasamento na questão da Saúde Coletiva para enfrentamentos dentro da sociedade mesmo; com setores da sociedade, com médicos que fazem parte desses setores da sociedade e que os representam naquilo que a gente tem de mais terrível no nosso país: as pessoas que querem massacrar seu semelhante, enriquecer fraudando, roubando. Esse tipo de enfrentamento (...). E isso, na medicina, infelizmente é bastante comum: fraude, enganação. Não é a maioria. É que a maioria dos médicos hoje está num processo de proletarização (...).

Porque atualmente, como em qualquer outra profissão, nós temos classes dentro da medicina. Hoje, nós temos médicos proletários, temos médicos no eixo Rio - São Paulo desempregados e sub-proletários. E temos médicos que são representantes da elite, que defendem os interesses da elite. Então, com esses colegas, eu ainda quero ter condições de ter bons embates. Então, eu ainda não me coloco como realizado.

Acredita que a medicina, quando exercida visando ao bem-estar social gera melhores resultados: “Vislumbro (...) a medicina enquanto partícipe, contribuidora da melhoria das condições da saúde, da qualidade de vida de uma coletividade, de uma sociedade e a medicina enquanto algo bruto que ainda precisa ser lapidado, mas que pode ter muita energia. Pode ser muito bonita. Se for bem utilizada, com Solidariedade. Se for utilizada como realização pessoal, profissional. Se for utilizada como algo para crescer”.

Observa, entretanto, o clima competitivo gerado entre os colegas e o uso do poder de forma inadequada.

Existe muito disso ainda na medicina, de falta de solidariedade, de falta de companheirismo entre os próprios colegas, uma competição muito acirrada. As pessoas, quando você tem idéias diferentes, tem propostas diferentes, mas que vão contra os seus interesses pessoais, tentam te prejudicar ao máximo, se utilizam das estruturas para te prejudicar, te ameaçar (...). Fazem da ordem - que seria algo para defender a ética, para defender a coletividade, a tua profissão - um instrumento de uso particular para defender os seus interesses pessoais, o interesse exatamente da classe que eles defendem (...) que eles fazem parte.

Avalia que o capitalismo predispõe a esse tipo de conduta.

A própria questão da dinâmica da sociedade (...). A sociedade em que a gente vive, que realmente é uma sociedade de conflitos, conflitos entre capital e trabalho, conflitos entre os que têm muito e os que não têm nada. E o médico está dentro desse contexto. Alguns fazem parte daquele lado, outros fazem parte do outro lado. E tem aqueles que inclusive, tentam não fazer parte de lado nenhum, se omitem. E, na realidade, fazem parte do lado hegemônico, em se omitindo.

Acha que o médico cumpre importante papel e tem grande responsabilidade ao lidar com seres humanos, mas não deve se julgar acima dos outros seres humanos.

O médico sempre teve muito de onipotência, de onipresença, de querer brincar de ser Deus, salvar vidas. E, na realidade (...) nós fazemos parte de um universo, somos um planeta pequeníssimo nesse universo e dentro desse planeta, nós somos mais pequeníssimos ainda. Quer dizer, somos muito pequenos, mas (...) a gente faz parte de (...) algo maior, fazemos parte de um universo que está em evolução. E (...) ser médico é, na verdade, uma grande responsabilidade que se dá para você. Você vai conversar, vai lidar, vai trabalhar com outros seres humanos e você tem a chance de influenciar até a vida desses outros seres humanos. Então, apesar de sermos pequenos nessa imensidão, aqui no universo, nós temos o nosso papel, temos alguma coisa para fazer e temos nossa contribuição a dar nesse processo de evolução que estamos passando.

Comenta que a medicina, antigamente, representava *status* e hoje passa por um processo de "proletarização devido à proliferação de escolas médicas e ao grande número de profissionais médicos que estão no mercado de trabalho e à exploração e má remuneração que estes profissionais estão tendo".

Ressalta, entretanto, que, para alguns setores da sociedade, principalmente nas classes sociais mais pobres, o médico ainda representa *status* e continua tendo

uma imagem onipotente, de “Deus”. Para tais classes, a medicina significa “a vida, a esperança de ter vida, de se curar”.

Considera a formação do profissional médico, geralmente, deficiente, por dar concepção fragmentada do ser humano e representar a visão modelo hegemônico, “privatista, onde o médico vai ser profissional liberal, e essa é uma realidade em extinção, hoje em dia”. Relembra que, entre os conflitos por que passou na época de estudante, um era devido à prepotência de alguns professores médicos: “A prepotência de alguns professores, isso me fazia muito mal”.

Assevera que o modelo biomédico e o modelo complementar de saúde, o *managed-care*, prejudicam a formação do estudante.

As questões são políticas. Há necessidade de vontade política. O estado brasileiro, hoje, tem uma concepção de saúde-doença ultrapassada, atrasada. É um estado periférico, dominado e que se influencia muito ainda por aquela máxima, “O que é bom para os Estados Unidos, é bom para o Brasil”. Isto ainda existe. Tanto assim que o *managed-care* está sendo importado, apesar de toda a resistência que existe hoje de sindicatos e até de cooperativas médicas (...). E isto influencia a formação do nosso estudante de medicina. O estudante (...) está sendo formado para trabalhar nesse sistema.

Explica que a formação do médico deveria ser generalista e integrada, para permitir a visão global do ser humano e da coletividade. Para tanto, seria necessário que o estudante de medicina tivesse boa formação nas áreas básicas, na Saúde Pública e, também, da visão de saúde das áreas humanas, como filosofia, sociologia e antropologia. Além disso, o estudante deveria ser inserido precocemente na prática junto à comunidade, para vivenciar a realidade brasileira e aprender a trabalhar em equipe. A ênfase do ensino prático deveria ser fora do hospital, porque “hospital não é sinônimo de saúde; hospital é um ambiente onde está a doença, e estudante algum de medicina aprende qualquer conceito de saúde dentro de um hospital”.

Desde cedo, o estudante de medicina teria que estar em contato com as comunidades, com a sua realidade, com o seu contexto e entender que a saúde, no Brasil, não é feita de equipamentos de alta tecnologia - isso é um luxo - e que esse é um país periférico, um país pobre, onde o que existe para se gastar com saúde é aquém daquilo que é necessário, e que ele vai atuar nesse contexto, sofrendo pressões de laboratórios farmacêuticos (...) de indústrias de equipamentos médico-hospitalares, sofrendo pressões para pedir exames (...). E ele tem que desenvolver uma posição crítica em relação à profissão dele, em relação à forma como vai

atender o seu paciente, a sua comunidade e à contribuição que ele vai dar para a melhoria da saúde de uma população.

Destaca que a tendência, hoje, da assistência no cenário mundial, é o aumento da internação domiciliar, ficando o hospital apenas para uma pequena porcentagem de casos. Salaria que é necessário alertar o futuro médico quanto à grande reserva de mão de obra que está sendo formada, com visão mais voltada para a parte técnica, sem questionamento do sistema e embasamento nas áreas humanas, o que acarreta “um cenário mais competitivo e que vai servir mais aos interesses de grupos, de medicina de grupo, de ‘mercantilizar’ a medicina (...)”. Acrescenta ainda, quanto ao interesse implícito no modelo da formação médica: “A formação do médico dentro do perfil que estabelece o FMI e o Banco Mundial: a formação de uma mão de obra de reserva mesmo, que questione pouco, que sejam bons técnicos, maus pensadores. A medicina, como técnica, não como Arte. E a medicina tem que ser uma associação das duas coisas. Tem que ser Arte também”.

Tem dúvidas quanto à funcionalidade de alguns enfoques da formação médica, como a medicina baseada em problemas: “Não tenho clareza, ainda, se é um enfoque novo do modelo antigo, ou se realmente é uma face de um modelo novo que está surgindo”.

Pensa que, ao se escolher uma profissão, deve-se analisar vários fatores. O mais importante é determinar-se, inicialmente, aquilo que se tem vontade de fazer e, depois, analisar o cenário em termos de mercado de trabalho.

É interessante isso, respeitar em primeiro lugar aquilo que você tem vontade de fazer, que a sua intuição diz que você pode fazer e analisar depois (...) o cenário em termos de futuro. Mesmo porque as profissões, nesse momento, estão passando por um período de transformação muito grande (...). Agora, sem dúvida alguma, é muito melhor você ser um excelente professor de história, um excelente professor de geografia, um excelente professor de astronomia, do que ser, digamos, um engenheiro mecânico, um médico ou um advogado medíocre. Fazer uma profissão e não se sentir bem naquilo ali.

Deseja ainda: continuar atuando na área de planejamento e gerenciamento da saúde; aperfeiçoar-se para ter maior embasamento e contribuir mais efetivamente em sua atuação política e social, junto à classe médica e à sociedade de forma global; e ser professor: “Uma experiência de professor no contexto brasileiro vai ser

um dia-a-dia de embates, conflitos com outros professores, questionamentos de posições críticas, de avanços e recuos, de acumulações e de aprendizado”.

Se tivesse condições financeiras suficientes, além de continuar a fazer o que faz e ter as mesmas expectativas, estudaria ciências políticas e algumas disciplinas de ciências humanas.

BEIJA-FLOR-M2

Para BEIJA-FLOR-M2, ser médico é estar sempre disponível, é uma doação muito grande. É ter um papel social muito importante. É trabalhar em equipe multiprofissional e interdisciplinar, visando à saúde da comunidade, prestando assistência individual e coletiva. É fazer pesquisa, gerar e transmitir conhecimentos.

BEIJA-FLOR-M2 considera sua realidade diferente daquela que imaginava. Vislumbrava-a semelhante à de seu tio cirurgião plástico: freqüentaria o hospital, pela manhã, e consultaria em clínica privada, à tarde. No processo de formação, sentiu necessidade de trabalhar junto à comunidade: “Aí veio a ‘claustrofobia’ do hospital, durante a formação. Eu disse: - ‘Não. Vou fazer medicina na rua’”.

Na época em que atuava junto à Saúde Pública, imaginava que viajaria para muitos países. Chegou a ter algumas oportunidades de atuar e estudar no exterior, o que não aconteceu por mudanças políticas e por opção de qualidade de vida para sua família.

Muitas mudanças aconteceram que não só por causa da medicina em si, mas por questões de vida. Numa época, quando eu tinha me formado, tinha terminado o mestrado, estava embalado, com uma série de projetos dentro da área da Saúde Pública. Eu estava num esquema assim, virando o mundo (...). Viajei muito (...). Numa época estava quase indo passar algum tempo como consultor internacional pela UNICEF em Angola (...). Depois, eu estava no doutorado, já estava me encaminhando para fazer uma parte do doutorado fora (...). Mas aí, vieram os meus dois filhos que foi a grande coisa da minha vida (...). Isso quer dizer que (...) profissionalmente, em termos de carreira, foi um retrocesso. Mas tenho claro que (...) nunca foi a coisa mais importante para mim (...). Quando eu vim para cá, foi um retrocesso muito grande. Tive questões financeiras... Eu estava decolando para o mundo e parei debaixo da ponte (...). Embora eu tivesse todo o lado afetivo para ajudar a segurar essa onda, o lado profissional estava muito ruim naquele momento (...). Hoje, ao invés de avião, a viagem é de carro (...) continuo na estrada (...). Eu não me arrependo em nada de ter trancado o doutorado, de ter chutado a tal carreira para virar pai.

Gosta de ser médico e identifica-se com a missão desta profissão: "Ser médico, é, muitas vezes, estar disponível a qualquer hora do dia, para no mínimo uma resposta. Tu tens um papel social muito importante com essa carga 'Dr.' que as pessoas esperam de ti estar disponível com até uma palavra em função do estado de saúde (...) que te exigem uma doação muito grande. E isso é legal. É uma coisa que não me pesa".

Encontra-se parcialmente satisfeito em relação à profissão, porque ainda faz atividades, com as quais não se identifica muito, para garantir retorno financeiro. Ainda assim, estima que sua realidade profissional está melhor do que antes: retomou o doutorado, atua com pesquisa e ensino, que lhe dão prazer (mas não dão retorno financeiro) e trabalha com perícia médica para sobreviver financeiramente.

Tem o dia-a-dia, que tem pontos que eu acho que eu consegui alcançar o que queria e tem outros que eu faço, que é para sobreviver. Infelizmente, não consegui chegar a fazer só o que eu quero. Tenho que fazer alguma coisa (...) para ter sustento, infelizmente. Então, eu tenho carregado os dois lados e faço isso de maneira correta. Não me frustra. Não me sinto um cara frustrado. Enfim, faço ainda a medicina, atuando nessa área de perícia médica. Não deixo de estar (...) fazendo um ato médico importante, e na área de ensino e pesquisa - que foi uma meta naquela época - continuo e estou indo para o doutorado e não abandonei esse eixo, continuo firme.

Eu estou entrando também no doutorado agora. Quer dizer que depois de contratempo e tal (...) e já estive pior, hoje eu estou legal (...). Hoje, eu me sinto melhor inserido. Estou fazendo coisas que eu gosto, dando aula... Eu me considero razoavelmente satisfeito (...) quanto a dar aulas e orientar aluno. São coisas que me preencheram dentro daquelas metas que eu fiz há uns anos atrás (...). É o que me traz um grande prazer (...). Então (...) nesses altos e baixos, eu estou numa fase razoável (...) faltaria... quem tem chefe, sabe o que é!

Acha que deveria ter maior reconhecimento financeiro em relação ao grau de responsabilidade que tem, apesar de nunca ter sido guiado por interesse financeiro.

Tem alguma coisa que teve que entrar para sustento: o trabalho no local X. Como tem um colega que diz: - "Aqui é sustento, o resto é trabalho". Porque só estudar, não dá (...). Eu nunca quis ganhar dinheiro. Eu nunca tive ambição financeira. De família, nós nunca tivemos muito dinheiro, mas nunca passamos necessidade. Então, essa certa estabilidade familiar, também, nunca me fez correr atrás de coisas ou de objetos de desejo que o dinheiro poderia trazer. Isso nunca foi o tipo de ambição que me moveu profissionalmente.

Relata que, nas aulas que ministra aos estudantes de medicina, fala um pouco sobre a história da medicina, que, a seu ver, carrega uma mistura de sacerdotes, cientistas e charlatões e ressalta que em cada turma de medicina saem sacerdotes, cientistas e charlatões.

Eu sempre digo aos meus alunos: - "A gente carrega na história da profissão médica, desde a história do xamã, uma época nós fomos xamãs, bruxos, sacerdotes (...)". Depois, começou um pouco do racionalismo Hipocrático, o que veio a desembocar numa ciência. Então, junta um pouco de cientista e sempre perpassado por charlatanismo. Então, quando eu começo no primeiro ano de medicina para os alunos, eu digo que a gente é essa mistura de sacerdotes, cientistas e charlatões e que isso aí é próprio. Choca. - "Poxa, você está me chamando de charlatão?" No final, a gente sabe que a gente tem uns colegas de turma, cada turma tem e o que sai é isso: sacerdotes, cientistas e charlatões.

Refere-se às diversas formas de abordagem em medicina e pondera que, muitas vezes, o paciente sai mais satisfeito de uma sessão de acupuntura do que de uma consulta formal, devido ao próprio ritual desta prática.

Acho que representa um ato médico importante, interessante (...). A gente vê a satisfação de um paciente quando sai de uma sessão de acupuntura. Às vezes, não se vê isso tão claro na medicina formal. Embora tenha tido um questionamento em relação à real resolutividade da acupuntura, ela é um ato médico, que hoje se dá um aspecto científico, mas ela é mais do "bruxo, sacerdote, ritual". E acho que esse ritual tem um efeito muito importante na satisfação e na ajuda do paciente.

Discorre sobre o *stress* ao qual está submetido o médico que atua em emergências de serviço público e comenta que é uma realidade na qual não pretende inserir-se: "Não dá para afastar a imagem do médico e esses desesperos de emergência. Tem aquela coisa do Hospital. Aqui, eu estou pegando aqueles representantes de emergência superlotada, *stress* e tu estás naquele sufoco ali, aquela coisa da qual eu quero fugir. É uma coisa que 'não é a minha praia'".

Decepciona-se com a atuação de alguns colegas, que não têm comprometimento com a saúde da população.

A parte da medicina previdenciária poderia ser melhor trabalhada do que realmente ela é (...) para diminuir os custos previdenciários, os custos que todos nós que contribuimos (...) atuando tanto em atividades de prevenção de incapacidade, quanto também no ato médico... que lá é difícil de trabalhar (...). Em relação aos nossos colegas, em termos de relação, em termos de ato médico, em termos de compromisso com o que estão fazendo, em termos de preenchimento de laudo

médico. Então, revela um total descompromisso naquilo que eles estão fazendo e, enfim, infelizmente, é uma coisa assim...

Recomenda àqueles que escolhem e seguem a profissão que sempre busquem atuar na área que lhes proporcione prazer: "Aí, eu volto, em relação ao meu conflito lá no sexto ano de medicina: - 'Tenho tudo para ser um eminente cirurgião plástico. Vou ser rico para caramba, vou ter a Mercedes do ano'... desgraçado, infeliz. Porque não é um ambiente que me faz a cabeça".

Deseja ainda investir em qualidade de vida e continuar estudando.

Se tivesse condições financeiras suficientes, viajaria mais a lazer, investiria mais em qualidade de vida e continuaria estudando, mas, nos locais que julgasse ideais.

Se eu tivesse muito dinheiro (...) eu me questiono se eu não ia continuar estudando (...). Eu acho que a mosca azul do estudo, do questionamento, isso aí, eu não sei se eu ia conseguir abandonar. Eu ia até juntar: lá tem um curso legal. Tu leste "O Físico"? O Físico foi um menino herdeiro de um cirurgião barbeiro que tinha muito dinheiro e ganhou todo o dinheiro (...). Podia estourar a grana, mas resolveu ir para a Pérsia aprender medicina com Avicena. Então, ele pegou desse dinheiro e foi lá. Eu não sei se eu ia aprender medicina com Avicena, mas... eu ia curtir de alguma maneira semelhante.

ESTRELA

Para ESTRELA, ser médico é um privilégio sofrido. Privilégio por representar uma missão humanista: ter acesso às pessoas, poder ajudá-las e sentir-se bem através desta interação. Sofrido, pela forma que o modelo de saúde tem limitado os médicos. É uma caminhada árdua para atingir os ideais. É nutrir, de alguma maneira, dar um colo.

Na faculdade não vislumbrava qual seria sua realidade como médica. Ao se formar, desejava ser boa clínica, sem perder de vista o coletivo. Apesar de sempre ter gostado de dar aulas e fazer monitoria, não imaginava que dedicaria a maior parte de seu tempo à carreira universitária. Hoje tem uma visão ampla do mundo e atua mais em ensino e pesquisa na área de Saúde Pública.

Sente-se gratificada por exercer a medicina.

Ser médico (...) é um privilégio no sentido da missão humanista. Uma pessoa chega para ti na primeira vez que te conhece, abre a alma, te conta coisas que não estaria contando para ninguém. Tu tens a possibilidade de intervir sobre aquela pessoa. Tu tens uma ascendência que te concede esse poder e de certa forma de poder ajudar ou não (...). Isso é uma coisa que é um privilégio. É muito bom isso, ajuda a auto-estima. A gente se sente importante em ajudar os outros, resolver os problemas, por utilidade em estar ajudando a resolver (...) é uma interação positiva. Às vezes, tu estás mal e tu atendes e ficas bem, porque é uma interação positiva essa sensação de ser útil.

Está satisfeita com o trabalho que faz porque o ensino e a pesquisa lhe proporcionam muito prazer. Avalia que na instituição em que trabalha tem muito potencial para crescer e criar: “Eu acho que, no geral, eu estaria satisfeita com a instituição (...) o trabalho de criatividade que ela permite, a energia mais jovem. Pesquisa é uma coisa boa, estudar é bom. Na verdade, eu descobri que eu gosto de estudar. Então, estou num lugar que me permite isso. Então, não estou mal”.

Entretanto, almeja ainda praticar mais a parte clínica: “A insatisfação é uma coisa meio pessoal mesmo (...) de personalidade, que se dá a essa dificuldade de ter clareza para a renúncia. Eu gostaria de juntar a saúde pública com clínica. Esse é o velho sonho. Me pergunto se dá para juntar”.

Cita alguns fatores que influenciam, de forma negativa, sua satisfação com o trabalho, na instituição: o retorno financeiro não proporcional ao trabalho – “se fosse um pouquinho a mais, eu já estava contente”; o excesso de burocracia – “A gente está cada vez sendo mais cobrado de relatórios, de coisas. Isso é meio chato”.

Mas considera que o fator mais pesado seja a qualidade das relações interpessoais.

Não é tanto o financeiro que atrapalha lá (na instituição). É mais a qualidade das relações. Mas, se não fosse essa dificuldade relacional, eu diria que eu estou feliz com o rumo que a minha vida teve (...). Não sei se na instituição X o ambiente é particularmente doentio porque é muito vaidoso. É muito ego por metro quadrado... O problema é este. Acho que é uma intolerância minha com a mediocridade, com poderes medíocres. É disputa de poder. Eu estou me aventurando a achar que a maneira como eu vejo o mundo é melhor e mais certa do que a de certas pessoas que estão ali hoje dominando (...). Talvez seja. Mas, eu tenho, sei lá, umas evidências de que as atitudes não são muito boas. Eu vejo uma patota. Uma “patotização”. Mas também, não adianta falar muito das pessoas e o que elas têm que mudar. Melhor olhar para dentro de mim, eu estou bem ensinadinha após bastante psicanálise. Eles me venceram!

Questiona-se sobre a influência negativa do poder, de uma maneira geral, na postura das pessoas que o detêm: “Sabe, eu fui para a direção da Instituição Y (...) eu fiquei extremamente decepcionada também. Foi uma fratura ética que foi difícil de reabilitar durante esses anos. Poder é poder e as pessoas não são aquelas que a gente desejaria nas posturas...”.

Após atuar para construir um sistema de saúde que considerava ideal, reconhece que é quase utopia uma prática que concilie interesses: o interesse corporativo do médico ganhar bem tendo controle sobre sua prática e o interesse coletivo da população ser atendida de maneira efetiva: “do paciente que vai sempre querer ser atendido bem rápido, na hora que necessitar”.

Apesar de constatar que no sistema público de saúde há demanda crescente, não atendida, acha que a população, aqui, atualmente, tem acesso melhor à saúde.

Está retomando o consultório e tem utilizado o modelo biomédico, enfatizando a prevenção e abordando o paciente de forma mais integral: “O modelo, hoje, é totalmente tecnológico e te impede no sentido de uma prática integral. Eu respeito mas não domino a medicina tradicional chinesa, a homeopatia e tal. O que eu aprendi e sei fazer bem é o modelo biomédico que eu acho que, de uma forma, com bom senso, preventivo e integral, é um modelo correto. Tem tantas utilidades, limites e aplicações, como devem ter esses outros (...)”.

Julga que o maior obstáculo para a prática médica, de forma adequada, é o sistema de saúde. No sistema público, o médico confronta-se com a falta de individualidade, a burocracia e o baixo salário.

As pessoas quando entram no modelo da saúde pública, entram numa máquina burocrática. Não se sentem estimuladas porque não têm garantia de carreira, por “ene” coisas. Eu não sei. Se tu assalarias, as pessoas vão matar o trabalho, porque aquele salário é garantido e vão trabalhar em outros lugares (...) e vão ganhar talvez até menos que estão ganhando na prefeitura, mas têm a sensação de que ali podem crescer, se dominam mais, controlam. Então, eu vejo que o sistema não dá... Eu fiz uma pesquisa com a Saúde da Família. A única unanimidade de fala das duas gestões é que o maior problema são os recursos humanos. Conseguir os recursos, fixar, pagar. Só que tu não vês nada em relação aos recursos humanos, para trabalhar quem é esse profissional, como é que ele está...

No sistema privado, o médico confronta-se com as formas de financiamento do cuidado médico, tendo seu trabalho intermediado pelas empresas de saúde (“seguradoras”).

O cuidado médico, mais do que uma questão de indústria de equipamento, é um locus de acumulação de capital financeiro das modalidades que financiam a atenção médica, que é o chamado *managed care*. Então, ou você luta por um sistema público e aí entra na natureza do Estado, do problema das relações burocráticas do trabalho que conflitam com a tua vontade de individualidade, que marca a relação médico-paciente ou você depende do capital, das formas de financiamento do cuidado médico que, por serem equipamento-dependentes, se submetem ao "managed care". Se você vai fazer uma consulta como clínico, que não usa equipamento, quer usar o mínimo possível e ganha vinte e sete a trinta reais num convênio, que só pode ter um retorno daqui a um mês, isso inviabiliza uma medicina integral, do ponto de vista financeiro. Porque para você sobreviver economicamente, você não pode fazer uma consulta de uma hora, rever o paciente, trabalhar com prevenção. O modelo está estruturado ao contrário... Está estruturado para você estimular o uso do equipamento e também se você não usar, você vai economizar para o capital financeiro. Então, se criou um impasse, difícil de superar (...). Eu acho que o próprio capital financeiro, é natural, ele vai fazer prevenção, porque... já é um outro estágio em relação ao complexo médico-industrial. Eles têm interesse que você não gaste em tecnologia. Mas são lutas entre grupos de interesse. O *managed care* (...) tem interesse que você não gaste (...). Todos os meses, tu pagas duzentos reais. Se tu não usar, ele está captando a tua poupança e jogando com ela (...). Tanto é, que ela é uma forma de seguradora (...). Há interesse desse tipo de capital de você economizar no cuidado médico. Então, é possível que exatamente amplie essas formas de bem-estar, de cuidados com saúde, esportes e tal. A tendência da cooperativa é isso. Por necessidade de sobrevivência, mas dentro de uma coisa sempre de valor de troca, subordinado a uma coisa mais geral (...). Nesse sentido é bom (...). A gente se submeteu a essa complexidade social, se tornou um valor de troca muito intermediário. É um serviço que é hoje um valor de troca, com muita intermediação, pela sua complexidade mesmo. Eu não sei como será. Talvez, formas que pudessem voltar para uma forma mais artesanal, mais autônoma, a consulta mais estabelecida, você ter cotas... não sei.

Reflete sobre a melhor estratégia para sensibilizar o aluno para a Saúde Pública.

Porque eu acabo hoje ensinando, mas eu não sei se eu acredito mais na clínica do que na saúde pública, no modelo. Não sei se ele é viável, esse modelo de posto de saúde. Mas também, não sei como é que eu vou ensinar a clínica privada, tendo um compromisso coletivo, que se bate com o limite estrutural do país. É um sonho. O que os guris querem é esse sonho. Eu vejo, tu ficas o tempo todo dizendo para eles... é uma frustração do sonho deles que é ter um consultório, ser bem sucedido, fazer uma especialidade (...). Então, como é que alguém vai te escutar e ser feliz, se é algo que vai contra o sonho deles?

Salienta que nunca imaginou que lidaria tanto com números em sua vida. No consultório, ocupa-se em calcular seus ganhos com as consultas e, na pesquisa, está sempre utilizando a estatística.

Nessa volta clínica, quando eu resolvi voltar para a clínica, eu fico calculando: - "Atendi "ene" pacientes do convênio X". E eu fico fazendo o cálculo e aí, eu fico pensando: - "Poxa, que ninharia, é ridículo!". É engraçado, eu não me imaginei com uma maquininha de calcular (...). Esse exercício de cobrar foi uma coisa nova e eu acho que nessa clínica de *managed care* de convênio (...) é difícil ter uma medicina de qualidade (...). E também na Saúde Pública, fazendo cálculos, não é uma coisa que eu imaginei. E é uma coisa central em qualquer profissão hoje. Aliás, eu ando querendo ver mais isso no sistema de saúde, os custos: quanto ganha, quanto custa, quanto paga. Acho que, no fim, é bem simbólico também. O número, às vezes, expressa coisas (...) e é uma pesquisa interessante.

Comenta que a sociedade espera que o médico tenha o poder da cura e lhe confere um grande poder. O estudante de medicina e o médico recém-formado imbuem-se desse poder. Entretanto, eles devem ter a compreensão da importância do seu papel e de seus limites, e isso não lhes é ensinado durante a sua formação.

Na medicina, há muita prepotência. Te confere essa ilusão de você vencer a doença, a morte, tratar, cuidar, dominar. Eu acho que cada um de nós tem um pouco incorporado. Eu acho que a profissão concede. Os estudantes têm certeza do que eles dizem. É impressionante o grau de certeza que eles têm hoje. Eu olho, e é aquela certeza que eu tinha quando eu saí da residência...A mediação de Deus é feita por nós, porque a sociedade, os pacientes precisam disso. Já me perguntei também. Tem pessoas que você não pode desmontar esse papel. Eles precisam desse papel (...). É uma coisa muito complexa na profissão, muito difícil. Porque você tem e é conferido, lhe é cobrado um papel onipotente. E para você estabelecer uma empatia, você tem que controlá-lo, mas sem desmontar essa expectativa social. Isso você não aprende. Para os estudantes, os nossos professores tradicionais estão imbuídos e certos que eles têm esse papel e que eles são poderosos.

Adverte que, apesar de ser mais fácil pensar-se onipotente, o verdadeiro ato médico deve conciliar arte e ciência.

(...) é mais tranquilo você achar que tem onipotência, acreditar no teu valor, achar que o antibiótico resolve tudo, que a doença é no máximo multicausal, mas é um fator de risco. São modelos que são seguros, cômodos. Eles se legitimaram. De alguma maneira, eles são efetivos, têm sua eficácia social... As ciências biológicas tiveram um avanço na explicação de mecanismos fantástica. Agora, que tem outras coisas tem nesse ato médico que conferem o privilégio, que é a coisa da arte para a ciência. Eu acho que essa é a tensão entre a arte e ciência. Afinal, medicina é arte ou ciência? É arte e ciência (...) você tem que ser científico (...) estar sabendo as últimas coisas que esse modelo diz, mas ao mesmo tempo, eu não quero só ser ele (...). Então, é uma onipotência. Uma impotência também (...) a faculdade não dá isso (...).

Menciona que a formação fornecida pela faculdade foi muito voltada para a parte teórica, foi mais uma sobrevivência de provas, provas e provas e seu maior

aprendizado prático foi em estágios extracurriculares. No início, chegou a pensar em desistir do curso, mas depois, quando começou a ter contato com o paciente, motivou-se a continuar.

Deseja ainda continuar ensinando e investir mais em qualidade de vida.

Eu notava que por uma questão mesmo de neurose, eu tinha tarefas, tarefas, tarefas. Estou sempre devendo! E eu decidi que não há tarefa nenhuma no momento seguinte, não há. A gente que cria e isso não é legal. Não é um descompromisso, mas a gente se cria um certo mecanismo de uma espécie de bastão, eu me crio isso. Então, quero cultivar mais esse deixar. Não há uma necessidade tão premente de nada, porque a vida é mais forte que isso. Tá rolando. Trabalhar para viver, pensar, até nessas coisas que a gente falou.

Se tivesse dinheiro suficiente, teria como sonhos montar um consultório agradável e dispor de mais tempo para prestar atendimento clínico de qualidade.

NÔMADE

Para NÔMADE, ser médico é tentar facilitar a vida das pessoas e melhorar sua qualidade de vida, dentro do seu meio, atuando biológica ou socialmente. É facilitar a integração do indivíduo no meio de vida dele, com suas limitações físicas, sociais e biológicas. É a alegria de proporcionar uma boa interação, carinho e proteção a quem necessita e a quem sofre. É trabalhar pela vida e ajudá-la a desabrochar. É vivenciar a questão biológica da doença, mas também a questão social, da dificuldade de sobrevivência e da violência e tentar atuar, de alguma forma, para melhorá-la. É também administrar: conversar, discutir e procurar alternativas para solucionar os problemas de saúde.

A realidade de NÔMADE é diferente da imaginada. Desejava tornar-se excelente clínica, e atuar em consultório, na comunidade e no hospital, tendo retorno financeiro adequado às suas atividades: 'Eu me via uma "clinicazona", trabalhando num consultório, dentro da população. Me via caminhando pelas ruas. Eu me via dentro de um hospital, me via realizada, feliz, bem financeiramente. Me via curtindo, 'dez', claro. Eu me via muito bem".

Apesar de vivenciar realidade diferente, sente-se bem e gosta do que faz.

Adoro meu perfil profissional. Faço o que gosto (...). Adoro trabalhar administração em saúde, planejamento em saúde (...). Hoje, eu me vejo bem também (...).

Financeiramente, eu acho que não é como eu imaginei que seria. Não que eu imaginasse que fosse ser rica. Mas eu achei que haveria uma facilidade maior. Só que, hoje, eu vejo que essa dificuldade não é minha. É de todo mundo. É de todas as áreas, de todas as pessoas (...). A dificuldade é maior que o teu sonho.

Considera-se parcialmente satisfeita com o trabalho.

Do ponto de vista da satisfação profissional, eu diria que, hoje, está mais ou menos. Hoje, eu não estou uma pessoa tão realizada como talvez eu estivesse há alguns anos atrás (...). Eu estava no Ministério (...) tinha certeza que eu estava inserida dentro do movimento. E é uma delícia, realização absoluta. Perpassa a questão financeira, perpassa tudo, porque daí vem a questão do objetivo (...). Eu aprendi muito (...). Encontrei muita gente que tinha uma visão bastante parecida, inclusive na política.

Gosta do cotidiano do seu trabalho, no qual está sempre lutando, discutindo e buscando soluções, esforçando-se por estar atenta para discernir se está realmente favorecendo quem necessita.

Eu acho que o exercício da medicina, da Saúde Pública, nessa área administrativa, é uma luta imensa (...) e não acaba. E é preciso ser muito forte, muito competente. Precisa ser audaz (...). O jogo do dia-a-dia, o reflexo da minha trajetória (...). Essa luta é social, sem dúvidas... Eu acho que isso é muito legal. (...) não interessa onde você esteja, você tem que estar lutando por alguma coisa que você acredita e tem que saber quem são seus aliados e por quem você está lutando (...). Depende das relações, do espaço onde você está inserido. Dependendo do lado que você está, ela é muito forte, muito pesada, e é difícil de você viabilizar os ganhos.

Atua, hoje, em uma unidade de referência, onde “o interesse dos grupos é extremamente forte” e tem sentido dificuldades em administrar as questões da saúde social dentro desse meio.

Agora (...) sinto muita dificuldade, neste momento, de trabalhar até a questão administrativa na área de saúde (...) dificuldade de discussão técnica (...). Hoje estou inserida numa Unidade de Saúde (...). A visão da Unidade dificulta, às vezes, a minha visão do exercício da minha medicina (...). De discutir dentro do meio médico, no meio da saúde (...) o que é você administrar para o social. Que aí você discute com administrador, onde (...) a forma de administrar é extremamente fria (...). Administrar saúde é diferente. A pessoa tá ali na tua frente e você tem um compromisso social com ela (...) não dá para fechar a porta, mas você tem que viabilizar...

Lamenta a pouca abrangência social do trabalho que faz no momento: “Me sinto mal na máquina de moer carne que eu vivo. Vindo, eu moendo, moendo, e continuando a vir”.

Sente-se um pouco isolada e avalia que se trabalhasse em outro tipo de Unidade de Saúde, teria maior oportunidade de lidar com a comunidade.

Eu gostaria de estar mais inserida (...) junto da população (...). Eu me sinto, pela questão administrativa aqui, um pouco isolada. Eu não vejo uma relação tão forte com a população como eu já senti em outros espaços (...). Então, talvez o “caminhar na rua” que eu falava, é muito difícil aqui (...). Se eu estivesse numa Unidade de Saúde mais próxima à população (...) seria mais fácil, porque você já transita mais amplamente (...). E a gente só consegue fazer alguma coisa legal (...) para a população, se você está perto dela. Não tem como ser diferente. Então, eu acho que isso me agonia. É difícil fazer administração em saúde se distanciando da população. A distância me deixa desesperada. E é por isso que estou agoniada no momento. Me sinto distante (...). Eu não consigo imaginar a realização profissional dentro de um trabalho sozinho (...). Tem que ter uma perspectiva coletiva, uma razão de ser.

Segundo NÔMADE, uma das maiores dificuldades no exercício da Saúde Pública é a instabilidade no trabalho, devido à sua vinculação política, inevitavelmente partidária. Isto, freqüentemente leva à descontinuidade de projetos de trabalho em andamento e de um “constante recomeçar” que ocasionam desgaste psicológico. O profissional, muitas vezes, frustra-se por ver seus projetos interrompidos ou quase eliminados. Além disto, há insegurança financeira.

Em sua opinião, a medicina é a mais interessante de todas as profissões, porque a faculdade oferece conhecimentos para inserir o indivíduo na sociedade e o ajuda a conhecer o próprio corpo. Acrescenta ainda que o exercício da medicina coloca o indivíduo em contato direto com a sociedade e dá alguma segurança econômica, porque o mercado de trabalho ainda é viável.

Em relação à sua formação, afirma que gostou muito de ter feito a faculdade, porque a satisfaz quanto a uma série de curiosidades. Deu boa visão de mundo e lhe proporcionou a flexibilidade de trabalhar em diversas áreas: “A faculdade de Medicina, eu faria vinte vezes de novo”. Decepcionou-se, somente, em relação ao currículo e ambiente competitivo: “Na verdade, o curso de medicina foi para mim a desmistificação da medicina (...) daquilo que eu imaginava de ser médico. Ele foi me ‘tirando da minha poesia’”.

Outra coisa que me desagradou muito durante o curso foi o próprio currículo, que me distanciou cada vez mais daquela imagem de médico que eu tinha na adolescência (...). Em termos de currículo, eu acho uma catástrofe porque (...) o curso de medicina é o exercício de tirar você do paciente, de tirar você da população, do “desexercício”

da medicina (...). Você tem um monte de matérias e tem uma aula prática com quinze pessoas. E aí te jogam um paciente enfermo (...) eu vejo leito hospitalar. Eu não vejo determinação da doença (...). Eu preferiria ter ido, no primeiro semestre, satisfazer meu grande desejo, que talvez fosse (...) numa unidade fazendo curativo (...). Então, há uma desinserção do currículo com a realidade da população, para determinação da doença (...). É assim que eu vejo o Hospital. O hospital é referência mesmo. Porque a nossa prática tem que se dar principalmente dentro da população. Porque é ali que se dá o processo saúde-doença.

E as relações entre os médicos, eu achei muito horrível. Isso me decepcionou demais. Então, eu ficava pensando: - "O que é que eu quero? Trabalhar num Hospital com o Dr. X, onde enquanto cirurgião, se briga pela sala cirúrgica (...) onde o clínico brigava com o outro clínico e ficava um clima extremamente ruim?!". Eu não conseguia entender aquilo.

Ao refletir sobre missão do médico, salienta a importância de ter-se sempre em foco o paciente e a sociedade, pois o sentido da vida é fazer-se alguma coisa para tentar viabilizar um mundo melhor para a próxima geração.

Não crie casca. Dinheiro é importante, é legal, é necessário, mas não tire o pé do chão, não esqueça teu paciente. Nunca esqueça que ele está no centro da tua mesa de debate, inclusive administrativo. Não tire a pessoa do foco, o ser humano do foco, nunca. O sentido de você passar pela vida é você ter feito alguma coisa para mudar (...). Se você não conseguir, pelos menos você fez. É viabilizar uma coisa melhor para essa geração que está vindo, para o teu filho.

É otimista quanto ao futuro: "Acho que tenho perspectivas de melhora porque, por exemplo, aqui na Unidade de Saúde, nós estamos trabalhando para a vinda da Vigilância da Doença Y. Eu vou começar a trabalhar um pouco mais para a sociedade (...). Eu quero morrer sonhando. Eu acho que enquanto acreditar em alguma coisa, a gente faz alguma coisa por mais hostil que seja o teu ambiente".

Deseja ainda viabilizar uma fonte de renda mais estável e, assim, conseguir trabalhar mais efetivamente junto à comunidade.

Se tivesse condições financeiras suficientes, teria como sonhos para o futuro: fazer trabalho voluntário junto à comunidade: "Se tivesse dinheiro suficiente... Acho que eu ia ser voluntária. Ganhar dinheiro me atrapalha um pouco, mas eu preciso ganhar para me sustentar. Qualquer espaço pode ser um espaço (...) eu trabalharia perto da sociedade"; viabilizar algum tipo de apoio na área de saúde mental; ter um pouco mais de conforto e viajar mais: Se eu tivesse muito dinheiro, talvez eu tivesse

um carro mais confortável. Eu não acho que já tenho tudo que preciso. Talvez fizesse um chalezinho num terreno que eu tenho (...) e é uma coisa que eu adoro (...). E viajar um pouco mais a lazer.”

6. DO DESEJO À REALIDADE DE SER MÉDICO

(...) E o futuro é uma
~~uma~~ astronave
 Que tentamos pilotar
 Não tem tempo, nem piedade
 Nem tem hora de chegar
 Sem pedir licença
 Muda nossa vida depois
 convida
 A rir ou chorar
 Nessa estrada não nos cabe
 Conhecer ou ver o que virá
 O fim dela ninguém sabe
 Bem ao certo onde vai dar (...) ⁵

Neste capítulo, discuto os dados analisados, em seus temas emergentes e categorias correspondentes, com base na descrição do processo de construção da realidade profissional, dos sujeitos entrevistados, e no diálogo com a literatura. De certa forma, este é o espaço da análise reflexiva e intuitiva dos dados, buscando alcançar os objetivos e resgatar os pressupostos do estudo.

O primeiro tema - **“A potência e o potencial do desejo de ser médico”** - refere-se ao **processo de construção do desejo de ser médico, no passado**. Neste tema, discuto os **contextos para o aparecimento do desejo e para fazê-lo existir em ato**, e analiso os **significados do desejo de ser médico**.

O segundo tema - **“A ‘perda da poesia’ no processo de formação médica”**- reporta-se ao **processo inicial de construção de “ser médico”**. Neste, abordo a opinião dos sujeitos sobre a sua formação e aprofundo, um pouco, a discussão sobre aspectos da **formação acadêmica**.

O terceiro tema - **“A satisfação de ser médico”** - abrange diversos fatores **que promovem a satisfação do médico com o trabalho e as outras dimensões de sua vida**.

No quarto tema - **“O conflito com os desejos altruístas, no exercício da profissão”** - descrevo os **contextos onde o envolvimento emocional e os limites dos recursos terapêuticos para curar acarretam o sofrimento do médico**.

No quinto tema - **“Entre o curar e o cuidar”** - exponho e discuto as **estratégias criadas pelos sujeitos para lidarem com o sofrimento frente a estes conflitos**.

O sexto tema - **“Desilusão com os desejos de reconhecimento e boa qualidade de vida”** - inclui outros fatores de diversos sistemas que limitam a **satisfação do médico com seu trabalho**, bem como fatores do mundo do trabalho, **que interferem em sua qualidade de vida**.

No sétimo tema - **“Dos desejos do passado aos desejos para o futuro”** - apresento e analiso os **significados do desejo de ser médico que os sujeitos conseguiram expressar e os que ainda estão por expressar-se**.

No final deste capítulo, apresento de forma sintética (esquemática), os dados expostos e discutidos nos temas emergentes.

6.1 A POTÊNCIA E O POTENCIAL DO DESEJO DE SER MÉDICO

O desejo é a grande força motriz que impulsiona os seres humanos a deixar as marcas de sua existência em sua breve passagem neste mundo.

Para OSTROWER (1995, p. 481-482), o desejo é

uma força elementar que existe em cada um de nós, entendendo-o, num sentido mais global, como um anseio, inicialmente, sem objetivos determinados. É um desejo de ser e realizar-se – assim como uma semente ‘quer’ nascer, brotar e desenvolver-se em suas formas características de existência. Transformando-se, pelo mero fato de sua presença, em necessidade interior, o desejo mobiliza as aspirações das pessoas e os eventuais caminhos da realização de suas potencialidades. (...) O desejo de ser corresponde, assim, simultaneamente, à busca de realização de certas potencialidades inatas à pessoa e à busca de sua identidade. Em cada um, esse desejo constitui a força motriz, a tensão e o impulso incessante a moverem a pessoa a vida toda. É algo tão profundamente enraizado e tão nas entranhas do ser, que as pessoas nem saberiam explicar o que é, mas sentem que existe nelas e estão procurando sua realização o tempo todo e das maneiras mais diversas. Não existem modelos para tal realização. Cada um tem de descobri-la por si mesmo. Assim, quando o indivíduo começa a viver, ele começa a empreender uma viagem ao desconhecido. Ele ainda não sabe o que ele é – mas vai descobri-lo através do viver. São as colocações da vida e as respostas, que a pessoa for capaz de dar, que vão revelar sua identidade única, sua capacidade de crescimento e sua estatura interna.

A força do desejo de ser médico impulsionou alguns sujeitos a vencerem limitações decorrentes das expectativas de seus familiares, que não queriam ou não vislumbravam que seus filhos viessem a ser médicos.

As mulheres, especialmente, tiveram que perseverar neste desejo, pois os significados coletivos, compartilhados por suas famílias, no contexto em que viviam,

eram que a profissão médica não representava uma profissão adequada para o sexo feminino, e/ou que as mulheres não deveriam morar sozinhas, longe de sua família.

Assim, os desejos coletivos familiares dificultaram a expressão dos desejos individuais de serem médicos dos sujeitos referidos.

Entretanto, uma vez identificado o desejo profissional, estes sujeitos persistiram até conseguirem fazer o vestibular para medicina.

PEDRO abandonou a faculdade de ciências contábeis, a contragosto de seus pais: “Eu tinha essa decisão prévia, mas a impossibilidade econômica era grande (...). Quando decidi parar tudo, foi um fuzuê danado. Achavam que era impossível acontecer isto”.

WAGNER saiu do seminário. “Antes de eu querer ser médico, eu queria...não...queriam por mim, que eu fosse padre. Acho que essa história foi uma lavagem cerebral (...). Fiquei dois anos e meio (no seminário) e aí, eu saí (...). Ser padre para quê? (...). Foi uma confusão”.

Depois, em paralelo ao curso preparatório para o vestibular de medicina, WAGNER, por imposição de seu pai, teve que frequentar curso técnico para contabilidade, no qual formou-se: “E aí, o meu pai disse: - ‘Não, você vai fazer esse e aquele’. Eu fiz os dois, o cursinho e fiz ciências contábeis também. (...) Eu queria estudar inglês: - ‘Não, inglês não, nós só temos dinheiro para você estudar contabilidade, porque, se eu morrer, você tem um diploma’. Era a grande preocupação de como é que vai sobreviver amanhã (...). Fiz o curso técnico, mas não fui buscar nem o diploma”.

ORQUÍDEA, NINA e FLORA tiveram que protelar seus planos, alguns anos, até receberem a autorização necessária para que seguissem o caminho profissional que almejavam.

ORQUÍDEA, por desejo de sua mãe, fez curso para secretária bilíngüe e, depois, aceitou frequentar o cursinho preparatório para o vestibular de enfermagem, aproveitando essa oportunidade para sair de sua cidade e fazer o vestibular para medicina: “Só saí da minha cidade para fazer cursinho para enfermagem. O aval era esse. E aí, eu dei o golpe. Aí, eu pude fazer medicina”.

NINA teve que formar-se no curso Normal, por vontade de seu pai e, só depois de concluí-lo, recebeu permissão para fazer o vestibular. Ainda assim, o pai

não queria que ela fizesse medicina e insistiu para que optasse por bioquímica: “Foi um período de muito sofrimento (...) me sentia bastante prejudicada, em relação aos colegas (...) não era só a competição. Era a vontade do meu pai, que não queria”.

FLORA frequentou três fases do curso de Letras, em sua cidade, até conseguir convencer seu irmão a fazer vestibular, pois só na companhia dele poderia sair de sua cidade para se preparar para o vestibular de medicina.

Nestes sujeitos, as circunstâncias para o emergir do desejo de ser médico foram diversas. Pedro, inicialmente, queria ser professor, por seu brilhantismo na escola, mas seus professores e vizinhos o convenceram a seguir uma profissão mais “nobre”, que tivesse mais prestígio. Vale ressaltar a influência dos desejos coletivos na sua mudança de desejo profissional. Como tinha interesse por biologia e gostava de ajudar os outros, decidiu que a medicina seria a profissão que mais se adequaria a ele. WAGNER também gostava de ajudar os outros e, ao sair do seminário, desejava ser médico, tomando, como modelo, os profissionais médicos. ORQUIDEA, já na infância, cuidava das pessoas de sua família e dos animais doentes. Além disso, era fascinada pelo modelo dos profissionais de saúde, transmitidos através da mídia e da literatura. FLORA admirava muito um médico, que era seu vizinho, e observava-o, no dia-a-dia, querendo assemelhar-se a ele. NINA tinha uma avó que era parteira, a quem admirava. Essa avó fez seu parto e afirmou que NINA estava “predestinada” (segundo as crenças) a ser “cuidadora”, porque nasceu envolta pelo saco vitelino. Ainda, NINA era uma criança doente, com vivência de vários episódios de internação, e admirava muito um profissional médico que frequentava o hospital onde ficava internada, que lhe serviu de referência.

Em outros sujeitos, o desejo de ser médico apareceu também com grande intensidade.

Para alguns, dentre estes, não houve influências significativas da família, nem a favor nem contra o seu desejo. ALEGRIA, na infância, desejava ser médica, mas não lembrou-se do porquê. Sua mãe aconselhou-a a trilhar uma profissão menos sacrificada para a mulher, mas não colocou obstáculos à sua opção. ROSA referiu que tinha atração pela faculdade de medicina, que ficava no caminho entre sua casa e a escola. Muitas vezes, no seu trajeto, entrava na faculdade. Além disto, tinha

curiosidade sobre a morte. ESTRELA, desde criança, via o significado que a profissão médica representava para o coletivo e, já nessa época, desejava ser médica. NÔMADE, desde criança, queria ser articuladora social, e observava que o médico de sua cidade exercia esse papel; no início da adolescência, teve questionamentos que a afastaram da idéia de ser médica, porém, em seguida, viu que seria a melhor opção a eleger. ITE sentiu o desejo de ser médica, pela primeira vez, aos sete anos, quando ficou doente, tendo seu pediatra como modelo, mas, só no segundo grau, voltou a pensar nessa opção. SOL decidiu que, já que não iria ser padre, para “cuidar das almas”, seria médico para “cuidar do corpo”.

Outros, entre estes sujeitos, receberam reforço para os seus desejos individuais através dos desejos coletivos de “outros significativos”. MOITA recebeu estímulo para ser médico, de um médico de sua família que foi seu modelo profissional, e de uma tia, e FELISBERTO foi incentivado por seu avô, que era farmacêutico. Referiu que, talvez, seu desejo tenha sido influenciado por esse avô. JOSÉ-2 gostava de cuidar de pequenos animais, quando criança, e os pais o apoiaram em seu desejo de ser médico. João havia desejado ser médico, de forma fantasiosa, quando criança, e voltou a desejá-lo, com intensidade, a partir da época em que trabalhou na base aérea, tendo como modelo os profissionais de saúde que lá trabalhavam. Para preparar-se para o vestibular, retomou os estudos, aos dezenove anos de idade, e recuperou três anos, através de curso supletivo. Para tanto, recebeu incentivo de familiares e do médico que atuava na base aérea.

Em outro extremo, determinados sujeitos receberam grande influência dos desejos coletivos, para que escolhessem a medicina. A família de BEIJA-FLOR-M1 e JOSÉ-1 queria que seus filhos seguissem, pelo menos, uma das quatro opções de profissões, consideradas nobres: medicina, direito, engenharia ou odontologia. No caso de VIAJANTE, o direcionamento foi para a medicina. Até o período do curso preparatório para o vestibular, ele queria ser diplomata, mas seu tio convenceu-o de que a segurança financeira que a medicina representaria era mais importante que sua vocação para diplomata.

Eu era bastante novo para decidir o que queria da vida (...). Nunca pensei ser médico. Isso foi no período, realmente, pré-vestibular (...). Questão de adolescente que não sabe bem o que fazer, cheio de dúvidas, indeciso, sem uma posição firme e

se deixa influenciar (...). Influência da família (...) sugeriram (...) vamos dizer, houve uma indução, principalmente, por parte de um tio, houve uma influência forte: - "Olha, é uma profissão com um bom mercado de trabalho. No Brasil, a gente tem que pensar nisso, hoje. Esse negócio de vocação é um negócio que é muito furado, não dá para analisar só isso".

BEIJA-FLOR-M1 referiu ter assimilado o desejo coletivo, passando, inclusive, a incorporar o papel de médico em suas brincadeiras de infância.

Na infância, meus pais me perguntavam se eu ia ser médico, dentista, advogado ou engenheiro (...). Eu odiava direito, matemática, "que Deus me livre", nem pensar em engenharia. Sobrava odonto e medicina (...). Como na minha família tinha um dentista, e eu não achava muito interessante, eu resolvi fazer medicina. (...) A partir de doze, treze anos, eu não consigo me lembrar na minha infância em pensar fazer outra coisa que não fosse medicina. (...) Eu sempre notei que as minhas brincadeiras me levavam mais para o lado da medicina (...). Eu me lembro desde a minha infância que a gente gostava de (...) reações químicas (...) eu gostava de mágica. E, de certa forma, a medicina é uma coisa meio mágica, de pajelança, às vezes. Brincava muito com essas coisas. Guri, eu ganhava estetoscópio. Era fissurado em microscópio (...). Tinha um Pinóquio, eu tratava dele...

JOSÉ-1 tinha parentes médicos e, ainda que tivesse a medicina como uma das opções profissionais, não tinha certeza quanto à escolha profissional, até a época do vestibular. Optou por medicina, por ter amigos que elegeram essa profissão no vestibular e para acatar os desejos profissionais da família.

Criança quer uma coisa que dê *status* (...). Você vê: - "Aquele lá é médico". Até pela família é importante (...). Mas não era uma coisa que tem que ser. Gostava de escrever (...) desenhava bem (...) ganhava prêmio de redação (...) prêmio de desenho. (...) Eu tinha parentes: médico, advogado, dentista e engenheiro. Essas eram as profissões que eram permitidas na família (...). Meu irmão foi fazer outra coisa, minha mãe botou ele num psiquiatra. Eu sempre fui meio rebelde em casa... Aí, eu pensei: - "Não vou comprar mais briga...". Aí, (...) vai na onda, grandes amigos meus foram fazer medicina, (...) já para o direito, não tinha tanta gente. Então, tu vais no rolo.

Assim como JOSÉ-1, outros sujeitos do estudo tinham parentes médicos, mas a família não expressava, de forma verbal, o desejo para que fossem médicos.

BEIJA-FLOR-M2 era um deles. Identificou-se com a profissão, desejando ser médico, desde a sua infância, tendo, como modelo, dois tios que exerciam a profissão: "Tem muita influência familiar. Alguns tios médicos. Dois, que influenciaram na minha formação, tio padrinho e tio-avô. (...) então, quando eu era

pequeno, tinha um elefante - e tenho ele, até hoje - eu fazia laparotomia no elefante, direto. Eu operava o elefante (...). Então, eu abria a barriga, fechava a barriga. Taí o elefante, até hoje (...). Eu ganhei esse tal elefante do meu padrinho e, então, aí vem a influência de operar esse tal elefante”.

BOCA, LUA E AMOR-PERFEITO eram os outros. É interessante que, nestes sujeitos, assim como em JOSÉ-1, o desejo de ser médico parece ter emergido, de forma ambígua. BOCA tinha interesse pela profissão e admiração por seus parentes médicos, mas gostava também de outras áreas, e sua decisão por medicina foi feita na época do vestibular. A decisão, quanto à escolha profissional, foi ainda mais difícil para LUA. Ela morava em frente ao hospital em que seu pai trabalhava e, desde o ginásio, seu pai a levava ao hospital, inclusive, para acompanhar cirurgias. Entretanto, LUA só elegeu a medicina, após o curso Normal: “Eu só fui me decidir...eu fiz o Normal, até resolver o que fazer (...). Foi indo que, no último ano, eu ia mais no hospital e comecei a participar mais (...). E aí tentei fazer, mas, com a intenção de que, se não fosse, trocaria”. AMOR-PERFEITO já admirava a profissão médica, através de seu pai, que a exercia: “Quando o pai ama muito a profissão, o filho acaba querendo ter aquela profissão”. Optou, primeiro, por fazer a faculdade de bioquímica e, só depois, escolheu a medicina. Ponderou, durante a entrevista, que, talvez, na época, tivesse sentido medo de fazer vestibular para medicina e não passar: “(...) o primeiro vestibular que eu fiz foi para bioquímica. O pai diz que é porque eu tinha medo de não passar (...)”.

Penso que alguns dos seguintes fatores possam ter contribuído para a dificuldade na definição profissional destes sujeitos do estudo, que tinham parentes médicos: a possibilidade de confusão do próprio desejo do indivíduo com o de seus familiares; a percepção do cotidiano do profissional médico, que permite avaliar as vantagens e desvantagens da profissão; o compromisso de assumir seguir a profissão, desde cedo, conforme ilustrado por BOCA: “Sempre tive atração por isso (pela medicina). Nunca defini assim, porque não queria ter um compromisso com ele (com o avô)”; a maior responsabilidade em ser bem sucedido, no vestibular, devido às expectativas familiares, como cita AMOR-PERFEITO: “Não deixa de ser medo, porque o vestibular para a medicina sempre foi mais difícil. E a pressão familiar (...)”.

Quando fiz vestibular para medicina, fiz escondido de todo mundo. Só minha mãe e meu marido sabiam”.

Após a formação, ainda transparece nos discursos de alguns deles, a preocupação com o bom desempenho no exercício profissional e com o estabelecimento da identidade profissional, pois é necessário superar a possibilidade de serem reconhecidos como o filho ou sobrinho ou neto de “tal pessoa”, ao invés de serem reconhecidos por seus próprios méritos.

LUA - “Meu pai queria que eu fosse para junto dele, mas achei que, lá, poderia denegrir a imagem dele, porque não sabia como ia me sobressair, se ia ser boa profissional (...). E, também, queria ver até que ponto conseguiria me firmar como eu”.

AMOR-PERFEITO - “(...) Não tenho a menor preocupação de dizer que sou filha do médico X”.

Como pode ser apreendido, nos sujeitos que tinham parentes médicos, com exceção da família de JOSÉ-1, os desejos coletivos, ainda que não explicitados, abertamente, apareciam, de forma sub-reptícia: o pai de LUA levava-a para o hospital, o pai de AMOR-PERFEITO dizia que ela não havia feito vestibular para medicina, por medo de não passar, e BOCA referia não dizer que queria fazer medicina para não assumir, desde cedo, o compromisso de ser médico (provavelmente, desejado por seu avô).

Outras circunstâncias ocorreram para que o desejo de ser médico surgisse entre alguns sujeitos.

BEIJA-FLOR-F desejava ser engenheira. A mudança de seu desejo profissional ocorreu após o falecimento de um parente querido, de câncer.

No terceiro ano, entrei para o cursinho de engenharia (...). Eu gostava muito de matemática. Adorava... O que eu menos sabia era biologia (...). Daí, no segundo semestre, foi que eu passei para a medicina. Eu não lembro porque houve essa mudança... eu tenho que fazer uma regressão para descobrir. Agora, uma coisa aconteceu nessa época, eu me lembro. A minha avó adoeceu. Foi descoberto (...) quando ela descobriu, já estava em estágio avançado - um câncer de mama (...) e ela morreu, em pouco tempo (...). Eu era muito ligada a ela. Ela durou muito pouco

tempo. E ela, realmente, adoeceu, no primeiro semestre e, no segundo, eu mudei. Então, talvez tenha sido por aí... É o único dado que eu me lembro que pode ter mexido comigo.

ROBERTO e PONTO, sem influência direta dos desejos coletivos, levaram mais em consideração, na eleição da medicina, os significados que ela representava no âmbito da sociedade.

Para ROBERTO, o objetivo da escolha da profissão era a possibilidade de ter uma posição de destaque na sociedade: "O médico, naquela época, desfrutava de uma situação social mais diferenciada, dentro do sistema profissional liberal (...). Por isso, eu achava que ser médico seria uma possibilidade de eu ter essa situação (...)".

PONTO considerou que a medicina era a profissão mais nobre, dentro da área biológica (com a qual tinha afinidade), que representava desafio intelectual e a possibilidade de reconhecimento social e segurança financeira: "Como eu não tinha aptidão para a área física (...) eu fui para a biológica. E, na biológica, eu peguei a melhor: medicina (...). Foi muito por modismo. Na época, era até por uma conquista, um desafio (...) em cima de uma profissão que era difícil e era invejada (...). Era uma profissão disputada, reconhecida, que tinha retorno financeiro e uma satisfação profissional muito grande, e pela própria realização de vida".

É interessante notar que tanto ROBERTO, como PONTO referiram não ter preferência profissional, antes do segundo grau. Nesta época, foi necessário que optassem por uma profissão. Avaliaram, então, a possibilidade de se realizarem através da medicina, de forma mais racional, comparando seu valor ao de outras profissões que pudessem satisfazer suas aspirações.

O modelo dos profissionais médicos, provenientes ou não da família, transmitidos direta ou indiretamente, por contatos pessoais ou através da mídia e da literatura, associado às expectativas dos parentes e de "outros significativos", foram as principais influências para o desejo de ser médico, em grande parte dos médicos entrevistados. As palavras de ITE ilustram a influência das interações interpessoais e contextuais nos desejos individuais: "O mundo dá voltas, o tempo passa, mas é o que as pessoas são para a gente, que fica (...); uma frase que eu digo (...): - 'Nós somos nós mesmos e as circunstâncias da vida'. O dia-a-dia, as circunstâncias, os

momentos que a gente vive, mudam a gente. Nós não somos esculturas fixas. A gente muda”.

Quanto aos significados do desejo ser médico, a maioria dos sujeitos foi guiada pelo desejo de exercer o altruísmo, expresso como o desejo de ajudar os outros, de ter o poder de curar, de ser um articulador social ou de promover bem-estar para as pessoas e/ou sociedade. Apenas alguns (conforme já mencionado) valorizaram mais o reconhecimento social (pela família e/ou sociedade) e financeiro e/ou o desafio intelectual, e/ou a segurança financeira que a medicina representava. Um sujeito teve, também, como um dos significados para a escolha, a segurança de boa assistência médica que teria para si e para os seus.

Alguns sujeitos fizeram comentários sobre suas atitudes, quando eram crianças: PEDRO tinha vivência social e participava de encontros com jovens que freqüentavam a igreja; SOL, WAGNER e JOÃO chegaram a pensar em ser padres; ROSA, JOÃO, FLORA e ESTRELA queriam, sempre, ajudar as pessoas; VIAJANTE e NÔMADE tinham grande preocupação com as questões sociais e, já na infância, desejavam desempenhar um papel político e social ao se tornarem adultos; ORQUÍDEA e JOSÉ-2 tinham habilidade para cuidar de pessoas e animais; JOSÉ-1, PONTO e ALEGRIA, do grupo de cirurgiões, e ORQUÍDEA, do grupo de pediatras apresentavam habilidades manuais (habilidade para desenho, pintura, mosaico, etc.) ou interesse por estas; JOÃO e ROSA tinham afinidade com música e facilidade para tocar violão. ROSA queria saber mais sobre a morte e tentava compreendê-la.

Em sua tese de doutorado, MELEIRO (2001) discorre sobre algumas pesquisas acerca das motivações conscientes e inconscientes para o desejo de fazer medicina. Cita o estudo de ALLEN, realizado em 1988, em estudantes de medicina, em que as principais razões conscientes alegadas foram: bom desempenho escolar na disciplina de ciências, interesse por uma carreira atraente e o desejo de ajudar as pessoas. A autora cita outras pesquisas, nas quais, as causas mais freqüentemente declaradas foram: o desejo de ajudar, tratar, curar, salvar e ser útil, estar próximo das pessoas, atuar no campo social e o fato de ter recebido influência de terceiros, principalmente, pais médicos. Nestes estudos, a busca de

status e boa remuneração foram pouco encontrados como motivadores principais e a autora interpreta que, isto, provavelmente, se deve à transformação da realidade concreta do trabalho médico. Para ROCCO (1992, p. 49):

Muitas vezes, o estudante de Medicina inicia o curso sem a noção exata da escolha que fez. Esta pode corresponder a uma idealização feita por ele ou pela família: perpetuar a tradição médica, quando com parentes médicos; vocação para fazer o bem e servir ao próximo e à comunidade; sensibilidade especial para o sofrimento alheio. Além disso, há todo um prestígio que o *status* do médico ainda confere, a magia e o poder de curar, um domínio sobre as pessoas.

MELEIRO (2001) destaca, entre as diversas motivações inconscientes para o desejo de fazer medicina, a necessidade de reparação por impotência ou por rejeição emocional, a negação da dependência do adolescente e a procura de onipotência. Explana que, no ser humano, o reparo por impotência manifesta uma defesa contra doença e/ou sofrimento vivenciados em si próprio ou em membros da família, de forma que a escolha da medicina representaria segurança futura para si e para os seus ou expressaria o desejo de ter curado a pessoa doente. Esclarece que o reparo por rejeição emocional pode ocorrer em indivíduos que sofrem de alguma carência afetiva e a escolha da profissão médica poderia expressar um desejo de os indivíduos sentirem-se necessários ou de obter aprovação de pessoas importantes, para aumentar sua auto-estima. TURREL, citado por ROCCO (1992), acrescenta a estas motivações outras, como a identificação maior ou menor com os pais, que leva o adolescente a preservar e continuar seus valores; o desejo de “expiar” impulsos agressivos (dos conflitos infantis inconscientes), através do exercício da medicina, no “curar”, e a negação da morte, onde a escolha da medicina supriria uma fantasia mágica inconsciente de que o adolescente poderia controlar a saúde e curar todos os males de modo onipotente.

BLAYA, citado por ROCCO (1992), considera que a escolha da medicina é, antes de tudo, guiada por uma curiosidade e um desejo, consciente ou inconsciente, de saber mais e cuidar melhor daquilo que sentimos como doente em nós mesmos.

MILLAN (1997) afirma que as fantasias onipotentes de cura do adolescente, são as motivações inconscientes para o desejo de ser médico, e constituem a “pedra bruta” a ser lapidada, no transcorrer da formação médica e de toda vida profissional. Salaria que são estas fantasias que precipitam a vocação médica, sendo estas,

condição básica para que a pessoa seja médica, e em suas palavras: “A meu ver, a vocação médica só existe naqueles que têm dentro de si tal ‘pedra bruta’. Estes poderão um dia ser médicos, enquanto outros *irão trabalhar como médicos*” (MILLAN 1997, p.136).

BOHOSLAVSKY (1987) esclarece que, no exercício de qualquer profissão, ocorre contato do indivíduo com objetos e outros indivíduos, os quais ocupam um espaço diferente do que o indivíduo ocupa (como, por exemplo, pessoas, máquinas e ferramentas), e com os quais ele vai se relacionar. Observa que nesse inter-relacionamento, o gesto, o movimento e a atitude corporal incluem componentes mágicos. Ilustra como isto é facilmente perceptível em profissões antigas, como a do feiticeiro, e ressalta que o profissional moderno não está isento de atribuir qualidades mágicas a seus atos profissionais. Ressalta que essas qualidades mágicas das ações instrumentais encontram-se presentes em todos os adolescentes que escolhem uma carreira universitária e que, por mais racionais e sadios que sejam, eles se sentem como o “aprendiz de feiticeiro”, quando acreditam que, aprendendo determinadas ações ou movimentos, podem chegar a conseguir efeitos na realidade. O autor considera que a onipotência mágica tenha alguma relação com a idéia de que os homens “invertem as relações com a natureza e a põem-na a seu serviço, ao invés de adaptarem-se a ela”. Assim, segundo o autor, toda técnica, principalmente, pelo que tem de ritual, constitui um ótimo depositário de fantasias onipotentes, ligada à magia do gesto, da palavra e da ação.

Alguns sujeitos verbalizaram seus pensamentos mágicos, na escolha da medicina e na antecipação do futuro.

BOCA - “(...) como médico, eu gostaria de ter uma atuação real, no sentido de tu tocar, de tu fazer as coisas, mas ao mesmo tempo meio mágica (...) ajudar uma composição familiar em que as pessoas se relacionem bem e que haja uma relação de amor entre elas (...). Eu vejo que isso é a essência da vida”.

ALEGRIA - “(...) Queria tocar no coração das pessoas, dentro das profissões mais poderosas (...). Eu nunca fui ambiciosa de dinheiro. Eu sempre fui ambiciosa de poder. (...) o poder é uma coisa inerente minha. Eu nunca busquei (...)”.

Outros expressaram, de diferentes maneiras, suas motivações e/ou seus significados, em relação ao desejo de ser médico.

PEDRO - “Minha idéia inicial seria emocional, de compaixão (...)”.

ORQUÍDEA - “Achei que casando, trabalhando dentro do que eu gostava de trabalhar, tendo um marido maravilhoso, eu fosse feliz e não ia ter nenhum empecilho”.

ITE - “O que eu pensava era aquela imagem que eu tinha do pediatra quando eu era criança. De atender em casa quando as mães chamassem, ter um consultório”.

MOITA - “No início, você tinha uma imagem bonita de um ideal, o que seria o seu dia-a-dia (...)”.

JOSÉ-2 - “Eu sempre imaginei (...) que você seria uma pessoa (...) consagrada (...) homenageada (...) essa coisa do reconhecimento. (...). Eu imaginava que ia ser só alegria, só felicidade... Eu imaginei que fosse viajar bastante...ia poder conhecer o mundo”.

NÔMADE - “Eu me via dentro de um hospital, me via realizada, feliz, bem financeiramente. Me via curtindo, ‘dez’, claro. Eu me via muito bem”.

ROBERTO - “Só pensei que ia ser médico. O que eu ia fazer como médico, como ia ser, não tinha a menor idéia”.

NINA previa a trajetória que teria que trilhar até chegar a ser médica: “Eu sabia que ia ter obstáculos, que ia ser difícil, mas, sempre, eu via que ia ser uma boa profissional, que eu ia ter muito sucesso e que era uma coisa que eu ia fazer de uma maneira prazerosa. Nunca me preocupei muito com o dinheiro”.

Ao rever o emergir do desejo de ser médico, compreendo que, para a maioria dos sujeitos, **o exercício adequado da medicina lhes proporcionaria felicidade**, por contribuir para sua realização profissional e pessoal. Essa realização se

consolidaria através da promoção do bem-estar de outros seres humanos (altruísmo). Os sujeitos acreditavam também que, como consequência de sua competência, teriam reconhecimento social, “vida confortável”, possibilidade de viagens e outras atividades de lazer (apesar de, não terem sido estes os principais valores da escolha).

Em outras palavras, o grande potencial do desejo de ser médico dos sujeitos investigados era a busca da felicidade, promovendo felicidade nos seus semelhantes.

Nesse início de caminho, com exceção de NINA, os sujeitos não expressaram ter conhecimento do dia-a-dia do trabalho médico mas, sim, da representação que faziam do profissional médico. Suas preocupações com o futuro referiam-se à escolha da profissão ou à dificuldade em conseguirem ser autorizados a fazer o vestibular para medicina ou de serem bem sucedidos neste. Todos almejavam, basicamente, tornarem-se bons médicos e serem adultos realizados e felizes.

Havia mais sonhos à espera de serem concretizados do que revelações concretas da realidade a ser vivida.

6.2 A “PERDA DA POESIA” NO PROCESSO DE FORMAÇÃO MÉDICA

Da vez primeira em que me assassinaram
Perdi um jeito de sorrir que eu tinha...
Depois, de cada vez que me mataram,
Foram levando qualquer coisa minha (...)⁶

Os sujeitos entrevistados comentaram que a faculdade os preparou bem quanto à parte técnica. NÔMADE refletiu sobre o que aprendeu quanto ao “funcionamento” do ser humano e comentou: “A faculdade de Medicina, eu faria vinte vezes de novo”.

Na definição da área da medicina a ser escolhida, os principais valores e contextos que influenciaram os sujeitos foram: no grupo dos pediatras, a afinidade

com e a afetividade pelas crianças (BOCA, PEDRO, SOL, ITE), o conhecimento teórico obtido através do curso Normal (NINA), a morte de uma criança por falta de assistência médica (ORQUÍDEA) e a oportunidade de trabalho (ROBERTO); no grupo de cirurgiões, a afinidade com a objetividade, resolutividade e dinâmica da atividade cirúrgica e a habilidade para operar (citados pela maioria); no grupo dos G.Os, a afinidade pela área de ginecologia e obstetrícia (BEIJA-FLOR-M1, LUA e FLORA), a facilidade de interagir com as pacientes do sexo feminino (FLORA), a oportunidade de ter contato com as gestantes e beneficiar a elas e a seus filhos (JOSÉ-2) e a habilidade para operar e realizar partos (JOSÉ-2 e FLORA); no grupo dos clínicos, a afinidade pela visão clínica generalista (citada por todos); e, no grupo dos médicos da Saúde Pública, a afinidade pela visão clínica generalista (BEIJA-FLOR-M2, ESTRELA e NÔMADE), aliada à visão da saúde como uma questão social (todos).

O desejo de ser psiquiatria estava presente, em alguns sujeitos, ao elegerem a profissão ou ao entrarem para a faculdade. Entretanto, esse desejo foi afastado no contato com a disciplina, quando perceberam que esta abordava, principalmente, doenças mentais. Eles queriam, na verdade, aprender mais sobre saúde mental.

JOSÉ-1 - “Eu pensava em psiquiatria, no sentido da psicanálise. Aí, na quinta fase, tinha as aulas (...), me decepcionei. Era um negócio de louco (...), mas era louco mesmo, era triste, decepcionante”.

ALEGRIA - “Na verdade, quando entrei para a faculdade, eu queria fazer psiquiatria. Eu achava legal a coisa de cuidar mesmo da alma, da mente. E depois, o meu curso de psiquiatria foi muito de psiquiatria clínica. Então, não gostei”.

LUA - “Foi engraçado, porque eu entrei na faculdade pensando em fazer psiquiatria, mas, na primeira aula, desisti. Tudo muito louco, não era bem o que eu imaginava”.

JOÃO - “Mas, logo que eu fui para a faculdade, eu me interessei (...) por Freud e pensei em psiquiatria (...). A primeira vez que eu visitei um hospital psiquiátrico, parecia que eu estava num pesadelo, num sonho terrível (...). Ali, me

desmoronou o meu sonho (...), foi a maior decepção da minha vida (...). É um filme de terror (...), quando termina, é um alívio (...) ali, já não sabia mais o que eu ia fazer”.

Apesar da quase unanimidade dos sujeitos em elogiar a formação técnica, alguns consideraram a **carga teórica excessiva**. ESTRELA mencionou que sua faculdade foi uma “sobrevivência de provas” e referiu que seu maior aprendizado ocorreu nos estágios extracurriculares.

BEIJA-FLOR-M1 comentou que a faculdade não prepara o estudante para a prática médica.

Eu penso assim: toda teoria que você tem na faculdade, ela serve para você aguçar teu raciocínio. Agora, você vai buscar profundidade de conhecimento na hora que você define uma especialização. A faculdade, infelizmente, ela te gradua, mas não te prepara para a vida e para a prática médica. Eu acho que a coisa é mais ou menos assim: o grande companheiro do estudante é o caderno (...). Mas, na primeira oportunidade que você tem de não usar o caderno, você nunca mais o abre... Tanto é que o currículo está aí para ser mudado. Você não pode continuar com esse currículo nem com essa temática que ele tem.

Para ele, a parte relacional é aprendida, após a formação acadêmica: “A faculdade te ensina o que é um abdômen agudo, que aquela cama lá, tem um paciente com apendicite e tal. O conhecimento hoje é tanto, que a faculdade não tem tempo de colocar o aluno diante do ser humano mesmo. Ela não ensina isso. Você vai aprender na vida... vai lapidando isso”.

Assim como ele, a maioria dos sujeitos enfatizou o **pouco preparo psicológico** que recebeu no decorrer do processo de formação.

JOSÉ-1 - A questão da formação, do ponto de vista humano, é muito deficiente (...) você faz um curso técnico essencialmente (...). Estudante de medicina, em geral, é um alienado. É formado para resolver aquele problema que veio ali, não interessa o resto. Não tem formação geral nenhuma. Tem uns que se aposentam alienados. Passam a vida inteira, não sei se a maioria”.

PEDRO - “Essa idéia de que você não tem um preparo emocional próprio ou, eventualmente, um preparo técnico, até, para fazer isso (abordar um paciente

inexorável)... Muito vai da tua formação pessoal (...) a gente não é preparado para isso. Do ponto de vista profissional, a gente não é preparado nem na escola nem na vida profissional”.

JOSÉ-1 lembrou-se da piora progressiva em sua qualidade de vida.

(...) até (...) um pouco antes da faculdade, eu velejava, jogava futebol, esportes (...) tocava violão, até durante a faculdade. Lia muito, adorava ler (...).E aí, o curso começa, vai para a residência, você começa a ter que estudar monstruosamente... E aí, tu não paras mais. E aí, o que acontece? Você não lê mais nada, sem ser de medicina. Eu não saía mais para fazer praticamente esporte nenhum (...), todos os meus dias, chegava em casa, dez horas da noite (...). O teu tempo vai sendo invadido, isto é o meu caso, vai consumindo tudo.

Outro aspecto, levantado pelos sujeitos do estudo, foi a **negação da vulnerabilidade e da parte emocional** do estudante, no processo de formação. Segundo alguns, o sofrimento e a doença do aluno eram vistos como “covardia” ou “fraqueza” e, no seu entender, isto fazia parte do treinamento, para que se obtivesse o resultado final desejado: um profissional que fosse a imagem de segurança e do saber.

ALEGRIA expôs como foi pouco considerada como ser humano, em suas necessidades básicas e sentimentos, durante a formação acadêmica. Referiu, ainda, que na época que fez residência médica para cirurgia, teve que enfrentar os preconceitos dos cirurgiões, pelo fato de ser mulher.

Eu acho um absurdo o que fazem com a gente na faculdade de medicina. Eles criam a gente assim: - “Médico não pode comer, médico não tem fome, médico não tem dor, médico não fica doente”. Quantos pacientes falam: - “Mas médico também fica doente?”. (...) eu fiz cirurgia geral, fiz cirurgia plástica, que é profissão de homem, especialidades de homem. Então, a mulher não pode ter cólicas, porque se tiver cólicas: - “Ah, mulher, né?”. Então, eu sou uma pessoa que, com dezoito anos, eu rompi um cisto de ovário, tive hemorragia, tomei sangue e, sete dias depois, eu estava virando noite para fazer prova. Então, eu passei batido a minha vida. Anos que nem um trator e não tenho dúvidas que médico é prepotente (...), a gente é criado para isso.

VIDELA (1998) ressalta que o caráter do modelo hegemônico de saúde é fundamentado na cientificidade e tende a desprezar a parte afetiva. **MALDONADO (1978)** acresce que este modelo reforça a estrutura assimétrica do saber - onde o

médico o detém, devido à crença de que, só através de uma imagem forte e onipotente, alcançará o respeito – e assim, este profissional tende a apresentar uma postura inflexível, autoritária e distante, assumindo uma posição dominadora. Entretanto, a autora considera outros fatores que podem influenciar a postura do médico, na dependência de sua história de vida e da sua personalidade.

MELEIRO (2001), ao falar sobre o “**desprendimento emocional e a negação da vulnerabilidade pessoal do aluno**” que são incentivados pela Escola Médica, assevera que estes podem resultar em uma distorção na dinâmica da relação médico-paciente, expressa pela inversão do papel do médico que, ao invés de ajudar o necessitado, passa a necessitar do paciente impotente, para confirmar sua onipotência. Explana que essa distorção favorece o surgimento de depressão ou ansiedade no médico.

Desta forma, o processo de formação faz com que profissional médico vá sendo moldado para ser poderoso para diagnosticar e tratar a doença mas, ao mesmo tempo, para se considerar quase um “ser- supra-humano”, imune às mesmas doenças que trata nos seres humanos e à fraqueza de sentir-se emocionado ou de condoer-se com o sofrimento. Isto resulta no reforço dos desejos onipotentes do adolescente.

ESTRELA comenta alguns aspectos do exercício da medicina que acabam por caricaturar-se através dos ensinamentos passados ao estudante pelo modelo tradicional.

Na medicina, há muita prepotência. Te confere essa ilusão de você vencer a doença, a morte, tratar, cuidar, dominar. Eu acho que cada um de nós tem um pouco incorporado. Eu acho que a profissão concede. Os estudantes têm certeza do que eles dizem. É impressionante o grau de certeza que eles têm, hoje. Eu olho, e é aquela certeza que eu tinha quando eu saí da residência... A mediação de Deus é feita por nós, porque a sociedade, os pacientes precisam disso. Já me perguntei também. Tem pessoas que você não pode desmontar esse papel. Eles precisam desse papel (...). É uma coisa muito complexa na profissão, muito difícil. Porque você tem e é conferido, lhe é cobrado um papel onipotente. E para você estabelecer uma empatia, você tem que controlá-lo, mas sem desmontar essa expectativa social. Isso você não aprende. Para os estudantes, os nossos professores tradicionais estão imbuídos e certos que eles têm esse papel e que eles são poderosos.

Para WAGNER: “Algumas coisas não são ensinadas na faculdade à comunidade, nesse aspecto de perdas. Então, você sai de lá: - ‘Eu sou o maior. Eu vou resolver o mundo. Eu vou resolver tudo’. – ‘Não, você não vai resolver muita coisa não. Outras se resolvem naturalmente, apesar de você’ ”.

PONTO ilustrou a transformação que os estudantes sofrem durante sua formação: quando entram para a faculdade, sentem-se felizes, mas, quando saem, têm sua visão do ser humano, da saúde e de sua própria vida deformadas.

Porque logo que eles entram, tudo é festa, alegria. As meninas tudo bonitas... é um espetáculo! Tudo é uma descoberta muito grande para eles e tu participas daquela empolgação deles, isso é legal (...). As aulas, a gente diz piada, eles dão gargalhada, tu brincas com coisas e eles se divertem, gozam do amigo, do aluno (...). Aí, tu pegas, às vezes, eles no sexto ano, eles estão tudo acabados, as mulheres estão acabadas, estão feias, estão gordas(...). Não tem mais aquela brincadeira, aquela coisa de colégio (...). É sintomático isso. É pela própria condição. A pessoa começa a entrar noutra (...). Hoje, eu vejo que tem pessoas que não têm mais jeito. Dão aquilo, são excelentes profissionais, mas eu não sei, elas separam as coisas. Elas não podem ser separadas.

MOITA também realçou esse aspecto.

Teve uma pessoa que me falou que o estudante entra muito idealista e sai um cínico porque (...) o modelo é muito técnico, esquece a visão geral, a questão humana mesmo. Cínico, no sentido de fingir que lida com humanos (...). Então, no início, na aula de anamnese, ele se preocupa até em se apresentar, pede licença, explica para os pacientes o que está acontecendo. E quando ele sai, já chega na maca, já tira o lençol do cara, nem fala com o cara, uma coisa muito mecânica, como se ali tivesse um amontoado de órgãos deitados naquela maca.

Confirmando o pensamento de MOITA, ERON, citado por Zaidhaft (1990), pesquisando alunos, no decorrer do curso de medicina, confirmou que eles se tornavam mais cínicos e justificou que isso ocorria devido às experiências iniciais com o cadáver, à morte dos pacientes e ao tratamento dos pacientes crônicos, e expressava-se como descrença na sinceridade do homem, aumento do egoísmo e diminuição do interesse pela humanidade.

Reinhardt & Gray, citados por Zaidhaft (1990), também observaram esta transformação, estudando alunos de medicina, na época de sua formatura. Porém, após quatro anos de exercício profissional, em algumas especialidades, onde ocorria maior interação com os pacientes, como, por exemplo, clínica e

pediatria, relataram que os profissionais haviam desenvolvido maior "humanitarismo". Neste estudo, os autores sugerem que a formação deveria enfatizar mais a relação médico-paciente e estressar menos os estudantes, de forma a capacitá-los a lidar com as necessidades psicossociais dos pacientes.

TURREL, citado por ROCCO (1992), cita as contradições que os adolescentes que entram para a faculdade de medicina vivenciam, pois o trabalho diário do médico é uma transgressão às proibições comuns. Essas proibições foram transmitidas como padrões éticos culturais, no decorrer de toda a sua vida e, no entanto, durante o seu treinamento, na faculdade, exige-se que os estudantes superem seus "padrões", sem oferecer-lhes preparo psicológico adequado: "(...) tem que (...) dissecar cadáveres, ele que foi bem educado no respeito aos mortos; inspecionar todos os orifícios do corpo humano e examinar o mais íntimo de homens e mulheres, dominando sua reação pessoal; assistir à morte de um paciente e continuar seu trabalho, sem que sua emoção o perturbe" (ROCCO, 1992, p. 49).

ROCCO (1992, p. 49) cita ainda MELLO FILHO, que discorre sobre o que a faculdade de medicina apresenta ao adolescente, logo no início de sua formação: "Oferecem-lhe o cadáver, como se dissessem: estude este corpo sem alma, este é seu material de trabalho".

E o próprio ROCCO (1992, p. 49-50) continua a descrição:

A seguir, ele se penaliza (ou não) do pobre animal de experiência, esquartejado. Ao mesmo tempo, o quadro negro cheio de fórmulas lhe mostra como é o funcionamento enzimático do corpo. Frequenta laboratórios e entra em contato com máquinas e instrumentos sofisticadíssimos, sem a presença do *anima nobile* a ser examinado. Logo, ele aprende como atuam os remédios e decora suas doses. Tudo isto reforça a sua visão da Medicina, apenas Mecanicista, um preparo para ver doenças e não doentes. E de repente, lá está ele, de branco, respeitoso, ouvindo a teorização da anamnese e do exame físico daquele que será seu companheiro permanente na relação binária profissional. Até então, não lhe foi ensinada coisa alguma sobre a psicologia, o sentir, o ser da pessoa doente. (...) São as vocações que se esboroam na realidade, pois o estudante não agüenta o sofrimento do enfermo ou a própria escolha de lidar – e aí ele pode começar a entender o que seja morbidez – com a dor, a penúria, a morte, restando-lhe desistir do curso ou optar pelo distanciamento do enfermo (...).

CLAUVREL (1983) chama atenção para a progressiva "dessubjetivação", tanto do estudante de medicina, no seu processo de formação, quanto do ser humano que é assistido, quando se centra o foco na doença. Adverte que apaga-se

o ser humano doente diante da doença e o médico diante do saber médico (pois, geralmente, o discurso requer que o médico não se envolva com o sentimento) e, ao invés da relação médico-paciente, dá-se a relação instituição médica-doença.

PONTO enfatiza que o estudante de medicina deveria receber maior preparo psicológico para a parte relacional, não só quanto à relação médico-paciente, mas também quanto à relação do aluno com sua vida e com o ambiente em que vive.

(...) a nossa faculdade, do ponto de vista relacional, é muito complicada. Acho o caos (...). Eles preparam para o camarada saber e ir para a vida profissional, sem nenhuma base de relação. Nenhuma, nada, zero! (...) para trabalhar isso, cada semestre que passasse, deveriam colocar pessoas competentes para trabalhar a parte de relação do aluno com a vida fora também. Do paciente é uma coisa muito mecânica. Também tem que ter uma outra abordagem. A relação médico - meio é muito complicada. Ele não se prepara nada. Ele é jogado feito um “cachorro no meio da arena” e ele já sai de armas em punho. Tinha que ter uma cadeira 1, 2, 3, 4, só de psicologia. Não existe isso (...).

Para obter um referencial de atitudes, o estudante começa a aprender aquelas transmitidas por modelos, principalmente, nos contextos da faculdade e de estágios extra-curriculares. Incorpora as atitudes que mais se adaptam à estrutura de sua personalidade e com as quais se identifica.

ROCCO (1992) assevera que o adolescente tenta encontrar um modelo profissional em sua formação, que lhe seja mais próximo e que não o ameace. Começa, então, a imitar, geralmente, os docentes, nos quais identifique segurança, bondade e atitudes adequadas frente ao doente.

ALEGRIA destaca sobre os poucos modelos de profissionais médicos que lhe ensinaram a interagir e respeitar o ser humano doente: “(...) Os professores que ensinaram a gente a tocar no paciente e a chamar o paciente pelo nome, ao invés da doença, foram poucos. Tanto é que cada um de nós tem um professor desses em mente. Eu acho que isso é o mais importante no médico. Está mais que provado. Se tiver essa parte, a gente consegue curar muito mais do que com medicamento (...)”.

Também enfatiza a **falta de preparo psicológico do médico, para lidar com a morte**, e comenta o efeito negativo que advém desta deficiência: o distanciamento do médico, em relação a seu paciente, para evitar o sofrimento.

O médico sabe lidar com a morte? Não sabe. O paciente terminal é abandonado. O médico faz oncologia, eu tenho um residente que está fazendo oncologia no Rio. Eu perguntei: "Vocês têm algum apoio psicológico?". Não, nenhum. É paciente que morre, paciente que morre, paciente que morre. O quê é que ele vai fazer se não tem preparo? Endurece diante da vida (...). Médico mal fala com o paciente, com raras exceções (...). O cirurgião é muito "fazer". O cirurgião, a princípio, não tem que conversar com o paciente. Ele está com uma úlcera, tirar estômago, ele tira o estômago. A princípio, o cirurgião é o pior de todos nesse sentido e eu aprendi sozinha e por formação familiar, a importância de dar atenção. Eu já fui doente, eu sempre tive isso em mente, de me colocar no lugar do paciente.

ZAIDHAFT (1990) destaca que os estudantes de medicina lidam com a Morte, no seu dia-a-dia. Esta aparece na anatomia, nas disciplinas de Medicina Legal e Deontologia, no aprendizado das técnicas para salvar os pacientes e no evoluir de um paciente terminal.

Conforme o autor, nas aulas de anatomia, o aluno ainda pode manter certa distância entre o cadáver e a representação que faz do ser humano vivo, pois o corpo que a ele se apresenta está desfigurado e a pele ressecada pelo formol. Na disciplina de Medicina Legal e Deontologia, o cadáver aproxima-se da representação que o aluno tem do ser humano vivo, causando maior impacto. Porém, é quando o vivo está prestes a morrer, que se dá o grande conflito, pois é preciso que ele interaja com o paciente (o que não ocorria com o cadáver, com quem ele agia, mas não interagia). Neste ponto, o autor relata que a tendência do estudante é tentar fugir do contato porque, talvez, ao afastar-se do processo de morrer, o aluno afaste-se também da lembrança de sua própria finitude e a dos entes queridos. Pior que o medo de ter que interagir com o paciente terminal, é a ambigüidade dos sentimentos que experimenta, pois, ao mesmo tempo em que o estudante luta contra a morte de um ser humano (que até antes de adoecer era como qualquer outro, e pertencia à sua comunidade), pensa no provável futuro-morto que, se a medicina não puder salvar, será utilizado por ele como objeto de treinamento.

Menciona alguns sentimentos e atitudes assumidas em circunstâncias em que os estudantes e o grupo confrontam a morte: o reviver de fantasias destrutivas arcaicas (fantasias de morte em pessoas que se relacionam mais intimamente, como família e entes queridos) e de fantasias sexuais (que emergem frente ao choque com a nudez), o conflito com a finitude da própria existência do estudante, a necessidade de demonstrar resistência emocional diante do grupo, como prova de

“masculinidade” e de “força” para “não ser tachado de covarde” ou “frouxo” se não tolerar a prova; a necessidade do grupo de ter “bodes expiatórios” para diminuir a ansiedade grupal, tendo o “escárnio” como forma de dar vazão a ela; e o sentimento de mal-estar e culpa (no terceiro ano), ao desejar a morte do paciente, para nele poder treinar.

O autor comenta que o estudante tende a incorporar a atitude preconizada pela ideologia do modelo médico, transmitida no cotidiano, qual seja: “não se envolva com o paciente”, “para aprender é assim mesmo”, “se você ficar sofrendo a cada morte de paciente, você não agüenta e larga a Medicina” (Zaidhaft, 1990, p.19). Adverte que essas recomendações acarretam o embotamento emocional do estudante:

Mas (...) porque a ideologia do “não se envolver”? Ora, o receio aqui é o de haver um ressurgimento destas fantasias destrutivas, sádicas, então, na verdade, o que a fórmula diz é que o aluno não deve se envolver consigo mesmo, com seus desejos de destruir, porque isto poderia acarretar danos para ele e para o paciente. (...) Podemos traduzir, então, o “não se envolva com o paciente que ele pode morrer e você sofrerá com isto” por “não traga em você a morte, não deseje destruir e matar porque se o paciente morrer você se sentirá culpado”. (...) se para morrer basta estar vivo, não se envolver com a morte implica não se envolver com a vida. O aluno aprende então a não se envolver com a morte, nem com a vida. E curioso, isto se acompanha de um tentar superar a morte a qualquer preço (...). Ora, se o médico não se envolve com a vida nem com a morte, a luta é pela vida de quem? Melhor dizendo, cada morte do paciente é experimentada pelo médico como prova de sua incapacidade, de sua impotência, de seu fracasso diante da morte. A necessidade é a de triunfar sobre a morte, de negar sua própria mortalidade. Esta crença em sua imortalidade é que é abalada a cada morte de paciente (Zaidhaft, 1990, p. 21).

JORGE (1983, p.11-12) resgata CLAUVREL, para manifestar sua opinião quanto à “ideologia do não envolvimento” com o paciente, preconizada pelo modelo:

Dessubjetivação do médico, que é exemplificada por Clauvrel, pelo conselho oferecido aos médicos que lidam com crianças leucêmicas, de que dediquem algumas horas por dia à prática da experimentação no laboratório, sob o pretexto manifesto de que devem se permitir o alívio do sofrimento que tal contato promove. O que só faz escamotear a verdade latente de que é a evasão da relação subjetiva que ocorre aí, lançando-se o médico à suposta objetividade dos tubos de ensaio e das fórmulas químicas. O médico aí sofre, não por partilhar do sofrimento da criança, mas por nada poder fazer para superar sua própria impotência perante a doença fatal. Impotência que seria desfeita no momento em que a potência de seu saber pudesse enfrentar, sem temer uma derrota, o Mestre absoluto, ou seja, a Morte.

ZAIDHAFT (1990. p. 21-22) esclarece que se o estudante não se envolver com o paciente e com os próprios sentimentos perante a morte, ele acabará por prejudicar a sua própria subjetividade, por afastar-se da consciência sobre sua própria vida e mortalidade, e afirma:

Quem não se envolve, não se compromete, é porque já morreu, ou melhor, matou esta possibilidade em si (evidentemente, isto não se dá, de modo absoluto). Parece, então, que é assim: na tentativa de negar a realidade inexorável da morte, o estudante, primeiramente, tenta negar a própria finitude, posteriormente, a necessidade se estende a tentar negar a morte do outro (pois lembraria a própria) e, passo final, mata o que tem de vida em si, ou seja, sua capacidade de se envolver, se comprometer com o outro e consigo mesmo, mata a possibilidade de trazer em si sua mortalidade e transforma-se na própria morte. Para enfrentar a morte de igual para igual, o médico se transforma (...) em (...) o Anjo da Morte.

O autor sugere - como primeiro passo para que o estudante consiga superar sua dificuldade em lidar com o paciente grave ou com a morte - que ele aceite os seus próprios limites (finitude) e os limites da Medicina frente à vida. Alerta que pensar profundamente sobre a morte é, geralmente, um processo que acarreta sofrimento, pois faz emergirem lembranças de perdas antigas, bem como o sentimento de dor: pela própria finitude, pelo luto dos que a chorarão e pela finitude dos seres amados. Entretanto, pondera que, só através deste processo de conscientização do estudante, ele aprenderá a lidar melhor com o processo de sofrimento e finitude de outros seres humanos.

Quanto ao ensino médico, alguns sujeitos registraram sua posição crítica em relação ao modelo biomédico centrado no ensino da doença e em ambiente hospitalar.

ESTRELA advertiu que, apesar de o modelo ter suas vantagens, não se deve perder de vista que, o verdadeiro ato médico deve conciliar arte e ciência.

(...) é mais tranquilo você achar que tem onipotência, acreditar no teu valor, achar que o antibiótico resolve tudo, que a doença é, no máximo multicausal, mas é um fator de risco. São modelos que são seguros, cômodos. Eles se legitimaram. De alguma maneira, eles são efetivos, têm sua eficácia social... As ciências biológicas tiveram um avanço, na explicação de mecanismos, fantástico. Agora, que tem outras coisas tem, nesse ato médico, que conferem o privilégio, que é a coisa da arte para a ciência. Eu acho que essa é a tensão entre a arte e ciência. Afinal, medicina é arte ou ciência? É arte e ciência (...) você tem que ser científico (...) estar sabendo as últimas coisas que esse modelo diz mas, ao mesmo tempo, eu não quero só ser ele

(...). Então, é uma onipotência. Uma impotência também (...); a faculdade não dá isso (...).

NÔMADE mostrou o desvio da atenção do estudante do processo saúde-doença e da realidade da população, que o modelo acarreta.

(...) o próprio currículo, que me distanciou cada vez mais daquela imagem de médico que eu tinha, na adolescência (...). Em termos de currículo, eu acho uma catástrofe porque (...) o curso de medicina é o exercício de tirar você do paciente, de tirar você da população, do "desexercício" da medicina (...). Você tem um monte de matérias e tem uma aula prática com quinze pessoas. E, aí, te jogam um paciente enfermo (...) eu vejo leito hospitalar. Eu não vejo determinação da doença (...). Eu preferiria ter ido, no primeiro semestre, satisfazer meu grande desejo, que talvez fosse (...) numa unidade fazendo curativo (...). Então, há uma desinserção do currículo com a realidade da população, para determinação da doença (...). É assim que eu vejo o Hospital. O hospital é referência mesmo. Porque a nossa prática tem que se dar principalmente dentro da população. Porque é ali que se dá o processo saúde-doença.

BEIJA-FLOR-M2 teceu comentários sobre suas observações, durante o processo de formação, sobre a pouca resolutividade do modelo biomédico.

Primeiro, durante o curso de medicina, sempre existiu dentro da minha cabeça, um certo questionamento desse modelo biomédico (...) uma insatisfação interna enquanto eu estava nas enfermarias (...) principalmente, no internato (...) muito em função da não resolutividade do sistema. Você está numa enfermaria, aquela coisa: - O Seu João, DPOC que descompensou, que voltou, de novo. A Dona Maria, diabética que descompensou, voltou de novo. Semana que vem, ela está lá dentro. E fica aquela coisa assim, que, no final, aquela ilusão que eu vou ver casos e mais e mais casos, aí, começa a ter uma certa desilusão na rotina que tu vê, que são os mesmos. É uma coisa que tu não resolves. Aquilo que tu aprendes e tu não consegues resolver, no teu dia-a-dia.

Segundo ROCCO (1992), geralmente, o adolescente que vem do segundo grau acostumado com o banco da escola, não se surpreende com o modelo de ensino da faculdade tradicional, pois este segue, basicamente, o mesmo da escola primária e secundária: transmissão dos progressos da profissão, voltada ainda para a prática liberal em extinção, através de docentes que se tornam meros repetidores da experiência alheia, lida e ouvida em livros, revistas e estágios no exterior. Com isso, salienta que a realidade na qual a medicina é ensinada, geralmente, não é a realidade brasileira.

VIAJANTE esclareceu os interesses que colaboram para reforçar o modelo atual da formação médica. Argumentou que o desenvolvimento de uma grande reserva de mão de obra com visão mais voltada para a parte técnica, sem questionamento do sistema e embasamento nas áreas humanas, acarreta um cenário mais competitivo e favorece os interesses de mercantilização da medicina. Mencionou que este tipo de formação está “dentro do perfil que estabelece o FMI e o Banco Mundial: a formação de uma mão de obra de reserva mesmo, que questione pouco, que sejam bons técnicos, maus pensadores. A medicina, como técnica, não como arte”. Entretanto, advertiu que “a medicina tem que ser uma associação das duas coisas. Tem que ser arte também”.

Alguns sujeitos refletiram que, durante a faculdade, não imaginavam como seria sua realidade concreta de trabalho e que mantiveram visão idealista até começarem a confrontar-se com o mercado de trabalho, que lhes apresentou uma realidade diferente daquela que vislumbravam. VIAJANTE explicou que o modelo ensinado ao estudante deturpa a visão da realidade profissional que ele vai vivenciar, pois é: “privatista, onde o médico vai ser profissional liberal, e essa é uma realidade em extinção, hoje em dia”. Asseverou que o modelo biomédico e o modelo complementar de saúde, o *managed-care*, prejudicam a formação do estudante.

As questões são políticas. Há necessidade de vontade política. O Estado brasileiro, hoje, tem uma concepção de saúde-doença ultrapassada, atrasada. É um estado periférico, dominado e que se influencia muito ainda por aquela máxima, “O que é bom para os Estados Unidos, é bom para o Brasil”. Isto ainda existe. Tanto assim que o *managed-care* está sendo importado, apesar de toda a resistência que existe, hoje, de sindicatos e até de cooperativas médicas (...). E isto influencia a formação do nosso estudante de medicina. O estudante (...) está sendo formado para trabalhar nesse sistema.

Para VIAJANTE, hoje, a concepção do ser humano passada ao estudante é fragmentada e distante da comunidade a quem prestará serviços. Em sua opinião, a formação do médico deveria ser generalista e integrada, para permitir a visão global do ser humano e da coletividade. Para tanto, seria necessário que a parte teórica enfatizasse mais o ensino em clínica, pediatria, ginecologia, obstetrícia, Saúde Pública e incluísse a visão de saúde das áreas humanas, como, filosofia, sociologia e antropologia. Quanto à parte prática, o estudante deveria ser inserido, mais

precocemente, no trabalho junto à comunidade, para vivenciar a realidade brasileira e aprender a trabalhar em equipe.

Desde cedo, o estudante de medicina teria que estar em contato com as comunidades, com a sua realidade, com o seu contexto e entender que a saúde, no Brasil, não é feita de equipamentos de alta tecnologia - isso é um luxo - e que esse é um país periférico, um país pobre, onde o que existe para se gastar com saúde é aquém daquilo que é necessário, e que ele vai atuar nesse contexto, sofrendo pressões de laboratórios farmacêuticos (...) de indústrias de equipamentos médico-hospitalares, sofrendo pressões para pedir exames (...). E ele tem que desenvolver uma posição crítica, em relação à profissão dele, em relação à forma como vai atender o seu paciente, a sua comunidade e à contribuição que ele vai dar para a melhoria da saúde de uma população.

Para ele, o ensino prático deveria ser fora do hospital, porque "hospital não é sinônimo de saúde; hospital é um ambiente onde está a doença, e estudante algum de medicina aprende qualquer conceito de saúde dentro de um hospital".

FOUCAULT (1999) chama a atenção para a inversão de valores do médico ocidental, principalmente, a partir do século XVII. Refere que, antes desta época, a maior preocupação da medicina era com a saúde e a vida do ser humano inserido na comunidade em que ele vivia. Entretanto, o progresso da ciência médica fez com que a visão do ser humano fosse a partir de sua morte (maior conhecimento do ser humano a partir da anatomia patológica, com o cadáver como referência) e que a saúde fosse vista como ausência de doença e, portanto, o foco da medicina centrou-se no combate à morte e à doença, afastando-se, progressivamente, da saúde. O hospital passou a ser adotado como forma, predominante, de recurso para o ensino, e o autor explica que o objetivo de tal instituição foi ensinar o maior número de doenças, em menor tempo, tendo, principalmente, os indigentes como objeto de estudo. Estes recebiam assistência e, por sua vez, compensavam o atendimento prestado, prontificando-se a serem utilizados para o ensino.

O que, em geral, os sujeitos do estudo denotaram foi que, no processo de formação para se tornarem médicos, foram treinados para diagnosticar a doença, tratá-la e curá-la. O contexto em que se deu o aprendizado foi o ambiente hospitalar. Nesse contexto, eles tiveram poucas oportunidades de lidar com a comunidade e de compreender os principais determinantes do processo saúde-doença. Receberam

pouca orientação psicológica para se relacionarem com o paciente, seus responsáveis e a sociedade. Em termos de atitudes, a educação reforçou os valores de alienação emocional e a negação da vulnerabilidade pessoal do aluno.

Pelo que se apreende do processo que alguns passaram, poder-se-ia dizer que aquele adolescente que desejava dedicar-se ao próximo, às vezes, desde a infância, investiu no seu desejo e conseguiu passar para a faculdade de medicina.

Durante sua formação acadêmica, foi sendo “formatado” para tornar-se bom técnico. Afastou-se da comunidade a quem deveria prestar serviços, centrando sua preferência no aprendizado em doentes internados no hospital. Vivenciou conflitos psicológicos frente ao sofrimento, à relação médico-paciente, à morte e à sua qualidade de vida, que não foram bem elaborados.

Para dar conta de sobreviver ao curso e realizar seu desejo de ser médico, foi reprimindo seus sentimentos e incorporou às atitudes aprendidas durante todo o seu processo social de construção, as atitudes transmitidas pelos modelos médicos, com os quais se identificou.

Ao sair da faculdade e durante a residência, tinha a impressão que daria conta de curar os pacientes e que o mercado de trabalho o favoreceria para alcançar a expressão de sua representação sobre o médico. Nesse processo, evidencia-se que uma parte da afetividade do aluno ficou inibida e sua visão sobre a humanidade, a saúde da comunidade, à qual pertencia, e ao país, em que vivia, não foi potencializada.

O grande potencial do desejo de ajudar o próximo passa a ser desviado para o desejo de curar a doença do próximo e de combater a morte, ficando, em segundo plano, o próprio estudante, o ser humano que está doente e a comunidade em que ele vive.

As fantasias onipotentes de cura que, conforme MILLAN (1997), representariam a “pedra bruta” a ser lapidada para se transformar em generosidade e na capacidade de doação, não foram trabalhadas, durante a formação médica. Pelo contrário, foram exacerbadas pelo “saber técnico”. Resta a oportunidade de o médico tentar “lapidar esta pedra bruta”, representada em seus desejos altruístas, no transcorrer de sua vida profissional.

As palavras de NÔMADE, de certa forma, sintetizam o que a maior parte dos sujeitos entrevistados expressou: “Na verdade, o curso de medicina foi para mim a desmistificação da medicina (...) daquilo que eu imaginava de ser médico. Ele foi me tirando da minha poesia”.

6.3 A SATISFAÇÃO DE SER MÉDICO

No exercício da medicina, os sujeitos entrevistados apontaram diversos fatores que promovem sua satisfação com a profissão médica.

A variedade de opções, possibilitada pela profissão médica, propicia ao profissional a escolha da atividade mais adequada a seu perfil, ampliando suas perspectivas de ser feliz com seu trabalho. Como cita BEIJA-FLOR-M1:

Eu acho a profissão de médico a mais fantástica que existe. Primeiro, pelo leque que ela te abre. Ser médico não significa você cortar ou medicar alguém (...). Significa que te abre as portas para o magistério, você pode entrar em pesquisa (...) trabalhar com imagem. Se você quiser ficar atrás de um microscópio (...) de uma mesa de consultório, no centro cirúrgico ou UTI, você fica (...). A partir do momento que você se forma (...) é um outro mundo que se abre.

Essa versatilidade permite que profissionais com perfil mais dinâmico tenham satisfação cumprindo diferentes funções, em ambientes diversos. Conforme WAGNER: “(...) a minha realidade é essa, hoje. Cheia de facetas, cheia dessa multiplicidade. Eu até estava pensando, isso aí é bom, você ser multiprofissional (...). ser polivalente (...). Um dia, está assim, um dia, está assado (...). Para mim, uma rotina mata. Por isso que eu tenho, todo dia, três a quatro ambientes, quatro situações diferentes”.

A satisfação em relação à competência, à escolha profissional e às atividades exercidas (desde o ensino e a pesquisa até o exercício clínico) foi citada, de forma unânime, confirmando o principal objetivo almejado, na escolha da profissão, pela maioria dos entrevistados: ser bom médico, para ajudar as pessoas.

BOCA - "Gosto da minha profissão, gosto de ser professor (...) o que eu me satisfaço profissionalmente, hoje, é pontual (...). é essa atuação de fazer um atendimento bem feito, de fazer um parto bem feito, uma puericultura bem feita (...) que tu consegues passar uma série de valores pedagógicos e filosóficos, em termos de cuidado(...)".

PEDRO - "A maior satisfação profissional que eu tenho é a resposta que as crianças têm com o tratamento. Não o tratamento da saúde delas, mas o tratamento delas como pessoa".

ROBERTO - "A maior satisfação que eu tenho, como médico, é examinar um paciente, fazer um diagnóstico e ver que aquele diagnóstico vai redundar num tratamento, e ele fica bom".

ITE - "Eu, comigo, com as crianças, com as mães, eu tenho muita tranqüilidade de que, realmente, eu as ajudo".

WAGNER - "Estou contente comigo, com a minha profissão, no que eu escolhi (...). Eu acho que eu estou no máximo (...) realizado profissionalmente, como médico, sem dúvida".

BEIJA-FLOR-F - "Eu tenho paixão pelo que eu faço, sou apaixonada pelo tipo de trabalho que estou fazendo agora, eu não me canso... Acho que quando você faz com paixão, com prazer, você pode estar cansada e tudo, mas, com cansaço físico, mas, você está feliz, profissionalmente feliz".

BEIJA-FLOR-M1 - "Hoje, eu volto àquela minha infância e: - 'O que você vai querer fazer: medicina, odonto, advocacia ou engenharia?'. Hoje, eu posso te dizer que queria fazer medicina... A minha conclusão é a seguinte: Eu gosto do que faço e faço o que gosto... Eu me sinto realizado fazendo medicina. Atingi meus objetivos... realizei tudo que queria. Sinto que estou fazendo bem o que faço (...)"

VIAJANTE - "Com o passar dos anos e meu envolvimento com a Medicina Social (...) eu encontrei o meu espaço, dentro da medicina (...) sabendo das

limitações (...) em termos de mercado, das limitações financeiras (...). Mas é isso que eu escolhi e sou feliz nisso”.

NÔMADE – “Adoro meu perfil profissional. Faço o que gosto (...). Adoro trabalhar com administração em saúde, planejamento em saúde (...)”.

Determinados sujeitos declararam que o trabalho é a dimensão mais importante de suas vidas.

SOL - “Sou um cara viciado no meu trabalho (...); se eu for ficar uma semana sem trabalhar, eu já ‘tô’ me sentindo mal, eu tenho necessidade de botar aquilo para fora, interagir com os pacientes (...)”.

NINA - “Eu me sinto muito integrada, é quase uma extensão da minha vida”.

ROSA - A medicina é a minha vida (...) é uma coisa bela (...). Eu acho que se eu parasse de trabalhar, não sei o que ia fazer da minha vida não. Adoro. É uma coisa assim que, às vezes, chega fim de semana, quando está chovendo, eu acordo: - “Ai, ‘que saco!’ O quê que eu vou fazer? (...)”. Às vezes, quando está dia bonito, pegar o barco e velejar, tudo bem. Mas se está chovendo, ficar em casa, fazer o quê? Então, dia de chuva: - “Já pensou que legal agora uma cirurgiazinha?”. Um sábado à tarde, uma cirurgia, eu adoro.

FLORA - Eu acho que (ser médica) é o mais importante na minha vida. Ocupa o maior espaço. Mesmo que eu tente negar, querendo colocar a maternidade, a vida pessoal, mas, eu acho que não. A medicina está em primeiro lugar. Ela tem prioridade e eu me sinto feliz assim. Eu acho que o médico tem que ser dedicação integral. Principalmente, na ginecologia e obstetrícia. Então, não me queixo muito de ter escolhido medicina e acho que ocupa um espaço de oitenta por cento da minha vida.

No grupo dos cirurgiões, o êxito cirúrgico acarreta satisfação imediata, ao confirmar a aptidão e habilidade do cirurgião em intervir na parte física do paciente: “(...) o cirurgião entra no físico do paciente” (WAGNER) e “vai interferir, diretamente, na vida dele, no corpo dele” (PONTO) e, por isso, “deve trabalhar com a perfeição” (PONTO). ALEGRIA expressou a satisfação imediata que o cirurgião sente com a resolutividade do problema do paciente: “Medicina para mim é fazer o que eu faço, que é pegar uma pessoa que está bem, emocionalmente, e deixar ela melhor. Aquela coisa que está incomodando, ela vai resolver. Então, eu realmente

consigo dar felicidade...". E ROSA confirmou-a: "Te dá um retorno imediato, na medida que tu estás fazendo aquilo ali...".

Um aspecto digno de nota é a diferença entre os recursos terapêuticos (que não a relação médico-paciente) utilizados por clínicos e cirurgiões. Enquanto o clínico, geralmente, emprega recursos externos a ele (medicamentos, aconselhamento para atividade física e dieta, ventilação mecânica, entre outros), o médico cirurgião, geralmente, é o recurso terapêutico. Seu principal recurso é sua atuação direta sobre o paciente, ou seja, ele próprio é o instrumento terapêutico.

O paciente delega ao cirurgião a autorização e a autoridade (confiança e permissão) de interferir em seu corpo (na parte estética, em sistemas, órgãos ou membros).

Fica evidenciado o poder que é conferido ao cirurgião para melhorar, alterar, tratar, curar e salvar o ser humano, através de suas próprias mãos. É natural e compreensível, o aparecimento, quase automático, do sentimento de estar cumprindo o papel de "salvador" ou "semi-Deus", de dominar a natureza do ser humano e de, aparentemente, influenciar seu destino (vida e morte). Esse sentimento gera gratificação pessoal, e pode contribuir para o estabelecimento de um perfil "arrogante" e "endeusado", se o indivíduo não tiver preparo psicológico, durante sua formação e/ou prática profissional e/ou vivência pessoal, para lidar com seus limites sobre a vida, de uma maneira geral.

JOSÉ-1 explicou essa sensação e esclareceu suas conseqüências, quando ela é incorporada, de forma extrema: "(...) para mim, a maior gratificação mesmo é pessoal. Talvez, por isso, o cirurgião tenha essa fama de, muitas vezes, ser um sujeito arrogante e 'endeusado'. Têm alguns que se sentem tão bem com aquilo que fazem (...) que o ego não cabe dentro deles próprios (...). Em geral, é uma coisa que dá uma satisfação muito grande".

Segundo CERDEÑO (1994), quando o médico apresenta uma proposta de tratamento ao paciente, médico e paciente vivenciam um compromisso, pela entrega confiada do paciente ao exercício das habilidades e capacidades terapêuticas do médico. Nas propostas de tratamento cirúrgico, o paciente entrega ao cirurgião a integridade de sua organização corporal e, também, as mais profundas áreas de sua

consciência. O autor salienta que, para o restabelecimento da integridade do paciente, será necessário o apoio do médico, tanto para a cicatrização corporal quanto para o processo de reordenação de suas funções mentais e emocionais.

Conforme BARROSO (1992), o exercício constante de tomada de grandes decisões sobre a vida do ser humano e o convívio com o sofrimento e a morte estimulam no médico cirurgião o crescimento de sua onipotência, sendo o medo e a fragilidade do paciente, estímulos para esse sentimento. O autor considera que essa distorção poderá ocorrer, na dependência da personalidade e do caráter do cirurgião, do tipo de formação que ele recebeu e da permissividade do sistema. Pondera, entretanto, que, tanto a hipertrofia da imagem do cirurgião, como a sua descaracterização (o obscurecimento de sua imagem) - que também pode ocorrer - são deformações igualmente graves.

Nos diversos grupos e, sobretudo, nos indivíduos do sexo feminino, **o fato de terem superado obstáculos**, se formado, tornado-se médicos competentes, **reforça a satisfação** com a profissão. ORQUÍDEA ponderou:

É com tanto sacrifício que se consegue estudar... E, para a mulher, a medicina era complicada, há vinte anos atrás. Hoje, já é mais comum. Todo mundo faz. Há vinte anos atrás, foi um mérito e isso me deu muita gratificação pessoal... Ser médico é gratificante. Eu gosto demais do que faço. Não saberia fazer outra coisa. É ver uma criança bem complicada e resolver. Eu sei que, muitas vezes, não dá para resolver, mas tu vais fazer tudo que está ao seu alcance. Tu vais procurar estudar, trocar idéia com outros profissionais para tentar levar a criança para uma melhora ou uma qualidade de vida melhor.

E, para aqueles **indivíduos do sexo feminino, que venceram o desafio de atuar em especialidade, essencialmente cirúrgica** - que é, tradicionalmente, exercida por homens, e que, como exposto anteriormente, fortalece a percepção de potência - o sentimento com a profissão é o de **imensa satisfação**: "Como profissão, é o que gosto, é relaxante, agradável. É diversão, momentos bons... Estou num momento de satisfação pessoal muito boa... Totalmente satisfeita... nunca desejei ser outra coisa" (ALEGRIA).

O reconhecimento (social, financeiro e/ou intelectual) foi outro fator promotor de satisfação, apontado pelos sujeitos.

O **reconhecimento social** (pelo paciente e seus responsáveis, pela família, pelos pares e/ou diversos setores da sociedade) e o **reconhecimento financeiro** aparecem, geralmente, aliados.

SOL - "Mil, a minha satisfação está mil, eu estou muito feliz (...) gosto muito do que eu faço (...). Sinto a gratidão dos meus pacientes, eu sou reconhecido, isso me faz muito bem... Eu ganho quanto mereço, eu não reclamo do meu salário".

ROBERTO - Me considero um indivíduo satisfeito porque faço o que eu gosto, tenho bastante trabalho, tenho prestígio, sou uma pessoa conhecida, ganho o suficiente para poder viver bem. Então, não tenho do que me queixar (...) da minha trajetória profissional, científica e associativa, porque sempre tive (...). Eu sempre digo o seguinte: - "Deve ser horrível para uma pessoa não ter uma ambição – no bom sentido – não ser uma pessoa reconhecida, cientificamente, ou não ter méritos". Ser uma pessoa ignorada deve ser um negócio extremamente ruim. Porque uma das coisas que a pessoa deve ter como ambição é ser uma pessoa de prestígio, conhecida. Isso é que dá satisfação pessoal, além de outras coisas. Mas isso, no sentido estritamente profissional e científico (...). Eu seria extremamente frustrado, se não fosse assim (...).

ALEGRIA - "Hoje, a medicina para mim me dá dinheiro (...). Me dá muito mais do que eu esperava. Até me assusto. Eu posso, posso, posso (...). Eu nunca imaginei. Aconteceu. Hoje ela me dá dinheiro, mas além disso é gostosa (...). Dei sorte de gostar de uma especialidade que hoje ganha bem, pois no momento da escolha não levei isto em consideração".

JOSÉ-2 - Eu confesso para você que eu me considero uma pessoa bem sucedida, dentro da minha profissão, porque eu tenho uma clientela muito grande (...). Eu consegui me firmar como ginecologista e obstetra, eu vejo que eu tenho um respaldo muito grande na comunidade (...) eu me sinto realizado por isso (...). Principalmente, dentro da reprodução humana, a gente se sente muito feliz quando a gente consegue ajudar um casal que, até então, estava condenado a não ter filhos e a gente dá um jeitinho (...). É uma satisfação, uma realização muito grande.

O reconhecimento social confirma o profissional como ser humano competente, no plano pessoal, profissional e/ou social, reforçando sua identidade. Para os indivíduos que têm parente próximo como modelo, o reconhecimento social

(não apenas familiar) é uma forma essencial de confirmação de sua identidade profissional.

JOVCHELOVITCH (1998), entre diversos autores que versam sobre identidade e alteridade, assinala que sem o reconhecimento do “outro”, sem a mediação dos “outros”, o “eu” não pode refletir sobre si mesmo.

Conforme BERGER & LUCKMANN (1998), é através do reconhecimento dos “outros significativos”, para o indivíduo (os mais próximos e que são mais importantes para ele) e dos “outros”, não tão significativos, com os quais ele lida em seu cotidiano, que o indivíduo se confirma como pessoa, em sua realidade social:

Para conservar a confiança de que é na verdade a pessoa que pensa que é, o indivíduo necessita não somente a confirmação implícita desta identidade, que mesmo os contactos diários causais poderiam fornecer, mas a confirmação explícita e carregada de emoção que lhe é outorgada pelos outros significantes para ele. (...) Os outros significativos na vida do indivíduo são os principais agentes da conservação de sua realidade subjetiva. (...) Há muitas complexidades possíveis nesta organização de relações conservadoras da realidade, especialmente, numa sociedade onde existe grande mobilidade e diferenciação de funções. (...) A conservação e a confirmação da realidade implicam assim a totalidade da situação social do indivíduo, embora os outros significativos ocupem uma posição privilegiada nestes processos (BERGER & LUCKMANN, 1998, p. 201-202).

O reconhecimento financeiro expressa o valor atribuído ao indivíduo, pelos serviços que ele presta, e reflete o valor que ele representa para o sistema ao qual está beneficiando. Ainda, é através deste que o indivíduo pode alcançar a realização de outros significados do desejo de ser médico, como a boa qualidade de vida (vida confortável, viagens, etc.). O sentimento de satisfação com a própria vida, por sua vez, tende a promover melhor desempenho no trabalho porque, conforme PEDRO: “Se você não se gostar e não se sentir bem individualmente, não tem como fazer alguém se sentir bem (...); se anular para outra pessoa, isso não existe”.

O reconhecimento intelectual e social por estudantes, residentes e membros da equipe de saúde também reforça, positivamente, a satisfação dos profissionais entrevistados com o seu trabalho. Este reconhecimento é resultante da transmissão de conhecimentos teóricos, práticos e éticos na medicina. Por sentir prazer com esse tipo de atuação, o profissional fica mais motivado a continuar se

reciclando, através do estudo e da prática. É um “feedback” positivo. Pode-se detectar a gratificação sentida, através da fala dos sujeitos.

ORQUÍDEA - “Essa coisa de trabalhar com estudante é uma coisa que faz você estudar bastante. Você se irrita porque eles não querem fazer, que não querem estudar (...). Eu sou briguenta, eu sou chata (...). E aí, eles disseram: - “Mas é só a senhora que cobra assim e ensina mesmo (...)”. Então, na verdade, eu estou exigindo, mas eu estou dando. Isso é bom, é gratificante”.

WAGNER: “Uma experiência muito boa que estou tendo (...) é lidar com os residentes (...) hoje, eu tenho um convívio maior com eles, de não só ensinar, porque a minha residência foi muito boa nesse aspecto de respeito ao doente, de ética profissional, posturas, enfim”.

Poucos sujeitos aludiram o reconhecimento profissional pelos membros da equipe, e nenhum, por seus pares médicos.

Alguns sujeitos, como MOITA, referiram o prazer que sentem em **estudar**:

A boa interação com o paciente e seus responsáveis tem realçado a satisfação dos sujeitos com o seu trabalho e, como PEDRO expressou, “é poder chegar nas pessoas, ter uma porta de entrada para acessar as pessoas. Uma maneira de dar alguma coisa de ti e tentar pegar alguma coisa da pessoa, uma troca (...), é a satisfação de fazer um contato bem feito, ter empatia, se colocar no lugar do outro e tentar ver qual a sua visão do problema”.

O fato de “poder entrar em uma dimensão que é a do ser humano” (MOITA), de “(...) sentir satisfação com a satisfação do outro” (PONTO), foi denotada como “um privilégio, no sentido da missão humanista” (ESTRELA), pois, nesse processo, conforme citação de ESTRELA, o paciente revela-se e expõe-se, demonstrando confiança na ascendência do médico, para ajudá-lo. Isso resulta no aumento da auto-estima do médico, que se sente importante pelo “poder de ajuda” a ele delegado. Nas palavras de ESTRELA:

Uma pessoa chega para ti na primeira vez que te conhece, abre a alma, te conta coisas que não estaria contando para ninguém. Tu tens uma ascendência que te

concede esse poder e, de certa forma, de poder ajudar ou não... Isso é uma coisa que é um privilégio. É muito bom isso, ajuda a auto-estima. A gente se sente importante em ajudar os outros, resolver os problemas, por utilidade em estar ajudando a resolver (...).

Por sua vez, o exercício do altruísmo faz com que o médico sinta maior sentido para sua vida, como ilustrado por VIAJANTE:

(...) nós fazemos parte de um universo, somos um planeta pequeníssimo nesse universo e, dentro desse planeta, nós somos mais pequeníssimos ainda. Quer dizer, somos muito pequenos, mas... a gente faz parte de... algo maior, fazemos parte de um universo que está em evolução. E... ser médico é, na verdade, uma grande responsabilidade que se dá para você. Você vai conversar, vai lidar, vai trabalhar com outros seres humanos e você tem a chance de influenciar até a vida desses outros seres humanos. Então, apesar de sermos pequenos nessa imensidão, aqui no universo, nós temos o nosso papel, temos alguma coisa para fazer e temos nossa contribuição a dar nesse processo de evolução que estamos passando.

A interação contribui para que o médico aprenda mais sobre a vida e repense sua própria vida, através das experiências de vida dos seus pacientes e dos aconselhamentos a eles fornecidos. BEIJA-FLOR-M1 expressa essa experiência:

(...) E outra coisa que eu acho fantástico (...) os meus vinte e poucos anos (de profissão) já me deram a oportunidade de um monte de pessoas sentarem na minha frente (...). Se um por cento daquelas pessoas, que sentaram na minha frente, deixaram alguma coisa para mim, eu sou uma pessoa bastante rica. Porque queira ou não queira, você trava um diálogo (...) quando você entra um pouco mais na intimidade, essa pessoa bota um poder nas tuas mãos que você não tem - mas ela acha que você tem - para cuidar da vida dela. Ela sempre deixa alguma coisa de bom para você, se você tiver aberto para receber... Eu tive doentes inesquecíveis, ricos de relacionamento humano. Só médico vive isso.

E acrescenta: "Também, tu abres a oportunidade de você olhar o mundo, você cresce com isso. Você olha a outra pessoa e diz: - 'Puxa, o que eu estou fazendo da minha vida!'. Você dá um conselho para uma pessoa: - 'A senhora tem que caminhar'. Aquilo volta para mim e digo: - 'Puxa, tenho que caminhar...'"

Muitas vezes, é a boa interação que fornece energia e disposição para o médico continuar trabalhando, em ocasiões ou circunstâncias difíceis: "É uma interação positiva. Às vezes, tu estás mal e tu atendes e ficas bem, porque é uma interação positiva essa sensação de ser útil" (ESTRELA).

MOITA - (...). A profissão me satisfaz bastante pela coisa do auxiliar. Isso me satisfaz, a ponto de ver que você está cansado, depois de um plantão, ou não acorda legal, não está disposto a atender, mas, à medida que você começa a atender, vai mudando. A tua disposição melhora pela própria interação com o indivíduo que está na tua frente. Então, isso dá uma satisfação muito grande (...). Tanto é que, para mim, seria muito difícil suportar essa carga grande de trabalho. Tem dias que eu emendo, trinta e seis horas, se fosse algo muito penoso, eu, realmente, não suportaria, estaria batendo pino, há muito tempo. Mas, como é uma coisa que me dá, realmente, prazer, eu gosto de fazer (...), tenho conseguido levar bem isso.

EKSTERMAN (1968) expõe que a boa interação médico-paciente traz benefícios para o paciente e o médico. O paciente sente-se bem por ser bem acolhido e compreendido, como ser humano; ao mesmo tempo, o médico gratifica-se com a satisfação do paciente, a oportunidade de repensar suas próprias dificuldades e refletir sobre novos caminhos.

Conforme PATRÍCIO (1996), a interação, quando realizada de forma aprofundada, levando em consideração os sentimentos e as atitudes do ser humano, adquiridos ao longo de seu processo de vida, seja ele paciente ou sujeito de uma investigação, transforma o agente e o sujeito, por propiciar que ambos repensem suas vidas e suas atitudes, e encontrem, juntos, recursos para melhorá-las. Além disto, é uma oportunidade de troca de sentimentos e energia.

Atualmente, devido ao “pouco tempo disponível” que os seres humanos têm tido, este tipo de interação tem sido pouco praticado.

FROMM salienta a importância da interação entre os seres humanos e entre eles e a natureza. Afirma que “o desejo humano de experimentar união com outros tem raízes nas condições específicas de existência que caracterizam a espécie humana, e é um dos mais fortes motivadores de conduta humana” (FROMM, 1987, p. 111). Ilustra como esta necessidade está presente em nossas vidas: “Essa necessidade humana de unidade com outros é sentida de muitas maneiras: na ligação simbiótica com a mãe, com um ídolo, com a tribo, nação, classe, religião, fraternidade e com a organização profissional” (FROMM, 1987, p. 111).

Entretanto, o autor lamenta que estejamos caminhando para o isolamento: “Pela combinação de mínima determinação instintiva e desenvolvimento máximo da capacidade racional, os seres humanos perderam a unidade original com a

natureza. A fim de não nos sentirmos inteiramente isolados – o que, de fato, nos levaria à loucura – precisamos encontrar uma nova unidade: com os nossos semelhantes e com a natureza” (FROMM, 1987, p. 111).

Considerando a relação interpessoal como algo instintivo do ser humano, à medida que conseguimos realizá-la de forma aprofundada, seja com o entrevistado, o paciente, o amigo ou qualquer outro ser humano, a sensação de ser “humano” e estar inserido no mundo torna-se gratificante, pois este é o sentido da vida.

GUARESCHI (1998) escreve que os contextos sócio-culturais e econômico-políticos transmitem “cosmovisões” (visão do mundo transmitida pelo universo simbólico, socialmente construído). Comenta que há diversas formas com que os seres humanos podem se relacionar, na dependência do universo simbólico transmitido, e que essas possibilitam entender como o microcosmo do ser humano representa o seu “macrocosmo”. Discorre sobre três tipos de concepções da visão do ser humano e comenta suas influências nas atitudes interacionais entre os seres humanos. A primeira a que se refere, é a do ser humano como indivíduo, ou seja, alguém que é um (indivisível em si mesmo), mas que é separado, isolado dos outros seres humanos e explica que esta é a concepção que fundamenta a visão liberal de mundo, onde a atitude de individualismo é predominante (“cada um por si, Deus por todos”). A segunda, é a visão do ser humano, como “parte do todo” (como “peça de uma máquina”), onde o todo é a categoria fundamental, representada por uma instituição, o Estado ou a organização e que fundamenta a visão totalitária, coletivista de mundo, onde prepondera uma organização maior sobre o ser humano, na qual, o ser humano passa a ser uma categoria secundária na escala de valores. Cita que o fascismo é um exemplo desse tipo de concepção e, que, a massificação, o anonimato e a burocracia são conseqüências de tal visão. A terceira, é a do ser humano que não é considerado como separado ou isolado dos outros, nem como uma “peça a mais na máquina” mas, sim, como alguém que ainda que constitua uma unidade, não se completa sem os outros. Menciona que esta é a concepção de ser humano enquanto pessoa, que possibilita a verdadeira interação inter-pessoal e chama esta concepção de pessoa- relação.

O autor expõe que, nas duas primeiras concepções, o relacionamento com o outro visa apenas a si mesmo.

Na concepção onde o ser humano é indivíduo, como se fosse uma “totalidade fechada”, auto-suficiente, o “outro” (ser humano) é um ser, uma coisa, com quem ele estabelece relações, mas este “outro” está em um pólo e o “eu”, no pólo oposto, sem ligações intrínsecas necessárias. Segundo GUARESCHI (1998, p. 153), na “totalidade fechada’ há ‘a-versão’ ao outro; ‘o homem perfeito é o que tem-mais”.

Na concepção em que o ser humano é uma peça a mais, o ser humano é transformado e considerado como “mais um dentro da massa”, e “robotizado” a tal ponto que sua iniciativa e criatividade ficam embotadas, e o “outro” está em segundo plano, como que engolido pelo “eu” todo, tornando-se um simples apêndice desse todo. Para o autor, “a totalidade é trágica: nela não há liberdade nem novidade, nem bem nem mal ético” (GUARESCHI, 1998, p. 153).

Em ambas as concepções referidas, o “outro” é diferente (onde *dis* significa divisão, negação e *ferre*, violência, arrastar) do “eu”, e coloca-se como oposto. Nessa visão, o “outro” não interessa, ou está em segundo plano, porque o indivíduo se coloca no centro do mundo, e assim o pensar é solitário, consigo mesmo. É o indivíduo quem decide o que é certo e o que é errado, pois o “outro” não conta como importante. “Eu o explico, eu o domino, eu o exploro. E mais: sou eu que decido quando há dominação, quando há compreensão, quando há exploração” (GUARESCHI, 1998, p. 159). Explica que esse é um dos motivos do isolamento progressivo dos seres humanos.

Na concepção da pessoa-relação, o “outro” é distinto (onde *tinguere* significa tingir, pintar), sendo reconhecido pelo “eu” com tendo sua identidade, com capacidade de estabelecer relações de diálogo construtivas e é isto que caracteriza a alteridade. A valorização do “outro” como pessoa, com quem o “eu” escuta a revelação do “outro” e compartilha experiências e considera-o alguém essencial para sua própria existência, para seu agir, para a compreensão de si próprio.

GUARESCHI (1998, p. 159) enfatiza que a discussão sobre alteridade inclui a questão ética, e que ética é justiça, e não pode ocorrer de maneira adequada se não considerarmos “o outro” como distinto. Afirma que “é na relação com o ‘outro’ que nos tornamos, ou não, justos. Pois, o que significa ‘ser justo’? Significa que no meu agir – e esse agir é sempre em relação a outros – eu sou correto, não firo os direitos

de ninguém. A partir daí conclui-se que ninguém pode ser justo sozinho. Do mesmo modo com a ética. Ética é uma relação. Ninguém é ético ou pode ser ético sozinho”.

Este autor deixa claro, portanto, que só quando existe verdadeira relação entre as pessoas - através da consideração e do respeito ao valor do “outro”, com sua própria identidade, atitudes e sentimentos - é que podemos fazer uma interação que satisfaça a ambos os sujeitos, o “eu” e o “outro”.

Evidencia-se que é a forma com que o médico se relaciona com o paciente, considerando-o como “diferente” ou “distinto”, o grande diferencial na qualidade de sua relação médico-paciente.

Alguns indivíduos apontaram a busca de **harmonia, entre o trabalho e a vida pessoal**, como o caminho para alcançarem melhor qualidade de vida e maior satisfação com o trabalho. Dentre estes, PONTO referiu que, para tanto, administra seu tempo: só permanece em ambientes de trabalho que lhe sejam agradáveis, prioriza as relações humanas que considera importantes (família e amigos) e investe seu dinheiro naquilo de que gosta.

Se tu estás bem, contigo mesmo e com as pessoas que estão do teu lado, o outro tu crias. (...) eu não estou aonde eu não me sinto bem. A pessoa tem que conquistar o bem-estar dela (...); Tu não podes estar bem se tu estás mal contigo mesmo ou com as pessoas que te cercam. Então, tu tens que procurar isso. Isso não vem. Então, durante a vida da pessoa, ela tem que ver o que convém para ela. Eu hoje podia estar trabalhando no Estado, podia estar não sei onde, mas, eu não fui para lá. Eu sei que, lá, eu não ia estar bem (...).

(...) eu aprendi a ter a minha vida, para me dar a condição do trabalho. Se eu não tiver isso, o trabalho “foi para o pau”. (...) a pessoa tem que conquistar o bem-estar dela (...). A realização plena, enquanto ser humano, é que vai dar condições para isso aqui (o trabalho). (...) Então, a relação e a tua vida fora do trabalho é que vai te dar condição de tu tocares a tua vida profissional. Porque isso tem um pico: a profissão, tu paras, tu vais até um ponto. E a satisfação da vida, tu cada vez podes descobrir mais coisas. (...) a tua satisfação depende de ti (...) se tu souberes trabalhar a tua maneira de pensar a vida. É viajar, amigos (...) é priorizar.

A gente tem que trabalhar em cima do tempo, para ter tempo para tudo. Tempo para estudar, tempo para trabalhar, tempo para se divertir (...) eu gosto muito de viajar, adoro viajar (...) eu pego o meu dinheiro e gasto em viagem (...). Eu faço o tempo, faço o tempo... Eu sou muito objetivo (...), quando eu paro, eu paro porque eu cronometro a minha vida toda... Eu sempre gostei de trabalho manual. Estou fazendo (...) mosaico (...). Eu gosto muito de plantar (...) tanto que, quem bola o nosso jardim, sou eu.

BOCA também manifestou essa atitude: “Percebi que a profissão era uma coisa fundamental na vida da pessoa, mas que tu tinhas também que ter uma qualidade de vida boa, e eu passei a me permitir coisas que eu não me permitia, como ter uma vida saudável... ter uma relação amorosa, uma alimentação saudável, uma boa disponibilidade física, no sentido de fazer exercício, praticar esporte (...)”.

Esse investimento que os sujeitos comentaram em sua vida fora do trabalho, foi pouco observado, na maioria dos entrevistados, que manifestou um “aprisionamento” na “roda-viva do tempo” e uma alienação da vida, em sua forma plena.

ZELDIN alerta para o atarefamento progressivo das pessoas: “Como podem as pessoas se julgarem livres, se não têm espaço em suas vidas, em que nada se espera delas e se estão sempre atrasadas ou correndo?” (ZELDIN, 1996, p. 311). Menciona que os seres humanos acolheram bem a noção de tempo, separaram passado e presente, determinaram a hora e adquiriram hábitos em função deste tempo. Entretanto, o que iniciou-se como uma libertação (maior segurança para a vida), tornou-se seu castigo. Cita a pesquisa de William Grossin sobre “como os franceses empregam o tempo”, em que este autor constatou que dois terços dos franceses estudados sofriam de tensão nas suas relações com os horários e que, quanto mais amplas as oportunidades que tinham à sua frente, tanto mais numerosos os seus desejos e menor o tempo para atender a cada um.

O autor salienta que o ócio tornou-se uma atividade organizada e tão cheia de oportunidades, que nos leva a esquecer que isso não oferece, necessariamente, a liberdade. O autor adverte que “os hábitos são confortáveis mas, quando se fossilizam, a humanidade começa a ser drenada, aos poucos, dos seres humanos” (ZELDIN, 1996, p. 318).

Para NINA, do grupo dos pediatras, MOITA, do grupo dos clínicos, BEIJAFLORES-M1, do grupo dos G.Os e VIAJANTE e NÔMADE, do grupo dos médicos da Saúde Pública, um dos principais fatores determinantes da **satisfação é o trabalho, junto ao “coletivo”**. Para eles, o exercício da profissão só se completa quando se luta por um objetivo maior, seja visando à humanização da medicina, à divulgação

da saúde para a população, à melhora do sistema de saúde ou do sistema político e social.

Para NINA, a grande satisfação que tem, como médica, é o exercício da profissão com **criatividade, unindo ciência e arte**, na busca e divulgação da saúde: “Ser médico significa buscar a saúde, eu nunca vejo como doença. Ser médico é ter esperança, buscar sempre o impossível. É um caminho sem fim, sempre tentando buscar o horizonte. É superação de obstáculos, sempre à busca do invisível...”. Já venceu vários desafios, como humanizar a UTI e trabalhar com grupos minoritários: “(...) fui para trabalhar com grupos minoritários, para ver se era possível exercer uma medicina com decência, sem equipamentos (...). E, depois de cinco anos, chego à conclusão que sim. Eu procuro sempre abrir. É para mostrar o desafio que o mundo faz”. Quando consegue implementar seus projetos, cria novos em prol do coletivo: “Não me sinto totalmente realizada porque estou sempre buscando outras coisas. Mas é como se eu fechasse ciclos (...). (...) É como se tivesse um filho adolescente que fica independente e, então, eu faço outro. Já cumpri o meu objetivo, vou para outras coisas. Senão, não dá tempo de viver tudo”.

BEIJA-FLOR-M1 e MOITA consideram importante o envolvimento político na administração e gerenciamento em associações e no sistema de saúde.

BEIJA-FLOR-M1 - Então, ser médico é ter uma participação política e fazer parte da história dessa atuação. Eu me orgulho disso.(...). Nos ambientes que eu vivi, eu, de certa forma, participei. Não passei só por isso (...). Eu acho que se eu chegar lá na frente e não tiver feito isso tudo que eu estou fazendo agora, aí, eu vou estar a vida inteira, de alguma forma, preso à alguma coisa. Então, isso tudo que eu faço hoje, eu faço com a intenção de estar plantando (...).

MOITA – “Ainda tenho outra satisfação, que é do lado administrativo que eu nunca imaginei...É difícil, mas estou satisfeito... Você tem que ter um aspecto político. Isso envolve diálogo, conversação, muito diálogo. Demanda muito mais tempo, mais trabalho”.

MOITA manifesta, ainda, sua visão quanto à necessidade da participação do médico no gerenciamento da saúde:

Porque a gente não pode colocar toda a culpa nos gestores e a gente lavar as mãos. A gente tem uma parcela de culpa nisso, se omitindo (...). Nós precisamos participar

mais nesta questão de gerenciamento, participar opinando, criticando (...) no sentido de criticar, justificar e dar sugestões, dar um caminho (...). Atirar a pedra é fácil, ser vidraça é difícil, mas uma hora, você tem que ser a vidraça também. Aí, você vai sentir o que é gerenciar, administrar. E, muitas vezes, nós ficamos na posição cômoda de só atirar pedra.

Quanto a VIAJANTE e NÔMADE, ao optarem por medicina e Saúde Pública já levavam em consideração sua missão política e social. O sonho de VIAJANTE não deixou de ser concretizado. Através de sua escolha, pode exercitar, quase que constantemente, a função de diplomata, defendendo os interesses dos profissionais médicos e da população. NÔMADE também conseguiu realizar o seu sonho de articuladora social. **A satisfação se dá por estarem atuando, de forma mais efetiva, na luta em prol do bem-estar social e na construção de um mundo melhor.**

NÔMADE - (...) Eu acho que o exercício da medicina, da Saúde Pública, nessa área administrativa é uma luta imensa (...) e não acaba. E é preciso ser muito forte, muito competente. Precisa ser audaz (...). Essa luta é social, sem dúvidas... Eu acho que isso é muito legal... Não interessa onde você esteja, você tem que estar lutando por alguma coisa que você acredita e tem que saber quem são teus aliados e por quem você está lutando... Depende das relações, do espaço onde você está inserido. Dependendo do lado que você está, ela é muito forte, muito pesada, e é difícil de você viabilizar os ganhos.

VIAJANTE - Vislumbro (...) a medicina enquanto participe, contribuidora da melhoria das condições da saúde, da qualidade de vida de uma coletividade, de uma sociedade, e a medicina, enquanto algo bruto, que ainda precisa ser lapidado, mas que pode ter muita energia. Pode ser muito bonita. Se for bem utilizada, com solidariedade. Se for utilizada como realização pessoal, profissional. Se for utilizada como algo para crescer.

HELLER (1991, p. 17) refere que a vida do cotidiano é “a vida do homem inteiro”, pois nela o homem participa com todos os aspectos de sua individualidade e personalidade. A autora discorre sobre a inserção automática do ser humano, no cotidiano, desde a hora em que nasce, e esclarece que, para se desenvolver, ele necessitará assimilar, através de relações sociais com outros indivíduos, as formas de relações sociais. Como o que lhe é passado é todo o universo simbólico construído na realidade social em que vive, o indivíduo no seu cotidiano sempre representa a dimensão individual, particular (o ser particular) e também a dimensão do mundo social em que vive (ser genérico).

Esclarece que a dinâmica básica da particularidade individual humana é a satisfação das necessidades do “Eu” (físicas ou psíquicas) e afirma que “todo conhecimento do mundo e toda pergunta acerca do mundo, motivados, diretamente, por esse ‘Eu’ único, por suas necessidades e paixões, é uma questão de particularidade individual” (HELLER, 1991, p. 18).

Por outro lado, a dimensão humano-genérica está representada em toda atividade do gênero humano que seja, socialmente, compartilhada e necessária, e refere-se à consciência sobre a “Humanidade”, o “Nós”. Envolve a motivação social, a integração e a submissão do individual às necessidades da comunidade social (tradições, moral, ética).

A autora acrescenta que a vida cotidiana é heterogênea, em certos aspectos (principalmente, quanto ao conteúdo e aos significados dos tipos de atividade que o ser humano exerce, como, por exemplo, o trabalho, a vida privada, o lazer). Explica que ela também segue uma hierarquia (referente à prioridade que o indivíduo dá a cada dimensão de sua vida), e que esta é, geralmente, influenciada pela estrutura econômico-social.

Expõe, então, que a condução da vida do indivíduo é função da hierarquia que ele, conscientemente, constrói e que supõe, para cada um, uma vida própria, dentro da sua realidade, marcada por sua personalidade. Dependendo da hierarquia que o indivíduo estabelece, para condução de sua vida, ele pode priorizar a dimensão particular ou a humano-genérica. A autora elucida que, enquanto na maioria dos indivíduos predomina, na condução de sua vida, a dimensão particular, individual, em alguns, predomina a dimensão humano-genérica. Nestes últimos (que são poucos), o objetivo de suas vidas expressa-se através da luta em prol do coletivo e da humanidade.

Como HELLER (1991), FROMM comenta a forma como os seres humanos conduzem a sua vida, e designa o termo “produtividade” para caracterizar a qualidade de sentimento que uma pessoa investe, ao realizar uma atividade específica: “A atividade produtiva denota o estado de atividade íntima; não tem, necessariamente, conexão com a criação de uma obra de arte, de ciência ou de alguma coisa ‘útil’. A produtividade é uma tendência de caráter de que todos os seres humanos são capazes, na medida em que não sejam emocionalmente

inválidos. As pessoas produtivas dão alma a tudo que tocam. Dão nascimento a suas próprias faculdades e dão vida a outras pessoas e a coisas” (FROMM, 1987, p. 100).

É essa condução da vida, mais propensa à dimensão humano-genérica, que se pode observar, nos sujeitos acima referidos. Ficou claro, também, nestes sujeitos, sua “produtividade”, através da ânsia por abrir novos caminhos e ajudar outras pessoas.

Deixo aqui registradas as palavras de NÔMADE e de VIAJANTE, para finalizar esse tema.

NÔMADE - “O sentido de você passar pela vida é você ter feito alguma coisa para mudar (...). Se você não conseguir, pelos menos você fez. É viabilizar uma coisa melhor para essa geração que está vindo, para o teu filho”.

VIAJANTE - E aí, eu lembro um poeminha do Henfil, que dizia:

“Se não houver frutos, mesmo assim, valeu pela beleza das flores,
Se não houver flores, ainda assim, valeu pela sombra das folhas,
Se nem folhas houver, valeu pela intenção da semente”.

Então, sempre fica algo de bom, naquilo que a gente escolhe na vida, na profissão da gente, naquilo que a gente faz, no dia-a-dia, desde que a gente consiga dividir isso que a gente faz com alguém e consiga transmitir isso que a gente faz para alguém.

6.4 O CONFLITO COM OS DESEJOS ALTRUISTAS, NO EXERCÍCIO DA PROFISSÃO

Como conseqüência da deficiência na abordagem do aluno, em relação à sua dimensão psicológica, durante a formação acadêmica, um tema emerge, de extrema relevância, tendo em vista o desejo de exercer o altruísmo, da maioria dos sujeitos do estudo, na eleição da profissão médica: o sofrimento frente a suas limitações em curar e frente ao sofrimento do paciente e à sua morte.

Foi citado, no grupo dos pediatras, cirurgiões e clínicos, de forma freqüente, a dificuldade psicológica dos sujeitos em lidarem com o paciente e seus responsáveis, no dia-a-dia.

O envolvimento excessivo com os responsáveis pelo paciente, o apoio psicológico ao paciente grave e a seus responsáveis e o excesso de responsabilidade sobre a vida do paciente aparecem como importantes geradores de *stress* nos pediatras.

Para PEDRO, “a parte ruim de ser médico é (...) o envolvimento demasiado com o paciente. Você não consegue separar, às vezes, da tua profissão, o teu envolvimento pessoal e isso acaba gerando uma situação de *stress* que, a meu ver, a pior parte da profissão é isto, é o teu envolvimento emocional com os problemas do paciente (...)”. PEDRO acrescenta que

(...) aparentemente, a pessoa que chega com alguém para você atender, ela tá jogando, tirando da cabeça dela, a preocupação em relação ao problema e jogando nas tuas costas. Então, você acaba não sabendo trabalhar direito e absorvendo tudo isto. Na realidade, eu acho que você deveria pegar, metabolizar e devolver a responsabilidade para quem cuida e, muitas vezes, a gente não faz, assume a responsabilidade e eu acho que isso não é bom (...).

ORQUÍDEA ponderou que, talvez, se recebesse maior apoio e orientação psicológicos, não tivesse sua vida pessoal afetada.

Acho uma responsabilidade muito grande (...) pelas pessoas que dependem de mim (...). Por isso, eu me cobro muito. Isso me deixa muito ansiosa. Paciente grave me deixa ansiosa e eu estudo, eu não durmo, eu não durmo. Passo insônia até resolver. Eu acho que isso atrapalha a minha vida um pouco. Eu teria que trabalhar isso, sei lá, uma terapia, alguma coisa. (...) mas depois, resolvo, eu fico super-feliz.

PEDRO expressou a dificuldade em dar suporte psicológico para a família que enfrenta o sofrimento, por ter seu filho gravemente enfermo. Nesse contexto, comenta que apesar de aceitar suas limitações em curar, ressentir-se por imaginar que o apoio que oferece poderia ser melhor.

(...) um paciente inexorável, em fase terminal, é uma criança (...) e a medicina não vai dar conta de salvar. Então eu sou pragmático (...), isso não me frustra, do ponto de vista de onipotência (...). Eu não fico preocupado de não ter feito alguma coisa. Essa parte eu consigo resolver relativamente bem. O que me preocupa é como vou conseguir dar o apoio adequado nessas horas (...) e é o que me machuca mais no dia-a-dia.

No caso do cirurgião, em que o paciente entrega-se em suas mãos, a responsabilidade é sentida de forma extrema. A grande satisfação que este profissional sente com o êxito cirúrgico, contrapõe-se ao risco de êxito letal ou ao de deixar seqüelas no paciente, a cada cirurgia que executa. WAGNER relata como a morte o ameaça, no dia-a-dia do trabalho cirúrgico:

Uma coisa que me preocupa, em termos de ser médico, é lidar com a morte. Para mim, um doente meu que morre, sei lá, às vezes, ele morre pela própria doença (...) é um sentimento de impotência. A gente tem que trabalhar isso aí. Eu acho o seguinte: o cirurgião, de um modo geral, não entra no emocional do paciente, ele entra no físico e ele não quer envolvimento emocional com o doente. É difícil você ver um que veja todo o contexto. Por quê? Porque quando morre é um desgaste (...).

PONTO também expressa o *stress* do cirurgião, na atividade que executa: “Ela (a medicina cirúrgica) já me deu muito prazer. Me dá prazer ainda, mas, em termos de gradação, não é oitenta por cento do que era. Porque, quando tu associas *stress* e satisfação, aquilo é um ópio, um do outro, mas só porque tu tens uma conquista”. Menciona, ainda, a responsabilidade que o cirurgião tem sobre a vida do paciente:

Porque a nossa responsabilidade não se compara a nada. Porque nós trabalhamos no limite entre o certo e o errado. Nós não podemos errar. A gente se dá o direito de poder errar, mas quem está do outro lado não quer isso. Não espera isso. Ele não trabalha com o teu erro. Ele sabe que pode acontecer, mas ele não admite. Ele pode até assimilar, entender, mas ele não admite o erro, porque vai interferir diretamente na vida dele, no corpo dele. Então, é muito sério. Isso aí é uma carga muito grande, para mim. Então, eu tenho que trabalhar sempre com a perfeição.

O médico intensivista também enfrenta, constantemente, tal situação, pois lida com pacientes graves e é obrigado a tomar decisões, que podem acarretar a vida ou morte do paciente. AMOR-PERFEITO ilustra-a: “Tu com um monte de dúvidas, situações na tua cabeça e tendo que resolver. Que dúvidas? Às vezes, tem a ver com você ter que segurar, você sentir a vida das pessoas nas tuas mãos. Tu sentires nas tuas mãos e saber que aquela decisão pode ser importante para um monte de coisa”.

Em relação à morte, ZIDHAFT explica que os seres humanos desenvolvem uma crença (religiosa ou científica) para pensar em sua própria finitude (a morte).

“Todos necessitamos, para sobreviver, de uma dose de negação da morte, de algo que poderíamos denominar como ilusão, fé, esperança de que a morte não nos pegará (nem os que amamos), pelo menos, não tão cedo assim” (ZAIHAF, 1990, p. 13).

Comenta que como nossa vida, na verdade, é um adiamento da morte, realizamos missões sempre urgentes (pois não se sabe qual é o nosso prazo) e tentamos nos immortalizar através da procriação, da informação escrita (como, por exemplo, escrevendo um livro) ou do cultivo de uma árvore.

O autor salienta que, antigamente, o médico era um intermediário entre a vida e a morte e sua atuação era dirigida para a vida, o cuidado dos seres humanos e a cura de doenças. Adverte que, recentemente, a morte passou a ser utilizada como a principal recurso para o saber médico e “O vivo não é apenas vivo, é o morto em potencial” (ZAIHAF, 1990, p. 98). Comenta que, com a evolução tecnológica, a Medicina aparelhou-se com instrumentos sofisticados e passou também a visar ao adiamento da morte, ocasionalmente, feito de forma agressiva, em detrimento da qualidade da vida do ser humano. E, a partir de então, o médico passou a assumir também - principalmente - o papel de “adversário da Morte” e, às vezes, até, de seu “emissário ou juiz”. (ZAIHAF, 1990)

Geralmente, quem assume o papel extremo, nessa responsabilidade sobre a vida do paciente, é o intensivista, seja através da autorização de vaga, seja do limite de tempo da intervenção artificial sobre o paciente.

AMOR-PERFEITO destacou a angústia que sente ao perceber, no prolongamento artificial da vida do paciente, apenas um adiamento de sua morte, que é iminente.

Porque quem trabalha em UTI, uma coisa que está angustiando agora, pela questão filosófica, é nós conseguirmos deixar uma pessoa viva, muito tempo, aumentarmos o tempo de tratamento, aumentarmos nossa angústia, gastarmos um monte de dinheiro e sabermos que essa pessoa não vai sair dali. (...) além do mais, os médicos assistentes não aceitam a morte do doente e a pressão fica em cima de nós, intensivistas, de aceitarmos o paciente na UTI, e de darmos vaga.

Assim, em sua prática, os sujeitos enfrentam situações, que se conflitam com seus desejos altruístas, pois, muitas vezes, não se sentem preparados para lidar com a dimensão psíquica no exercício da profissão e tentam elaborar estratégias para maximizar o altruísmo e/ou minimizar o seu sofrimento psicológico (como veremos a seguir).

6.5 ENTRE O CURAR E O CUIDAR

Foram relatadas pelos sujeitos, estratégias individuais, elaboradas para superar as limitações psicológicas frente ao sofrimento, pela impotência para curar, ou ao seu envolvimento com o paciente e seus responsáveis, em diversos contextos.

Alguns optaram por diminuir o envolvimento com o paciente e seus familiares.

AMOR-PERFEITO escolheu o trabalho em UTI, considerando que era uma área clínica que a interessava, que diminuiria a interferência da vida profissional em sua vida pessoal, e que acarretaria menos sofrimento com a relação médico-paciente-família, se comparada ao acompanhamento clínico prolongado de doentes terminais.

Uma das coisas que me fez fazer UTI, eu acho, foi também porque eu gosto de mim. Não gosto de me fazer sofrer. Eu acho muito angustiante tu acompanhares um doente num fim de vida, até o fim. Na UTI é mais fácil, porque eles estão dormindo. Tu tens que falar com a família, é uma coisa rápida. Eles não demoram tanto a morrer e eles dormem. Quando eles estão muito angustiados, a gente bota eles para dormir, a gente faz tranqüilizante. A gente se tranqüiliza mais. Eu acho que é, até, uma fuga para a gente não sofrer tanto.

Outros têm aperfeiçoado a relação médico-paciente, e MOITA ilustrou sua importância: “Até na UTI, que o cara tá lá entubado, com um monte de cateteres e, muitas vezes, por ele estar em coma, você não lida muito com ele, mas lida com a família. Tem que ter um relacionamento com a família. E hoje, dentro da UTI, já se vive essa questão da humanização, de deixar o cara sem dor, sem ansiedade”.

MOITA refletiu, ainda, sobre o poder da palavra: “(...) a palavra, pode tanto acabar com o sujeito, como colocar lá em cima. Nós, como médicos, a maior

iatrogenia que fazemos é com a palavra, quando a gente sugestiona o paciente para o lado negativo. A gente vê na questão da relação médico-paciente. Já estão estudando até o efeito “Nocebo”. Já tem o “Placebo”, que é bom, e o “Nocebo”, que é nocivo realmente.

RUI (2001) afirma que

a palavra é a mais poderosa ferramenta que você possui como ser humano; é a ferramenta da magia. Porém, como uma espada de dois gumes, sua palavra pode criar o sonho mais belo ou destruir tudo ao seu redor. Uma das lâminas é o mau uso da palavra, que cria um verdadeiro inferno. A outra lâmina é a impecabilidade da palavra, que apenas cria beleza, amor e o céu na Terra. Dependendo de como é usada, a palavra pode libertar você ou pode escravizá-lo mais do que imagina. Toda a magia que você possui está baseada em sua palavra. Sua palavra é magia pura, e o mau uso dela é magia negra (RUI, 2001, p. 32).

Segundo ARENDT (2000), é com palavras e atos que nos inserimos no mundo humano. A autora afirma que é através do discurso que os seres humanos se distinguem, e que é esta distinção que denota a característica de pluralidade da condição humana. Salienta que as palavras só têm poder verdadeiro, quando são usadas para revelar realidades, de forma sincera e honesta, e criar relações.

Portanto, através da impecabilidade de suas palavras, o médico pode exercer efeito terapêutico, quando estas são, efetivamente, utilizadas visando à boa relação interpessoal. Isto requer que o médico considere o “outro” como distinto de si próprio, mas, fundamental para o seu desenvolvimento como pessoa.

WAGNER comentou que durante a consulta, frente ao quadro que o paciente apresenta, mostra seus limites, como profissional, e conversa sobre os procedimentos e as conseqüências que podem advir da cirurgia proposta: “(...) eu procuro criar uma cumplicidade com o doente: - ‘Olha, vai ser assim, pode dar isso, pode dar aquilo...’. Então, você vai mais tranquilo (...)”.

Como WAGNER, CAMPUZANO FILHO (1994) escreve que aprendeu, ao longo de sua vida profissional, que um enfermo, em pleno uso de suas faculdades mentais, tem o direito de participar das decisões terapêuticas e conhecer a verdade de seus problemas e que, diante de uma doença grave, cabe ao médico ajudar seu paciente a refletir e buscar, junto com ele, recursos que possam melhorá-lo.

WAGNER esclareceu também que, atualmente, entende que o papel do médico nem sempre seja salvar, mas, sim, tentar salvar. Para ele, o médico deveria empenhar-se para ajudar, da melhor maneira possível, o paciente: "(...) Mas o que eu vejo, hoje: - 'Não falha quem não faz'. Quem faz, vai falhar em algum momento. Pode não admitir, mas se for analisar, bem profundamente, alguma falha você tem... Hoje, tenho uma idéia muito simples: - 'você faz o que você pode e, se fizer o que você pode, fez a tua função'. E a tua função não é sempre salvar. É procurar salvar, só isso (...)".

Outra estratégia foi elaborada por PONTO. Para lidar com o desgaste da responsabilidade excessiva do cirurgião, diminuiu o número de cirurgias que realiza, decidiu só trabalhar em ambientes que lhe sejam agradáveis e **buscou equilíbrio entre a vida dentro e a fora do trabalho**. Ele leva em consideração que é preciso ser feliz para que se tenha bom desempenho no trabalho (já referido na satisfação com o trabalho).

BEIJA-FLOR-F empreendeu trajetória mais árdua, na busca de novos caminhos, para lidar com contextos (para os quais a medicina ainda não propõe tratamento efetivo) que, geralmente, resultam em deterioração progressiva do paciente ou na sua morte.

Declarou que, só após dezoito anos de formação, conseguiu achar o caminho que há muito tempo procurava, e que este passa pela consideração pela vida do ser humano: "(...) eu tive contato com um professor (...) que me introduziu aquela imagem diferente do que é uma pessoa, do que é a doença. Pela primeira vez, dezoito anos de formada, em medicina, eu comecei a aprender a atender um ser humano (...), comecei a estudar mais sobre as pessoas e foi muito bom". A partir de então, entendeu que, em sua formação, faltara a abordagem para "cuidar" do ser humano. Passou a sentir-se gratificada por conseguir interagir, de forma mais efetiva, com o paciente e sua família, seus responsáveis e amigos.

BEIJA-FLOR-F tem comprovado que, mais do que "tratar e curar", a função do médico é "ajudar e cuidar", e explanou que isto implica em maior envolvimento com o paciente, considerando-o em sua totalidade como ser humano (não só como ser doente). Abrange escutar seus desejos e sonhos (os realizados, os frustrados e os que ainda estão à espera de realização), compreender seus sentimentos e suas

crenças, para apreender qual é a melhor forma de ajudá-lo. Explicou que o médico deve ser treinado, para que possa potencializar sua capacidade de ajudar e cuidar do ser humano.

Tem também observado que o sofrimento do ser humano é amenizado, quando ele se sente cuidado, quando lhe é propiciado expressar-se e integrar-se aos outros seres humanos, nos períodos de maior fragilidade. Comenta que a satisfação no trabalho pode ser boa, mesmo quando não se pode curar, se o médico souber ajudar e cuidar do ser humano. Nas palavras de BEIJA-FLOR-F:

O médico mesmo, ele atende um paciente que está doente, nem sempre uma doença que precise de medicamento; muitas vezes, é uma doença que é da família ou de uma vida mal vivida. E como é que a gente vai interagir nisso?... O poder de cura é limitado... você pode fazer muita coisa pelo paciente, sem curá-lo... Ajudar, cuidar... E quando você não cura e cuida, eu acho que o sentido, tanto do cuidado do doente como o do médico, se complementam.

Assim como a interação investigador-investigado, através da Abordagem Holístico-Ecológica (dando oportunidade ao investigado de repensar a vida, e, ao investigador, de refletir sobre sua própria vida, através do compartilhar de sentimentos, crenças e valores), faz bem a ambos os sujeitos, no cotidiano da relação médico-paciente, ela pode surtir efeitos ainda melhores.

Qualidade de atenção e tempo dispensados aos pacientes são importantes recursos de tratamento.

BEIJA-FLOR-F ensinou ainda que se o médico quiser sugerir uma mudança de atitude no ser humano a quem assiste, antes, ele deve tentar compreender os fatores que levaram aquele ser humano a ter tal atitude. Na busca de tal compreensão, o médico já estará atuando de forma terapêutica. A partir da conscientização do paciente e da compreensão do médico é que podem ser traçadas estratégias de melhora. Esclareceu também que, se o profissional quiser adesão do paciente ao tratamento de uma doença crônica, deve, antes, buscar, junto a ele, os fatores que o levaram a adquiri-la. Só após sensibilização do paciente para que compreenda melhor sua doença, e após entender o que a doença representa para o paciente, o médico poderá obter sucesso no tratamento proposto.

Perante a impotência em evitar a morte, o médico e a equipe interdisciplinar podem ter participação ativa, para não isolar o paciente de seu ambiente natural e integrá-lo a seus familiares e amigos e vice-versa.

A conduta, mais comumente, vista em hospitais é não travar diálogos, para não se envolver com o paciente e não ter que responder a verdade, que, geralmente, é outro fator de *stress*: dizer ou não dizer a verdade. Mas, se, ao invés de ignorar o paciente como vivo, por ser “doente terminal”, a equipe de saúde escutar os desejos que lhe restam neste tempo de vida limitado, e os desejos de seus familiares, será mais fácil avaliar os caminhos e recursos que ainda podem ser utilizados para o alívio do sofrimento. Assim, mesmo se o indivíduo vier a falecer, o tempo de vida que terá tido, até à morte, terá sido respeitado e considerado como valioso, até o fim.

O “cuidar”, ainda que represente caminho mais difícil, beneficia o paciente, seus familiares e amigos - por facilitá-los a expressar-se sobre o momento que estão passando - e o médico, por proporcioná-lo a oportunidade de comportar-se como ser “humano”. E parece que é isso que sempre se espera do médico: que se solidarize com o paciente, independente da doença que tenha.

Ao comentar sua experiência com esta forma de abordagem, BEIJA-FLOR-F esclarece:

A gente dá outras coisas. A gente tem um envolvimento diferente. A gente, além de medicar a dor, conversa com o paciente, procura reabilitá-lo dentro daquela circunstância: a família, a ele e ele à família. Então, a gente consegue conversar até sobre a doença com a família e consegue tirar coisas de uma doença, que a dor diminui, mesmo sem ser com analgésico. Você, inclusive, prepara o caminho para a morte, até...sem grandes recursos. Basta conversar. E, muitas vezes, a gente não consegue dizer nada e a gente abraça.

Assim como BEIJA-FLOR-F, ZEFERINO (2000) enfatiza o valor da “medicina de cuidados paliativos” na abordagem do “cuidado” dos pacientes. Menciona a necessidade de o médico retirar o “escudo” que foi construído, no seu processo de formação médica - para sobreviver ao sentimento de angústia - e que ele comece a aprender a lidar com o sofrimento, quando seu papel de curar é esgotado. Esclarece que o paciente, cujo prognóstico é sombrio, acaba sabendo a verdade sobre sua

doença pelo comportamento observado no médico, na equipe e em seus familiares (abandono, fuga às conversas, olhares). Destaca que o sofrimento do paciente, na difícil trajetória que segue até à morte, alivia se a equipe de saúde respeitar seus valores e desejos. Na abordagem do cuidado, a família também é acompanhada, pois, segundo o autor, em tal momento, ela também adocece. O autor comenta os bons resultados alcançados por sua equipe, que atua na Universidade de Campinas.

RINALDI (2000) expõe que as grandes questões que têm surgido, recentemente, na relação médico-paciente, têm sido: “quem e como é este ser que cuida” e “quem e como é este ser que é cuidado”. Em sua visão, o médico que não se apresenta ao paciente como um ser inteiro, não poderá cuidar do paciente de forma adequada, já que não se inter-relacionará, de forma efetiva, o que impedirá sua compreensão acerca do ser que cuida.

A autora lembra que, para o médico estar inteiro, primeiro, ele precisa aprender a cuidar de si próprio.

Para ROGERS (1977), o primeiro passo para transformar a realidade é aceitá-la e, para que um indivíduo seja terapeuta, antes, ele deve ter capacidade de aceitar o outro e ter empatia e congruência pessoal. O autor afirma que se o indivíduo não se “auto-aceitar”, não será capaz de aceitar o outro.

Segundo CREMA (1995, p. 101), “quem se aceita abre-se, naturalmente, para aceitar o semelhante e os fatos. Torna-se íntegro, inteiro. Abre um espaço inteligente de compreensão. Faz-se agente facilitador da cura e da individuação”.

Conforme RINALDI (2000), a dificuldade de o médico cuidar de si próprio, leva-o, muitas vezes, a uma atitude de distanciamento, de alienação e não envolvimento com seus pacientes. Em relação ao comportamento dos médicos, comenta que

(...) alguns parecem apáticos, até mesmo, cronicamente deprimidos, como se estivessem sempre esperando o pior. Geralmente, defendem a conduta se referindo a ela como o ‘fardo da profissão’ (...). O índice de divórcios, de suicídio, a incidência de doenças provocadas pela tensão e o uso de drogas ilícitas são significativos entre profissionais da saúde. Talvez, isto aconteça porque muitos acreditam ser preciso suprimir determinados aspectos de sua natureza humana e assumir uma postura reprimida, durante a maior parte do tempo (RINALDI, 2000, p. 14).

MELEIRO (2001) cita diversos estudos que demonstram o alto índice de suicídio, abuso do álcool e uso de drogas ilícitas em estudantes de medicina e médicos. Alude que isto ocorre pela dificuldade emocional do médico em lidar com frustrações. Esclarece que os suicídios são, comumente, decorrentes da “perda da onipotência, onisciência e virilidade” idealizadas na escolha da profissão, durante o curso e a vida profissional, assim como da ansiedade crescente pelo temor em falhar.

VIDELA (1998) afirma que todas as formas de relação defensiva no trabalho resultam em conseqüências patológicas para o médico, e podem expressar-se como *stress*, maior irritabilidade e baixo limiar de tolerância a frustrações.

O autor comenta que os pacientes têm fome de solidariedade, pois a enfermidade, muitas vezes, humilha e corrói o sentido do “eu”, tornando os pacientes vulneráveis às palavras do médico. Salaria que, por isso, o médico deve cultivar a flexibilidade e a tolerância para honrar o ponto de vista do paciente, mesmo que eles não sejam os seus. Esclarece que o médico pode saciar a fome de solidariedade do paciente, através de conversas terapêuticas e da tentativa de resgate de uma “esperança ética” que, inclusive, pode ajudar a instalar uma busca interna de cura, no paciente.

DUNNING (2000) afirma que, enquanto há cem anos atrás, os médicos eram prestigiados por seus pacientes, apesar das expectativas destes em relação ao desempenho médico fosse baixa, hoje, a medicina tornou-se uma parte poderosa e complexa de nossa sociedade, mas seus praticantes têm sido acusados por atos ou omissão, por sua atitude perante os pacientes e por sua crença excessiva na tecnologia.

Conforme RINALDI (2000, p. 15), “há uma crise no campo da saúde (...). A razão é a medicina haver perdido o rumo, senão a alma. Partiu-se o pacto existente entre médico e paciente, consagrado durante milênios”.

Essa visão da realidade é descrita por ALVES (1993), em sua crônica - “O médico”. Nessa crônica, ele comenta a tela “O médico”, aonde está pintado um casal, com sua filha jovem morrendo no leito, e o médico, a seu lado. ALVES (1992, p. 119) escreve:

(...) Ao lado da menina, um estranho, assentado: o médico. Pois o médico não é um estranho? Estranho sim, pois não pertence ao cotidiano da família. E, no entanto, na hora da luta entre o amor e a morte, é ele que é chamado.

O médico medita. Seu cotovelo se apóia sobre o joelho, seu queixo se apóia sobre a mão. Não medita sobre o que fazer. As poções sobre a mesinha revelam que o que podia ser feito já foi feito. Sua presença meditativa acontece depois da realização dos atos médicos, depois de esgotados o seu saber e o seu poder. Bem poderia retirar-se, pois que ele já fez o que podia fazer... Mas não. Ele permanece. Espera. Convive com a sua impotência. Talvez esteja rezando. Todos rezamos quando o amor se descobre impotente. Oração é isto: esta comunhão com o amor, sobre o vazio... Talvez esteja silenciosamente pedindo perdão aos pais por ser assim tão fraco, tão impotente, diante da morte. E talvez sua espera meditativa seja uma confissão: - Também eu estou sofrendo...

(...) Amamos o médico não pelo seu saber, não pelo seu poder, mas pela solidariedade humana que se revela na espera meditativa. E todos os seus fracassos (pois não estão todos eles condenados a perder a última batalha?) serão perdoados se, no nosso desamparo, percebermos que ele, silenciosamente, permanece e medita, junto. A modernidade transferiu a morte do lar, lugar do amor, para as instituições, lugar de poder. E os médicos foram arrancados desta cena de intimidade e colocados numa outra, onde as maravilhas da técnica tornaram insignificante a meditação impotente diante da morte (...).

DUNNING (2000) mostra o peso da realidade que o médico vivencia, atualmente. Alude que o que colabora para isto é a “severa restrição” de sua autonomia profissional por vinculação a instituições onde recebe baixos salários e submete-se a excesso de burocracias e rotinas. Ressalta que o currículo médico não provê o ensino das habilidades para o médico cuidar do paciente. Acrescenta que, quando o caso é curável, o médico tem ótimo desempenho; mas, onde a medicina não pode oferecer a cura - como nos casos de doenças mentais, crônico-degenerativas ou graves, que ameaçam a vida - e que o paciente espera, pelo menos, ser cuidado, o médico não sabe se conduzir, por falta de preparo. Segundo DUNNING (2000, p. SIV 18):

Nossa semana, de sessenta a oitenta horas de trabalho, é devotada a fazer, e não a sentar e escutar. Enclausurados em nossas práticas e em nossos hospitais, nós somos incapazes de achar tempo ou não nos incentivamos para refletir sobre o que fazemos, e nós nos afastamos do sofrimento e da morte, considerando-os como falhas médicas. O médico como uma figura de pai desapareceu. (...) A autonomia do paciente fica perdida frente a doenças graves e o processo de morrer, e as pessoas estão procurando consolo, bem-estar e cuidado.

O autor pondera, ainda, que a única legitimidade da profissão médica é o seu interesse pelo paciente, e que a provisão do serviço médico deveria ser feita,

“competentemente, adequadamente e cuidadosamente”, de acordo com as necessidades da sociedade. Acrescenta que o futuro da profissão seria extremamente fortalecido se os médicos estendessem seus serviços, mesmo que, parcialmente, para o mundo mais pobre e doente que os circunda.

6.6 DESILUSÃO COM OS DESEJOS DE RECONHECIMENTO E BOA QUALIDADE DE VIDA

Contraopondo-se aos desejos de se realizarem profissionalmente, serem reconhecidos e felizes, através da potência em atuar na promoção da saúde e de vida melhor para o ser humano, aparece, nos discursos dos sujeitos, a insatisfação por outras limitações, não previstas em seus sonhos no desejo de “ser médico”.

Algumas das limitações referidas foram em relação à sociedade e ao sistema de saúde.

Alguns sujeitos citaram a **visão que a sociedade tem do médico, que não o autoriza a ser um “ser humano” como outro qualquer**: ele deve manter uma **postura adequada** (“de médico”), independente de onde esteja ou do que esteja fazendo.

BEIJA-FLOR-M1 - É uma profissão que a tua responsabilidade não termina quando você fecha a porta. Você vive a responsabilidade, até para ir a um bar tomar chope. Você vai e a sensação que você tem é que você vai como médico e, portanto, tem que ter um comportamento que a profissão exige, de postura. Você tem uma imagem que nem é aquela tua imagem. É a tua profissão que te dá isso. Se aprende isso, no decorrer da vida, que o médico tem aquela determinada postura. Então, você acaba adotando aquilo. Que tem que ser médico, realmente, como eu via quando adolescente, que eu via um médico como uma pessoa, com uma profissão muito digna (...) importante e tal. É uma responsabilidade muito grande, mesmo que você resolva fazer uma medicina diferente. No fundo, a nossa cultura é essa. Desde a época das tribos, o pajé era um cara diferente. Nós somos diferentes dentro da nossa tribo. Temos esse comportamento. Então, ser médico é uma responsabilidade muito grande, perante o paciente, a família, a sociedade, perante você, e isso não é fácil... requer sempre uma doação para isso.

Outros expressaram seu ressentimento com a **visão limitada que a sociedade tem da vulnerabilidade do médico como ser humano**.

JOSÉ-1 - "(...) você tem que tentar resolver os problemas dos outros. Você, em geral, não pode ficar doente. Também tem isso, a corrente de pensamento do paciente, em geral, do leigo, é que o médico não pode ficar doente. Então, muitas vezes, a gente trabalha mesmo doente (...). Você pode estar com dor de barriga, estar mal humorado, você tem que parecer normal".

BEIJA-FLOR- F - Às vezes, a pessoa que procura o médico, ela chega, muitas vezes, para a gente e diz: - "Olha, você é a minha salvação, a minha luz no final do túnel". Nós somos esperados como isso. E muitos pensam que realmente são a luz, o Deus e tal. E aí, na hora H, a gente não consegue. Então, esse é um sentimento de impotência. (...), muitas vezes, a gente quando adocece, aí dizem:- "Mas você não é médico?" Então, essa é a percepção da sociedade, das pessoas que não fazem esse tipo de profissão. Pensam que, por serem médicos, então eles não adoecem (...).

Os sujeitos mencionaram que, se, por um lado, **a sociedade espera do médico uma postura impecável, quase supra-humana, por outro, ela o critica intensamente.**

BEIJA-FLOR-M1 - Mas uma coisa que também eu aprendi muito na medicina, foi que (...) existe a medicina e existe o médico. Tem paciente que adora o médico, gosta muito de você, te ama. Mas, de uma forma geral, a sociedade não gosta do médico. É muito comum o paciente que te adora, que isso, que aquilo, daqui a pouco sentar numa rodinha social e falar que médico é uma "máfia de branco", que são todos mercenários, etc. Então, é uma coisa separada, você, médico de uma pessoa, e você, médico no contexto social. A classe médica é uma coisa triste, passa por um desgaste hoje, aquela coisa da máfia, corporativista e que queira ou não queira, este mesmo paciente que te ama, que reza por você (...), numa roda social critica os médicos, de uma forma geral. - "Meu médico, tudo bem, mas os médicos...".

Entre os fatores que vêm prejudicando a imagem do médico foram assinalados, por VIAJANTE, **a proliferação das escolas médicas que resultam em excesso de mão de obra e, às vezes, em baixo controle da qualidade dos profissionais que se formam: "um processo de proletarização devido à proliferação de escolas médicas e ao grande número de profissionais médicos que estão no mercado de trabalho e à exploração e má remuneração que estes profissionais estão tendo".** MOITA acrescentou:

Eu vejo que o horizonte do médico, no futuro, se não mudar essa concepção, é sombrio. Porque as escolas médicas no Brasil continuam jogando cada vez mais profissionais no mercado de trabalho, e isso aqui é diferente do Canadá. Lá, o número de vagas nas escolas de medicina é regulado conforme a necessidade do país, e aqui não. Aqui, há cem a duzentas vagas no Estado todo. O mercado não absorve isso tudo. Então, vai jogando, vai jogando, vai jogando e mal formados.

As limitações impostas pelo sistema público de saúde foram mencionadas por vários sujeitos.

ITE - Essa é a situação para a gente na medicina hoje. As filas para o atendimento médico de madrugada, as mães com filho no colo e a gente vê a qualidade da medicina, como é diferente a privada da pública. Como se fosse determinado na hora que nasce. Você vai ter um atendimento de qualidade e você não (...). A gente que trabalha como funcionário público vê isso (...); eu acho que a medicina é desestimulante, nesse sentido de que as pessoas sofrem muito para ter um atendimento de qualidade.

WAGNER - Hoje, você opera um doente pelo SUS, o que você ganha? Nada! Você ganha experiência, mas é um sacerdócio (...). Tem muito a ver com essa história do padre, de doação. Tem colegas meus que falam: - "Não quero nem saber de SUS". Pode ser até que um dia, eu chegue lá (...). Você tem que produzir e se preservar. Problema, problema, problema e você sempre assumindo, assumindo, assumindo! (...) alguém tem que dividir contigo! (...) o governo não quer nem saber. O que o governo quer? Que você atenda SUS..., e não ganha nada? Uma coisa que me incomoda, por exemplo: eu vou fazer uma cirurgia grande (...), vou usar um equipamento que custa mil e duzentos reais que o SUS paga e ele vai me pagar uma miséria de oitenta a cento e vinte reais. Então, é essa injustiça que me incomoda profundamente (...). E o risco que você tá correndo nisso aí? Não é só os cento e vinte reais. E se complica? E se, amanhã, a família...? (...) é nesse aspecto que eu estou procurando fazer as coisas mais aonde eu quero, como eu quero e com paciente que me dê algum retorno também.

JOSÉ-1 - A minha renda é, essencialmente, da medicina privada. Eu não vivo de salário público. Se eu fosse viver daquilo lá, é piada (...).Aí começam as outras coisas, é questão pessoal minha: -"Vou para o ambulatório de serviço público de novo". Isto, para mim, é a cruz que carrego (...) não me acrescenta nada, do ponto de vista técnico. Eu não tenho como resolver os problemas que o hospital não dá conta. Então, eu tenho que dizer para as pessoas (...): - "Olha, sinto muito, tem que operar, mas não tem como (...)". Muitas pessoas ficam bravas: - "Ah, quer dizer que se pagar eu faço?" ; (...) não tem uma estrutura. Então, é muito frustrante isso. (...) eu sempre procurei atender todo mundo bem, claro! (...) tem uma fila lá que eu sei que poucos conseguirão ser operados (...), há filas de pacientes esperando. Não tem saída, não tem perspectiva (...). Não é nem pelo salário, que é uma vergonha, mas, se ao menos você conseguisse fazer alguma coisa (...), nem fazer você consegue. Aí, isso é um fator grande de insatisfação, do ponto de vista do trabalho.

ESTRELA falou da dificuldade de o médico expressar-se e ter reconhecimento financeiro dentro dos sistemas de saúde vigentes: “(...) A gente se submeteu a essa complexidade social, se tornou um valor de troca muito intermediário. É um serviço que é hoje um valor de troca, com muita intermediação, pela sua complexidade mesmo. Eu não sei como será. Talvez, formas que pudessem voltar para uma forma mais artesanal, mais autônoma, a consulta mais estabelecida, você ter cotas...não sei”. Esclarece que

O cuidado médico, mais do que uma questão de indústria de equipamento, é um *locus* de acumulação de capital financeiro das modalidades que financiam a atenção médica, que é o chamado *managed care*. Então, ou você luta por um sistema público e aí entra na natureza do Estado, do problema das relações burocráticas do trabalho que conflitam com a tua vontade de individualidade, que marca a relação médico-paciente ou você depende do capital, das formas de financiamento do cuidado médico que, por serem equipamento-dependentes, se submetem ao *managed care*.

MOITA complementou a crítica ao sistema vigente ressaltando a tendência à exploração do médico e ao alto custo da medicina.

A perspectiva é sombria, porque se nós continuarmos nesse paradigma da medicina reparativa, estamos todos “ralados”. Porque é um sistema (...) extremamente caro, seja a nível público, seja a nível de sistema suplementar de saúde. O SUS já faliu, o sistema de Previdência já faliu e a bola da vez é o sistema suplementar e a medicina de grupo. Tanto é que o que aconteceu? Nos Estados Unidos, o tal do *managed care* foi uma maneira de eles segurarem a despesa porque o custo... eles ganham aonde? Tem “nego” explorando o médico (...).

O custo da assistência médica está subindo por causa da alta tecnologia (...). Hoje, uma conta de hospital, o maior custo é medicamento, material e diária. E o honorário médico é o mínimo. A realidade acena para uma consulta a nível mundial de dez dólares. (...); o paradigma tem que mudar, para que se diminua a utilização da alta tecnologia e poder sobrar dinheiro para aumentar o salário. O pessoal já percebeu isso aí. Então, vai se começar a trabalhar a questão da prevenção, não por uma razão (...) mas pelo custo.

A indústria lança um aparelho novo e cria a necessidade para aquilo. É perverso o negócio. É feroz a indústria de equipamento médico. E os equipamentos, o cara que compra aquilo ali, anos depois é obrigado a comprar outro porque se tornou obsoleto (...). Vai se criando a necessidade e obviamente o custo vai subindo cada vez mais (...). Tem que achar uma maneira de reduzir a utilização dessa parafernália toda. Só se faz isso promovendo a saúde.

Outros sujeitos questionaram as **questões éticas e as influências que vêm sofrendo das multinacionais de medicamentos.**

BEIJA-FLOR-M1 - Hoje, muitas medicações que você assume, você não sabe até que ponto está sendo empurrado nisso (...). Quando eu era guri, eu tinha uma empregada que tinha cistite e o médico dava para ela tomar sulfa. Hoje, a sulfa está jogada num terceiro plano. Hoje, tem floxacina, fazer uma quinolona, a diferença de preço é de vinte vezes. Será que a sulfa não funciona mais? Você queira ou não queira, entra nessa maré e vai. Porque é tanto conhecimento a que você está exposto, que você não pára para questionar isso. E se parar também, não tem adepto.

BEIJA-FLOR-F - "(...) você (...) ir atrás das informações que você recebe dos representantes (...) e fazer esse tipo de medicina, que é mais cara, que eles querem. É muito perigoso. Eu acho que isso está acontecendo muito porque eles estão (...) invadindo mesmo. E isso por poderes. Cabe a nós discernir".

Os **ginecologistas/obstetras**, por lidarem também com a parte cirúrgica, e, geralmente, com o "nascer", comentaram que a sua área tem sido a mais processada e a mais visada pelas seguradoras. Alguns **cirurgiões** também apontaram o **risco** que correm, atualmente, **de serem processados**. JOSÉ-2 e FLORA manifestaram a insegurança que têm sentido por sua **fragilidade perante os processos médicos estimulados, indiretamente, pelas seguradoras.**

FLORA - Outra coisa que me preocupa bastante é quanto à ética. Me preocupa muito, me deixa insatisfeita saber que na nossa categoria, muitas vezes, a gente tem esses problemas e cada vez mais, que é bravo. O problema é que, diante das várias prerrogativas, das várias opções, o ser humano médico ou não médico, às vezes, escolhe caminhos escusos. E a nossa área, eu não acho que o médico tem que ser o tempo todo nobre, santo e perfeito. Nós somos imperfeitos, temos defeitos. Mas, a gente teria que seguir uma linha o mais reta possível para sermos mais confiáveis, porque a gente tem a vida humana nas mãos e pensar nisso me deprime um pouco; ver que, às vezes, a gente não é merecedor de confiança. E, muitas vezes, médicos pessoas merecedoras, acabam por situações que outros promoveram, não se fazendo confiáveis. Tanto pela mídia, quanto pelos advogados, quanto pela própria população. Então, isso incomoda também. Me deixa insatisfeita, vendo esse panorama de pressão, também, de insegurança e instabilidade. Então, a medicina não é mais uma profissão segura. É uma profissão de alta periculosidade!

JOSÉ-2 - A cobrança, eu acho que, hoje, entra uma outra questão, dentro da nossa profissão (...). Porque, hoje, você vê um monte de médico sendo processado. Graças a Deus, eu não fui. Mas, você fica tão preocupado com isso hoje (...). Eu já

estou me preocupando e fazendo seguro, porque, se amanhã eu for processado, por algum motivo, eu tenho um seguro para me amparar (...). Então, essa é uma coisa que eu não tinha previsto, essa insegurança dentro do trabalho. Você pode ser processado, a qualquer momento (...). A gente continua exposto demais (...) esse jogo que virou a profissão...

BEIJA-FLOR-M1 comenta sobre a transformação da relação médico-paciente ocasionada pela disseminação do saber.

Não é o médico que está mudando. O mundo mudou. Também, não vou querer fazer milagre, mas, na minha época, o médico era visto como um sábio. Aquela pessoa que sentava, falava de carinho, tinha resposta para tudo. Hoje, não. O médico mudou. Tem que acionar bem aqueles botõezinhos. Aí, você tem que ter, hoje, uma percepção muito clara até onde que você tem que dividir essa coisa de ser semi-Deus, de não ser tão dono da verdade, de disputar, com a máquina, o espaço. O paciente também fica carente (...) de um ato de amor, de carinho (...). E o espaço que nós, médicos, ainda temos é (...) entrar um pouco mais nessa área emocional, psicológica, de conhecimento de filosofia, porque a automação tomou conta do resto. O paciente já chega e diz assim: - "Doutor, eu quero fazer uma densitometria óssea, porque eu estou com osteoporose". Eu canso de dar diagnóstico de câncer de mama e o paciente quando vem trazer os exames, já vem, pela Internet, com conduta para aquele caso.

Muitos sujeitos sentem-se injustiçados pelo retorno financeiro não proporcional à carga de trabalho nem à atividade exercida, o que acarreta excesso de trabalho, físico e mental, stress e qualidade de vida deficiente.

JOSÉ-2 - "A gente tem que trabalhar contra o tempo. Hoje, nós vivemos correndo. Você está no consultório, você é chamado, tem que ir lá no hospital avaliar uma gestante que está em trabalho de parto; volta para o consultório; volta para lá, para fazer o parto; volta para o consultório. Quer dizer, a gente vive correndo contra o tempo".

Para alguns, este excesso de carga de trabalho não ocorre só pela necessidade financeira, mas também pelo envolvimento político associativo.

BEIJA-FLOR-M1 - Acho que o médico é um dos profissionais com um nível de *stress* bastante alto. Especialmente, o médico envolvido em querer mudar as coisas. Nós trabalhamos, hoje, num setor caótico e isso te deixa *estressado*. Porque tu tens de cumprir horário (...). Eu estou conversando contigo mas, dentro de um horário programado, e isso é *estressante*, é claro. E além do que, normalmente, nós fazemos as coisas pensando na outra que vamos ter que fazer depois. Você nunca

está inteiro e isso gera *stress* (...) faz com que teu ambiente fique como um ambiente que gera *stress*.

Você tem que ter, também, o teu momento de relaxamento, para que você possa dormir bem. Porque eu vivo mal. Eu tenho uma vida muito *estressada* (...). Não consigo dormir, fico resolvendo as coisas na cama. Então, eu vejo que os médicos com quem eu convivo que estão, de certa forma, envolvidos com as questões da medicina, todos eles têm um padrão de *stress* alto. Então, eu acho que o médico tem que reverter isso, também (...) organizar melhor a sua vida. Ele tem que cuidar para não cair na armadilha que a medicina te prepara: por ela ter várias frentes, você acaba abraçando muitas delas e faz mal para você.

No caso das mulheres, a jornada de trabalho continua ao chegar em casa, e muitas referem que gostariam de poder dedicar mais tempo à família. LUA chega a comentar que: “Quando dizem que vão fazer medicina, digo que não é uma boa. Principalmente, se é mulher. Porque a gente tem que abrir mão de muita coisa, desde a feminilidade até um futuro, em termos de socialização”.

ORQUÍDEA também menciona esta sobrecarga:

Nunca imaginei que eu ia ganhar um monte de dinheiro. Eu sempre fui muito pé no chão. Às vezes, fico muito chateada: trabalho e não ganho nada. Essa coisa de sem salário, há cinco anos, me deixa indignada, porque eu acho que eu trabalho muito, muito, muito. Eu dou muito de mim, isso aqui (a instituição pública) é a minha casa. Eu ganho muito pouco pelo que faço (...) porque eu me dedico por isso aqui, pelos alunos, pela escola (...), quase vinte e quatro horas (...). Sempre tive uma condição *razoável de vida*. Melhor do que hoje. Nossa defasagem é muito grande. Então, tem coisas que eu não posso fazer (...). Eu não tenho condições de ter uma empregada fixa, não posso... e eu gostaria... que eu chegasse em casa, não precisasse varrer a minha casa, achar poeira e roupa para lavar (...). É uma jornada muito cansativa.

Os G.Os sentem mais dificuldade em planejar o lazer devido aos partos que possam advir.

FLORA - Às vezes, eu falo até que medicina é uma escravidão. Apesar de eu não reclamar de ser médica. Eu gosto. Porque eu me sinto bem trabalhando assim. Não me incomodo de estar de madrugada ou de manhã ou de tarde ou de sair de uma festa, para fazer um parto. Não me incomodo mesmo, porque faz parte de mim. Pode ser que, um dia, eu diga: - “Chega! Deu! Cansei”. (...) eu acho que isso já começou a se iniciar em mim. O médico tem um pico de dedicação exclusiva e, depois, ele começa a se detonar um pouco. Ele diminui essa coisa de servilidade, de estar sempre aberto, disponível. Essa coisa acaba cansando porque você fica desenergizado (...). Acho que vai chegar um momento que eu vou dizer: - “Agora não, eu vou ter limites (...)”.

JOSÉ-2 - Eu tenho uma casa na praia (...). Eu vou lá, esporadicamente (...). Até porque, eu ainda faço obstetria e é uma coisa desgastante. É uma coisa que te prende muito, porque você tem os compromissos com teus clientes. É muito difícil abandonar e dizer: - "Não, eu não estou não. Eu estou na praia, eu não vou te atender, eu não quero (...)". É uma coisa complicada. Então, eu acho que estou satisfeito com a profissão, mas (...) ela é muito desgastante, realmente.

Por sua vez, ao **excesso de trabalho** faz com que, às vezes, o profissional se aliene, emocionalmente, do ato médico, resultando, ocasionalmente, em **detrimento da qualidade da relação médico-paciente**.

PEDRO - "A rotina da gente é muito em função do que você vai ganhar em relação ao teu trabalho (...) a rotina do dia-a-dia acaba fazendo você esquecer algumas coisas (...) e você faz esse contato (o contato com o paciente) por automatismo. Mais porque está habituado a fazer desta maneira do que por uma decisão emocional, psicológica, naquele momento. Então, a repetição leva ao hábito".

JOSÉ-2 - Hoje (...), nós somos muito receitadores dos medicamentos. Eu acho que nós podemos, eventualmente, dar um pouco mais de atenção aos nossos clientes do que, simplesmente, ficar receitando remédios (...). E, na verdade, é isso que acontece no dia-a-dia. Hoje (...) eu acho que a gente já virou receitador demais e, de repente, precisamos conversar mais. Mas, infelizmente, a gente não tem tanto tempo para ficar lá (...). Você tem limite de horário de consultas, então, aquela história, você não pode ficar quarenta, cinquenta, sessenta minutos com um cliente porque tem uma fila enorme lá te esperando.

Além do excesso de trabalho, os profissionais declararam sua **dificuldade em manter a jornada de trabalho e a jornada de estudo, para constante atualização, através da seleção de informações que chegam a cada dia em velocidade e quantidade maiores, sem prejudicar sua vida pessoal**.

BEIJA-FLOR-F - As coisas, o conhecimento estão girando numa velocidade muito interessante com a globalização, com as descobertas. E, ao mesmo tempo em que é fascinante, é perigoso, porque o mundo está girando em torno disso. A medicina está se desenvolvendo para a tecnologia e (...) a tecnologia distancia muito o paciente do médico e a gente tem que ter um equilíbrio. Não ser um tecnocrata, mas também sempre ter conhecimento atualizado, porque isso é importante. Manter sempre aquela humanização no atendimento, que, muitas vezes, é a única coisa que se tem para fazer, mesmo com toda a tecnologia.

BEIJA-FLOR-M1 - O mundo hoje está evoluindo e aquilo que o computador vinha para facilitar tua vida, eu vejo, hoje, que está complicando (...). Então, você tem que criar um mecanismo que você se mantenha informado, mas sem sofrer com isso ou sem ficar viciado (...). Sem dúvida que, sem ele, hoje, você não vive. Mas tem que aprender a conciliar o computador, o celular, essas coisas, para poder tirar proveito, senão, você passa a ser escravo deles.

Outro fato que angustia alguns sujeitos é a **interação inadequada, no ambiente de trabalho, onde é citada a disputa de poderes expressa pela competição entre os pares, a falta de reconhecimento entre os membros da equipe e a falta de cooperação entre os membros da equipe de saúde. As palavras de ESTRELA e ORQUÍDEA ilustram esses aspectos.**

ESTRELA - "(...) O problema é este. Acho que é uma intolerância minha com a mediocridade, com poderes medíocres. É disputa de poder".

ORQUÍDEA: "Essas coisas que ninguém faz para que você possa trabalhar numa boa. Estou tentando passar visita, em mais um horário. Por incrível que pareça (...), alguns membros da equipe multiprofissional te complicam, te dificultam, na tentativa de te tirar do caminho".

Alguns sujeitos têm **preocupação com o futuro, pois consideram a aposentadoria do médico extremamente baixa, havendo grande detrimento no padrão de vida, quando o profissional se aposenta.**

BEIJA-FLOR-M1 - Então, o que a medicina me dá hoje? Insegurança, em termos de futuro. Porque a história mostra que o médico, na verdade, não tem uma aposentadoria adequada e a velhice dentro da profissão vai te segregando. Esta é uma profissão que é um pouco de ilusão no início. Porque nós, quando assumimos a profissão, a gente não acha que vai se aposentar um dia. Aí, você chega perto dos quarenta, quarenta e cinco anos, você começa a pensar nisso e aí é tarde. Então, essa conscientização do médico tem que vir mais cedo, para as dificuldades futuras.

Aí, eu fiz e aconteceu e aí vou ter que me aposentar. E aí? Então, eu vou ser mais um Dr. X no consultório, com sua agendinha. Um médico velho. Então, o cliente já vai ficar escasso. Isso contando que a saúde esteja legal (...). Vai lá no CRM e pega as fotografias dos médicos que foram presidentes do CRM (...). Muitos, mal aposentados, vivendo de favor dos filhos! (...) eu acho que a medicina (...) tá devendo (...) já de alguns tempos para cá (...) essa qualidade de futuro de vida para o médico.

Nota-se o impacto que as transformações ocorridas no mundo têm ocasionado sobre o trabalho médico. Estas corroboram o sofrimento dos profissionais médicos por abalar seus significados de reconhecimento financeiro e social representados no desejo de ser médico.

MACHADO (1997), ao investigar o *stress* na atividade médica, verificou que 80,4% dos médicos que pesquisou, referiam desgaste, e entre as causas alegadas, encontravam-se o excesso de trabalho e empregos múltiplos, baixa remuneração, más condições de trabalho, *stress* ocasionado pela área de atuação, cobrança da população, deficiência na relação médico-paciente e a responsabilidade pela vida do paciente.

Entre alguns aspectos da realidade concreta do trabalho médico vale relembrar: a substituição da autonomia do médico sobre a clientela, os instrumentos de trabalho e o valor do trabalho pela submissão dos médicos a empregos, cujos baixos salários os lançam em jornadas múltiplas de trabalho; maior competição entre os profissionais, devido ao aumento na formação de médicos com visão técnica e de forma descoordenada; a exploração do trabalho médico por instituições que intermediam a saúde, onde o serviço médico passa a ser um valor de troca (organizações burocráticas e outras instituições públicas ou privadas), utilizado para se obter o máximo de lucro com o menor investimento; a transformação do exercício da medicina, antes realizado de forma quase artesanal e que, hoje, depende de equipamentos caros, forçando, muitas vezes, os médicos a se vincularem a organizações que apresentam infra-estrutura para atender o paciente; o avanço tecnológico-científico, acarretando dificuldade para o médico em dominar as informações e desencadeando a necessidade de especialização profissional; a disseminação do saber, que está transformando a relação médico-paciente. Ainda, os diversos sistemas com interesse na área da saúde têm usado o médico, ora como cliente potencial, ora como oportunidade de lucro. É o caso das empresas de seguro contra processos médicos, que, indiretamente, lucram com o erro médico. De certa forma, elas estimulam a sociedade a mover processos contra os médicos e causam extrema insegurança do médico no seu trabalho porque, embora alguns processos sejam justificáveis, muitas vezes, o médico é processado, injustamente.

Como resultado da insegurança gerada, o médico passa a sentir necessidade de fazer seguro para sua proteção.

Na verdade, o médico passa a ser uma peça dentro da máquina institucional. Ao tentar sua autonomia, enfrenta limitações de clientela, submete-se a convênios que o exploram e à sobrecarga de trabalho. A tecnologia o ajuda, por facilitar maior acesso a informações e segurança no diagnóstico mas, ao mesmo tempo, o ameaça, por criar sua dependência de equipamentos caros e dificultar a administração de seu tempo para selecionar a enorme quantidade de informações que chegam. Tudo isto faz com que o tempo do profissional médico, para viver outras dimensões da vida que não sejam a do trabalho, fique extremamente limitado.

Ainda, a falta de preparo psicológico, durante a formação acadêmica, associada ao fato de o médico estar sempre “correndo atrás do tempo” e lidando com grande quantidade de pacientes, aliena progressivamente o profissional de sua parte emocional, e a sociedade que espera do médico um papel mais humanitário, começa a ter visão negativa do profissional, o que acarreta mais sofrimento ao profissional.

6.7 DOS DESEJOS DO PASSADO AOS DESEJOS PARA O FUTURO

Se recordo quem fui, outrem me vejo,
 E o meu passado é o presente na lembrança.
 Quem fui é alguém que amo
 Porém somente em sonho.
 E a saudade que me aflige a mente
 Não é de mim nem do passado visto,
 Senão de quem habito
 Por trás dos olhos cegos.
 Nada, senão o instante, me conhece.
 Minha lembrança é nada, e sinto
 Que quem sou e quem fui
 São sonhos diferentes.⁷

CHOPRA (1994) ressalta que o ser humano, através de seu sistema nervoso, conseguiu desenvolver uma consciência infinitamente flexível e que esta tem duas qualidades inerentes: a atenção e a intenção. Enquanto a atenção potencializa a

energia do objeto (ele só será almejado se for considerado importante pelo indivíduo), a intenção transforma o não manifesto em manifesto, organiza sua realização. Considera, então, a intenção como a força que move o desejo.

Para o autor, o tempo é o movimento do pensamento: passado, presente e futuro são produtos da consciência. Porém, comenta que passado e futuro são frutos da imaginação.

Enquanto o passado representa a memória - pois a experiência do passado é produzida, através do relembrar de interpretações das forças abstratas - o futuro é antecipação; são as interpretações antecipatórias dessas forças abstratas que criam o futuro.

Só o presente é real, é consciência, é o potencial do tempo-espaço, da matéria, da energia. É "o campo das possibilidades experimentando-se", é onde as forças abstratas tentam expressar-se e, através de nossas interpretações, permitem a experiência do fenômeno concreto.

Assim é que os sujeitos vêm, no presente, a confirmação dos seus desejos profissionais do passado e o investimento nos desejos para seu futuro.

NINA, ROSA e ALEGRIA consideram ter conseguido expressar, no presente, todos os significados de seus desejos de ser médico. Referiram ter harmonia entre vida dentro e fora do trabalho, boa qualidade de vida e que o retorno financeiro é proporcional a, ou além de suas expectativas. NINA é otimista e tem como referência, para a condução de sua vida, a máxima de sua mãe: "Mãe árabe, sempre colocaram que a vida é a gente que escolhe, e as falhas... é a gente que decide, por um motivo ou por outro. E eu sempre tive isso muito claro". Avalia que sempre teve domínio sobre a sua vida profissional: "Eu tinha noção disso tudo: que eu ia fazer residência, especialização, mesmo o mestrado, eu já sabia que ia fazer. Eu não tenho decepções com a minha profissão. Diferente da minha vida afetiva. Eu não tenho domínio sobre a minha vida afetiva. Agora, sobre a profissional é tudo estabelecido". Pondera que está, constantemente, à procura de novos desafios, no âmbito profissional: "É como se tivesse um filho adolescente que fica independente e, então, eu faço outro. Já cumpri o meu objetivo, vou para outras coisas. Senão, não dá tempo de viver tudo". Está se aperfeiçoando, através do mestrado, **planeja escrever e ensinar sobre saúde: "a medicina como arte", e desenvolver projetos**

voltados a comunidades carentes. Não pretende aposentar-se: “Com sessenta anos (...), acho que posso ficar tranqüilamente ensinando e escrevendo sobre saúde. Já começo a me preparar (...), escrever contos, escrever sobre saúde, fazer pesquisa, quando eu não puder ficar com o paciente. Posso ir para uma Cruz Vermelha, para o Deserto de Saara participar de um daqueles projetos, com setenta anos. Eu não penso em me aposentar”.

ROSA alcançou o que desejava: ser boa médica, trabalhar em locais e atividades de que gostasse, e com o tempo, conseguiu adquirir bens materiais: “Não pensava como seria. Sabia que ia ser médica (...). O que eu previ, aconteceu: ter um hospital para trabalhar e trabalhar naquilo de que eu gostava. E estou muito contente com isso”. Em relação ao retorno financeiro comenta que: “esses objetos de consumo, para mim, isso aí, ia ser uma consequência natural... Era uma coisa que viria, naturalmente. Veio, sem *stress*. É gozado, além do quê, dinheiro não me *estressa* porque eu nunca dei o passo maior do que a perna. Você vê as pessoas aí reclamando, falando que estão no cheque especial. ‘Pô! Não dê o passo maior do que a perna, que nada acontece”. **Sonha construir um hospital.**

ALEGRIA diz que sua realidade profissional é melhor que a idealizada no passado. Se tivesse condições financeiras suficientes, **continuará a fazer o que faz**, sem preocupação com o futuro.

AMOR-PERFEITO julga também que alcançou o que desejava. Considera a dimensão trabalho, no caso, a medicina, tão importante quanto as outras dimensões de sua vida. Deseja seguir todos os passos necessários para completar sua formação profissional e **sonha aposentar-se.**

Outros sujeitos consideram expressar, no presente, a maior parte dos significados de seus desejos profissionais, mas referem que ainda falta a expressão de alguns significados do seu desejo de ser médico, para que se sintam realizados.

PONTO e ROBERTO consideram ter alcançado o que desejavam: competência e reconhecimento social, financeiro e intelectual. Entretanto, para o futuro, pretendem fazer algumas mudanças na vida profissional.

ROBERTO deseja manter-se saudável e produtivo e **sonha trabalhar apenas com pediatria**, bem como se aperfeiçoar mais, profissionalmente. Pondera que, talvez, devesse ter se preocupado, um pouco mais, com sua qualidade de vida, que foi pouco contemplada, em função do trabalho.

PONTO, no decorrer de sua vida, constatou que só a dimensão trabalho não era suficiente, para que alcançasse boa qualidade de vida. Por isto, investiu em outras dimensões de sua vida que não a do trabalho, para sentir-se plenamente realizado. Está ampliando seu conhecimento em gestão empresarial (que refere estar servindo não só para sua profissão, mas também para sua vida, em termos de administração e relacionamento). Acha que sempre se deve ter novos objetivos na vida. Planeja continuar investindo, cada vez mais, na vida pessoal e relacional e em viagens. **Sonha exercer a medicina apenas na área não cirúrgica** e, diz que, se tivesse condições financeiras suficientes, “faria uma atividade bem *light* dentro da medicina, não cirúrgica, que é muito gratificante, mas me consome muito”.

SOL considera que só não realizou o desejo de exercer docência junto à universidade: “Meus sonhos estão todos realizados; o único sonho irrealizado é a história de eu não dar aula...**me faria um pouquinho de falta, seria dar aula (...)**”. Deseja fazer o mestrado para poder dar aulas na universidade e planeja continuar criando novas estratégias, no âmbito do consultório e hospital onde trabalha, além de continuar a escrever artigos e livros. Vislumbra, no futuro, dedicar mais tempo para o atendimento a comunidades carentes.

Para FELISBERTO, os únicos significados do desejo de ser médico, ainda não expressos, foram a possibilidade de **viajar, estudar mais e pesquisar**.

VIAJANTE conseguiu tornar-se um articulador social, através da Saúde Pública. Julga que sua realização profissional ainda “está em processo de construção; **deseja** continuar atuando na área de planejamento e gerenciamento da saúde, **aperfeiçoar-se para ser professor e ter maior embasamento para contribuir, mais efetivamente, com sua atuação política e social, junto à classe médica e à sociedade**. Se tivesse condições financeiras suficientes, estudaria também ciências políticas e algumas disciplinas de ciências humanas.

BOCA ainda que satisfeito com sua atuação profissional, não consegue expressar sua criatividade dentro do sistema. Para lidar com a limitação que o

trabalho lhe impunha, começou a priorizar outras dimensões de sua vida, para alcançar equilíbrio entre vida dentro e fora do trabalho. Planeja aperfeiçoar-se através do doutorado, continuar a manter boa qualidade de vida e **tem como desejo para o futuro, expressar sua criatividade no trabalho**, visando à mudança da forma de assistência individual e coletiva e à conciliação entre tecnologia e humanização.

BEIJA-FLOR-F analisa que alcançou situação financeira melhor do que vislumbrava. Ressalta que estará sempre em busca de novos objetivos, pois são os sonhos que a impulsionam na vida.

Eu acredito que vou morrer insatisfeita, no sentido amplo da palavra. Eu sempre vou querer uma outra coisa a mais. Porque a gente sempre procura mais alguma coisa. Estou satisfeítissima com o tipo de trabalho que estou fazendo, mas, é claro que vou querer abranger mais coisas (...). Não procuro a satisfação plena porque ela é mutável (...). Um dia, eu durmo com uma idéia, muitas vezes, três horas da manhã, eu me acordo com aquela idéia e vou atrás. Eu acho isso maravilhoso, fantástico. Jamais serei uma planta inerte. Não quero.

Todo dia, eu sonho com um tipo de atitude diferente, analiso e vejo que tem vários caminhos, muitos caminhos ainda, que eu descubro e que me satisfazem cada dia. (...) atitudes de mudança, de agir, de postura em relação ao ser médico (...). Você sair do tratamento individual para o coletivo é uma busca. Do coletivo para o grupo é outra. Então, sempre vão levar a caminhos diferentes, sonhos diferentes, mas que vão (...) somar um diferencial seu, pessoal, como atendimento.

Deseja trabalhar com promoção de saúde na comunidade, através da educação e formação de cuidadores e agentes de saúde, para compor grupos de voluntários aptos a trabalhar com a saúde; continuará a **buscar novos caminhos para melhorar sua forma de abordagem na medicina**, através de maior conhecimento de dinâmica de grupo, de psicologia e filosofia: "Hoje em dia eu penso em fazer um curso de terapia familiar, mas, para o ano que vem (...). Hoje, estou (...) aprendendo a trabalhar com grupos, com dinâmica de grupo e o próximo passo vai ser o curso de dinâmica familiar (...). E se isso não der certo, com certeza eu vou fazer algum curso (...) que eu já estive vendo algumas cadeiras opcionais de psicologia ou filosofia". **Sonha diminuir a carga de trabalho, ter mais tempo para dedicar ao estudo de diversas áreas, como história e filosofia, e viajar**, não só a lazer, mas também para fazer cursos e aprender mais sobre outras culturas.

Com a perda progressiva de autonomia do profissional médico e o assalariamento que nem sempre proporciona retorno financeiro adequado, **diversos sujeitos do estudo submeteram-se à carga de trabalho que consideram excessiva e, para o futuro, desejam ter melhor remuneração ou desenvolver estratégias para obtê-la, para que possam dispor de mais tempo para investir em estudos ou em sua qualidade de vida (poder dedicar mais tempo à família e ao amor, realizar viagens ou outras atividades de lazer, entre outros, descritos nos depoimentos individuais).**

Alguns destes sujeitos, assim como, outros, antes citados, desejariam dispor de **mais tempo para aprender disciplinas das áreas humanas ou sociais ou que tenham interface com a medicina.** PEDRO deseja saber mais sobre psicologia, MOITA, filosofia, psicologia, informática e administração, e BEIJA-FLOR-M1, antropologia, psicologia e filosofia.

Outros, tal como PONTO (referido antes), sonham investir ou já estão investindo em **mudanças no tipo de atividade médica que exercem**, tais como: atividades não cirúrgicas, menos estressantes (WAGNER); subespecialização dentro da própria área para obter maior retorno financeiro e controle sobre a própria vida (os G.Os, JOSÉ-2 e FLORA) ou para ter maior estímulo dentro da profissão (PEDRO); atividades mais abrangentes para promoção da saúde (MOITA; esta intenção também foi citada, antes, por BEIJA-FLOR-F); atividades que vislumbravam fazer nos desejos de ser médico do passado (LUA e ESTRELA). BEIJA-FLOR-M1 planeja, daqui a dois anos, envolver-se menos com a política associativa e dedicar-se mais ao ensino e consultório.

PEDRO, ainda que de forma remota, vislumbra **acrescentar às suas atividades a expressão do desejo profissional do passado** de ser professor. Assim como SOL e BEIJA-FLOR-F (mencionados antes), MOITA, LUA e NÔMADE sonham fazer trabalho voluntário.

JOSÉ-1, JOSÉ-2 e JOÃO planejam **investir em outra profissão ou trabalho não médico.**

ORQUÍDEA deseja **poder dedicar-se exclusivamente ao hospital público** (o que não faz, pelo pouco retorno financeiro que este lhe proporciona) e também sonha **montar um hospital**, enquanto que ITE, apesar de ter desejado, no passado,

montar um serviço, referiu que, hoje, já não tem mais esse desejo por incompatibilidade com a equipe.

Para melhor entendimento da multiplicidade de desejos de cada um dos sujeitos do grupo referido, descrevo-os, a seguir, individualmente.

WAGNER imaginava que sua vida seria muito de doação e que, como consequência da profissão, teria condições de fazer muitas viagens. Julga que pratica a doação que imaginava, trabalhando no serviço público e, no decorrer de sua vida, já fez muitas viagens. Sente que realizou-se como cirurgião, porém, em função da especialidade, seu nível de *stress* aumentou no dia-a-dia. Tem investido mais em viver seu presente do que em fazer planos para o futuro: “Eu me preocupo com o futuro, mas com determinada reserva. Eu não me preocupo em termos de adquirir bens materiais para ter uma velhice tranqüila. Não sei nem se vou ficar velho. Então, eu vivo intensamente, mas vivo dia-a-dia...”. Sonha viajar mais, diminuir o ritmo de trabalho e dedicar-se mais a outras atividades médicas que não à clínica cirúrgica, devido ao *stress* que ela acarreta.

PEDRO referiu ter alcançado os objetivos almejados no desejo de ser médico. Mas considera que não está totalmente satisfeito, porque “a satisfação tem que aliar duas coisas, a satisfação de prestar um bom serviço e a de ser bem remunerado por esse serviço que você presta, ser reconhecido”, e o reconhecimento financeiro está aquém do que considera ideal. Como para ele “sem um objetivo à frente, você fica estagnado”, decidiu aperfeiçoar-se em uma área dentro da pediatria e vislumbra, “(...) apesar de terem se passado vinte anos, muitas possibilidades, muitos caminhos”. Embora o desejo profissional inicial de ser professor não apareça de forma marcante em seu discurso, pensa, de forma remota, em transmitir, no futuro, conhecimento técnico e experiência pessoal, como professor: “Eventualmente, apesar de não sentir hoje em dia que (...) aquele primeiro desejo profissional de professor esteja presente em minha vida (...) eu, de repente, já velhinho, com bastante experiência, vou conseguir (...) transmitir não só a parte técnica, mas a experiência de vida, pessoal mesmo, de aprendizado também, porque a medicina não é só a parte técnica (...)”.

ITE avalia que, em função de seus sonhos, afastou-se da família. Porém, orgulha-se por ter ido tão longe, em busca de sua realização: “Se eu tivesse ficado

naquela vida, talvez fosse mais simples, menos doído. Eu acho que hoje por um lado eu me orgulho, mas é difícil (...). Estou longe da minha família. Todos esses anos que eu fiquei fora, eu fiquei longe deles. Se eu tivesse sonhado menos, ficado sem ter feito a pós-graduação, eu podia ter vivido com eles esses anos". Imaginava que teria maior retorno financeiro e lamenta a pouca coesão da equipe de trabalho. Está em busca de melhor qualidade de vida. Deseja diminuir a carga de trabalho, investir mais no ensino do que na assistência e aperfeiçoar-se no exterior. Sonha viajar mais a lazer. Vislumbrava montar um serviço com pessoas competentes e com as quais tivesse afinidade, porém, hoje considera que isso não é viável. Para ela, a realização plena não existe, porque estamos sempre buscando o aperfeiçoamento.

ORQUÍDEA imaginava sua realidade profissional semelhante ao que ela é e sente-se realizada com a profissão, mas imaginava que teria maior retorno financeiro: "Talvez eu gostaria que, com isso (a formação em medicina), eu tivesse jóias, viagens. É uma coisa que ainda quero. Não é tão longe da minha realidade (...), mas eu pensei que ia ser muito mais assim, de repente (...)". Por isso, tem trabalhado muito e não tem conseguido administrar o tempo, de forma que possa também viver outras dimensões da vida: "O tempo, às vezes, é muito curto, que a gente quer fazer mais do que pode. Me estressa quando eu tenho muita coisa para fazer e eu não consigo. Aí fico doente. (...). Eu tenho que aprender a viver também, e eu não sei. Eu não sou uma pessoa tranqüila. Eu sou uma pessoa agitada, ansiosa direto porque quero fazer mais do que talvez eu consiga fazer". Pensa o futuro com esperança: "Eu sempre tenho boas perspectivas de futuro. Não acho que ele é negro. Vai passando. Está tudo ruim, mas eu acredito que vai melhorar. Não sei se tem melhora, não sei que melhora que é, mas é uma vida agradável. Minha vida não é desagradável, mas eu acho sempre que pode ficar mais agradável". Espera ter melhor remuneração no serviço público, para poder dedicar-se exclusivamente a ele e, lá, criar estratégias para que o atendimento hospitalar seja otimizado: "De repente, dá uma virada, que a gente vai ser mais valorizado. Eu acredito nisso. Eu acho que nós precisamos ser mais valorizados dentro da medicina, na Universidade. Eu acho que isso está faltando e acredito que nós podemos chegar ali (...)". Planeja investir mais em outras dimensões de sua vida e melhorar sua qualidade de vida: "Tem lugares que eu quero conhecer ainda, e

dentro da profissão, ela pode me garantir isso ainda, porque eu tenho condições de trabalhar, eu me sinto ainda capaz de fazer por muito tempo, muita coisa”. Sonha montar um hospital: “Se eu tivesse muito, muito dinheiro, daria para abrir um hospital, de repente, com uma equipe legal”.

Assim como ORQUÍDEA, FLORA julga sua realidade semelhante à que imaginava: “Bom, quando eu tinha o meu amigo lá, Dr. X, aquele vizinho médico, eu achei que eu ia sair de manhã e trabalhar o dia todo, atender as pessoas ou operar e voltar à noite e encontrar minha família. Eu imaginava isso mesmo. A minha realidade não foi diferente dessa (...). Me preparei para isso e está bem assim, não foi uma surpresa”. Entretanto, não imaginava que teria a remuneração que recebe, hoje em dia.

A única dificuldade, grande dificuldade que eu encontro hoje, a visão que eu tive que foi falsa, foi a do poder aquisitivo do médico. Eu achei que teria mais facilidade para participar de congresso, para fazer viagem, para fazer cursos de reciclagem. E eu vejo que isso não é tão assim. A condição financeira do médico está massacrante. A gente tem que trabalhar muito para manter o nível mínimo que é entrar na Internet, ler alguma coisa e estudar e ir a algum congresso mais próximo no próprio país. Então, essa fantasia de que vai poder fazer viagem para o exterior, pós-graduação, não sei onde e tal, com o dinheiro do próprio bolso, com as próprias condições financeiras, é complicado. Eu acho que isso foi uma decepção que eu encontrei.

Como consequência, tem trabalhado muito e não consegue administrar seu tempo, tendo a sensação de estar sendo comprimida por ele.

Gostaria de ser mais bem remunerada. (...). Eu tenho que trabalhar mais do que eu imaginei. Eu acho que trabalhando como eu trabalho, eu deveria estar melhor, financeiramente. Não ia correr tanto atrás da máquina. Também, essa idéia me foi passada. Quando eu era jovem, os médicos viviam uma outra realidade que era muito mais fácil (...). Então, o dinheiro é uma coisa que mudou radicalmente. A visão que eu tinha lá, e a visão que eu tenho hoje, é totalmente diferente (...). Apesar de que eu estou satisfeita. As minhas necessidades básicas, eu acho que estou bem. Não estou me queixando. Só uma coisa que talvez me incomode é não poder fazer mais isso que eu te falei: mais cursos fora, viajar mais (...), investir em mim.

A correria, a corrida atrás de tentar fazer com que as coisas aconteçam da melhor forma possível, o mais rápido possível, dentro do tempo que a gente tem, que é muito curto. Parece que a gente está sempre sendo comprimido pelo tempo. Na verdade, a gente percebe e acaba não sabendo utilizar bem o tempo. Provavelmente é isso. Porque quando eu me formei, eu tinha muito tempo. Hoje, não tenho tempo nenhum, para nada. Acho que eu, de alguma forma, ocupei tanto os meus minutos, as minhas horas, que hoje essa ampulheta é extremamente significativa, até para eu repensar um pouco.

Sonha ter mais horas de lazer, fazer uma grande viagem, dedicar-se mais à família, ao amor e à casa, investir mais em si mesma e deseja também aperfeiçoar-se em uma área específica da ginecologia para poder diminuir sua carga de trabalho.

MOITA julga que sua realidade está próxima da idealizada, mas ainda não tem qualidade de vida satisfatória, devido à carga excessiva de trabalho. Deseja diminuir a carga de trabalho e não dar mais plantão.

Hoje, trabalho em cinco lugares (...) Gostaria de trabalhar só em dois. Na minha idéia, o que seria ideal? Um serviço público e um privado. Se dedicar àquilo com mais tranquilidade. Gostaria de trabalhar em menos lugares. Ainda não tenho condições de diminuir porque eu tenho uma família numerosa (...). Eu não quero dar luxo, mas quero dar um mínimo para que eles tenham um encaminhamento na vida deles, de educação, principalmente. (...) vou tentar trabalhar para racionalizar a questão da carga de trabalho. Pela questão da qualidade de vida.

Planeja habilitar-se mais para trabalhar com promoção de saúde e sonha fazer trabalho assistencial voluntário e estudar - além da parte clínica que já estuda - psicologia, filosofia, informática e administração.

LUA realizou-se profissionalmente e conseguiu através da medicina obter os bens materiais necessários para uma vida confortável. Entretanto, não realizou seu desejo de tornar-se pesquisadora: "Eu acho que a gente sempre acha que poderia ser melhor. Acho que essa relação que eu te falei de filhos, de cursos que eu gostaria de me aperfeiçoar, mais para ter uma formação um pouco mais forte, poder estudar, poder me dedicar (...). Este lado de faltar tempo. A famosa falta de tempo". Sente-se também limitada em outras dimensões de sua vida: "Eu gosto muito de viajar. Gostaria de poder viajar mais e desfrutar mais, mas também em função da especialidade, fica um pouco difícil de sair muito, viajar muito e essas outras coisas". Não pensa em outra profissão para exercer, além da medicina: "Hoje, pensando - eu já pensei várias vezes- se não fosse médica, que seria? Talvez, só dona de casa, cuidar dos filhos (...) curtir a família, que não dá tempo". Sonha diminuir a carga de trabalho no consultório, que não é possível, atualmente, por fatores econômicos, viajar mais a lazer, aperfeiçoar-se na área de genética e imunologia e fazer pesquisa nesta área, dedicar mais tempo à família e ao lar, praticar a medicina para a área carente e ter um orfanato organizado para pessoas necessitadas: "(...) tenho um

sonho que acho que também adquiri do meu pai, que ele sempre quis: ter um orfanato para pessoas que realmente precisam (...).”

BEIJA-FLOR-M2 vislumbrava, no passado, tornar-se um profissional semelhante a seu tio cirurgião plástico: freqüentaria o hospital, pela manhã, e consultaria em clínica privada, à tarde. No processo de formação, sentiu necessidade de trabalhar junto à comunidade: “Aí veio a ‘claustrofobia’ do hospital durante a formação. Eu disse: - ‘Não. Vou fazer medicina na rua’”.

Na época em que atuava junto à Saúde Pública, imaginava que viajaria para muitos países. Chegou a ter algumas oportunidades de atuar e estudar no exterior, o que não aconteceu por mudanças políticas e pela sua opção em investir em qualidade de vida para si e sua família.

Muitas mudanças aconteceram (...) não só por causa da medicina em si, mas por questões de vida. Numa época, quando eu tinha me formado, tinha terminado o mestrado, estava embalado, com uma série de projetos dentro da área da Saúde Pública. Eu estava num esquema assim, virando o mundo (...). Viajei muito (...). Depois, eu estava no doutorado, já estava me encaminhando para fazer uma parte do doutorado fora (...). Mas aí, vieram os meus dois filhos que foi a grande coisa da minha vida (...). Isso quer dizer que (...) profissionalmente, em termos de carreira, foi um retrocesso. Mas tenho claro que (...) nunca foi a coisa mais importante para mim (...). Quando eu vim para cá, foi um retrocesso muito grande. Tive questões financeiras... Eu estava decolando para o mundo e parei debaixo da ponte (...). Embora eu tivesse todo o lado afetivo para ajudar a segurar essa onda, o lado profissional estava muito ruim naquele momento (...). Hoje, ao invés de avião, a viagem é de carro (...) continuo na estrada (...). Eu não me arrependo em nada de ter trancado o doutorado, de ter chutado a tal carreira para virar pai.

Encontra-se parcialmente satisfeito, ainda que sua realidade profissional esteja melhor do que antes: retomou o doutorado, atua com pesquisa e ensino, que lhe dão prazer (mas não dão retorno financeiro), mas ainda tem que trabalhar com perícia médica para sobreviver financeiramente. Considera que a realização pessoal e profissional são mais importantes do que o dinheiro que poderia vir a obter fazendo cirurgia plástica: “Aí, eu volto, em relação ao meu conflito lá no sexto ano de medicina: - ‘Tenho tudo para ser um eminente cirurgião plástico... Vou ser rico pra caramba, vou ter a Mercedes do ano’... desgraçado, infeliz. Porque não é um ambiente que me faz a cabeça”. Deseja continuar estudando, concluir o doutorado e investir mais em qualidade de vida, e sonha viajar mais a lazer e estudar nos locais que julgue ideais.

NÔMADE desejava tornar-se excelente clínica, atuar em consultório, na comunidade e no hospital, tendo retorno financeiro adequado às suas atividades. Entretanto, sente que, hoje, o trabalho que faz tem pouca abrangência social: “Me sinto mal, na máquina de moer carne que eu vivo. Vindo, eu moendo, moendo, e continuando a vir”. Refere que já está conseguindo, mesmo no posto em que está, favorecer a comunidade. Sonha com a mudança para uma Unidade de Saúde, onde possa estar perto da comunidade: “(...) Eu vou começar a trabalhar um pouco mais para a sociedade (...). Eu quero morrer sonhando. Eu acho que enquanto acreditar em alguma coisa, a gente faz alguma coisa, por mais hostil que seja o teu ambiente”. Deseja ter uma fonte de renda mais estável para fazer trabalho voluntário junto à comunidade e, se possível, viabilizar algum tipo de apoio na área de saúde mental. Sonha ainda ter um pouco mais de conforto e viajar mais: “Se eu tivesse muito dinheiro, talvez eu tivesse um carro mais confortável. Eu não acho que já tenho tudo que preciso. Talvez fizesse um chalezinho num terreno que eu tenho (...) e é uma coisa que eu adoro (...). E viajar um pouco mais a lazer”.

Outros sujeitos estão efetivando, planejando ou sonhando a mudança da forma de atuação ou do local de atuação dentro da profissão médica e alguns pretendem exercer outra profissão ou outro tipo de trabalho que possam lhes proporcionar maior satisfação pessoal e/ou garantia de futuro.

ESTRELA desejava ser clínica competente e desviou-se desse caminho para seguir a Saúde Pública. Apesar de gostar do trabalho que realiza, no qual tem a oportunidade de ensinar, estudar, pesquisar e criar, a imagem que fez para si mesma, de exercer clínica médica, continuou a demandar internamente sua expressão. ESTRELA ponderou a esse respeito: “A insatisfação é uma coisa meio pessoal mesmo (...) de personalidade, que se dá a essa dificuldade de ter clareza para a renúncia. Eu gostaria de juntar a saúde pública com clínica. Esse é o velho sonho. Me pergunto se dá para juntar”. Para expressar esse desejo, retomou a parte clínica, ao invés de deixá-lo apenas como desejo não realizado, do passado, e sonha montar um consultório agradável, no qual possa dispor de mais tempo para prestar atendimento de qualidade. Deseja continuar ensinando e tem como objetivos, para sua vida, priorizar outras dimensões, além do trabalho.

Eu notava que por uma questão mesmo de neurose, eu tinha tarefas, tarefas, tarefas. Estou sempre devendo! E eu decidi que não há tarefa nenhuma no momento seguinte, não há. A gente que cria e isso não é legal. Não é um descompromisso, mas a gente se cria um certo mecanismo de uma espécie de bastão, eu me crio isso. Então, quero cultivar mais esse deixar. Não há uma necessidade tão premente de nada, porque a vida é mais forte que isso. Tá rolando. Trabalhar para viver, pensar, até nessas coisas que a gente falou.

BEIJA-FLOR-M1 pondera que o médico tem sido mal remunerado e considera que tem trabalhado muito, por isto e pelo seu envolvimento com a política médica. Julga que tudo o que fez foi em direção à sua realização profissional, mas, no futuro, pretende começar a retomar as outras dimensões de sua vida, para sentir-se plenamente realizado. Deseja aperfeiçoar-se no magistério, diminuir seu envolvimento com cargos políticos e harmonizar a vida profissional com a pessoal.

Mas, aos quarenta e nove anos, daqui a dois anos, vou começar a fazer diferente. O que eu fiz, foi tudo isso que estou te falando: contribuí com alguma coisa, fiz alguma coisa, vou estar com meu mestrado provavelmente terminado (...). No dia que eu fizer quarenta e nove anos, eu vou tentar organizar um pouquinho mais essa profissão de médico em minha vida pessoal... A minha atuação na área médica vai ser mais voltada para os meus pacientes (...). Posso até me envolver dentro de uma sociedade médica, da especialidade, mas não "descascando o abacaxi, engolindo sapo e pagando o pato".

Sonha estudar temas relacionados à antropologia, psicologia e filosofia: "Mas para isso, precisa de tempo para investir em conhecimento (...). Hoje, não dá".

JOSÉ-1 desejava seguir carreira universitária e teve decepções com o meio acadêmico; vislumbrou que poderia fazer cirurgias mais complexas, mas isso não ocorreu, por falta de estrutura nos hospitais. A partir da faculdade, alienou-se progressivamente das outras dimensões de sua vida: parou de estudar e ler outros assuntos, além de medicina e deixou de praticar esportes, entre outros. Ainda, imaginou que, através da clínica cirúrgica, pudesse expressar mais plenamente seu potencial artístico e que seria bem remunerado, o que também julga não ter ocorrido. JOSÉ-1 explicou que o cirurgião faz um trabalho artesanal, mas essa arte não pode ser expressa, pois, a não ser que se trate de um cirurgião plástico, a obra realizada não fica aparente e não pode ser revista, nem exposta. Assim, apesar da satisfação imediata do bom resultado cirúrgico, este não pode mais ser visto, nem pelo cirurgião, nem por ninguém. Em suas palavras:

Os resultados que a gente tem, em geral, são muito bons e tu não tens nem como olhar de novo. A tua obra fica ali enterrada e a pessoa vai embora e acabou. Então, é diferente do radiologista que faz o negócio, aí vai lá e mostra a radiografia, ou o artista que pode expor a obra. Nós, no máximo, podemos fotografar, mas nunca é a mesma coisa. Então, é uma coisa, em qualquer cirurgia, e na mais complicada, a gente fica embevecido com o próprio trabalho, o ego infla, e pronto, acabou. Fica satisfeito, vai para casa e pronto. Dia seguinte é outra coisa. Nesse aspecto é ruim, porque se tu escreves ou desenhavas ou fazes alguma coisa, de vez em quando, tu olhas lá, quando tu achas: - "Olha que beleza que eu fiz!"

Por tudo isto, tomou a decisão de ter também outra profissão, na qual possa expressar-se mais plenamente. Sonha também, investir mais tempo em lazer e melhorar sua qualidade de vida.

Vale lembrar a habilidade artística que JOSÉ-1 tinha desde a infância, que foi pouco valorizada pelos familiares, como aptidão para o sucesso profissional, visto que apenas quatro profissões eram consideradas nobres. JOSÉ-1 aceitou as limitações impostas, porém, a expressão individual ficou limitada pelo exercício da medicina e a decisão atual vem retomar seus desejos do passado, para que, no futuro, encontre a felicidade através de maior expressão de seus potenciais.

JOSÉ-2 tem-se decepcionado por não poder usufruir de outras dimensões de sua vida que não seja o trabalho e sente estar agindo de forma mecânica: "Eu, hoje, me considero um robzinho, porque eu sei: eu acordo de manhã, vou para o consultório, eu trabalho todo o dia, vou para casa (...). Então, na nossa profissão, nós nos tornamos um robô, tocadores de serviço, eu considero assim, infelizmente (...) essa é uma coisa que decepciona". A realidade que idealizava era bastante diferente da que vivencia hoje. Imaginava que seria bom profissional, que poderia trabalhar e desfrutar mais sua vida e que teria retorno financeiro adequado e grande reconhecimento pela comunidade: "Tinha aquela hipótese: - Eu, como médico certamente vou para congressos em tudo quanto é canto do mundo. Eu vou aprender inúmeras línguas, etc. Uma imagem totalmente irreal daquilo que a gente vive no dia-a-dia (...); (...) Então, quando eu escolhi, eu me imaginei numa outra situação (...) trabalhando, lógico, como todo profissional tem que trabalhar e tendo o ganho bom, mas sem ter que trabalhar tanto como eu trabalho hoje". Entretanto, sua vida tem sido, como também referido por ORQUÍDEA e FLORA, "uma corrida contra o tempo": "A gente tem que trabalhar contra o tempo. Hoje, nós vivemos correndo(...). Quer dizer, a gente vive correndo contra o tempo".

Considera-se mal remunerado.

Dinheiro? Não tem nem que discutir. Todos nós quando entramos na faculdade, a gente pensa muito em ganhar muito dinheiro. Então, depois eu descobri que a realidade não é bem essa (...). Hoje, a gente tem que ficar de olho nas contas (...) tem que ficar preocupado, quantas vezes por ano pode ir a um congresso (...) quantas vezes por ano você pode assinar uma revista médica (...) uma somatória de coisas, os gastos que você tem no teu consultório, os gastos com a manutenção das tuas coisas. Tem que ter tudo calculadinho, tem que administrar exatamente (...) tem que ficar calculando tudo e limitando ou, às vezes cortando determinadas coisas. (...) É uma coisa árdua, muito desgastante (...). Eu acho muito, muito árdua a profissão, porque eu tenho que trabalhar muito para uma remuneração que na minha opinião não é condizente com o trabalho feito (...). O médico precisa ser melhor remunerado (...). Eu ainda tenho que trabalhar muito para que eu tenha uma remuneração, para manter um nível de vida, que eu acho que qualquer cantor de pagode, qualquer jogadorzinho de futebol que não joga nada, tem melhor do que eu.

Sente grande contraste entre a realidade e a imagem que idealizava para si, como médico.

Eu sempre imaginei que a gente tinha que ser artista (...). Que você seria uma pessoa que seria, digamos assim, consagrada (...) homenageada (...) essa coisa do reconhecimento. Nada! (...) e, hoje, nós vamos ver que a realidade não é bem de artista. Nós não somos artistas, mas nós temos que ficar driblando. Muito mais jogadores, dribladores do que artistas (...). Você vai fazer um negócio e você erra, por imprudência, é uma coisa, até merece ser criticado. Mas, quando você não consegue resolver o problema, mesmo assim as pessoas te acusam de que você foi irresponsável. É uma coisa triste.

Deseja aperfeiçoar-se como professor, especializar-se e dedicar-se a uma área de interesse em ginecologia, e investir em alguma atividade produtiva fora da profissão. Sonha diminuir a carga de trabalho e “trabalhar única e exclusivamente por prazer”.

JOÃO está satisfeito com a profissão, mas apesar de desejar continuar a clinicar e divulgar informações médicas para ajudar a população, como JOSÉ-2, também sonha investir em algo não relacionado com a medicina, que garanta o futuro. Atualmente tem se preocupado em manter boa qualidade de vida.

Pelo exposto, vimos que determinados sujeitos imaginavam sua realidade semelhante à que ela é hoje. Hoje, eles sonham investir mais nos futuros projetos

profissionais, criando novos desafios ou construindo um hospital. Um sonha a aposentar-se.

Alguns consideram que faltam apenas alguns significados a serem expressos: fazer uma atividade diferente, mais específica ou mais abrangente dentro da área médica ou expressar a criatividade dentro do sistema.

Muitos sujeitos imaginavam sua realidade, de certa forma, semelhante ao que ela é hoje, mas a imagem que idealizavam do médico diferia em alguns aspectos da imagem do médico que, hoje, eles são. Todos acreditavam que teriam boa remuneração mas, devido às transformações já referidas que a medicina (como outras profissões) vem sofrendo, tiveram que assumir muitos empregos e perderam o controle sobre outras dimensões de suas vidas. Alguns profissionais decepcionaram-se também com a perda progressiva do prestígio do médico e no grupo dos sujeitos da área de ginecologia e obstetrícia, foi comentado o maior risco que os profissionais dessa área têm incorrido, o de serem processados.

Enquanto alguns destes sujeitos interpretam o presente como um passo para o futuro próximo que apresenta melhores perspectivas, outros estão mais pessimistas e sentem-se vivendo como “robôs”, “angustiados”, decepcionados ou comprimidos pelo tempo. A maioria deseja diminuir a carga de trabalho. Muitos sonham poder ter tempo para estudar, investir em qualidade de vida e viajar.

É interessante observar como diversos sujeitos demonstraram querer aprender mais sobre o ser humano, denotando a necessidade que sentem de complementarem sua formação acadêmica, mais técnica, com uma abordagem mais global do ser humano. Outros, também, comentaram a vontade de integrar a seu conhecimento médico, o aprendizado de gerenciamento, administração e informática, para obter visão mais ampla da medicina.

Alguns, ainda que tendo alcançado a imagem social de médico respeitado e reconhecido, sentiram não estar seguindo o caminho que lhes proporcionava felicidade, pois não estavam expressando-se como haviam idealizado. Assumiram atitude de mudança ou iniciaram um caminho para poder assumi-la. Cabe refletir sobre a coragem requerida para alterar o caminho já percorrido. Geralmente, é mais

fácil deixar o tempo passar e reprimir o que ficou para trás dos desejos do passado, visto que, uma vez alcançada uma imagem profissional, o contexto apresentado ao indivíduo passa a ser adverso à sua mudança de atitude. Assim, o que é a vitória do desejo individual de expressar-se plenamente é visto pelo social como fracasso individual. Muitas vezes, a pressão dos outros na manutenção do *status quo* é sentida de forma tão forte, que o indivíduo abre mão de seus próprios desejos, para não ter que confrontar conflitos. Entretanto, apenas o indivíduo pode julgar o que lhe trará mais felicidade, guiar-se pelos desejos dos outros ou por seu próprio desejo.

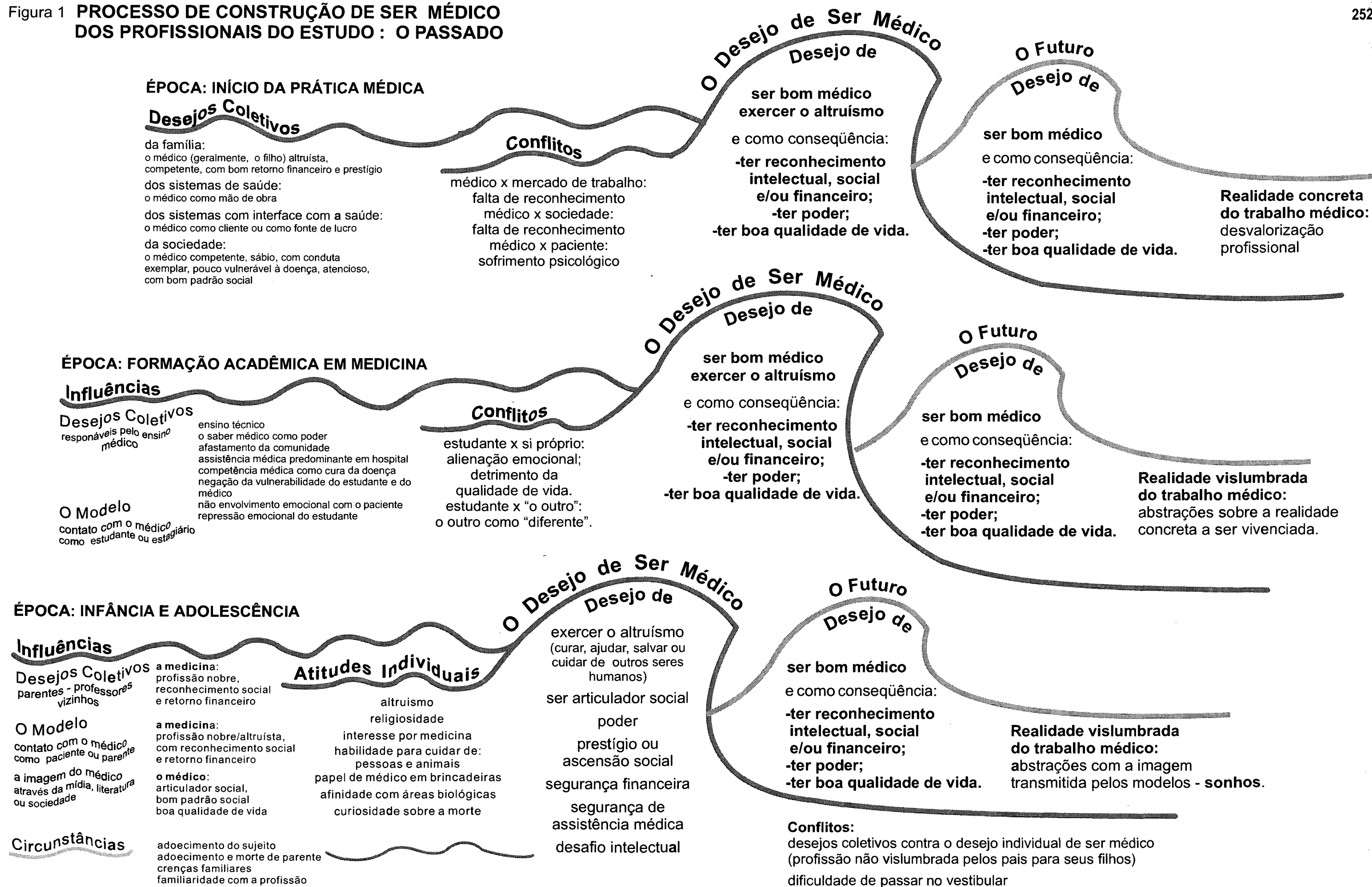
Deixo, como últimas palavras desta seção, o desejo de resgatar a parte afetiva, através das palavras de FLORA: “O amor é importante para mim (...). É o amor pelas pessoas, em geral, e o amor por um parceiro, um companheiro. Que faz parte da minha vida (...). Eu deixei, em segundo plano, a afetividade. Então, o pessoal ficou em segundo plano. Mas estou tentando retomar. Eu acho que, depois dos quarenta, você começa a dar uma (...) repensada em tudo, tenta retomar algumas coisas um pouco mais”.

6.8 SINTETIZANDO

A seguir exponho, de forma esquemática, em figuras, o processo de construção social de ser médico, dos profissionais do estudo.

Pode-se observar que na Figura 1, o passado é representado em três momentos. O primeiro momento - infância e a adolescência - na parte inferior do desenho, é a base para o início dos desejos profissionais. As influências e atitudes individuais são representadas por “marolas”, cujo movimento acaba formando a grande onda do desejo de ser médico. Da onda do desejo de ser médico, sai a dos desejos para o futuro, que são os desejos idealizados para o futuro, naquela época. O segundo momento representa o processo de formação acadêmica, e as “marolas” representam as influências e conflitos sofridos durante este processo. No terceiro momento - a prática profissional – as marolas são os desejos coletivos e os conflitos individuais vivenciados. A Figura 2 representa a realidade de ser médico dos profissionais do estudo e seus desejos para o futuro. O passado, representado na onda inferior, está descrito na Figura 1.

Figura 1 **PROCESSO DE CONSTRUÇÃO DE SER MÉDICO DOS PROFISSIONAIS DO ESTUDO : O PASSADO**





7. REFLEXÕES FINAIS E SUGESTÕES

(...) O mundo é dos que sonham
que toda lenda é pura verdade (...)⁸

Voltando ao início dessa apresentação, considero que os pressupostos que nortearam a minha visão, durante todo o processo do estudo, foram desenvolvidos à medida que os dados iam sendo descritos, relidos e inter-relacionados com a lógica de análise e síntese, mediada pela reflexão.

Acredito que a utilização da abordagem qualitativa, com princípios do Referencial “Holístico-Ecológico”, propiciou-me atingir os objetivos do estudo. Além disto, a oportunidade de ter conhecido e aprendido este método foi, para mim, a abertura de uma nova forma de ver o mundo.

Através do “escutar” a construção da “realidade” profissional de cada sujeito, cresci, de forma intensa, graças às interações e às descobertas que pude fazer. Também compreendi melhor o meu processo de construção da realidade. Como PATRÍCIO (1999) referia, pude vivenciar a transformação que ocorre no investigador, através da aplicação deste método.

Apreendi ainda, nessa prática, que era necessário ter mais equilíbrio entre aprofundamento e distanciamento dos dados coletados e entre análise e síntese, para aproximar-me da realidade dos sujeitos. Exercitei “o vasculhar os dados”, em paralelo ao contemplar, de longe, e cada vez que essa alteração de foco ocorria, novos caminhos iam se desvendando. O espaço criado para os sujeitos falarem, de forma livre, permitiu-me conhecer e compreender melhor o mundo concreto e o subjetivo do trabalho médico e vislumbrar algumas alternativas para lidar com as questões limitantes da qualidade de vida do médico.

Admito que, como principiante na prática deste método, no início, senti dificuldade em analisar os dados, de forma indutiva, de “baixo para cima”, inter-relacionando as várias informações recolhidas, para fazer construções teóricas, devido à complexidade do universo que comporta cada indivíduo. Por outro lado, foi uma experiência extremamente gratificante.

O maior exercício, na verdade, foi não discutir todos os dados levantados na pesquisa. Antes, eu estava acostumada a tentar esgotar o tema que investigava. Só

que os temas eram bastante delimitados, de forma que o aprofundamento era específico a eles. Percebi, durante esta pesquisa, o que muitos pesquisadores qualitativos escrevem: não poderia utilizar todas as informações obtidas no estudo, pois a pesquisa qualitativa é tão rica em dados, que o depoimento de cada sujeito mereceria, pelo menos, um livro. Tive que quebrar minha onipotência e utilizar somente os dados, que, no meu entender, já davam conta de abranger os objetivos do estudo.

Tenho, agora, segurança em afirmar que a ergonomia em muito se beneficiará se começar a associar esse método como complemento à sua análise, na abordagem dos fatores que interferem na satisfação do trabalhador, pois este lança luz a aspectos usualmente não contemplados, quando se restringe o discurso dos sujeitos. A dinâmica do Referencial “Holístico-Ecológico” pode servir também como intervenção inicial, em situações de insatisfação, por ajudar os profissionais a refletirem acerca das situações que limitam a sua qualidade de vida e a transcenderem suas limitações.

Na medicina, também, este tipo de pesquisa pode ser útil para melhor compreensão da saúde do ser humano. Além disso, a utilização do Referencial do Cuidado Holístico-Ecológico, no cotidiano do trabalho médico, pode facilitar e potencializar a relação médico-paciente, promovendo melhores condições, para que o médico e o paciente se satisfaçam.

Em relação aos temas emergentes, percebi que o principal significado do desejo de ser médico, no caso dos sujeitos do estudo, foi o altruísmo, como “chamamento interno” (identidade vocacional), e o valor da profissão, como “chamamento externo” (veiculado pelo sistema social, através dos diversos contextos, influenciando desejos coletivos e individuais e, direcionando o jovem para sua identidade ocupacional), representada pela imagem do médico como articulador social, altruísta, com reconhecimento social (prestígio) e financeiro (bom padrão social), e boa qualidade de vida.

Na época da escolha, para a maioria destes adolescentes, a realidade de ser médico era apenas uma abstração, um sonho.

Durante a formação acadêmica, ocorreu a quebra inicial de seus sonhos.

Acredito que os conflitos não ocorram apenas na faculdade de medicina.

Algumas características são comuns à educação universitária, nas diversas áreas do saber, em nossa sociedade, na maioria dos estados brasileiros, e ocorrem também em outros países. Estas peculiaridades favorecem a alienação do estudante e fazem com que a universidade não forneça nem os recursos humanos necessários, nem a formação adequada para atender às necessidades reais do país. BOHOSLAVSKY (1983) cita algumas características deste modelo de educação universitária: a “dessincronia” entre a organização educacional e a estrutura produtiva, que gera a formação de mão de obra que não corresponde às necessidades do país; a fragmentação do saber - resultante de uma dificuldade, ideologicamente determinada, quanto à possibilidade de uma reconstrução conceitual da realidade - que forma especialistas em “fragmentos de realidade”; e o divórcio entre saber e fazer, conhecimento e ação, universidade e realidade.

Por isto, o processo pelo qual o adolescente passa, em sua educação universitária, tende a “tirar-lhe a poesia”, na maioria dos cursos, pela forma de abordagem da realidade.

Durante a formação acadêmica, no caso dos sujeitos do estudo, ficou claro que, o ensino foi transmitido de forma técnica, na maior parte do tempo, em sala de aula ou em ambiente hospitalar, preparando o estudante para o diagnóstico e a cura de doenças, bem como para o combate à morte. Ocorreram conflitos com o desejo de exercer o altruísmo. A vulnerabilidade do estudante foi, usualmente, negada. Não houve espaço para o “ser” e o “sentir”, mas, sim, para o “ter”, o “saber” e, ocasionalmente, o “fazer”. Para dar conta de sobreviver ao curso e alcançar a identidade profissional vislumbrada para o futuro, os sujeitos foram levados a efetivar um processo de “alienação emocional”, que foi mais facilmente tolerado, através do desvio de sua atenção para a eterna sobrevivência a provas, das mais diversas matérias. Esse processo prejudicou sua capacidade de ajudar e cuidar, não só dos “outros”, mas também de si próprios.

Entendo que a combinação de “alienação” emocional, negação da vulnerabilidade individual e formação técnica voltada para a cura tende a fortalecer as fantasias onipotentes do adolescente (usualmente existentes nesta fase de desenvolvimento), resultando no sentimento de prepotência. Em paralelo, o distanciamento do estudante de medicina da comunidade a quem prestará serviços,

desde o início da faculdade, colabora para que ele elabore a visão de pertencer a uma elite e que deverá usar seu “poder do saber” voltado, predominantemente, para as classes sociais mais privilegiadas, afim de obter maior satisfação com o trabalho.

Como resultado final do processo de aprendizado, ao se formar, o aluno está mais individualista e o seu espírito de solidariedade - potencial ímpar do ser humano que deveria ter sido estimulado - tende a estar minimizado.

O aluno vai deixando de reconhecer o “outro” como distinto e passa a considerá-lo como “diferente”, não o concebendo como importante para o seu crescimento pessoal, mas, sim, para seu crescimento individual profissional. Isto, comumente, tem conseqüências em todos os aspectos relacionais, desde o seu relacionamento com os pacientes até os outros relacionamentos de sua vida.

Manifesta-se também no ambiente de trabalho, como dificuldade em ficar feliz com o sucesso do outro e de trabalhar em equipe, assim como através de disputas de poder e exacerbação da competição entre os profissionais. Esses fatores foram citados pelos sujeitos como prejudiciais para sua satisfação com o trabalho.

Ainda, a faculdade não preparou os sujeitos para a realidade concreta do mercado do trabalho. Na opinião de SANSONI (2001, p. 10), na formatura, o estudante sai “com o diploma na mão, vaidade no cérebro e alheio ao mundo selvagem da concorrência (...)”.

Depois de formados, os sujeitos confrontam-se com o sistema público de saúde, que lhes apresenta uma realidade de trabalho não imaginada, na qual há falta de infra-estrutura para o atendimento, excesso de pacientes e baixa remuneração. Esta última, de certa forma, confirma a visão de que os médicos que se dedicam mais à comunidade não têm o mesmo valor que os médicos que atendem em consultório.

No dia-a-dia, pode-se observar a convivência da potência com a impotência.

A potência é sentida pelos sujeitos, em vários momentos: ao se sentirem competentes; ao serem reconhecidos social, financeira ou intelectualmente; ao desenvolverem relações inter-pessoais satisfatórias; e ao lutarem para melhorar os diversos sistemas sociais.

A impotência emerge frente a situações em que os sujeitos sentem suas limitações psicológicas para lidar com o envolvimento com outros seres humanos no

exercício profissional (a relação médico-paciente-responsáveis, no cotidiano, no sofrimento e na morte do paciente). Também ocorre na realidade concreta que vivenciam que é permeada pela desvalorização profissional, na qual os médicos são pouco reconhecidos, tanto social como financeiramente.

Muitas vezes, os salários, para eles, não justificam o investimento na profissão: há profissionais trabalhando em hospitais públicos, cujo salário é de seiscentos Reais (aproximadamente trezentos dólares; equivalente a 3,3 Salários Mínimos, vigente em abril de 2001), e há professores médicos universitários, cujo salário é de quatrocentos Reais (aproximadamente duzentos dólares; equivalente a 2,2 Salários Mínimos, vigente em abril de 2001). Por isso, foi tão constante e veemente no discurso dos sujeitos o comentário que, no hospital ou instituição públicos, já fazem sua parte de doação ou filantropia.

Todos esses aspectos confrontam-se com a imagem do médico, veiculada no passado, pelos sistemas sociais.

Neste contexto, para alcançar a imagem idealizada no passado, muitos sujeitos acabaram por entrar na “roda viva” do tempo e não têm tempo para viver outras dimensões da vida, que não a do trabalho, resultando em qualidade de vida deficiente.

Os desejos de reconhecimento e boa qualidade de vida continuam, então, sendo perseguidos por muitos sujeitos entrevistados, e adiados para o futuro.

Poucos transcenderam suas limitações com o trabalho e, ao invés de, encararem o futuro como esperança abstrata, concretizam, no presente, seus projetos.

Resgatando BOHOSLAVSKY (1987) e FANTINO (1983), que salientavam como, em nossa sociedade, na transmissão do universo simbólico vocacional do “mundo do trabalho”, passa-se a idéia de que a real felicidade ocorrerá a partir do ingresso do ser humano neste “mundo”; e que o adolescente, na escolha da profissão, visa a sua realização pessoal, à felicidade e à alegria de viver, tendo em mente o que quer chegar a ser no futuro, questiono: “Será que, revendo no presente, a expressão de seus desejos profissionais do passado (quando ainda eram adolescentes), os médicos entrevistados estão felizes e têm alegria de viver?”.

Creio que não. Entendo que muitos sujeitos entrevistados ainda estão buscando a felicidade idealizada ao se tornarem médicos. Alcançaram sua identidade profissional e são médicos competentes. Entretanto, não obtiveram a expressão dos significados de reconhecimento nem de boa qualidade de vida que a sociedade lhes “prometeu”. Têm trabalhado, de forma intensiva, alienando-se de sua alegria de viver. Vivem para trabalhar, ao invés de trabalharem para viver.

Parece que a representação social de que, a partir do trabalho, aqueles adolescentes encontrariam a real felicidade, reforça seu ímpeto em serem “trabalhadores intensivos”, à procura da imagem de tal felicidade. Assim, apesar de sentirem que o tempo os “comprime”, não têm conseguido sair da “armadilha que a profissão lhes armou”.

Entre as estratégias elaboradas pelos sujeitos que não vêem o futuro como esperança “abstrata” e que se sentem felizes, no presente, foram citadas: o “cuidar de si próprio”, através de, investimento em tempo para as relações sociais consideradas essenciais para eles, como o relacionamento com a família e amigos - investimento na qualidade de vida ou no desenvolvimento pessoal (inclusive o resgate dos desejos profissionais dos passado) e/ou profissional; o “cuidar do outro”, através do aperfeiçoamento das relações inter-pessoais e da interação com o paciente e seus responsáveis, de forma mais aprofundada (como por exemplo, a abordagem do “cuidado” médico); e o “cuidar dos outros”, através da luta por melhores condições de saúde, nos diversos sistemas sociais (a classe médica, os grupos minoritários, a comunidade e o Estado).

Estes caminhos apontam, de maneira geral, para o resgate da dimensão humana de inter-relacionamento e do espírito de solidariedade, que requerem que o ser humano volte a envolver-se mais com os “outros” e com o mundo que o circunda. Infelizmente, a evolução científico-tecnológica, priorizada no mundo ocidental, tem esquecido que seu principal objetivo deveria ser a felicidade do ser humano.

As informações ficaram mais acessíveis, as distâncias estão “mais curtas”, as máquinas e a tecnologia diminuíram o esforço humano e promoveram a descoberta

de soluções para limitações, tais como a doença. O ser humano, todavia, parece estar ficando isolado, infeliz, sonhando em poder resgatar-se em outras dimensões de sua vida que não sejam a dimensão do trabalho.

É inegável que a ciência tem contribuído, em muito, para o desenvolvimento científico de nossa sociedade. É maravilhoso, graças a esta ciência, podermos usufruir dos avanços tecnológicos. Mas, além de compreendermos “para que servem seus avanços”, talvez, devêssemos começar a questionar, no dia-a-dia, “para quem esses avanços estão servindo”.

Já em 1940, Aléxis Carrel (CARREL, 1940, p. 35) escrevia:

O meio que a ciência e a técnica conseguiram desenvolver a favor do homem não nos convém, porque foi construído ao acaso, sem suficiente conhecimento da natureza dos seres humanos e sem preocupação com a sua verdadeira realidade. (...) As aplicações das descobertas científicas transformaram o nosso mundo material e mental. Tais transformações influenciam-nos profundamente. O seu caráter nefasto deriva de terem sido feitas sem consideração por nós. (...) O homem devia ser a medida de tudo. E, afinal, é um estrangeiro no mundo que criou (...). O meio construído pela nossa inteligência e pelas nossas invenções não se ajusta nem à nossa estatura nem à nossa forma. Nele, sentimo-nos infelizes (...). Só um conhecimento muito mais profundo de nós próprios pode dar remédio a este mal.

ARENDT, em 1958, chamava atenção para “o que, nós, seres humanos, estamos fazendo com nosso mundo”. Advertia que o mesmo desejo que o ser humano teve de criar um mundo artificial, tem-se traduzido pelo desejo de criar vida artificial (em proveta) ou de mantê-la, de forma artificial. Segundo a autora, o homem futuro, como que “motivado por uma rebelião contra a própria existência”, quer trocar o “dom da vida feita do nada”, por uma produzida por ele. A autora ressaltava que a era moderna está “glorificando o trabalho” e, com isso, transformando toda a sociedade em uma sociedade de operários, que já não conhece outras atividades superiores, como o sentir, o contemplar e o refletir. Salientava a alienação do ser humano do próprio mundo em que ele vive (o planeta Terra) e seu tremendo poder destruidor.

ARENDT conclamava, já nessa época, a retomada das relações humanas para o encontro da felicidade de viver, afirmando que “a ação dos cientistas, que intervêm com a natureza, do ponto de vista do universo, e não com a textura das relações humanas, não tem o caráter revelador da ação, nem a capacidade de produzir histórias e tornar-se histórica- caráter e capacidade que, juntos, constituem

a própria fonte do sentido que ilumina a existência humana” (ARENDDT, 2000, p. 337).

Confirmando a “sociedade operária”, vimos, em muitos médicos entrevistados, essa “corrida contra o tempo”, essa “angústia” em se “sentir como robôs” ou “comprimidos pelo tempo”, esse “*stress*” e, o sonho adiado para o futuro, de começar a cuidar mais de si, de compartilhar mais momentos com a família e de viajar. Poucos sujeitos se deram conta de sua real necessidade de viver, mais intensamente, as outras dimensões de suas vidas e de começarem a “fazer o tempo”, para se sentirem mais felizes.

Temo-nos afastado tanto da preocupação com as relações humanas que chega a ser caricatural, o termo que tem sido utilizado para o resgate do enfoque do ser humano na medicina: medicina humanizada ou humanística. Uma ciência que visa ao cuidado do ser humano, tentando resgatar a humanidade no seu procedimento. Mas, o pior é perceber que o termo faz total sentido, se observarmos quão técnica a medicina se tornou.

É quase inconcebível imaginar que, para estudar o ser humano, tenhamos as áreas de ciências humanas, ciências da saúde e ciências sociais, as quais não se comunicam entre si e formam seus especialistas. Felizmente, alguns médicos ainda expressam seu desejo de saber mais sobre o ser humano, através da psicologia, filosofia, antropologia ou das ciências políticas.

Na ergonomia, pela dificuldade de objetivar, de forma mais “científica”, a subjetividade dos sujeitos, tende-se a ignorá-la. O que se objetiva na ergonomia cognitiva é compreender o psicológico, para desvendar o mecanismo da “máquina” humana, “a caixa preta” do cérebro. Tentamos excluir a subjetividade do ser humano, para desenvolver a parte técnico-científica.

Mas, aonde iremos chegar, se não considerarmos como vamos lidar com toda essa produção científica? Precisamos utilizar o técnico, mas também desenvolver, o humano, para termos segurança de um futuro viável para as próximas gerações.

A medicina poderia considerar a doença como uma oportunidade dos seres humanos para retomarem suas vidas, através de mudanças em suas atitudes. Mas, é difícil pensar-se assim, quando a atitude de viver mais plenamente não é

compartilhada pela sociedade em que vivemos, sendo, portanto, difícil ser incorporada por nós.

SILVA (1994, p. 127) citou Buda, que afirmava que “se aceitarmos quatro contingências inevitáveis que a vida nos apresenta - a dor ou o sofrimento, a doença, a velhice e a morte - poderemos dedicarmo-nos a desfrutá-la com humildade, amor e bem-estar”.

O autor demonstra a importância da compreensão da sociedade para o significado do adoecer, e refere diversas investigações que comprovam o poder patogênico da impotência psicológica, da desesperança e do medo da separação, do isolamento e ostracismo, que o ser humano pode vivenciar como um “não ser”, um “deixar de ser”, alienando-se de si mesmo. Critica a sociedade individualista em que vivemos. DUBOS, citado por SILVA (1994, p. 133), menciona que

O Estado moderno se baseia no pressuposto que a felicidade é mais acessível, se nos sentimos livres de toda necessidade e todo esforço, quando o testemunho da vida, em todo mostruário da evolução, nos ensina que a vida implica em luta... e aventura (...). Para muitos, a vida, no mundo atual, resulta em uma experiência passiva ou bem uma luta solitária, cujas feridas se refletem não só nos vasos sanguíneos de nosso cérebro e de nossos corações, mas também em nossa perda de esperança.

Evidencia-se que temos sofrido pela perda do nosso potencial de expressão de “ser” humano no mundo capitalista e tecnológico, trocando-o pelo “fazer” humano e pelo “ter”. E, em pleno ano de 2001, na virada do século, percebemos que o que mais falta, atualmente, nos seres humanos, é sua própria humanidade.

Há tempo de começarmos a repensar nossos objetivos, como seres humanos e profissionais que lidam com outros seres humanos. Na ergonomia e na medicina, assim como em outras áreas de saber, precisamos resgatar a formação dos estudantes, unindo ciência à arte, e rever a nossa atuação e as nossas atitudes perante a ciência, o trabalho, os seres humanos e a vida.

A partir do que emergiu através do processo deste estudo, pontuo algumas **sugestões** que, a meu ver, poderão colaborar com os profissionais em seu trabalho e em sua qualidade de vida, bem como temas para investigações futuras.

- ❖ Em relação à Ergonomia:
 - A abordagem qualitativa, utilizando princípios do Referencial Holístico-Ecológico, poderia ser associada à Análise Ergonômica do Trabalho. Esta facilita o levantamento de aspectos subjetivos que possam estar interferindo na satisfação do ser humano com seu trabalho; e pode trazer subsídios para elaboração de estratégias em prol da melhora da qualidade de vida do ser humano, no trabalho e em outras dimensões de sua vida.
 - A abordagem referida pode ser empregada como estratégia inicial de abordagem, em situações de trabalho, onde haja conflitos, tornando-se instrumento de investigação para melhor compreensão de tais conflitos e dos recursos disponíveis para mudá-los. Além disto, a própria investigação torna-se uma intervenção, visto que surte efeito por possibilitar aos trabalhadores falarem e repensarem suas limitações e elaborarem, em paralelo ao pensar, estratégias individuais e coletivas para transcender os conflitos emergentes.

- ❖ Em relação ao profissional médico, algumas intervenções poderiam ajudar a diminuir seu sofrimento no trabalho, tais como:
 - Oferecer cursos de educação continuada em psicologia, voltado para profissionais médicos, com o objetivo de acrescentar mais subsídios à prática do trabalho médico. A abordagem da dimensão psíquica do médico no trabalho pode colaborar para que ele lide melhor com, ou até mesmo supere suas limitações - frente ao envolvimento com o paciente e seus responsáveis e ao seu dia-a-dia – e promova sua qualidade de vida e a interação com os colegas de trabalho e a equipe de saúde;
 - Promover palestras ou encontros para troca de experiências entre os profissionais que já praticam a abordagem do “cuidado” no relacionamento com o paciente e os que não a praticam;

- Divulgar o Referencial do “Cuidado Holístico-Ecológico” na prática da medicina, como forma de melhorar a abordagem da relação médico-paciente;
- Promover oportunidades, através de cursos de curta duração, seminários, encontros de grupo e outros tipos de reuniões, para facilitar a elaboração de soluções para situações de conflito, expostas de forma verbal (discussão e/ou reflexão) e não verbal (psicodrama, outros tipos de vivência e/ou reflexão) para:
 - * conscientização do médico de sua necessidade de investir também em sua qualidade de vida (criar espaços de tempo para cuidar de si próprio e dos “outros significativos” para ele);
 - * sensibilização dos profissionais que lidam com a saúde, em especial, os médicos, para aumento do espírito de solidariedade, visando à melhora do ensino e da atuação na área da saúde, à maior interação entre os membros da equipe de saúde, ao melhor atendimento à população e à luta mais efetiva pela melhora da saúde da população, à união da classe médica na luta por maior valorização profissional, bem como por maior igualdade entre os seres humanos e por um mundo melhor.
- ❖ Em relação à formação do estudante de medicina, lanço algumas propostas, objetivando ao ensino médico: a união da ciência à arte; a abordagem da saúde do ser humano, da comunidade e da realidade brasileira, de forma mais ampla; maior aproximação entre saúde física, mental e social; o preparo do profissional para a realidade concreta do trabalho que irá vivenciar; melhor abordagem da salubridade psicológica do estudante e do futuro profissional médico. Alguns cursos de medicina, no Brasil e em outros países, elaboraram mudanças no currículo, neste sentido. Entre os modelos brasileiros, pode-se citar o da Universidade de São Paulo (USP), descrito por MILLAN (1997), e o da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ), descrito por MUNIZ &

CHAZAN (1992). Entre as alterações curriculares que facilitariam mudanças, sugiro:

- Revisão da carga teórica e de seus conteúdos no currículo médico, bem como sua redução, em prol do aumento da carga prática;
- Ensino de outras visões da saúde do ser humano, transmitidas pelas diversas áreas do saber, como filosofia, pedagogia, psicologia, antropologia e sociologia;
- Ensino de noções sobre o mercado de trabalho e de gerenciamento e administração da saúde, onde deverão ser abordados também os custos dos medicamentos e procedimentos médicos;
- Ensino de noções básicas de informática e métodos de busca e seleção de informações. A partir de então, os professores devem fornecer estímulo para que os alunos, ao invés de receberem informações, de forma passiva, passem a buscá-las, de forma ativa;
- Inclusão, de forma mais efetiva, da medicina social, durante todo o curso de medicina, sendo que a prática do estudante, junto à comunidade, coordenada pela Saúde Pública, poderia ocorrer, no início da faculdade, aprendendo, em paralelo à teoria, a realizar procedimentos de primeiros socorros e a compreender os determinantes da saúde e da doença na comunidade. O estudante seria estimulado, em seu aprendizado, a conhecer a realidade da comunidade na qual estivesse inserido, a discutir sobre a realidade brasileira e a trabalhar junto com a equipe de saúde;
- Inclusão da dimensão psicológica no currículo, não só na parte teórica, mas também na assessoria da atividade prática. O ensino de psicologia pode sensibilizar o aluno em relação a seus aspectos psicológicos (motivações conscientes e inconscientes para o desejo de ser médico e significados que estes representam, bem como de aspectos inerentes à sua estrutura de personalidade) e a assessoria, de forma contínua, à

dimensão psicológica do estudante, pode propiciar a discussão, reflexão de crises e superação de conflitos vivenciados. Desta forma, reassegure-se a identidade do jovem, para que ele aprenda a cuidar melhor de si próprio e dos “outros”, mantendo o equilíbrio entre o “lógico” (racional) e o “psicológico” (emocional). Nos primeiros anos de aprendizado, o estudante deveria também, entrar em contato com doentes internados, colher suas histórias de vida, de forma aprofundada, e refletir junto com eles sobre sua vida e o processo de sua doença (sempre assessorados pela equipe de saúde);

- Divulgar e ensinar o referencial do “cuidado”, como forma de melhorar a abordagem da relação médico-paciente.

❖ Em relação à pesquisa:

- O método qualitativo e, em especial, a abordagem “Holístico-Ecológica” deveriam ser mais utilizados, nas áreas do saber, cujo foco seja o ser humano e, também, em outras áreas do saber, de forma que a ciência possa aliar à construção dos conhecimentos, o interesse e a subjetividade do ser humano e a complexidade da realidade.

- Na área médica:

- * A medicina deveria começar a adotar o método qualitativo em suas pesquisas, que aliado ao quantitativo, poderá trazer benefícios para o médico, o estudante ou médico residente, o paciente e a sociedade;

- * Alguns tipos de estudo poderiam ser realizados com estudantes de medicina, médicos residentes e outros médicos (com mais tempo de formação), com o objetivo de avaliar a situação atual do ensino e do exercício da profissão e guiar propostas de intervenções futuras. Entre estudos de interesse, estaria investigar:

- ★ os sentimentos, as atitudes e expectativas dos estudantes e residentes durante o processo de formação médica;
- ★ as repercussões da morte sobre o estado emocional dos estudantes e profissionais;
- ★ a abordagem da relação médico-paciente, pelo estudante e pelos profissionais nos diversos contextos que a eles se apresentem (atendimento ambulatorial, em consultório, hospitalar e na comunidade) e com os diversos tipos de pacientes em acompanhamento de saúde ou de agravos de saúde (portadores de doenças agudas ou crônicas, de gravidade variável ou que necessitem cirurgia ou intervenções). A pesquisa de MORAES (2001) deu valiosa colaboração para a compreensão dos fenômenos emocionais envolvidos na prática médica, durante o parto, com foco na relação residente-parturiente;
- ★ a qualidade de vida do estudante, comparando-a com a sua qualidade de vida, antes da faculdade;
- ★ a qualidade de vida do médico residente, antes, durante e após o término de sua formação.
- ★ a qualidade de vida do médico, em diversas épocas, após sua formação;
- ★ a visão do estudante, do recém-formado e do residente sobre a sua formação e sua visão sobre outras possibilidades de abordagem durante a formação;
- ★ as atitudes dos alunos e médicos formados através do currículo clássico do ensino biomédico tradicional, e as atitudes dos formados em faculdades com outro tipo de abordagem, como a Universidade de São Paulo e a Universidade Estadual do Rio de Janeiro.

Depois de amanhã terei a pose pública que amanhã estudarei.
Depois de amanhã serei finalmente o que hoje não posso nunca ser.

Só depois de amanhã...

Tenho sono como o frio de um cão vadio.

Tenho muito sono.

Amanhã te direi as palavras, ou depois de amanhã...

Sim, talvez só depois de amanhã...

O porvir...

Sim, o porvir...

NOTAS

1. Pensamento de Brihadaranyaka Upanishad IV, 4.5 citado por CHOPRA (1994, p. 5).
2. “Caminhante, tuas pegadas são o caminho, nada mais. Caminhante, não há caminhos; faz-se caminho ao caminhar”. Composição de Antonio Machado citada por BOHOSLAVSKY (1987, p. 27).
3. BORDIEU (2000, p. 42).
4. Pensamento de Jean-Yves Leloup, citado por CREMA (1995, p. 124).
5. Estrofe da música “Aquarela”, cantada por TOQUINHO (1998).
6. Estrofe do poema: “Da primeira vez em que assassinaram” de Mário Quintana (QUINTANA, 1994, p. 26).

Da vez primeira em que me assassinaram
 Perdi um jeito de sorrir que eu tinha...
 Depois, de cada vez que me mataram,
 Foram levando qualquer coisa minha...

E hoje, dos meus cadáveres, eu sou
 O mais desnudo, o que não tem mais nada...
 Arde um toco de vela, amarelada...
 Como o único bem que me ficou!

Vinde, corvos, chacais, ladrões da estrada!
 Ah! Desta mão, avaramente adunca,
 Ninguém há de arrancar-me a luz sagrada!

Aves da Noite! Asas do Horror! Voejai!
 Que a luz, trêmula e triste como um ai,
 A luz do morto não se apaga nunca!

7. Fernando Pessoa, 1976, p. 134 [Ficções do Interlúdio/2 – Odes de Ricardo Reis (pseudônimo)].

8. Estrofe da música "Atlântida", de autoria de Rita Lee e Roberto de Carvalho, cantada por Ná Ozzetti (OZZETTI, 1996).
9. Fernando Pessoa, 1985, p. 139-140 [Poemas de Álvaro de Campos (pseudônimo)].

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABBAGNANO, Nicola. **Dicionário de filosofia**. 2. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1998.
- ALVES, Rubem. **O Retorno e terno**. Campinas, SP: Speculum, 1992.
- _____. **Entre a ciência e a sapiência: o dilema da educação**. São Paulo: Edições Loyola, 1999.
- ARENDT, Hannah. **A condição humana**. 10. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2000.
- BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Lisboa, Portugal: edições 70, 1977.
- BARROSO, Fernando Luiz. O paciente e seu cirurgião. In MELLO FILHO, J. (Org.). **Psicossomática hoje**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.
- BERGER, Peter; LUCKMANN, Thomas. **A construção social da realidade: tratado de sociologia do conhecimento**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1998.
- BOFF, Leonardo. **O despertar da águia: o dia-bólico e o sim-bólico na construção da realidade**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1998.
- _____. **Ecologia: grito da terra, grito dos pobres**. São Paulo: Ática, 1995.
- BOGDAN, Roberto C.; BIKLEN, Sari K. **Investigação qualitativa em educação: uma introdução à teoria e aos métodos**. Porto, Portugal: Porto Editora, 1994.
- BOHOSLAVSKY, Rodolfo. **Vocacional: teoria, técnica e ideologia**. São Paulo: Cortez, 1983.
- _____. **Orientação vocacional: a estratégia clínica**. São Paulo: Martins Fontes, 1987.
- BORDIEU, Pierre. **O poder simbólico**. 3. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2000.
- CAMPUZANO FILHO, Manuel. El riesgo de morir. In: VIVEROS, M. G. (Org.). **Medicina y sociedade**. México: Fondo de Cultura Económica, 1994.
- CARREL, Aléxis. **O homem, esse desconhecido**. Porto: Educação Nacional, 1940.
- CERDEÑO, Arturo Fernández. Patología de la relación médico-paciente. In: VIVEROS, M. G. (Org.). **Medicina y sociedade**. México: Fondo de Cultura Económica, 1994.

CHAUÍ, Marilena. Laços do desejo. In: **O desejo**. NOVAES, A. (Org.). 4. ed. São Paulo: Companhia das Letras, 1995.

_____. **Convite à filosofia**. 11. ed. São Paulo: Ática, 1999.

CHOPRA, Deepak. **As sete leis espirituais do sucesso**: um guia prático para a realização de seus sonhos. 13. ed. São Paulo: Círculo do Livro; 1994.

CLAUVREL, Jean. **A ordem médica**: poder e impotência do discurso médico. São Paulo: Brasiliense, 1983.

CODA, Roberto. **Satisfação no trabalho e características das políticas de recursos humanos para executivos**. São Paulo, 1986. 155 f. Tese (Doutorado em Economia e Administração), Universidade de São Paulo.

CODO, Wanderley. Um diagnóstico do trabalho (em busca do prazer). In: **Coletâneas da ANPEPP**, Associação Nacional de Pesquisa e Pós-Graduação em Psicologia. Trabalho, organizações e cultura. TAMOYO, A.; BORGES-ANDRADE J. E.; CODO, W. (Org.). PUC-RG do Sul, v.1, n.11, p. 36-55, Out/1996.

CREMA, Roberto. A abordagem holística: integração do método analítico e sintético. In: BRANDÃO, D. M. S.; CREMA, R. **O novo paradigma holístico**: ciência, filosofia, arte e mística. São Paulo: Summus, 1991.

_____. **Saúde e plenitude**: um caminho para o ser. São Paulo: Summus, 1995.

DA ROS, Silvia Zanatta. **Pedagogia materna e relações sociais**. Florianópolis: Editora da UFSC, 1997.

DEJOURS, Cristophe. **A loucura do trabalho**: estudo de psicopatologia do trabalho. 5. ed. São Paulo: Cortez-Oboré, 1992.

DEMO, Pedro. **Metodologia científica em ciências sociais**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1995.

DOISE, Willem. Les representations sociales: definition d'un concept. In: DOISE, W. & PALMONARI, A. (Org.). **L'étude des representations sociales**. Paris: Delachaux & Niestlé, 1986.

DONNANGELO, Maria Cecília Ferro. **Medicina e sociedade**: o médico e seu mercado de trabalho. São Paulo: Pioneira, 1975.

DUNNING, Arend J. Status of the doctor – present and future. **The Lancet**, Londres, v. 354, p. SIV 18, dez. 2000

EKSTERMAN, Abram. Fatores iatrogênicos na relação médico-paciente. **Jornal Brasileiro de Medicina**, v. 15, p. 414-421. 1968.

FANTINO, Ana Maria C. Um aspecto social da orientação vocacional: prestígio e escolha de cursos. In: BOHOSLAVSKY, R. (Org.). **Vocacional: teoria, técnica e ideologia**. São Paulo: Cortez, 1983.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Novo dicionário da língua portuguesa**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975.

FOUCAULT, Michel. **O nascimento da clínica**. 5. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1998.

FROMM, Erich. **Ter ou ser?** 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1987.

GODOY, Arilda Schmidt. Pesquisa qualitativa: tipos fundamentais. **Revista de administração de empresas/EAESP/FGV**, São Paulo, v. 35, n. 3, p. 21-29, mai/jun. 1995.

GRAMSCI, Antonio. **Concepção dialética da história**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1981.

GUARESCHI, Pedrinho. Alteridade e relação: uma perspectiva crítica. In: ARRUDA, A. (Org.). **Representando a alteridade**. Petrópolis: Vozes, 1998.

HAGUETTE, Teresa Maria Frota. **Metodologias qualitativas na sociologia**. 6. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 1999.

HELLER, Ágnes. **Sociologia de la vida cotidiana**. Barcelona: Ediciones Península, 1991.

JORGE, Marco Antonio Coutinho. Discurso médico e discurso psicanalítico. In: CLAUVREL, J. **A ordem médica: poder e impotência do discurso médico**. São Paulo: Brasiliense, 1983.

JOVCHELOVITCH, Sandra. Re(Des)cobrimdo o outro. In: ARRUDA, A. (Org.). **Representando a alteridade**. Petrópolis: Vozes, 1998.

LAJONCQUIÈRE, Leandro de. **De Piaget a Freud: para repensar as aprendizagens. a (psico)pedagogia entre o conhecimento e o saber**. 6. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 1992.

MACHADO, Maria Helena. **Os médicos no Brasil: um retrato da realidade**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997.

MALDONADO, Maria Teresa. A ilusão da onipotência na relação médico-paciente. **Revista Femina**, Rio de Janeiro, n. 6, p. 324-331. 1978.

MARTIN-BARÓ, Ignácio. **Accion e ideologia: psicologia social desde Centroamérica**. 2. ed. El Salvador: UCA Editores, 1985.

MARX, Karl; ENGELS, Friedrich. **A ideologia alemã**. São Paulo: Grijolbo, 1977.

MELEIRO, Alexandrina Maria Augusto da Silva. **O médico como paciente**. São Paulo: Lemos-Editorial, 2001.

MILLAN, Luiz Roberto. A saúde mental do estudante de medicina. **Revista Brasileira de Medicina Psicossomática**, São Paulo, v. 3, n.1, p. 133-140. 1997.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; SANCHES, Odécio. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade? **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 3, n 9, p. 239-248. 1993.

_____. Ciência, técnica e arte: o desafio da pesquisa social. In: MINAYO, M. C. S. (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1994.

_____. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 6. ed. São Paulo: Abrasco, 1999.

MORAES, Maria Helena Cruz de. **Os fenômenos emocionais envolvidos na prática médica durante o parto: um estudo da interação médico residente-parturiente**. Florianópolis, 2001. 201 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia da Saúde, Linguagem e Meio Ambiente) – Curso de Psicologia, Universidade Federal de Santa Catarina.

MORIN, Edgar. Complexidade e ética da solidariedade. In: CASTRO, G.; CARVALHO, E. A.; ALMEIDA, M. C. (Org.). **Ensaio de complexidade**. Porto Alegre: Sulina, 1997.

MOSCOVICI, Serge. **A representação social da psicanálise**. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.

MUNIZ, José Roberto & CHAZAN, Luis Fernando. Ensino de psicologia médica. In NEIVA, K. M. C.. **Entendendo a orientação profissional**. São Paulo: Paulus, 1995.

OSTROWER, Fayga. A fonte do desejo em Goya. In: **O desejo**. NOVAES, A (Org.). 4. ed. São Paulo: Companhia das Letras, 1995.

OZZETTI, Ná. Atlântida. LEE, Rita & CARVALHO, Roberto In: **Love Lee Rita: Dabliú** Produções Artísticas e Culturais, (P) 1996. 1 CD (ca 46' 75). Faixa 1 (3'28). Remasterizado em digital.

PATRÍCIO, Zuleica Maria. **A dimensão felicidade-prazer no processo de viver saudável: uma questão bioética numa abordagem holístico-ecológica**. Florianópolis, 1995. 215 f. Tese (Doutorado em Filosofia da Saúde/Enfermagem) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina.

_____. **Ser saudável na felicidade- prazer: uma abordagem ética e estética pelo cuidado holístico-ecológico.** Pelotas: Editora Universitária/UFPel, 1996.

_____. CASAGRANDE Jacir L. A busca de satisfação no processo e no produto viver: a qualidade de vida do trabalhador na complexidade das interações do cotidiano. In: PATRÍCIO, Z. M.; CASAGRANDE, J., L; ARAUJO, M. F. (Org.) **Qualidade de vida do trabalhador: uma abordagem qualitativa do ser humano através de novos paradigmas.** Florianópolis: Ed. do autor, 1999.

_____. CASAGRANDE J. L.; ARAUJO, M. F. (Org.). **Qualidade de vida do trabalhador: uma abordagem qualitativa do ser humano através de novos paradigmas.** Florianópolis: Ed. do autor, 1999.

PÉCORA, Antonio Alcir Bernárdez. O Desejado. In: **O desejo.** NOVAES, A. (Org.). 4. ed. São Paulo: Companhia das Letras, 1995.

PESSOA, Fernando 1888-1935. **Ficções do interlúdio/2: Odes de Ricardo Reis/3: Para além do outro oceano de C(oielho) Pacheco.** Rio de Janeiro: Nova Aguilar, 1976.

_____. **Poemas.** BERARDINELLI, C. (Org.). 16. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985.

PY, Ligia. **Testemunhas vivas da história.** Rio de Janeiro: NAU, 1999.

QUINTANA, Mário. **Os melhores poemas de Mário Quintana.** CUNHA, F. (Org.). 8. ed. São Paulo: Global, 1994.

RINALDI, Sandra. Práxis na medicina- parte II: aos meus pacientes, meus maiores mestres. **Pediatria Dia a Dia,** Florianópolis, ano 3, n. 13, p. 14-15, mar./abr. 2000.

ROCCO, Rodolpho Paulo. Relação estudante de Medicina-paciente. In: MELLO FILHO, Júlio (Org.). **Psicossomática hoje.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

ROGERS, Carl; ROSEMBERG, Rachel. **A pessoa como centro.** São Paulo: EPV, EDUSP, 1977.

RUI, Don Miguel. **Os quatro compromissos.** São Paulo: Best Seiler, 2001.

SANSONI, Renzo. Esculápios no chão. **Revista do CREMESC,** Florianópolis, n 77, p. 10, jan./ fev. 2001.

SCHWARTZ, Yves. Ergonomie, philosophie et exterritorialité. In: DANIELLOU, F. (Org.). **L'ergonomie en quête de ses principes. débats épistemologiques.** Toulouse, France : Octares Éditions, 1996.

SILVA, Jorge. El enfermar del ser humano. In: VIVEROS, M. G. (Org.). **Medicina y sociedade.** México: Fondo de Cultura Económica, 1994.

SOARES, Carlos Ernani Rosado. Humanização da Medicina. **Anais da Academia Nacional de Medicina**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 159, p. 53-59. 1999.

SOARES, Dulce Helena Penna; KRAWULSKI, Edite. O desenvolvimento de novas técnicas em orientação profissional no LIOP - Laboratório de Informação e Orientação Profissional. In: LASSANCE, M. C. P. **Técnicas para o trabalho de orientação profissional em grupos**. Porto Alegre: Ed. Universidade, 1999.

SPINOZA. **Ética**. São Paulo: Atena Editora, 1955.

TOQUINHO. Aquarela. TOQUINHO; MORAES, V.; MORRA, G; FABRÍZIO, M. In: **Millennium Toquinho & Vinícius**: PolyGram, (P) 1998. 1 CD (20' 64). Faixa 2 (4'15). Remasterizado em digital.

TRIVIÑOS, Augusto Nivaldo Silva. **Introdução à Pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1987.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA. Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção. **Ergonomia - Pesquisa**. Disponível em: <http://www.eps.ufsc.br/catalogo/erg/linha.htm>. Florianópolis, 1997.

VIDELA, Mirta. **Prevención**. 4. ed. Buenos Aires: Ediciones Cinco, 1998.

WAITZKIN, Howard. **Uma visão marxista sobre o atendimento médico**. São Paulo: Avante, 1980.

ZAIDHAFT, Sérgio. **Morte e formação médica**. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1990.

ZEFERINO, Luis Carlos. Prefacio. In: REZENDE, V. L. **Reflexões sobre a vida e a morte: abordagem interdisciplinar do paciente terminal**. Campinas, SP: Editora da Unicamp, 2000.

ZELDIN, Theodore. **Uma história íntima da humanidade**. São Paulo: Record, 1996.

ANEXOS

ANEXO 1**Formulário de Entrevista**

Entrevista nº: _____

___ Encontro

Local: _____

Participante (codinome) _____

Data: _____

Horário: _____

1. Características dos sujeitos

Sexo: _____

Local de Nascimento: _____

Idade: _____ anos

Procedência: _____

Estado Civil: _____

Número de filhos: _____

Tempo de formado: _____ anos

Locais de trabalho: _____

Horários e rotina de trabalho: _____

Questões norteadoras:

1. Como apareceu a idéia de ser médico?
2. O que é ser médico para você?
3. Como você compara sua realidade profissional com a que você imaginou que seria?
4. Com está a sua satisfação com sua realidade profissional?

ANEXO 2

Modelo de carta de apresentação para os médicos

Florianópolis, ____ de _____ de 2000

Eu, Suely Grosseman, professora de Pediatria da Universidade Federal e doutoranda no Curso de Pós-Graduação em Engenharia de Produção, venho por meio desta, solicitar sua participação em meu estudo.

O estudo visa compreender a relação entre os desejos profissionais do médico e a sua satisfação no trabalho.

A pesquisa será do tipo qualitativa e para a coleta de dados, utilizarei entrevista semi-estruturada.

O seu nome e todos os dados serão mantidos em sigilo e só serão divulgados após o seu consentimento. Comprometo-me a seguir os aspectos éticos: respeitar a liberdade de escolha em participar da pesquisa, dando-lhe o direito de desistir a qualquer momento; manter sigilo quanto à sua identidade, pedindo à você que escolha um nome fictício e utilizando o conteúdo das informações coletadas de maneira sigilosa; e, não publicar informações coletadas que não forem do seu consentimento.

Espero que ao final da pesquisa, tenhamos uma melhor compreensão do significado do mundo do trabalho em nossas vidas.

Atenciosamente,

Suely Grosseman

ANEXO 3**Modelo de Termo de Consentimento Informado**

Florianópolis, ____ de _____ de 2000

Eu , Suely Grosseman, doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção, venho por meio desta solicitar sua participação no estudo: **Satisfação no Trabalho: do desejo à realidade ser médico**. Comprometo-me a: seguir os aspectos éticos no sentido de respeitar a liberdade de escolha em participar da pesquisa, dando-lhe o direito de desistir a qualquer momento; manter sigilo quanto à identidade dos participantes devendo os mesmos escolher um nome fictício; utilizar o conteúdo das informações coletadas de maneira sigilosa e não publicar informações coletadas que não forem do seu consentimento.

Suely Grosseman

Eu, _____,
concordo em participar de forma livre e espontânea no estudo "Satisfação com o Trabalho: do desejo à realidade de ser médico", estando ciente da sua proposta conforme carta de apresentação.

Participante da pesquisa

ANEXO 4

Exercício de Análise - Reflexão- Síntese

SUJEITO (SEXO) ESPECIALIZAÇÃO	DESEJO	INSTITUIÇÃO e/ou circunstâncias	TENDÊNCIAS E VALORES	TRABALHO-FATORES			SATISFAÇÃO		EXPECTATIVAS
				CARGA H / DIA	MOTIVADORES	LIMITANTES	NO TRABALHO	GLOBAL	
BOCA (MASCULINO) PEDIATRA	Medicina Engenharia	Família (modelo)	-Atração / familiaridade / altruísmo -Interesse / habilidade	8 h/dia 5 plantões p/ mês	- Exercício das atividades desejadas (Clínica / docência / pesquisa). - Estudar, transmissão de conhecimento, social. - Competência / adequação.	- Ambiente de trabalho: competição, pouco reconhecimento profissional. - Dificuldade de expressar-se dentro do sistema.	- Pontual em relação às atividades. - Melhor com o equilíbrio dentro e fora do trabalho.	- Boa pelo investimento na qualidade de vida.	- Continuidade das atividades
PEDRO (MASCULINO) PEDIATRA	Medicina Professor	-Instit. religiosas, vizinho, professor -Escola.	-Altruísmo / médico no interior. -Capacidade intelectual.	10 h/dia 4 h/dia de estudo	- Boa interação com pacientes. - Novos desafios. - Integração com o universo. - Competência / adequação.	- Stress: dificuldade de apoio psicológico e envolvimento demasiado - Excesso da carga de trabalho / retorno financeiro (massificação no atendimento).	- Parcial.	- Parcial: qualidade de vida deficiente.	- Investir na qualidade de vida. - Investir na qualidade de atendim. - Ser professor.
SOL (MASCULINO) PEDIATRA	Medicina Sacerdócio (padre) Jornalismo Direito	-Família / Instit. religiosas.	-Médico e professor. - Altruísmo.	12 h/dia	- Sentir o poder de ajudar. - Reconhecimento dos pacientes / retorno financeiro. - Papel de educador. - Competência / adequação.	- Nenhum.	- Boa - só falta se tornar professor.	- Boa - tendo o trabalho como centro.	- Dar aulas
ROBERTO (MASCULINO) PEDIATRA	Medicina	-Sociedade.	-Ter prestígio	11 h/dia	- Ter trabalho. - Reconhecimento científico / associativo - Prestígio. - Competência / adequação.	- Nenhum.	- Boa .	- Boa - com questionamento sobre a qualidade de vida (trabalho como centro).	- Continuidade das atividades
ITE (FEMININO) PEDIATRA	Medicina Psicologia	-Modelo do médico pediatra.	-Altruísmo / identific. com modelo	5 h/dia 10 plant. p/ mês	- Interação / Poder de ajudar. - Reconhecimento pelos pacientes. - Status como professor (transmissão de conhecimento) - Competência / adequação.	- Qualidade de atendimento à população na rede pública. - Equipe. - Retorno financeiro. - Pouco reconhecimento profissional / ambiente.	- Parcial .	- Parcial.	- Investir na qualidade de vida. - Investir no ensino.
ORQUÍDEA (FEMININO) PEDIATRA	Medicina Artista	-Família e mídia.	-Cuidadora. -Habilidade e fantasia.	12,5 h/dia	- Mérito. - Transmissão de conhecimento. - Interação. - Competência / adequação.	- Situação do sistema de social. - Stress do paciente grave. - Não colaboração da equipe de saúde. - Pouco reconhecimento prof. / ambiente - Carga de trabalho / retorno financeiro.	- Parcial .	- Parcial - qualidade de vida deficiente.	- Investir na qualidade de vida. - Investir na qualidade de atendim. - Montar hospital.
NINA (FEMININO) PEDIATRA	Medicina	-Modelo do médico pediatra. -Hospital (hospitalizações). -Família (avó parteira a favor, e pai contra porque queria que fizesse curso normal)	-Altruísmo. -Criatividade.	12 h/dia	- Realidade como imaginada. - Medicina como extensão da vida. - Aliança ciência / arte (como expressão da criatividade). - Competência / adequação.	- Nenhum.	- Plena.	- Boa - harmonia entre a vida Profissional e pessoa.	- Continuidade das atividades
WAGNER (MASCULINO) CIRURGIÃO	Medicina Sacerdócio - padre Contador	-Família e modelo. -Família. -Família.	-Altruísmo / objetividade / resolutividade / seg. financeira.	10 h/dia	- Polivalência e vários ambientes de trabalho. - Transmissão de conhecimento técnico / ético. - Boa relação com pacientes. - Competência / adequação.	- Desgaste e stress - Carga emocional na interação. - Lidar com a morte. - Falta de infra-estrutura de apoio. - Excesso da carga de trabalho. - Competição no ambiente de trabalho. - Pouco reconhec. prof. e financeiro. - Riscos inerentes ao trabalho.	- Parcial.	- Não referida.	- Investir na qualidade de vida.
JOSÉ 1 (MASCULINO) CIRURGIÃO	Medicina Direito Outros	-Família / modelo / colegas.	-Habilidades. -Gostava de escrever e desenhar.	12 h/dia	- Ajudar ao próximo com bons resultados. - Transmissão de conhecimento técnico / ético. - Orientar / educar. - Competência / adequação.	- Rotina de trabalho / pouca criatividade. - Impossibilidade de rever a "arte". - Excesso na carga de trabalho. - Pouco retorno financeiro. - Baixa resolutividade do serviço público. - Mudanças sociais. - Questões éticas.	- Parcial.	- Parcial - qualidade de vida deficiente.	- Investir na qualidade de vida. - Ter outra profissão. - Diminuir carga de trabalho.
PONTO (MASCULINO) CIRURGIÃO	Medicina	-Sociedade.	-Afinidades / status. -Atividades mais práticas e dinâmicas -Habilidades.	8 h/dia	- Competência / adequação.	- Responsabilidade / perfeição. - Desgaste.	- Plena.	- Plena - pelo equilíbrio entre a vida profissional e pessoal.	- Continuidade das atividades.
ALEGRIA (FEMININO) CIRURGIÃ	Medicina	-Não sabe informar.	-Ser "poderosa". -Habilidades artísticas.	6,5 h/dia	- Poder de ajudar aos outros. - Retorno financeiro / prestígio. - Competência / adequação.	- Nenhum.	- Boa.	-Boa.	- Continuidade das atividades.
ROSA (FEMININO) CIRURGIÃ	Medicina	-Não sabe informar.	-Interesse pela faculdade de medicina e curiosidade sobre a morte.	10 h/dia	- Trabalho com carentes. - Competência / adequação.	- Nenhum.	- Boa.	-Boa - trabalho como centro -Harmonia entre a vida profissional e pessoal.	- Montar hospital.

SUJEITO (SEXO) ESPECIALIZAÇÃO	DESEJO	INSTITUIÇÃO e/ou circunstâncias	TENDÊNCIAS E VALORES	TRABALHO-FATORES			SATISFAÇÃO		EXPECTATIVAS
				CARGA H / DIA	MOTIVADORES	LIMITANTES	NO TRABALHO	GLOBAL	
JOÃO (MASCULINO) CLÍNICO	Medicina Maquinista Sacerdócio - padre Músico	Modelo médico / família.	-Altruismo - Facilidade de comunicação com outras pessoas	9 h/dia	- Competência / adequação / realização.	- Prejuízo da qualidade de vida.	- Boa.	- Boa - por preocupar-se em manter o equilíbrio dentro e fora do trabalho.	- Investir em algo fora da medicina. - Preocupar-se com a saúde e Q.V. - Divulgar mais as informações para a população.
FELISBERTO (MASCULINO) CLÍNICO	Medicina	Família .	-Incorporava o papel de médico na infância.	8 h/dia	- Interação. - Atendimento a várias gerações. - Competência / adequação (alcançou o que almejava).	- Nenhum.	- Plena.	- Boa - com pouco tempo para o lazer.	- Investir em qualidade de vida. - Fazer pesquisas.
MOITA (MASCULINO) CLÍNICO	Medicina Bombeiro Motorista	Modelo médico / família (tia).	-Brincava de médico - Interesse por livro sobre medicina	10 h/dia 5 plantões p/ mês	- Envolvimento em gerenc. de saúde. - Interação médico / paciente. - Prazer em estudar e transmitir conhecimento. - Competência / adequação.	- Carga de trabalho excessiva. - Pouco retorno financeiro. - Sistema de saúde.	- Parcial.	- Parcial - falta mais tempo para o lazer.	- Continuidade das atividades. porém com ampliação das ações.
BEIJA-FLOR (FEMININO) CLÍNICO	Medicina Engenharia Economia Atriz	Doença na família. Escola Pai (modelo família) Brincadeiras	Desafio Habilidades Habilidades	10 h/dia 7 plantões p/ mês	- Papel de educador. - Cuidador / lidar com a morte. - Busca de novas abordagens. - Competência / adequação.	- O sistema de saúde. - A sociedade. - A visão da medicina.	- Plena.	- Plena - falta melhorar qualidade de vida.	- Ampliação das ações atuais. - Diminuir carga de trabalho.
AMOR- PERFEITO (FEMININO) CLÍNICO	Medicina Bioquímica Aeromoça	Modelo família (segurança própria).	-Não referiu.	8 h/dia 2 plantões p/ mês	- Reconhecimento profissional - Espec. ameniza relação Med / Pac. - Diminuição do envolvimento da medicina na vida pessoal. - Competência / adequação.	- Disputa do dia-a-dia.	- Boa - trabalho como uma das dimensões da vida.	- Boa.	- Cumprir todas as etapas necessárias na carreira profissional. - Aposentar-se.
BEIJA-FLOR M - 1 (MASCULINO) GINECO.-OBSTET.	Medicina	Família.	Gosto por aparelhos de pesquisa.	13,5 h/dia	- Envolvimento político. - Interação médico / paciente. - Competência / adequação.	- Imagem da sociedade - Stress. - Disputa do mercado de trabalho. - Pouco retorno financeiro.	- Boa - (preocupação com o futuro).	-Parcial - trabalho como centro da vida. Imagem social. Qualidade de vida deficiente.	- Fazer doutorado. - Melhorar qualidade de vida. - Ampliar as ações atuais.
JOSÉ 2 (MASCULINO) GINECO.-OBSTET.	Medicina	Estímulo familiar.	Habilidade para cuidar de animais.	10 h/dia	- Reconhecimento profissional. - Competência / adequação.	- Excesso da carga de trabalho para compensação financeira. - Responsabilidade com paciente, com limitações da vida pessoal. - Visão da sociedade. - Processos. - Sistema de saúde.	- Parcial.	-Parcial - Qualidade de vida deficiente.	- Fazer mestrado e doutorado. - Diminuir carga de trabalho. - Investir fora da profissão.
LUA (FEMININO) GINECO.-OBSTET.	Medicina Arqueologia	Modelo familiar. Interesse.	Altruismo.	8,5 h/dia	- Interação médico / paciente. - Competência / adequação.	- Excesso da carga de trabalho - Limitações da especialidade pela responsabilidade com paciente (sem horário).	- Parcial - qualidade de vida deficiente.	-Parcial - interferência do trabalho na vida pessoal.	- Fazer especialização. - Melhorar qualidade de vida. - Mais dedicação à família. - Fazer pesquisa.
FLORA (FEMININO) GINECO.-OBSTET.	Medicina Professora Aeromoça	Modelo vizinho.	Altruismo.	11 h/dia	- Reconhecimento. - Competência / adequação.	- Excesso da carga de trabalho - Retorno financeiro. - Visão da sociedade - insegurança no trabalho.	- Parcial - trabalho ocupando 80% da vida.	-Parcial - 70% de satisfação com o que faz no trabalho. - Pouca dedicação à parte afetiva e aos filhos.	- Fazer especialização. - Melhorar qualidade de vida. - Mais dedicação à família e à parte afetiva.
VIAJANTE (MASCULINO) MED. SAÚDE PUB.	Medicina Diplomacia Geografia Astronomia	Família (segurança financeira). Escola / envolvimento social.	Segurança. Habilidade para discursar.	12 h/dia	- Trabalhar com o social. - Competência / adequação.	- Sistema de saúde. - A sociedade. - Ambiente de trabalho (competição).	- Parcial - pretende embasar-se mais	- Não referida.	- Continuidade das atividades. - Maior atuação política. - Mestrado e doutorado.
BEIJA-FLOR M - 2 (MASCULINO) MED. SAÚDE PUB.	Medicina	Médico na família.	Interesse.	10 h/dia	- Competência / adequação.	- Retorno financeiro / responsabilidade.	- Parcial.	- Parcial - qualidade de vida deficiente.	- Doutorado. - Ampliar as ações. - Melhorar qualidade de vida.
ESTRELA (FEMININO) MED. SAÚDE PUB.	Medicina Professora	Família .	Desafio intelectual, prestígio, altruísmo	8,5 h/dia	- Retomada da clínica. - Poder de ajuda / aumento da auto estima - Competência / adequação.	- Burocracia. - Retorno financeiro. - Ambiente de trabalho. - Sistema de saúde.	- Parcial - falta mais dedicação à clínica.	- Parcial - qualidade de vida deficiente.	- Fazer atendimento clínico com qualidade. - Melhorar qualidade de vida.
NÔMADE (FEMININO) MED. SAÚDE PUB.	Medicina Professora	Modelo médico como articulador da justiça social.	Altruismo.	8 h/dia	- Busca de soluções para o sistema de saúde. - Trabalho social. - Competência / adequação.	- Poder das instituições versus interesse social. - Retorno financeiro. - Pouco contato com a comunidade - Vinculação política da profissão.	- Parcial - pelo afastamento com a sociedade.	- Boa.	- Melhorar qualidade de vida. - Realizar trabalho voluntário. - Obter maior estabilidade financeira.