

Universidade Federal de Santa Catarina
Programa de Pós-Graduação em
Engenharia de Produção

**STRESS OCUPACIONAL NA PRÁTICA MÉDICA: UMA
ANÁLISE SOBRE O DISCURSO DE CIRURGIÕES
CARDÍACOS**

Dissertação de Mestrado

Carmen Lucia Cuenca Moraes

Florianópolis

2002

Universidade Federal de Santa Catarina

Programa de Pós-Graduação em

Engenharia de Produção

**STRESS OCUPACIONAL NA PRÁTICA MÉDICA: UMA
ANÁLISE SOBRE O DISCURSO DE CIRURGIÕES
CARDÍACOS**

Carmen Lucia Cuenca Moraes

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em
Engenharia de Produção da Universidade Federal de Santa Catarina
como requisito parcial para obtenção
do título de mestre em Engenharia de Produção

Florianópolis

2002

Carmen Lucia Cuenca Moraes

**STRESS OCUPACIONAL NA PRÁTICA MÉDICA: UMA
ANÁLISE SOBRE O DISCURSO DE CIRURGIÕES
CARDÍACOS**

Esta dissertação foi julgada e aprovada para a obtenção do título de **Mestre em Engenharia de Produção** no **Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção** da Universidade Federal de Santa Catarina

Florianópolis, 08 de abril de 2002.

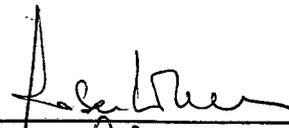


Prof. Ricardo Miranda Barcia, PhD.
Coordenador do Curso

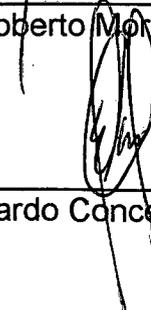
BANCA EXAMINADORA



Prof.ª Leila Amaral Gontijo, Dr.ª Ing.
Orientadora



Prof. Roberto Moraes Cruz, Dr.



Prof. Eduardo Concepcion Batiz, Dr.

A você, Romildo, amor da minha vida, que sempre está ao meu lado.

As minhas filhas, Naira e Paola, pelo apoio e compreensão.

A você, mãe querida, pela dedicação.

Ao meu pai, amado. (in memoriam).

Agradecimentos

À Professora Leila Amaral Gontijo, a quem agradeço com carinho pela valiosa orientação, por sua compreensão nos momentos de impasse no processo de elaboração deste trabalho, e que, com responsabilidade e determinação realiza sua atividade profissional, despertando profunda admiração e respeito.

A minha família, que me incentivou para que eu seguisse em frente na busca dos meus ideais.

Aos professores do Curso de Pós-Graduação sempre disponíveis e prestativos; em especial ao **Prof. Roberto M. Cruz**, pelos ensinamentos, paciência e o exemplo de profissional a ser seguido.

Ao Prof. Roberto M. Cruz e Prof. Eduardo Concepcion Batiz, profissionais admiráveis a quem agradeço pelo acolhimento a este trabalho.

Aos médicos participantes da pesquisa, que a mim confiaram a riqueza de suas reflexões e vivências no exercício profissional enquanto cirurgiões cardíacos.

Aos amigos, que apoiaram e contribuíram para a realização deste estudo, e em especial à **Maria Angélica e Sandra Bergonsi**, pessoas muito especiais na minha vida.

As colegas Ana Luiza, Cida (Joinvile), Elizabeth e Laura, pela camaradagem e amizade.

A todos que direta ou indiretamente contribuíram para a realização desta pesquisa, sinceramente,

Muito obrigada!

O remédio mais usado em Medicina é o próprio médico, o qual, como os demais medicamentos, precisa ser conhecido em sua posologia, reações colaterais e toxicidade.

M. Balint

SUMÁRIO

| | |
|---|------------|
| LISTA DE TABELAS | X |
| RESUMO | XI |
| ABSTRACT | XII |
| 1 INTRODUÇÃO | 13 |
| 1.1 ESCOLHA DO TEMA | 15 |
| 1.2 O PROBLEMA | 16 |
| 1.3 JUSTIFICATIVA | 17 |
| 1.4 OBJETIVOS | 18 |
| 1.4.1 OBJETIVO GERAL | 18 |
| 1.4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS | 18 |
| 1.5 LIMITAÇÕES | 19 |
| 1.6 METODOLOGIA | 19 |
| 1.5 ESTRUTURA DO TRABALHO | 22 |
| 2 STRESS OCUPACIONAL EM CIRURGIÕES CARDÍACOS | 23 |
| 2.1 STRESS OCUPACIONAL | 23 |
| 2.5.1 CONCEITO DE <i>STRESS</i> | 23 |
| 2.5.2 STRESS NO AMBIENTE DE TRABALHO | 26 |
| 2.2 CIRURGIA CARDÍACA | 27 |
| 2.1.1 CONCEITO DE CORAÇÃO | 28 |
| 2.1.2 O CIRURGIÃO CARDÍACO | 29 |
| 2.2 RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE | 30 |
| 2.2.1 A ATIVIDADE MÉDICA | 30 |
| 2.2.2 A CONDIÇÃO DE PACIENTE | 32 |
| 2.2.3 O EXAME CLÍNICO | 33 |
| 2.2.4 O PROCESSO RELACIONAL SISTÊMICO | 35 |
| 2.3 CARGA PSÍQUICA DE TRABALHO | 38 |
| 2.4 ESTRATÉGIAS DEFENSIVAS NA PRÁTICA MÉDICA | 41 |

| | |
|--|------------|
| 3 ESTUDO DE CASO | 47 |
| 3.1 MONTAGEM DO EXPERIMENTO | 47 |
| 3.1.1 CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA..... | 47 |
| 3.1.2 PERÍODO DE REALIZAÇÃO DA PESQUISA..... | 47 |
| 3.1.3 SUJEITOS..... | 47 |
| 3.1.4 MÉTODOS..... | 48 |
| 3.1.4.1 Pesquisa bibliográfica..... | 48 |
| 3.1.4.2 Instrumento da coleta de dados..... | 48 |
| 3.1.4.4 Inventário de sintomas de stress para adultos de Lipp (ISSL)..... | 49 |
| 3.2 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS | 50 |
| 3.2.1 PERFIL DOS CIRURGIÕES CARDÍACOS..... | 50 |
| 3.2.2 AS ENTREVISTAS..... | 51 |
| 3.2.3 OS NÚCLEOS TEMÁTICOS..... | 63 |
| 3.2.3.1 O cirurgião e seu paciente..... | 63 |
| 3.2.3.2 O cirurgião diante da morte de seus assistidos..... | 71 |
| 3.2.3.3 O <i>stress</i> ocupacional da tarefa médica..... | 74 |
| 3.2.4 INVENTÁRIO DE SINTOMAS DE <i>STRESS</i> EM CIRURGIÕES CARDÍACOS..... | 76 |
| 3.2.4.1 Sintomas de <i>stress</i> | 76 |
| 3.2.4.2 Fontes de <i>stress</i> | 80 |
| 3.2.5 ESTRATÉGIAS UTILIZADAS PARA LIDAR COM O <i>STRESS</i> | 82 |
| 3.3 CONCLUSÕES DO ESTUDO | 83 |
| 4 CONCLUSÕES GERAIS | 87 |
| 5 RECOMENDAÇÕES | 91 |
| GLOSSÁRIO | 94 |
| REFERÊNCIAS | 96 |
| ANEXO I | 103 |

LISTA DE TABELAS

| | |
|---|----|
| Tabela 1 – Distribuição dos sintomas na fase de alerta..... | 77 |
| Tabela 2 – Distribuição dos sintomas na fase de resistência..... | 77 |
| Tabela 3 – Distribuição dos sintomas na fase de quase exaustão..... | 78 |
| Tabela 4 – Distribuição de sujeitos por sinais de stress..... | 79 |
| Tabela 5 – Nível de stress e tempo de atuação em cirurgia cardíaca..... | 79 |

RESUMO

Este trabalho analisa o stress ocupacional vivenciado por cirurgiões cardíacos no seu cotidiano profissional, verificando os sintomas de stress mais recorrentes, analisando a fase de stress em que se encontram e identificando as estratégias defensivas que são utilizadas para a manutenção da saúde mental dos mesmos.

Foi aplicado um questionário para elaboração do perfil descritivo destes profissionais, em seguida realizaram-se entrevistas semidirigidas baseadas em pautas previamente estruturadas, e foi aplicado o Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp (ISSL) junto a médicos Cirurgiões cardíacos do Hospital e Maternidade Santa Rita de Maringá. A análise do material obtido foi do tipo quanti-qualitativa e baseada em conceitos de referencial teórico da psicologia dentro de uma visão sistêmica.

Foram destacados e desenvolvidos núcleos temáticos apreendidos no discurso dos entrevistados, que associados aos resultados do ISSL, pode ser constatada uma intensa mobilização de estratégias para alívio das angústias e ansiedades decorrentes da atividade profissional, o que indica a necessidade de adoção de medidas profiláticas e terapêuticas junto aos médicos que atuam nessa especialidade.

Palavras-chave: Stress Ocupacional; Estratégias Defensivas, Carga Psíquica.

ABSTRACT

Occupational stress experienced by surgeons with a heart condition in their daily exercise of their profession is analyzed. The most frequently recurring stress symptoms are verified, their precise stress phase is investigated and the defensive strategies used for the maintenance of their mental health are identified.

A questionnaire was applied to support a descriptive profile of these professionals, followed by half-directed interviews based on previously structured items. Lipp's Stress Symptoms Inventory for Adults (SSIA) was then applied to surgeons with a heart condition working at the Santa Rita Maternity and Hospital in Maringá PR Brazil. Analysis of material had quantitative-qualitative characteristics fore grounded on the theory of Psychology within a systemic context.

Thematic nuclei collected during the interviews were enhanced and developed, and further associated for the relief of afflictions and anxieties experienced during the exercise of the surgeon's profession. The above shows the need of prophylactic and therapeutic measures by such doctors.

Key words: Occupational stress; defensive strategies; psychic charge.

1 INTRODUÇÃO¹

✓ A dor, a doença e a morte foram condicionadas num pacto de costumes e privatizadas no espaço hospitalar. Para aqueles que trabalham no cotidiano hospitalar, cabe a responsabilidade de promover a homeostase entre a saúde e doença, vida e morte, cura e óbito. Essa responsabilidade acarreta uma sobrecarga mental que, acrescida da carga física, propicia a manifestação de alterações afetivas, que desencadeiam fenômenos de ordem psicológica, psicossociológica e neurológica. (Pitta, 1994)

Segundo Mac Eachern, (apud Borba 1985), o hospital "... é a representação do direito inalienável que o Homem tem de gozar saúde, e o reconhecimento formal, pela comunidade, da obrigação de prover meios para mantê-lo são ou restaurar-lhe a saúde perdida".

✓ A medicina, mais que qualquer outra ciência coloca diretamente a problemática da morte diante do profissional. O médico é tido como o responsável pela manutenção da vida, mantém com a morte, na maioria das vezes, uma relação fria e objetiva. (Klafke, 1991)

* O médico estabelece com a morte uma relação de enfrentamento e desmistificação, o que faz com que a atividade médica seja associada a uma tarefa heróica, altamente valorizada, sendo por outro lado, vigiada e cobrada (Consorte, 1983).

¹ (N.A.) – Embora a palavra stress tenha sido incorporada à língua portuguesa e substituída por estresse, optamos por manter a forma original "stress" devido a esta nomenclatura ser mais conhecida.

* Várias são as situações desencadeadoras de tensão com as quais se defronta o médico e mais especificamente o cirurgião cardíaco, no transcorrer de suas atividades. São situações carregadas de exigências psíquicas, que muitas vezes é desproporcional com a capacidade psíquica do profissional, sendo que nessa descompensação tem origem o stress ocupacional.

O stress ocupacional e sua relação com a saúde mental dos trabalhadores têm sido alvo de várias pesquisas na PUCcamp (Laboratório de Estudos Psicofisiológicos do Stress) nos últimos anos.

* Cooper definiu o estresse ocupacional como:

“...um problema de natureza perceptiva, resultante de uma incapacidade de lidar com as fontes de pressão do trabalho, tendo como conseqüências, problemas na saúde física e mental e na satisfação no trabalho, afetando não só o indivíduo como as organizações”. (Moraes, L. F. R.; Swan, J.A.; Cooper, C.L., 1993, p.92)

* Dejours (1999) chama a atenção para o fato de que muitos trabalhadores conservam os comportamentos e atitudes habituais, sem apresentar sinais exteriores de qualquer tipo de comprometimento. A ausência de sinais exteriores só é possível devido a atuação das estratégias de defesa, que são utilizados de maneira individualizada. Cada pessoa é singular, portadora de uma história e, portanto percebe e reage diante dos fatos de maneira ímpar. Sendo assim, a estratégia defensiva a ser utilizada dependerá do retorno da relação subjetiva estabelecida entre o sujeito e as pressões patogênicas.

“O cirurgião cardíaco é uma pessoa singular, com desejos e necessidades, e, por ter uma natureza humana precisa ser conhecido e compreendido. É uma figura revestida de grandes expectativas e fantasias, sendo o portador do saber e do fazer, capaz de reparar e reconstituir a saúde e o bem estar perdidos”. (Bellodi, 2001, p. 27)

Para Nogueira- Martins (2002), a insalubridade ocupacional a que os médicos são submetidos, tem repercussões psicológicas significativas na atividade profissional e em sua relação com os pacientes, resultando em uma situação insatisfatória tanto para o profissional como para o paciente.

Dentro dessa perspectiva, buscar-se-á nesta pesquisa ressaltar, dentro das relações de trabalho, os fatores que desencadeiam o surgimento do stress e maneira como atuam no cirurgião cardíaco, que estratégias eles desenvolvem para se protegerem e o quanto esses fatores prejudicam a sua saúde mental.

1.1 Escolha do tema

Em uma dissertação de mestrado, assim como em outras pesquisas, devem-se estabelecer os principais objetivos aos quais se propõe o estudo. Sobre o estabelecimento do tema, Lakatos e Marconi afirmam:

“O tema de uma pesquisa é o assunto que se deseja provar ou desenvolver, ‘é uma dificuldade, ainda sem solução, que é mister determinar com precisão, para intentar, em seguida, seu exame, avaliação crítica e solução’ (Asti Vera, 1976, p.97) Determinar com precisão significa enunciar um problema, isto é, determinar o objetivo central da indagação. Assim, enquanto o tema de uma pesquisa é uma proposição até certo ponto abrangente, a formulação do problema é mais específica: indica exatamente qual a dificuldade que se pretende resolver”.

Ao se investigar um fenômeno social, vai-se além de questioná-lo, considera-se que todo um conjunto de fatores cultural, social e ideológico interfere no processo do conhecimento científico, seja em sua concepção seja nas diferentes etapas de sua produção (Carvalho, 1976).

Desta forma, alguns aspectos podem ser definidos quanto à escolha do tema “*Stress ocupacional na prática médica: uma análise sobre o discurso de cirurgiões cardíacos*”:

1. o de um estudo que nasce da prática e sua atenta observação, e de constatação da importância da temática dentro da área médica;
2. o de um tema que vem ao encontro de antigas inquietações dentro das atividades de psicologia e encontra respaldo no meio em que se dão as relações interpessoais no cotidiano da atividade profissional;
3. a verificação de um contexto histórico-social que passa a explicitar e questionar as atitudes do profissional diante de uma doença crônico-evolutiva, onde se opta por cuidados paliativos quando os cuidados curativos não são mais apropriados;
4. a necessidade de reflexão sobre as dificuldades de atuação profissional onde muitas vezes a única alternativa é optar por ações paliativas que busquem o alívio dos sintomas, por ausência de opções para curar.

1.2 O problema

A formulação do problema constitui-se em uma das etapas mais importantes da pesquisa. A formulação do problema de maneira clara e objetiva contribui para a determinação do método científico a ser escolhido visando à sua melhor solução.

“Formular o problema consiste em dizer, de maneira explícita, clara, compreensível e operacional, qual a dificuldade com a qual nos deparamos e que pretendemos resolver, limitando o seu campo e apresentando suas características. Desta forma, o objetivo da formulação do problema da pesquisa é torna-lo individualizado, específico, inconfundível”. (Rudio 1986, p.75)

Assim, esta dissertação tem o propósito de buscar respostas para a seguinte questão: *Como está a saúde mental de cirurgiões cardíacos, que dispensam*

cuidados profissionais para a manutenção da vida saudável de pacientes cardiopatas e vêem seus esforços culminarem com o oposto de seus objetivos, ou seja, lutam pela manutenção da vida e perdem para a morte?

1.3 Justificativa

Foucault (1979) destaca que o hospital como instrumento terapêutico é um conceito relativamente novo, data do final do século XVIII. Hospital e medicina eram independentes até então, sendo que o hospital não era uma instituição médica e a medicina se caracterizava como uma prática não hospitalar.

Antes do século XVIII, o hospital era fundamentalmente um local de assistência aos pobres, de separação e exclusão. “A partir do momento em que o hospital é concebido como instrumento de cura, a distribuição do espaço torna-se um instrumento terapêutico, o médico passa a ser o principal responsável pela organização hospitalar (Foucault, 1979, p 39)”.

‡ Facear a morte constitui permanentemente um dos maiores desafios para o homem desde as mais remotas civilizações. A medicina, mais do que qualquer outra ciência coloca a problemática da morte diante do profissional. O médico responde a esse desafio muitas vezes com ansiedade, medo e até como ameaça a sua própria vida. (Klafke, 1991)

Sendo assim, acredita-se que a pesquisa em questão poderá contribuir significativamente para conhecer as **estratégias defensivas* utilizados por esses profissionais para lidar com as situações de *stress* decorrentes de sua atuação profissional.

Moraes (1996) resgata a possibilidade de se olhar o homem dentro da sua rede de relações para uma melhor compreensão do fenômeno. Em um conceito mais

amplo, caracteriza o *stress* como um fenômeno tipicamente relacional e dinâmico entre o indivíduo e as demandas do seu ambiente.

Para Lipp (1996), é importante conceitualizar *stress* como um processo e não apenas como uma reação única. No momento em que uma pessoa interage com uma fonte estressora, desencadeia-se um processo bioquímico que propicia o aparecimento de diversos sintomas somáticos que são comuns na maioria das pessoas (taquicardia, boca seca, tensão muscular e sudorese excessiva). Passado os momentos iniciais, as manifestações diferenciam-se de acordo com a característica genética de cada um, que potencializadas pelo enfraquecimento decorrente de doenças e/ou acidentes ficam mais vulneráveis.

Sabe-se que, embora o *stress* não seja considerado uma doença, este pode transformar-se em uma patologia quando a contingência vira rotina (Selye, apud Lipp 1996).

Portanto, buscar os agentes estressores e conhecer as estratégias defensivas utilizadas para a manutenção da saúde mental em cirurgiões cardíacos, numa tentativa de contribuir para uma ação preventiva das patologias decorrentes da situação de *stress* é um dos desafios propostos por este trabalho.

1.4 Objetivos

1.4.1 Objetivo geral

Diagnosticar o *stress* a que são submetidos os cirurgiões cardíacos na relação com pacientes cardiopatas do setor de cardiologia do Hospital e Maternidade Santa Rita de Maringá.

1.4.2 Objetivos específicos

- elaborar um perfil descritivo do cirurgião cardíaco;

- identificar os sintomas de stress mais recorrentes;
- diagnosticar a presença ou ausência de stress nesses profissionais;
- analisar as estratégias defensivas evidenciadas pelos médicos;
- propor um trabalho de acompanhamento da saúde mental, de carácter paleativo preventivo, junto aos cirurgiões cardíacos.

1.5 Limitações

No estudo de caso, a pesquisa limitar-se-á a trabalhar com três cirurgiões cardíacos, que prestam atendimento a pacientes cardíacos do setor de cardiologia do Hospital e Maternidade Santa Rita de Maringá. Os outros hospitais da cidade não farão parte desta pesquisa por não possuírem uma área específica para pacientes cardiológicos.

O número de médicos investigados corresponde à totalidade de profissionais que atendem a esta área do hospital, sendo que os participantes da pesquisa serão aqueles que se dispuseram de livre e espontânea vontade.

1.6 Metodologia

O objetivo fundamental da ciência é chegar à veracidade dos fatos por meio de um método que permita atingir determinado conhecimento. Define-se método como "*(...) o caminho para se chegar a determinado fim. E método científico como o conjunto de procedimentos intelectuais e técnicos adotados para se atingir o conhecimento*". (Gil, 1999, p. 26).

O tipo de pesquisa a ser utilizado será a quanti-qualitativa com abordagem descritivo/exploratório. Segundo Triviños (1987), a pesquisa qualitativa permite analisar os aspectos implícitos no desenvolvimento das práticas organizacionais, e a

abordagem descritiva é praticada quando o que se pretende buscar é o conhecimento de determinadas informações, por ser um método capaz de descrever com exatidão os fatos e fenômenos de determinada realidade.

Por sua vez, de abordagem explicativa, conforme Gil (1999, p.44), "*São aquelas pesquisas que têm como preocupação central identificar os fatores que determinam ou que contribuem para a ocorrência dos fenômenos*".

O estudo de caso procura explicar as variáveis envolvidas em uma realidade que possui certas complexidades que se tornam de difícil compreensão através de outros métodos (Donaire, 1997). Este não representa uma amostra estatisticamente representativa, sendo dessa forma uma generalização analítica e teórica que contribui para consolidação de uma teoria mais abrangente. Entretanto, o estudo de caso deve se adequar a quatro princípios relevantes que impactam a sua qualidade: construir validade; possuir validade interna; possuir validade externa; apresentar confiabilidade (Donaire, 1997).

Para Trivinõs (1995), o estudo de caso, além disso, objetiva fornecer um conhecimento mais aprofundado de uma realidade delimitada, tendo os resultados sua validação só para o caso específico. Contudo, o grande mérito deste procedimento está em permitir um conhecimento aprofundado, que possibilita a formulação de hipóteses ou pressupostos para contribuição no encaminhamento de outras pesquisas.

Segundo Ludke e André (1986), uma característica relevante do estudo de caso é que tanto as hipóteses quanto os esquemas de inquirição não estão previamente estabelecidos, eles vão tornando-se complexos à medida que se aprofunda o assunto, porque eles visam à descoberta. O referencial teórico inicial serve de base estrutural de onde novos aspectos poderão emergir à medida que o estudo avance.

Nesta pesquisa, optar-se-á pelo estudo de múltiplos casos, tendo-se em vista que as evidências de vários casos são freqüentemente consideradas como mais consistentes (Yin, 2001).

Parte-se de uma pesquisa com o objetivo de identificar o estágio em que se encontram os conhecimentos acerca do “*stress* ocupacional” em cirurgiões cardíacos, que dispensam cuidados e tratamentos a pacientes cardíacos.

Para a elaboração da pesquisa utilizar-se-ão dos métodos pertinentes ao estudo de caso. Num primeiro momento será utilizado um questionário que, segundo Marconi e Lakatos (1982, p. 74), “(...) *é um instrumento de coleta de dados, constituído por uma série ordenada de perguntas, que devem ser respondidas por escrito (...)*”.

Num segundo momento, utilizar-se-á da entrevista por pautas, que se guiará por uma relação de pontos de interesse do estudo. Nesse método, o entrevistador faz poucas perguntas diretas e deixa o entrevistado falar livremente à medida que se refere às pautas assinaladas.

“As entrevistas por pautas são recomendadas sobretudo nas situações em que os respondentes não se sintam à vontade para responder a indagações formuladas com maior rigidez. Esta preferência por um desenvolvimento mais flexível da entrevista pode ser determinada pelas atitudes do respondentes ou pela própria natureza do tema investigado ou por outras razões”. (Gil, 1999, p. 120 e 121)

Num terceiro momento será utilizado “Inventário de sintomas de stress para adultos de Lipp (ISSL)”, que é classificado como um teste psicológico, definido por Anastasi (1977, p.24) como “...uma medida objetiva e padronizada de uma amostra de comportamento”. Os testes psicológicos não diferem dos testes utilizados por qualquer outra ciência, na medida em que se fazem observações sobre uma pequena amostra de sujeitos cuidadosamente escolhida.

A análise e interpretação dos dados já organizados fornecerão subsídios para o estabelecimento de categorias, devido à variedade de respostas que se espera obter durante a pesquisa. Para Minayo (2000), trabalhar com categorias significa “(...) *agrupar elementos, idéias ou expressões em torno de um conceito capaz de abranger tudo isso*”.

Com base no referencial teórico, serão estabelecidos questionamentos que auxiliem na identificação de fatos relevantes, para elaborar as recomendações que auxiliem na formação de um programa de acompanhamento da saúde mental destes profissionais, de maneira a garantir um controle preventivo sobre o nível de *stress* a que são submetidos.

1.5 Estrutura do trabalho

O trabalho está estruturado em cinco capítulos, conforme descrito a seguir.

No capítulo 1, busca-se demonstrar o problema a ser estudado, as justificativas, limitações, metodologia e os objetivos a serem alcançados.

O capítulo 2 relaciona-se à revisão de literatura, quanto às questões sobre carga psíquica de trabalho, stress ocupacional, a relação médico-paciente e a cardiologia.

No capítulo 3 trata-se das questões metodológicas do estudo de caso, como: caracterização da pesquisa, amostra, descrição da população, métodos, apresentação dos resultados obtidos e conclusões do estudo.

No capítulo 4 serão apresentadas as conclusões gerais.

No capítulo 5 ficarão as recomendações para futuros trabalhos.

Será apresentado na seqüência dos capítulos, um glossário com os termos técnicos utilizados no decorrer do trabalho.

2 STRESS OCUPACIONAL EM CIRURGIÕES CARDÍACOS

2.1 Stress ocupacional

* Diversas são os distúrbios associados às atividades profissionais dos médicos e principalmente dos cirurgiões, devido à alta carga de estímulos emocionais a que são submetidos. Dentre os distúrbios o stress ocupacional é um dos que mais se destacam.

2.5.1 Conceito de stress

Derivada do latim, a palavra stress foi empregada popularmente no século XVII significando fadiga, cansaço. A partir do século XVIII e XIX, o termo stress aparece relacionado com termos como força, esforço e tensão (Farias, apud Lipp, 1996).

O termo stress foi introduzido na biologia em 1936, pelo endocrinologista Hans Selye, designando um "conjunto de reações que um organismo desenvolve ao ser submetido a uma situação que exige esforço para adaptação". O organismo, quando exposto a um esforço desencadeado por um estímulo percebido como ameaçador à homeostase, seja este estímulo físico, químico, biológico ou psicossocial, apresenta a tendência de responder de maneira uniforme e inespecífica, anatômica e fisiologicamente, respostas que constituem uma síndrome, denominada *Síndrome Geral de Adaptação*. Em 1952 sua teoria sobre o stress foi apresentada de modo mais completo.

Selye foi influenciado pelas descobertas de dois fisiologistas: Bernard, que em 1879 sugeriu que o ambiente interno dos organismos deve permanecer constante, apesar das mudanças do ambiente externo; e Cannon, que em 1939 sugeriu o nome "homeostase" para designar o esforço dos processos fisiológicos para manter um

estado de equilíbrio interno no organismo. Utilizando-se desses conceitos, Selye definiu o stress como sendo uma quebra deste equilíbrio.

Holmes e Rahe (1976) definiram *stress* ou estressores como qualquer demanda interna ou social que requer do indivíduo um reajuste de seu comportamento habitual. Cada pessoa possui uma quantidade específica de energia adaptativa, e esta energia é limitada. Durante um prolongado stress, a pessoa se torna vulnerável ao aparecimento de doenças, pois pode ter ultrapassado a reserva de energia adaptativa que possuía. O *stress* é, então, um desequilíbrio do organismo em resposta a influências tanto internas quanto externas.

Lipp (1994) faz a distinção entre os estressores internos e externos. Os primeiros são determinados completamente pelo próprio indivíduo, constituem-se do modo de ser da pessoa. Já os estressores externos são eventos ou condições externas que afetam o organismo, e muitas vezes eles independem do mundo interno da pessoa.

Lazarus e Folkman (1984) definem stress como uma relação particular entre pessoas e o seu ambiente que é avaliada como algo que excede seus recursos e ameaça o seu bem estar. Estes autores se baseiam em postulados em que a conduta humana é canalizada psicologicamente através do modo pelo qual o indivíduo antecipa os eventos; ou ainda, de que o significado de um evento para a pessoa dá forma à sua emoção e sua resposta comportamental.

* Rodrigues e Gasparini (1992) referem ser as reações de stress naturais, e que as mesmas estão presentes em todos os momentos de nossas vidas. Sob algumas circunstâncias elas podem se tornar prejudiciais ao funcionamento do indivíduo. Os autores comparam as situações de stress com a alimentação e o exercício físico que, estando dentro dos limites adequados e satisfatórios, serão benéficos.

Embora não seja considerado como uma doença, o stress pode se transformar em uma patologia quando a contingência vira rotina. De acordo com Selye citado por Lipp (1996, p. 23), o processo de stress desencadeia-se em três fases, dispostas a seguir.

1. Fase de alerta

A primeira reação inicia-se quando a pessoa se confronta com um estressor. É nesse momento que o corpo se prepara para a "luta ou fuga", com a conseqüente quebra da homeostase. "Neste primeiro momento ele é positivo, já que impulsiona a pessoa a dar o melhor de si para encarar a situação e, por isso, acaba aumentando a sua produtividade".

Quando o estressor tem uma duração curta a adrenalina é eliminada e ocorre a restauração da homeostase. Neste caso, a pessoa sai desta fase sem complicações para o seu organismo.

2. Fase de resistência

Quando o estressor é de longa duração, ou demasiadamente intenso, o organismo tenta restabelecer a homeostase de modo reparador. "Nesta fase, se os desafios que o organismo tem de encarar são muitos e freqüentes, a capacidade de voltar ao normal é gradativamente destruída, gerando a sensação de fadiga ou extrema irritabilidade". Se por outro lado, o estressor expende um esforço de adaptação que é impossível para o organismo, este se enfraquece e torna-se vulnerável a doenças.

3. Fase de exaustão

Nessa fase, o corpo não consegue mais se adaptar nem adquirir a harmonia anterior, passando a viver em estado de excitação nervosa. O corpo entra em colapso, levando à exaustão física; ocorre a exaustão psicológica em forma de

depressão e conseqüentemente ocorrerá o surgimento de doenças. “É nesse estágio que começam a aparecer as doenças, os tiques nervosos, as mudanças de apetite e de sono”.

Moraes (1997) contribui para a definição de *stress*, indo além da visão biologicista e resgatando a possibilidade de se olhar o homem dentro da sua rede de relações, para uma melhor compreensão do fenômeno. Em um conceito mais amplo, caracteriza o *stress* como um fenômeno tipicamente relacional e dinâmico entre o indivíduo e as demandas do seu ambiente.

2.5.2 Stress no ambiente de trabalho

§ Um elevado grau de *stress* pode ser causado pela pouca satisfação de um indivíduo pelo trabalho que desenvolve, o qual pode causar o desejo de abandonar o emprego ou ainda um elevado grau de distração.

¶ O *stress* ocupacional pode ser definido como as respostas físicas e emocionais prejudiciais que acontecem quando as exigências do trabalho não emparelham as capacidades, recursos, ou necessidades do trabalhador.

× O trabalho exerce, em nossa sociedade, um papel fundamental no passado de uma pessoa, determina o seu presente e pode moldar o seu futuro. Além de determinar o estilo de vida, proporciona também o significado principal da identidade pessoal e de auto-afirmação. A vida dentro de organizações complexas pode se tornar uma intensa fonte de *stress*; por isso, um grande número de pesquisas correlacionando *stress* e saúde tem seu foco no *stress* ocupacional. (Cooper e Baglioni, 1988).

⌘ O *stress* ocupacional foi definido por Cooper e Baglioni, (1988, p.89) como:

“(...) um problema de natureza perceptiva, resultante de uma incapacidade em lidar com as fontes de pressão no trabalho, tendo como conseqüências,

problemas na saúde física e mental e na satisfação no trabalho, afetando não só o indivíduo como a organizações".

› Todo e qualquer tipo de trabalho possui agentes potencialmente estressores. Para Cooper e Baglioni (1988), esses agentes poderiam ser classificados em seis grandes grupos: fatores intrínsecos ao trabalho, papel organizacional, inter-relacionamento, desenvolvimento na carreira, clima e estrutura organizacionais, interface casa/trabalho.

✧ Ladeira (1996) coloca que já é possível diagnosticar, nas organizações, a presença do stress ocupacional através da apatia, da fadiga, da ansiedade, da baixa motivação e do absenteísmo, o que é determinante na produtividade, nos números de acidentes de trabalho e na performance individual e coletiva dos trabalhadores.

O campo de estudos relacionado ao stress ocupacional (Work-Stress) tem seu avanço a partir da década de 80, com pesquisas nos países escandinavos, Alemanha, Estados Unidos, Japão e México. No Brasil, alguns autores, tais como Moraes (1993), Lipp (1997), vêm se dedicando a estudar esse campo de forma sistemática a partir da década de 90.

2.2 Cirurgia Cardíaca

A cirurgia cardíaca é uma especialização da cardiologia (tratamento de doenças do coração), que teve seu avanço no Brasil a partir da década de 30, mais precisamente no Hospital das Clínicas na cidade de São Paulo.

No que tange à cirurgia, deve-se diferenciar a eletiva (decorrente de um tratamento em andamento) daquela tida como urgente (acidente cardio-vascular). Na eletiva, o paciente pode ser mais bem preparado, tanto do ponto de vista somático quanto psicológico, para que o impacto emocional possa ser mais bem absorvido.

Dentre as operações cardíacas mais conhecidas, destacam-se as referentes às cardiopatias congênitas, as valvopatias mitral e aórtica do tipo estenose e a insuficiência coronária.

Oliveira e Luz (1992, p. 253) afirmam que a cirurgia cardíaca “(...) *tanto pode preservar a vida e melhorá-la quanto extingui-la; do ponto de vista individual, pouco importa que a grande maioria dos pacientes se saia bem, para quem opera o coração é sempre tudo ou nada*”.

2.1.1 Conceito de coração

Com o desenvolvimento técnico no diagnóstico e tratamento das cardiopatias (doenças do coração), verifica-se que este órgão ainda é repleto de significações, simbolicamente é considerado o centro da vida e guardião das emoções.

Ramos (1990), afirma que o coração é o primeiro órgão que nasce e o último que morre, sendo de importância vital no desenvolvimento do feto; destaca que as pulsações cardíacas do embrião são a primeira função que o ser humano realiza independente de sua mãe.

O simbolismo do coração é relatado de diferentes maneiras ao longo da História, e mesmo nos dias atuais se faz presente na poesia, na música e nas artes.

Para Oliveira e Luz (1992) o comando da vida física e modulação do comportamento humano estão centralizados no cérebro, porém é o coração que simboliza o sentimento humano, e por consequência as afecções cardíacas passam a exercer um grande impacto sobre os sentimentos e comportamentos humanos, tanto para o paciente quanto para o cirurgião.

2.1.2 O cirurgião cardíaco

Barroso (1992) destaca a presença da onipotência no cirurgião cardíaco devido ao exercício continuado de tomada de grandes decisões sobre a vida, o sofrimento e a morte de seus pacientes. Essa onipotência encontra respaldo nas grandes exigências feitas ao profissional, tanto nas suas qualificações humanas como nos conhecimentos técnicos.

✂ O cirurgião será o portador da boa ou má notícia ao paciente e seus familiares. Para isso sua imagem não deve ficar apenas na ostentação da competência técnica e solidariedade pessoal: deve ser dada uma atenção maior à apresentação pessoal e linguagem, tanto verbal quanto corporal.

No primeiro contato a pessoa e a doença devem ser examinadas simultaneamente, enquanto o médico também é “agudamente” observado pelo paciente. O paciente precisa confiar no seu cirurgião e disso dependerá boa parte do sucesso da intervenção. (Barroso 1992)

A responsabilidade do cirurgião não termina com a cirurgia, este deve buscar o conforto do paciente no pós-operatório. *“Após o ato cirúrgico, a palavra de tranqüilidade e as informações bem dosadas, dadas pelo cirurgião, são esperadas por todos os pacientes”*. Barroso (1992, p. 261) O paciente vê o cirurgião como o principal fiador e responsável pelos acontecimentos.

* Nos casos em que o sucesso da cirurgia não ocorre e o paciente evolui para o óbito, o cirurgião se depara com sua impotência diante da morte e muitos conflitos podem povoar a mente do médico, principalmente a dos jovens ingressantes da profissão (Zaidhaft, 1990).

✂ O limite representado pelo óbito do paciente sob sua responsabilidade pode desencadear frustração, sentimento de fracasso, de culpa, de inconformismo. As

→ limitações como profissional e como ser humano com as quais se depara o médico podem ativar angústias profundas, que o médico ao longo da sua experiência e aprendizado deve aprender a controlar (Gauderer, 1981).

2.2 Relação médico-paciente

2.2.1 A atividade médica

De acordo com Martins (1966), a história da medicina é tão antiga como a civilização. Para um melhor entendimento ele ordena essa história em três etapas.

- A primeira foi dominada pelo “animismo”, doutrina que considera o universo e o que nele se encontra como habitado por “almas” boas e más que “animam” os seres vivos. Nesta fase as técnicas utilizadas são a magia e a feitiçaria.
- A segunda etapa desse desenvolvimento é a religiosa; o poder é atribuído às divindades, que podem ser manejadas graças a certas técnicas simples como o sacrifício, a promessa, a oração e outras.
- A terceira e última das etapas é a científica. Nela o homem submete-se à limitação da realidade. Mesmo nesta fase pode-se “(...) vislumbrar a antiga fé na onipotência, expressa agora na confiança do homem no poder de sua inteligência, por meio da qual talvez um dia possa triunfar sobre as limitações impostas pela realidade”.

Para Balint (1988), o médico percebe o paciente como uma pessoa necessitada, sofredora e em busca de ajuda. Compete a ele compreender da melhor maneira possível as fontes desse sofrimento e tratar dentro dos limites de suas possibilidades. Tratar é um imperativo, curar é um objetivo condicionado às possibilidades reais dentro de um critério científico.

Dentro dessa cientificidade foi inventado o estetoscópio, instrumento que até hoje é simboliza o médico. Segundo Meleiro (1999), o estetoscópio sinaliza a atuação profissional, pois exige prática constante, e transformou-se no símbolo do exercício da medicina. Se por um lado ele permite uma ausculta seletiva das ocorrências no interior do organismo humano, de outro ele mantém e reforça o distanciamento clínico de um tocar muito próximo do paciente. Antes da invenção do referido aparelho essa ausculta era feita através do contato físico, do ouvido do médico junto ao corpo do paciente.

* Gauderer (1991) considera que o médico tende a ser paternalista, um ser superior, capaz de tomar conta de alguém em situação de necessidade e dependência. Caso tenha um mau resultado, isso tende a provocar uma sensação desagradável e penosa.

* Martins (1991) destaca o caráter altamente ansiogênico da tarefa médica, cercada por diversos fatores estressantes associados ao exercício profissional. Estes compreendem elementos como o próximo contato com o fenômeno do adoecer e suas implicações, como o convívio freqüente com a dor e o sofrimento, a possibilidade de morte, o lidar com a intimidade corporal e emocional, o enfrentamento de situações de difícil relacionamento com pacientes e seus familiares, o lidar com incertezas e limitações do conhecimento médico que se contrapõem às demandas e expectativas sociais, o confronto com o dilema ético, em que as decisões muitas vezes são subjetivas.

* Para Martins (1991), essas reações defensivas inicialmente se prestam a uma função adaptativa, porém, se não refletidas e elaboradas, podem incorporar-se à identidade profissional ou mesmo vir a desencadear distúrbios emocionais significativos.

Hipócrates, considerado o pai da medicina, sustenta que o médico deve ser um personagem que ocupe uma posição de maestria. Clavreul (1983, p. 88) ressalta parte deste pensamento hipocrático; "(...) a pessoa do médico deverá ser de grande limpeza. Postura decente, perfume agradável cujo odor não tenha nada de suspeito".

Hoirisch (1992, p. 70) relata que "A medicina nasceu com sacerdócio e, assim, apareceu impregnada de magia, religião e poder". A aceitação da morte em caráter previsível é dificultada pelo próprio avanço da medicina, com as capacidades técnicas/tecnológicas disponíveis, que tendem a reforçar a crença no poder do médico sobre a vida e a morte.

2.2.2 A condição de paciente

✕ O paciente, como o próprio nome sugere, é o ser humano enfermo que procura um profissional da área médica para colocar-se, pacientemente, sob seus cuidados ou tratamento (Balint, 1988).

✕ Frente à percepção da disfunção física, o paciente reage intelectual e emocionalmente. Essa disfunção leva o indivíduo a estabelecer hipóteses e teorias sobre o que lhe acontece, as quais estarão modeladas pelo seu fundo de conhecimento. Ocorre uma reação de causa e efeito, o ser humano tende a se sentir ameaçado por algo desconhecido que age dentro de seu corpo e cujas implicações e conseqüências desconhece, mas receia.

✕ A enfermidade e a morte são contingências onipresentes nas perspectivas futuras de cada ser humano. O aparecimento de sintomas mobiliza mais ou menos intensamente temores ligados às possibilidades de adoecer e morrer.

Balint (1988) relata que a característica básica da reação do doente à disfunção é uma regressão, e com isso se quer indicar que a pessoa volta a usar modos de perceber, sentir e agir que eram próprios às fases iniciais da vida, quando a criança depende inteiramente de outros para sobreviver.

✕ A partir do momento em que o doente reconhece sua enfermidade, transforma-a num ataque interno e reage a ela emocionalmente. Dessa combinação de elementos resulta a ansiedade por encontrar uma figura externa poderosa que possa ajudá-lo.

✕ No momento em que o doente procura o médico ou seu substituto para ser ajudado, passa a ser paciente.

2.2.3 O exame clínico

O paciente deseja contar o que o aflige e o médico pretende obter uma anamnese, que é o processo de coleta de dados e informações do histórico de vida do paciente. Este autoriza o médico a investigar o seu ser, nos aspectos físico e psíquico, examinando-o em busca de sinais que lhe permitirão fazer um diagnóstico.

Após ter relatado sua história e apresentado suas queixas, o paciente espera ser examinado, e o médico, satisfeito com a anamnese inicial, deseja fazer isso mesmo.

O exame físico é uma situação excelente para auxiliar o paciente e compreender um pouco mais a sua doença. Terminado o mesmo, o médico dará uma orientação mais completa do que pensa ser a disfunção e do que julga serem as suas manifestações.

✕ É possível que o médico deva apresentar com humildade um quadro onde o diagnóstico não esteja ainda definido. É o momento em que pede ao paciente que realize exames complementares.

Ao comunicar os seus achados ao paciente, o médico deve ter em mente o que e a quem faz. Em geral o médico informa o enfermo dos problemas encontrados e fica alerta para duas possibilidades: a de que o paciente utilize sua comunicação para reforçar a regressão e as fantasias de perigo sobre sua "doença", quando será necessário retificar de imediato as distorções feitas ao receber a informação; a outra é que, ao ser informado, o paciente pode negar o que ouviu.

Se o médico achar necessário, enfatiza o conteúdo de sua comunicação e as implicações observadas na conduta do enfermo. Uma outra alternativa é a de que o médico não sinta que possa comunicar o que encontrou ao paciente, por julgar que este, dominado pelo pavor, não tem condições de ouvir, e neste caso cabe informar à família.

Estabelecido o diagnóstico, passa-se ao tratamento propriamente dito, onde ocorrerá a intervenção medicamentosa, cirúrgica e outras para a remoção da doença e eliminação dos sintomas.

"A ênfase é colocada no tratamento da doença, ficando a pessoa doente em segundo plano. Neste sentido é dada mais importância à rotina hospitalar, aos cuidados com a técnica, do que aos cuidados com a pessoa. Fala-se, por exemplo, do coração de pulmão que está no quarto tal, sem nenhuma referência a pessoa portadora da doença". Klafke (1991, p. 27).

Os tratamentos com base farmacológica ou cirúrgica, que não levarem em consideração a necessidade de uma boa relação com o enfermo, facilmente redundam em fracasso.

✱ Balint (1988) diz que, "Sem lugar a dúvidas, a droga mais freqüentemente usada na clínica geral é o médico mesmo" e com isso refere-se às atitudes do terapeuta e ao modo como conduz o tratamento.

2.2.4 O processo relacional sistêmico

✧ Médicos e pacientes são elementos dinâmicos que se inter-relacionam através do desenvolvimento de uma ação com objetivos definidos. São sujeitos ativos com seus próprios sistemas de crenças e valores, sentimentos e emoções, inseridos num determinado contexto cultural.

A relação terapêutica que se estabelece entre eles é por base uma conversação, um diálogo entre duas ou mais pessoas para discutir, trocar idéias, enfim, para comunicarem-se.

Jacques, (apud Andolfi 1996), busca o significado etimológico da palavra comunicar, que é “colocar em comum”. Dela origina-se a comunicabilidade, que ocorre quando da adaptação recíproca onde cada participante aprende gradualmente a entrar no *sistema* de relação do outro, sem abandonar completamente o próprio. Ocorre a interação, que é a troca que surge no estabelecimento de uma relação, através da presença física dos sujeitos envolvidos.

Para um melhor entendimento dessa dinâmica relacional, deve-se entender os princípios fundamentais da Teoria Geral dos Sistemas, de Von Bertalanffy.

A partir de 1947, com a publicação da Teoria Geral dos Sistemas, desenvolvida pelo biólogo alemão Ludwig Von Bertalanffy, não é mais possível ignorar a diversidade de fatores que determinam uma situação; toda conduta é complexa, sendo parte de um todo mais amplo. Esta teoria originou-se de um movimento que visava à unificação da ciência e da análise científica.

“Seu objeto é a formulação de princípios válidos para os sistemas em geral, qualquer que seja a natureza dos elementos que os compõem e as relações ou forças existentes entre eles. (...) A Teoria Geral dos Sistemas, portanto é uma Ciência geral da totalidade (...)” (Bertalanffy, 1977, p.61)

Todo indivíduo influencia o seu contexto, e é por ele influenciado. Este indivíduo, que faz parte de uma família, que é membro de um sistema social, tem suas ações governadas pelas ações do sistema. A visão sistêmica permite analisar o todo interagindo em partes, independentemente da natureza de seus elementos e da causa pela qual se organizam.

Partindo-se da Teoria Geral dos Sistemas, onde cada organismo é um sistema, isto é, uma ordem dinâmica de partes e processos entre os quais se exercem interações recíprocas, da mesma forma pode se considerar a relação médico-paciente como um sistema aberto. Define-se como aberto um sistema que troca materiais, energias ou informação com seu ambiente.

Nesse processo de troca entre sistemas, subsistemas e ambiente, sempre se busca manter o equilíbrio da relação, que dentro da abordagem sistêmica, temos como homeostase, que é a capacidade que têm os sistemas de manterem um equilíbrio dinâmico entre seus diversos componentes ou partes, por intermédio do mecanismo de retroação (autocontrole ou auto-regulação).

A abordagem sistêmica, que é uma metodologia de estudo com base na Teoria Geral dos Sistemas, permite tanto uma visão mais abrangente sobre determinado objeto, sem isolá-lo de seu meio, quanto uma delimitação desse objeto e do seu estudo num determinado contexto. Sendo o Cirurgião Cardíaco, o objeto de estudo, este será analisado dentro da referida abordagem.

A relação estabelecida entre o médico e seu paciente pode ser definida como um sistema interativo, ou seja, o conjunto constituído por uma ou mais unidades ligadas entre si de forma que uma mudança no estado de uma unidade será seguida por uma nova mudança nas outras unidades (Andolfi, 1992).

Clavreul (1983) afirma que esta relação não pode ser considerada como interpessoal, porque o médico não estaria nela como um indivíduo, mas sim como representante de um corpo médico, com seus conhecimentos, que lhe permitem prescrever medicamentos e tratamentos ao paciente.

Clavreul (ibid.) ressalta a questão da confiança concedida ao médico, pois este é capaz de interpretar o discurso médico para o paciente e sua família de forma mais agradável. A confiança tranqüiliza tanto o paciente quanto o médico, que pode não estar tão seguro quanto deixa transparecer.

Luz [1993, p.33], com sua visão um pouco diferenciada vê esta relação como “paciente-paciente”, devido à ansiedade vivida por ambos. “(...) a necessidade de fazer um diagnóstico e, para isso, a precipitação de exames exagerados ou inoportunos, satisfazendo muito mais a ansiedade do médico do que ao interesse do paciente” (Luz [1993], p. 33).

✧ A confiança por parte do paciente em seu médico pode vir atrelada ao conceito de maturidade. Mc Cue (apud Meleiro, 1999) afirma que os pacientes tendem a preferir médicos mais velhos, mais amadurecidos. Essa maturidade é reconhecida por atitudes como: humildade, autocontrole, autoconfiança, sabedoria, experiência e integridade. Supõe-se que estas atitudes tendem a se aprimorar com o passar dos anos.

Andolfi (1996) afirma que para se compreenderem as relações interpessoais é necessário observar a situação a partir da unidade de um triângulo. A relação que se estabelece entre o médico e seu cliente não é um processo isolado, algo abstrato, descontextualizado. A relação deveria ser *médico-enfermidade-cliente*, ou *médico-família-cliente*, ou ainda *médico-instituição-cliente*.

Segundo Andolfi (1992), a doença pode ter uma função específica, sendo fonte de gratificações para o paciente, quer sejam elas “ganhos secundários” quer a manutenção da homeostase do sistema familiar. São aqueles casos em que a pessoa doente passa a deter um enorme poder no interior de suas relações familiares passando a desfrutar muitos privilégios pessoais que antes da doença não existiam. Em ambos os casos, as resistências e rejeições do cliente (paciente e familiares) ao tratamento podem gerar uma insatisfação para o médico, por colocarem em dúvida sua competência profissional, tendo em vista que todos os procedimentos e indicações terapêuticas não apresentam uma resposta positiva.

2.3 Carga psíquica de trabalho

O trabalhador, inserido em seu ambiente e interagindo com os elementos que perfazem o seu sistema relacional, conseqüentemente é afetado pelos elementos vivenciais presentes e atuantes no meio.

Dejours (1994, p. 22) afirma que “costuma-se separar a carga de trabalho em dois setores: carga física e carga mental”. Esta última sofre uma nova divisão, que se chamou de “carga psíquica de trabalho”, que ficaria com os elementos afetivos e relacionais.

Em se tratando de elementos vivenciais, como prazer, satisfação, frustração, agressividade e outros, torna-se impossível a quantificação da carga psíquica, podendo ser visualizada e sentida a sua manifestação: absenteísmo, greve e “presenteísmo”.

Essa carga psíquica, acumulada pela atividade realizada, sofre seu momento de descarga como todas as cargas, porém suas vias são esquematizadas em três: via

psíquica, via motora e via visceral. O uso de uma ou outra via vai depender da formação de sua personalidade (e seu modo de ser).

O trabalho é fator de ameaça quando está em oposição à livre escolha de atividade do trabalhador. O prazer do trabalhador está relacionado com a descarga de energia psíquica que a tarefa lhe proporciona. Se a carga psíquica diminui através do trabalho, este é considerado equilibrante. Se ela aumenta com o trabalho, este se torna fatigante.

Pode-se considerar a carga psíquica como um regulador da carga global de trabalho. A questão que fica é a de isolar o componente que se opõe à descarga de energia e com isso impede a realização do prazer ou satisfação no trabalho.

Essa sobrecarga psíquica é considerada por Wisner (1994) e Dejours (1994) como a causa do sofrimento psíquico do trabalhador, porque ele considera que a carga de trabalho tem três aspectos: físico, cognitivo e psíquico. Dejours (ibid) afirma que o sofrimento começa quando a *energia produzida através das relações de trabalho* não encontra vazão no exercício do trabalho e por conseqüência tende a acumular-se no aparelho psíquico.

De acordo com o mesmo autor, a organização do trabalho vem retirar ao trabalhador o domínio sobre seu corpo físico e nervoso, que é domesticado e induzido a agir conforme os preceitos da organização. O trabalhador perde a liberdade e conseqüentemente ocorre um aumento da sua carga psíquica.

A natureza do trabalho é que determina um maior ou menor sofrimento psíquico. Wisner (1994) afirma que, com a contaminação do modelo taylorista, temos a inclinação de perceber o trabalho manual como o mais exaustivo, quando o "trabalho intelectual pode se revelar mais patogênico que um trabalho manual". No

esforço mental causado pela incerteza e incompreensão residem as causas substanciais de sofrimento psíquico.

A carga psíquica da atividade médica tende a se liberar continuamente nos gestos executados e na possibilidade que o profissional tem de agir sobre os fatos, iniciando o procedimento que salva, comunicando a informação necessária, evitando um agravamento da doença, enfim, conseguindo agir diante das fontes agressivas geradas pelo seu trabalho.

Noqueira-Martins (2002) expõe algumas características inerentes à tarefa médica que definem, isoladamente ou em seu conjunto, um ambiente profissional cujo colorido básico é formado pelos estímulos emocionais que acompanham o adoecer:

- ✓ O contato íntimo e freqüente com a dor e o sofrimento;
- ✓ lidar com a intimidade corporal e emocional;
- ✓ o atendimento de pacientes terminais;
- ✓ lidar com pacientes difíceis: queixosos, rebeldes e não aderentes ao tratamento, hostis, reivindicadores, autodestrutivos, cronicamente deprimidos;
- ✓ lidar com as incertezas e limitações do conhecimento médico e do sistema assistencial, que se contrapõem às demandas e expectativas dos pacientes e familiares, os quais desejam certezas e garantias.

Dejours (1994) aponta que a impossibilidade do “rearranjo” da organização do trabalho desencadeia o sofrimento psíquico do trabalhador. *“A energia pulsional que não acha descarga no exercício do trabalho se acumula no aparelho psíquico, ocasionando um sentimento de desprazer e tensão”*. Esse sofrimento psíquico tende a ser traduzido no somático.

2.4 Estratégias defensivas na prática médica

O ser humano deve ser visto e analisado na sua totalidade (física e psíquica) e considerando o seu contexto sócio-histórico-cultural. Diante desta visão assistimos a uma tendência do exercício profissional em saúde mental ser uma atividade que envolve a participação de um rol de profissionais oriundos de diferentes áreas de conhecimento.

A expressão "Saúde Mental" está sendo discutida por profissionais de diversas áreas de conhecimento, com isso deixa os muros das instituições de saúde passando a ser compreendida dentro do ambiente de trabalho onde estariam inseridas as pessoas consideradas como "normais", ou seja, aquelas que estão com pleno funcionamento da sua capacidade mental.

O conceito de Saúde Mental vem, gradativamente, substituindo os conceitos ligados a Psiquiatria tradicional e voltados para um trabalho isolado de Psiquiatria centrado na doença mental.

A OMS defende a ação interdisciplinar e multiprofissional para o desenvolvimento das pesquisas em Saúde Mental. Com essa interação de profissionais, a Saúde Mental passou a ser conceituada de forma semelhante por diversos autores.

Hilgard e Atkinson (1976, p 671), associam à *"ausência de doença mental"*, a *"um estado caracterizado por ajustamento, orientação produtiva e entusiasmo"*.

Para Chaplin (1981, p 517) a Saúde Mental é definida com *"um estado de boa adaptação, com uma sensação subjetiva de bem-estar, prazer de viver e sensação de que o indivíduo está a exercitar seus talentos e aptidões"*.

De acordo com Cabral e Nick (1989, p 353), é um *"estado relativamente constante da pessoa emocionalmente bem ajustada, com gosto pela vida, capacidade comprovada de auto-realização e de autocrítica objetiva. É um estado positivo e não a mera ausência de distúrbios mentais"*.

Estas definições não são tão amplas e abrangentes o suficiente para evidenciar ou determinar mudanças significativas no campo de atuação dos profissionais que lidam com a questão da saúde mental.

O interesse pela saúde do trabalhador é recente; inicia-se no final do século XIX com o período do desenvolvimento acelerado do capitalismo industrial, e um proletariado em rápido crescimento.

A mão de obra é recrutada, em parte, da população excedente do campo e, outra parte, resultante do aumento natural da população. Este período caracteriza-se pela expansão industrial; revolução técnico-científica que traz como consequência, a implementação crescente da divisão do trabalho, entendida tanto como a divisão da atividade econômica, como também a distribuição de tarefas na atividade industrial.

Neste contexto, difunde-se a abordagem do F. Taylor (1856-1915), pelo método de racionalizar a produção, aumentando a produtividade do trabalho e "economizando tempo", ao se suprimir gestos e movimentos desnecessários ao processo produtivo. (Toledo, 1983).

Com a primeira guerra mundial, cresce a produção industrial para atender as necessidades de guerra. A organização científica do trabalho gera exigências fisiológicas, especialmente as exigências de tempo e ritmo de trabalho. O corpo aparece como principal ponto de impacto dos prejuízos do trabalho, devido às máquinas industriais, gases, vapores, poeiras tóxicas, parasitas e outros, o aparelho psíquico fica em segundo plano.

A partir de 1968, os especialistas do trabalho se concentram na psicologia como puramente, métodos de seleção. O sofrimento psíquico permanece praticamente sem análise.

Surgem discussões sobre o que seja o objetivo do trabalho, sobre a relação homem-trabalho e acentuando-se na dimensão mental do trabalho industrial.

Dejours amplia o enfoque da relação Saúde/Doença e surge uma nova disciplina que objetiva a análise psicodinâmica das situações de trabalho. Seu objeto de estudo é: "a análise dinâmica dos processos psíquicos mobilizados pelo confronto do sujeito com a realidade do trabalho".

As contribuições teóricas da Psicodinâmica do Trabalho nos apontam que não basta tratarmos o trabalhador em particular, mas também as formas da organização do trabalho, da realidade social e do coletivo destes trabalhadores. É a análise deste coletivo que nos fornecerá indícios de que a organização do trabalho está funcionando como estabilizador ou desestabilizador do equilíbrio psíquico destes trabalhadores.

Deve-se considerar que a normalidade dos comportamentos não implica a ausência de sofrimento. E o sofrimento, além disso, não exclui o prazer. (Dejours, 1994).

Conforme Dejours (ibid), o funcionamento mental se define "*como o modo pelo qual cada trabalhador ajusta as relações entre seu desejo e a realidade, entre seu passado, desde a infância, e seu presente, onde figura entre outras coisas o trabalho*".

O mundo do trabalho deve oferecer um bom funcionamento mental, algum tipo de significação, de ressonância simbólica para o trabalhador, sendo que o

trabalho pode também, além de satisfação e significados simbólicos, fornecer satisfações concretas em nível de bem estar físico.

A psicopatologia do trabalho mostrou que os trabalhadores resistem ao sofrimento elaborando verdadeiras "estratégias defensivas". Elas se estruturam em função da vivência coletiva dos trabalhadores diante de um determinado processo de trabalho. Manifesta-se na linguagem e nos comportamentos deste coletivo, depois de longo aprendizado e experimentação, funcionando como uma ideologia, que de forma inconsciente (sem controle) muito mais mascara o sofrimento do que resolve. (Dejours, 1994).

Dejours (apud Chanlat, 1996), afirma que no mundo do trabalho, o trabalhador encontra diversas possibilidades de ajustar seu funcionamento-psíquico através da ressonância simbólica.

A primeira condição para o estabelecimento de ressonância simbólica é a escolha da profissão, esta depende exclusivamente do sujeito e não do trabalho, muito embora, o contexto sócio-histórico ocupe um lugar de destaque neste processo, favorecendo ou não a formação que a profissão escolhida requer.

As condições reais do trabalho devem ser avaliadas para que se possa verificar a diferença entre a "profissão escolhida" e a "função exercida" numa organização.

A terceira condição está ligada ao caráter coletivo do trabalho em situação real, a sublimação. Quando o sujeito submete seu trabalho à crítica e solicita o julgamento dos pares, ele espera ser reconhecido.

"O reconhecimento é a retribuição fundamental da sublimação. Isto significa que a sublimação tem um papel importante na conquista da identidade. Reconhecimento social e identidade como condição da sublimação conferem

a essa última uma função essencial na saúde mental". (Dejours, apud Charlat, 1996, p. 158)

Dejours (ibid.), destaca que, ao resolver os problemas que lhe são colocados e em contrapartida obter um reconhecimento social do seu trabalho, o sujeito é capaz de afastar a angústia e assim dominar seu sofrimento. O prazer obtido dessa gratificação é de curta duração, impulsionando o sujeito para novos desafios simbólicos através de situações de trabalho e novas "apostas organizacionais".

O sujeito pode utilizar-se de mecanismos de defesa que funcionam como "estratégias defensivas". A racionalização das atividades de concepção na tarefa se define como uma argumentação baseada em fatos reais e lógicos. Zimerman (2001) assim define a racionalização:

"Como o nome sugere, está ligada ao uso da razão, por parte do sujeito, para apresentar uma explicação coerente, do ponto de vista da lógica, ou para encontrar uma justificativa do ponto de vista moral para uma atitude, uma conduta, uma idéia, um sentimento, etc... cujos motivos verdadeiros, de alguma forma, ele nega." (p. 350)

As estratégias defensivas são utilizadas para preservar um bom funcionamento mental, porém, o uso exacerbado das mesmas estratégias aliado a longos períodos pode provocar alterações de algumas características comportamentais chegando a um desajuste emocional.

Nogueira-Matins (2002, p. 130-134) destaca algumas destas características presentes em médicos:

- ✓ A construção de uma couraça impermeável às emoções e sentimentos, que se expressa por um embotamento emocional traduzido por uma aparente frieza no contato com os pacientes e com as pessoas de um modo geral.

- ✓ O isolamento social, uma outra característica de uma inadequada adaptação profissional.
- ✓ A negação ou minimização dos problemas inerentes à profissão, ou seja, das dificuldades, incertezas, limitações e complexidades da tarefa médica.
- ✓ A ironia e o humor-negro que os médicos desenvolvem, em especial durante os anos de treinamento, outra expressão de uma inadequada adaptação aos rigores da profissão.
- ✓ O descuido com a própria saúde, o médico tende a se autodiagnosticar e automedicar; buscar a ajuda de outro colega representa um caminho muito difícil.

De acordo com Minayo (1992, p. 43) *“A pesquisa qualitativa não se baseia no critério numérico para garantir sua representatividade (...) a amostragem boa é aquela que possibilita abranger a totalidade do problema investigado...”*.

Os médicos trabalham em tempo parcial no hospital, sem horário definido, agindo conforme a demanda dos pacientes; e no restante do tempo atuam em seus consultórios particulares, realizando consultas compostas de exames físicos e complementares.

3.1.4 Métodos

Por se tratar de uma pesquisa quanti-qualitativa, utilizou-se dos métodos que satisfizessem a proposta metodológica.

Os métodos de pesquisa que permearam este estudo foram definidos de acordo com a necessidade informativa e validação dos resultados.

3.1.4.1 Pesquisa bibliográfica

Partiu-se de uma pesquisa bibliográfica para montagem e estruturação do presente estudo, Segundo Marconi e Lakatos (1982, p.57), *“Sua finalidade é colocar o pesquisador em contato direto com tudo aquilo que foi escrito sobre determinado assunto”*.

3.1.4.2 Instrumento da coleta de dados

O questionário para elaboração do perfil descritivo da população pesquisada foi composto por questões fechadas, com um conjunto de alternativas de respostas para que fosse escolhida a que melhor representasse a situação ou ponto de vista do sujeito (ver cópia do modelo de questionário no Anexo I).

A entrevista foi estruturada por pautas, guiando-se por uma relação de pontos de interesse do entrevistador. Segundo Gil (1999), as pautas devem ser ordenadas e correlatas entre si. O entrevistador faz poucas perguntas diretas, deixando o entrevistado livre para falar. Caso este se afaste das pautas, o entrevistador intervém, de forma sutil, preservando a espontaneidade do processo.

As pautas que nortearam a montagem das entrevistas estão descritas no Anexo II.

De acordo com a permissão dos entrevistados, as entrevistas foram gravadas e a parte dos relatos pertinentes ao objeto de pesquisa está transcrito na apresentação dos dados.

3.1.4.4 Inventário de sintomas de stress para adultos de Lipp (ISSL)

Este inventário identifica a sintomatologia que o paciente apresenta, avaliando se ele possui sintomas de stress, o tipo de sintomas existentes (se somáticos ou psicológicos) e a fase de stress em que se encontra. Apresenta um modelo quadrifásico do stress baseado inicialmente no modelo trifásico de Selye.

Embora Selye tenha identificado somente três fases do stress (alerta, resistência e exaustão), o referido instrumento incorporou uma quarta fase, identificada tanto clínica como estatisticamente. A essa nova fase foi dado o nome de quase-exaustão, por se encontrar entre a fase de resistência e a de exaustão. Essa fase recém identificada (1994) caracteriza-se por um enfraquecimento da pessoa, a qual não mais está conseguindo adaptar-se ao resistir ao estressor. As doenças começam a surgir, porém, ainda não são tão graves como na fase de exaustão.

O ISSL leva cerca de dez minutos para ser administrado. Ele é composto de três quadros, que se referem às quatro fases do stress, sendo o quadro 2 utilizado para avaliar as fases 2 e 3 (resistência e quase exaustão).

Os sintomas listados são os típicos de cada fase. No primeiro quadro, composto de doze sintomas físicos e três psicológicos, o respondente assinala com *F1* ou *P1* os sintomas físicos ou psicológicos que tenha experimentado nas últimas vinte e quatro horas. No segundo, composto de dez sintomas físicos e cinco psicológicos, marca com *F2* ou *P2* os sintomas experimentados na última semana. No terceiro, composto de doze sintomas físicos e onze psicológicos, assinala com *F3* ou *P3* os sintomas experimentados no último mês.

No total, o ISSL inclui trinta e sete itens de natureza somática e dezenove de psicológica, sendo os sintomas muitas vezes repetidos, diferindo somente em sua intensidade (Ver cópia do modelo no Anexo III).

O ISSL foi validado em 1994 por Lipp e Guevara. Destina-se ao uso com jovens (acima de quinze anos) e adultos.

Como a aplicação do ISSL é prática, fácil e rápida, ela pode ser executada por indivíduos que não tenham formação em Psicologia, porém sua correção e interpretação devem sempre ser realizada por um psicólogo de acordo com as diretrizes do Conselho Federal de Psicologia quanto ao uso de testes (ver cópia do formulário no Anexo IV).

3.2 Apresentação dos resultados

3.2.1 Perfil dos cirurgiões cardíacos

O perfil destes profissionais foi realizado de acordo com as respostas apresentadas no modelo de questionário (vide anexo I). Os resultados obtidos foram assinalados pelos próprios no momento do primeiro contato.

Na população estudada não houve uma diferença estatística significativa na idade, cuja média ficou em 43 anos.

A população estudada foi toda masculina. O tempo médio de formação em medicina corresponde ao tempo de atuação em cirurgia cardíaca e está na média de 14 anos. Existe uma larga diferença de tempo entre aquele com menor tempo de atuação (4 anos) e o de maior tempo (27 anos).

A atividade cirúrgica é exclusiva para apenas um dos sujeitos, sendo que os demais atuam tanto na clínica médica como na cirurgia cardíaca.

Quanto ao estado civil, houve exclusividade do casado (100%). A religião católica, predominante no Brasil, aparece neste estudo como totalidade, mas sua prática é pouco referida.

O uso de nicotina foi evidenciado em 2 cirurgiões (66%). Estudos feitos por Andrade (1997) apontam que 39,4% dos médicos fazem uso da nicotina.

A bebida alcoólica está presente em geral de forma esporádica, limitando-se ao que se classifica popularmente como "beber socialmente", ou seja, somente em reuniões, festas, confraternizações e ocasiões específicas.

3.2.2 As entrevistas

As entrevistas com cirurgiões cardíacos foram realizadas seguindo as pautas descritas no anexo II. Elas foram gravadas e transcritas de maneira a ressaltar os pontos mais significativos para a pesquisa, tendo sido algumas falas transcritas na íntegra.

As entrevistas serão nominadas por letras do alfabeto, de maneira a preservar a identidade dos sujeitos.

Todos os cirurgiões entrevistados pertencem a uma mesma equipe, ou seja, eles atuam em conjunto no centro cirúrgico, porém seus consultórios são

individualizados. Por esse motivo as entrevistas foram realizadas individualmente e dentro de seus respectivos consultórios.

Entrevista A

A opção pela medicina

Eu não queria fazer medicina, eu queria fazer cirurgia cardíaca. A única maneira de me deixarem fazer cirurgia cardíaca era fazendo medicina, então foi uma consequência. Antes de fazer vestibular, em 1968, eu queria fazer cirurgia cardíaca.

O interesse pela cirurgia cardíaca

Duas coisas me influenciaram. Meu pai tinha comprado um gado, na época, que veio com uma doença X, que não me lembro qual é, mas o detalhe é que o coração de boi já é grande e estava maior ainda, isso despertou meu interesse. Na sequência começou a cogitar no rádio (pois não tínhamos televisão) a possibilidade do transplante cardíaco. Quando eu estava fazendo vestibular o Dr. Christiaan Barnard na África do Sul fez o primeiro transplante em humanos (1968). Outro detalhe é que o Zerbini estava começando a fazer as primeiras cirurgias cardíacas na Santa Casa de São Paulo.

O papel da cirurgia cardíaca no escopo da medicina moderna

A idéia de qualquer médico ou cirurgião não é aumentar a quantidade de vida; o que a gente tenta e consegue na maioria das vezes é melhorar a qualidade de vida. O paciente que não tem condições de levar uma vida profissional, ou vive com remédios, fazendo internamentos constantes, é submetido a uma cirurgia, seja ela no âmbito valvar, estimulação cardíaca com marca-passo, ou desvascularização miocárdica com ponte safena, mamária e outros enxertos, a gente retira a dor dele.

Esse paciente volta a ter uma vida profissional, lazer, esporte e sexual normal. Isso dá no seu conjunto uma melhora na qualidade de vida e esse paciente volta a ser produtivo na sociedade. No entanto se esse paciente, essa pessoa tem uma qualidade de vida ruim, ele fica no seu âmbito doméstico e passa a não ser uma parte integrante do todo na sociedade. Ele pode até viver mais tempo, pois a chance de morrer de um acidente na rua ou na empresa é menor. No entanto se a gente devolve ele para a sua vida profissional, não é infreqüente que ele possa morrer de acidente. Tem o caso de um policial que voltou à ativa e morreu baleado, a família chega e diz: se o doutor não tivesse operado ele, ele tava com falta de ar, tava ruim, tava em casa, mas estava vivo. Foi operado, ficou feliz, viveu quatro ou cinco meses e morreu. Se nós conseguimos, que é nosso intento, melhorar a qualidade de vida dessas pessoas, nós estamos felizes.

A imagem do paciente cardíaco na visão do cirurgião

Toda vez que eu vejo um paciente eu o vejo como um todo. Muitas vezes são pacientes que consideramos irrecuperáveis, e achamos que este paciente estatisticamente é ruim; mas quando você começa a conversar e ele tem um ânimo de vida, uma necessidade de viver, este paciente tem uma recuperação muito maior do que aqueles que tinham condições, aparentemente, mais satisfatórias do ponto de vista estatístico, com risco cirúrgico menor, porém este paciente acaba evoluindo mal, é um paciente depressivo, já chega dizendo que vai morrer.

É necessário tratá-lo e convencê-lo que aquela situação não é tão ruim, ou não se toca nele. No início, quando era recém-formado, eu ia operar o coração e não o cérebro, eu desviava toda a minha atenção para a parte técnica, para a execução da cirurgia, onde o resultado imediato e esperado era o paciente sair vivo do centro

cirúrgico. Hoje estamos falando em qualidade de vida, mas não é para ele ficar vivo só dois ou três meses de vida, queremos que dez anos depois esse paciente esteja bem. Lógico que esse não é o enfoque de todo mundo, cada cabeça uma sentença, eu acho que é tudo um aprendizado. O recém-formado tem o compromisso básico de garantir a sobrevivência do seu paciente, garantir um índice de mortalidade baixa. O importante é que ele busque sempre aprender, pois todo dia aprendemos algo novo, a última coisa que se aprende é a morte. Morreu? Oba aprendeu mais uma.

Fatores estressantes nas atividades realizadas

Quando você chega ao domínio técnico você não se estressa mais com o ato cirúrgico. A cirurgia passa a ser um deleite, e a intranquilidade está lá fora, com os familiares, com a instituição, os agentes pagadores, a direção do hospital. O que cerca o conjunto da cirurgia é muito mais estressante hoje do que o ato cirúrgico. Evidente que para uns mais e outros menos. Eu estou num nível técnico dito bom, por isso não tenho stress com o ato, mas passo a ter stress com os problemas da equipe, é a prioridade do programa. Quando se domina a parte técnica passamos a nos incomodar com as coisas menos prioritária, e são essas as que mais estressam e a gente não se toca disso.

Um dos meus estressores é quando eu vou buscar conhecimento fora e volto pior do que eu fui, você investiu e não trouxe nada de novo. O pior é quando você gastou, investiu, viu e chega que a aquisição desse conhecimento não é passível de ser colocada em prática no seu ambiente de trabalho, normalmente, por problemas financeiros.

A imagem do cirurgião na visão do paciente

Até uns dez, quinze anos atrás, eu acredito que um grande percentual dos pacientes enxergava o cirurgião cardíaco como a tábua da salvação. Hoje com os escândalos todos, eu vejo que a maioria vem procurando resultados técnicos, ele faz um levantamento do médico como um todo. Evidentemente que nem todos têm a possibilidade de chegar ao médico que queria, aqueles que dependem do SUS são encaminhados para onde é mais barato.

Hoje o tratamento em massa que é dado leva a uma despersonalização, algumas vezes o paciente não sabe quem o operou. Aqui na nossa cidade ainda é possível saber que no Box 6 está o Sr. José dos Anzóis. Mas num grande centro, um hospital com 50 leitos dizemos que o Box, 36 está com sangramento, o Box 11 parou. É assim que você entra numa UTI com aproximadamente 50 leitos.

Eu sempre brinco e digo que o cirurgião usa máscara e gorro para não ser reconhecido, e usa luva para não deixar impressão digital. Eu me recuso a usar branco, uso o verde ou azul do centro cirúrgico e no ambulatório uso roupa normal.

A relação médico-paciente e médico-paciente-família

Hoje não tenho dificuldades. Já tive muitas dificuldades na área financeira, dificuldade em transmitir segurança ao paciente, a gente queria esconder a realidade do paciente e acabava se enrolando.

Tem paciente que não tem a capacidade de discernimento, o caso dele é grave e ele acha que você está exagerando, ou outros que não são tão graves e ele acham que você está escondendo o jogo. A dificuldade é de descobrir no paciente o que ele pensa. Com o tempo você vai descobrindo a personalidade do paciente e fica mais fácil.

Mas quando você atende pelo sistema subsidiado pelo governo, você atende quantidade. Tem lugares que o paciente não tem cadeira, nem muito menos uma maca para ser examinado. Hoje o ideal era que tivéssemos pelo menos meia hora para ouvir esse paciente, do ponto de vista pessoa, relaxar o paciente.

Dizemos que muitas pessoas sofrem da síndrome do jaleco branco, é que o paciente se estressa e faz hipertensão diante do médico, mas nisto se gasta um tempo, não adianta eu chegar e colocar o estetoscópio no paciente e dizer: olha, você tem uma disfunção mitral e tem que operar, vai falar com a secretária e tchau. Esse paciente não volta, e se vem, vem empurrado pelo sistema.

Tenho um dogma para mim, tenho que posicionar o paciente a respeito do seu estado e o que pode ser feito por ele. Tenho cinco itens: 1. Você tem a doença; 2. O que vai ser feito; é cirúrgico, clínico, angioplastia... 3. Quando tem que fazer isso; logo, um mês, ou já devia ter feito; 4. Com quem? 5. Onde?

O óbito do paciente

Ninguém vai a óbito sem uma causa básica, de graça. Se foi surpresa para você é por que você estava mal preparado. Existem acidentes, previsíveis e imprevisíveis. No momento em que você se prepara para uma cirurgia tranqüila como se ela fosse grave, o percentual de acidente é menor, qualquer cirurgia, por mais simples que ela seja, eu encaro como mais grave de todas.

Numa cirurgia de uma CEA, que é simples, me preparo como se fosse para uma cirurgia de aneurisma de aorta, que é altamente mortal. Com esses cuidados os riscos de acidentes são menores menores. A gente perde paciente. A gente sabe dos riscos e avisa a família: Eu tenho aqui uma tentativa de resultado, não estou prometendo resultado. Se esse paciente morre, quando vou dar a notícia à família,

não sou eu que consolo a família, meu semblante mostra que quem está precisando de consolo sou eu. Porque eu ainda não perdi aquela mania de competir com Deus. Ser perfeito, talvez o meu perfeccionismo seja o meu maior fator de stress. Por isso me estresso também com a sobrevivência da minha equipe, a relação médico-hospital é mais estressante.

Tem que sobreviver desde o circulante de sala (aquele que entrega material nas salas). Do ponto de vista cultural poderia ser qualquer um. Eu acho que ele tem tanta importância quanto o cirurgião, assim como a instrumentadora. Todos dentro da sala têm o mesmo valor; uma besteira de qualquer um e o paciente padece.

Não adianta fazer uma cirurgia brilhante e esse paciente ter uma complicação lá na UTI. O ato cirúrgico foi perfeito, mas a recuperação foi ruim devido à estrutura. A gente passa a se estressar com aquilo que não está no seu domínio. O que me preocupa é que o paciente fica à mercê de uma outra parte, com funcionários muitas vezes inexperientes. Vou para casa e fico preocupado com esse paciente.

Entrevista B

A opção pela medicina

Na verdade, é uma coisa que vem desde pequenininho. Eu fui muito doente quando pequeno e tive muito contato com médicos. Teve um médico muito bom na minha vida e que me fascinou pela área. Foi mesmo uma empatia, esse médico era muito humano, tanto que o chamávamos de tio.

O interesse pela cirurgia cardíaca

No curso de medicina o que mais me chamou a atenção foi a cardiologia. Na minha formação universitária cheguei a ser chefe dos acadêmicos do hospital do

coração de Curitiba. Conheci a cirurgia cardíaca no primeiro estágio, eu já gostava do coração, de operar o bicho foi melhor ainda.

O papel da cirurgia cardíaca no escopo da medicina moderna

A cirurgia cardíaca prolonga muito pouco a vida do paciente. Na verdade ela é para melhorar a qualidade de vida do paciente, em alguns casos ela é prolongada. Você prolonga sem dor, mas não vai viver muito mais, porque a doença que ele tem é uma coisa que a gente não tira com a cirurgia cardíaca. Na verdade a cirurgia cardíaca é curativa em pouquíssimos casos, na maioria é paliativa.

Nós estamos hoje no topo, aqueles pacientes que ninguém consegue resolver vêm pra gente, somos a resolução do problema. Tudo que o pessoal não conseguiu resolver cai na nossa mão. Fico feliz porque eu tenho a solução para o problema, estudei pra isso e posso resolver.

A imagem do paciente cardíaco na visão do cirurgião

Antes de ele estar deitado numa mesa ele é um ser humano, mas a hora que ele deita, a gente cobre e tira a cara do paciente, ele é só um coração. Porque na verdade, você tem que ser racional, tem que tomar decisões independentemente de quem seja. O que mais preocupa é o resultado é ele embora muito bem obrigado.

A imagem do cirurgião na visão do paciente

Existem 2 coisas. Quando o paciente vem ao meu consultório e quando ele faz a hemodinâmica e a intra-hospitalar me chama é outra. Às vezes no intra-hospitalar eles até nos odeiam, podemos ser a última pessoa que eles querem ver. Aquele que vem é diferente, ele não sabe o que fazer, eu é que tenho a resposta,

ele consegue informações e eu tenho a vida dele na minha mão. Administrar isso é complicado, Não pode ser estrela, tem que explicar para o paciente e informa-lo das estatísticas, dos riscos que ele corre, que eu não tenho controle sobre tudo.

A relação médico-paciente e médico-paciente-família

Vai depender da primeira conversa, é explicar direitinho e informar as chances de complicar e de morrer. Tudo o que acontece no centro cirúrgico, na UTI, o paciente e a família são informados. Acho que tem que ser assim para que a família confie em você. Apesar da gente aprender que temos que passar segurança e dizer que não tem perigo, eu não faço, porque tem perigo até em você atravessar a rua do outro lado e morrer atropelado. A minha relação com os familiares é a melhor possível. Falo tudo, inclusive a morte, que eles não gostam muito de ouvir.

O óbito do paciente

Ninguém gosta de perder e ter maus resultados. Fico triste e chateado comigo mesmo. Sempre imagino que deixei de fazer alguma coisa. Se eu tivesse (...), mas o SE não resolve. A gente fica imaginando, senta e coloca no papel e revê os procedimentos do centro cirúrgico para ver o que poderia ter sido feito. A intenção é melhorar e aprender com os erros. Se eu realmente fiz tudo, infelizmente ocorre. Na cirurgia cardíaca o índice é de 5% de óbitos. Existem os óbitos naturais. Você sabe que alguns pacientes não vão sobreviver, mas tem que tentar.

Pelo fato de ser um médico novo e de aparência bastante jovial, optou-se por incluir um questionamento que não foi feito aos outros sujeitos.

O fato de ser novo na área cirúrgica causa alguma incomodo?

Eu não tenho cara de velho, tem aquelas pessoas mais velhas que ficam meio estranhas quando me vêem. Procuro mostrar uma postura mais séria, profissional. Por isso uso a gravata, manga longa e capricho na aparência.

Entrevista C

A opção pela medicina

Eu abracei a medicina por um sacerdócio. Desde pequeno escolhi ser padre, mas quando estava para receber a batina percebi que eu não seria um bom padre, mas eu sentia a necessidade de me doar aos outros de alguma forma.

O interesse pela cirurgia cardíaca

O coração sempre foi algo que me fascinou, primeiro por todo aquela gama de sensações que existem em torno do coração, mas que na realidade não passam de fantasias. Acredito que não me realizaria em outra área da medicina que não fosse a cirurgia cardíaca. Fiz todo o meu curso orientado para o coração e a cirurgia cardíaca.

O papel da cirurgia cardíaca no escopo da medicina moderna

A cirurgia cardíaca é uma vanguarda em termos de aparelhagem e evolução. Por outro lado ela é fundamental, nada nós fazemos sem o coração. Nós temos uma gama muito grande de pacientes morrendo por doenças do coração que poderiam ter sido tratadas se fossem vistas precocemente. Não gosto de fazer mágica e alquimia com medicamentos sem ver resultado imediato. Para mim é 8 ou 80, ou o

paciente vai bem ou ele vai mal, não tem meio termo. O paciente é operável ou inoperável.

A imagem do paciente cardíaco na visão do cirurgião

O paciente é o dono do seu corpo, que tem um órgão doente. Não faço nenhum procedimento sem o consentimento do paciente, a não ser em casos agudos em que o paciente está inconsciente. Gosto de discutir com ele as vantagens e desvantagens, os riscos e tudo mais.

Se o paciente vai para a cirurgia contra a vontade ele complica. Para que operar um paciente contra a vontade? Expliquei os riscos, se ele não quiser ser operado não serei eu a obrigar.

A imagem do cirurgião na visão do paciente

Eles ainda acham que abaixo do céu estamos nós. São muitos tabus criados em torno do coração e quem trabalha com ele é considerado um semideus, quando na verdade não é nada disso. Eles vêem a gente como um ser superior, olham e dizem: aquele lá é o médico do coração, o médico da vida. Existem pessoas que não admitem que a gente se equipare a outros médicos. Isso não é verdade, mas às vezes as pessoas precisam acreditar nisso.

A relação médico-paciente e médico-paciente-família

O papel da família é fundamental, ela estimula o paciente a progredir. Eu sempre digo à família que o paciente tem risco, porque ela tem que estar sempre pronta para levantar o astral desse paciente. A família tem que saber toda a verdade, não necessariamente o paciente.

Tenho paciente com tratamento clínico prolongado apresentando resultado muito melhor do que se eu tivesse exposto esse paciente à cirurgia, graças ao apoio da família. Principalmente se essa família tenha uma fé, uma crença. Nestes 11 anos de atuação tenho visto família de todos os tipos e, numa família estruturada e com crença religiosa o paciente evolui muito melhor.

O nível de entendimento do paciente define se ele vai saber do seu diagnóstico ou não, mas a família deve sempre ser informada. A família cujo paciente é inoperável, sai do hospital sabendo por que ele é inoperável.

O óbito do paciente

Para nós é muito triste, porque convivemos com a família e o paciente durante todo o tempo de avaliação pré-operatória, mais tempo de internamento hospitalar e o contato direto com a cirurgia.

O stress que a gente passa quando um paciente vai a óbito é indescritível. Tem aquele paciente que a gente sabe na indução da anestesia que ele não vai resistir. Se não vai a óbito na mesa vai na UTI.

É uma tristeza muito grande, porque você vai conversar com uma família que depositou toda a confiança e credibilidade, para você chegar lá e dizer: vocês me entregaram o pai de vocês vivo e eu estou entregando morto.

Eu já aprendi a lidar com isso. A conversa que eu tenho com a família no momento em que o paciente está entrando na sala de cirurgia, eu mantenho o mesmo tom, não mudo em nada se o paciente vai a óbito. Isso eu aprendi a disfarçar, enganar e outras coisas mais, foi assim que eu aprendi. Não mudo expressão, linguagem e nada para não demonstrar eventual insegurança ou falha nos procedimentos.

Fatores estressantes na realização das atividades

O óbito é o que mais estressa. Por isso a gente discute com a equipe, revê todos os passos da cirurgia para se assegurar de que não houve falhas nos procedimentos.

Nós vivemos sempre em cima do fio da navalha. Precisamos ter um equilíbrio muito grande para tomar a decisão certa na hora certa. As perguntas que ficam são sempre as mesmas: o que será que a família vai achar? Será que eu demorei muito para indicar a cirurgia ou fui precoce?

Quando a gente conversa com a família e ela nos acolhe acreditando e dizendo que nós fizemos o possível e o impossível, desarmam a gente. Felizmente a maioria das famílias é assim. Quero chegar em casa e poder dizer para minha filha e esposa que fiz um bom trabalho, só que às vezes tenho que dizer que o (a) paciente não tinha coração que agüentasse.

3.2.3 Os núcleos temáticos

3.2.3.1 O cirurgião e seu paciente

A relação que se estabelece entre o cirurgião e seu paciente é, acima de tudo, uma relação entre dois seres humanos. De um lado está o médico, representante de um corpo clínico dotado de conhecimentos específicos, do outro lado está o

paciente, conhecedor dos seus sintomas e possuidor das fantasias que permeiam a atividade do profissional “escolhido”.

Quando o paciente pode escolher o profissional que irá atendê-lo, suas dúvidas quanto à capacidade profissional e efetividade do tratamento são menores em relação àquele em que o sistema de saúde é quem determina o profissional responsável para tratar a sua patologia.

Deve ser estabelecida uma relação de confiança recíproca, de maneira a contribuir para o sucesso do tratamento. Ao confiar no cirurgião, tanto o paciente quanto seus familiares, transmitem segurança ao profissional, colaborando para reforçar a autoconfiança deste quanto aos procedimentos a serem adotados.

A insegurança vivenciada pelo cirurgião é tão intensa quanto a de seu paciente. É necessário ser preciso no diagnóstico e assertivo na terapêutica para garantir um bom resultado e assim obter a gratificação do paciente. Para evitar surpresas desagradáveis, eles se preparam para uma “cirurgia tranqüila como se ela fosse grave”, é a maneira, encontrada por eles, para trabalhar com mais tranqüilidade.

O paciente que anseia por informações e ações que o tranqüilize, tende a procurar por profissionais cujos caracteres externos transmitam segurança. Os médicos que aparentam mais idade tendem a transmitir tranqüilidade ao paciente, que por sua vez, agrega a essas características físicas os sinais de sabedoria (linguagem segura e científica), autocontrole (paciencioso) e humildade (saber transmitir as informações de maneira a torna-las compreensíveis para o paciente).

A entrevista B é apresentada por um profissional considerado jovem por sua idade cronológica e também por sua aparência física. Quando questionado sobre sua pouca idade, sua resposta confirma a necessidade de passar segurança e de sentir-se seguro: *“Eu não tenho cara de velho, tem aquelas pessoas mais velhas que*

ficam meio estranhas quando me vêem. Procuo mostrar uma postura mais séria, profissional. Por isso uso gravata, manga longa e capricho na aparência”.

Para transmitir segurança a si e ao paciente, o profissional usa de uma vestimenta que respalde sua seriedade e responsabilidade. Ao caprichar na aparência ele remete-se ao pensamento de Hipócrates, que orienta que o médico mantenha-se numa postura decente e que nada tenha de suspeito.

Um fato considerado interessante é que este mesmo profissional teve o comportamento ímpar de estar sempre com o estetoscópio pendurado ao seu pescoço. Este objeto indica a atuação profissional na área da medicina, por ser considerado um de seus símbolos, serve como objeto de identificação do profissional.

Como em toda relação que se estabelece entre as partes, ocorre um primeiro contato (encontro), que é de fundamental importância para a relação terapêutica que está para ser estabelecida.

Na entrevista C pode-se evidenciar essa preocupação com as expectativas do paciente: *o paciente é o dono do seu corpo que tem um órgão doente. Não faço nenhum procedimento sem o consentimento do paciente, a não ser em casos agudos em que o paciente está inconsciente. Gosto de discutir com ele as vantagens e desvantagens, os riscos e tudo mais.*

A entrevista A revela uma preocupação com a prontidão do paciente para a intervenção cirúrgica: *toda vez que eu vejo um paciente eu o vejo como um todo, muitas vezes são pacientes que consideramos irrecuperáveis, e achamos que este paciente, estatisticamente, é ruim, mas quando você começa a conversar e ele tem um ânimo de vida, uma necessidade de viver, este paciente tem uma recuperação muito maior do que aqueles que tinham condições, aparentemente, mais*

satisfatórias do ponto de vista estatístico, com risco cirúrgico menor, porém este paciente acaba evoluindo mal, é um paciente depressivo, já chega dizendo que vai morrer.

Compreender o papel desempenhado pela doença nas relações que o paciente estabelece com o seu meio é fundamental para a indicação terapêutica. O paciente na condição de cliente (dono do seu corpo), está inserido numa situação triangular que pode ser: médico-enfermidade-cliente, médico família-cliente, ou ainda médico-insituição-cliente.

A doença pode ter uma função específica, sendo fonte de gratificações para o paciente, quer sejam elas “ganhos secundários” quer a manutenção da homeostase do sistema familiar. São aqueles casos em que a pessoa doente passa a deter um enorme poder no interior de suas relações familiares desfrutando de privilégios pessoais que antes da doença não existiam.

Em ambos os casos, as resistências e rejeições do cliente (paciente e familiares) ao tratamento podem gerar uma insatisfação para o médico, por colocarem em dúvida sua competência profissional, tendo em vista que todos os procedimentos e indicações terapêuticas não apresentam uma resposta positiva.

No processo relacional médico-cliente estão envolvidos alguns fenômenos psíquicos, como sentimentos e fantasias (geralmente inconscientes), acionados pela enfermidade e pelos diversos aspectos a ela associados, como vida pregressa, histórico familiar, medos significativos e outros.

Os médicos também estão sujeitos a esses fenômenos, e uma determinada doença pode vir impregnada de fortes cargas simbólicas. Pode ser difícil para um médico, após perder um familiar em decorrência de um infarto agudo do miocárdio, atender um cliente com a mesma sintomatologia. Essas vivências podem ser

comprometedoras para o desempenho profissional, sobretudo quando o médico não estiver consciente de que esses sentimentos podem interferir em suas habilidades profissionais. Por outro lado, estando ciente delas e sendo capaz de elaborá-las adequadamente, essas vivências anteriores podem se transformar em subsídios para estabelecer mais empatia com o cliente e obter uma melhor compreensão da situação.

Procurar conhecer o paciente e a si próprio para o estabelecimento dessa relação é de suma importância nos primeiros contatos. Os procedimentos iniciais podem até retardar o ato cirúrgico, mas são importantes para a minimização de problemas futuros. Proporcionar um clima que permita ao paciente, de acordo com a sua disponibilidade emocional, perceber e expor seus temores facilita o esclarecimento sobre seus sintomas e sua doença, bem como esclarecer a proposta médica de intervenção.

Nas três entrevistas pode ser evidenciada essa relação triangular pela preocupação com a capacidade de entendimento e discernimento do paciente; ou, em caso de o paciente não apresentar condições para compreender adequadamente o que se passa com seu corpo, a família ou responsáveis são acionados.

A relação médico-família-cliente pode ser tumultuada pela percepção que os familiares tenham do profissional, ele pode ser visto como uma ameaça à homeostase do sistema familiar, porque aquela doença e, conseqüentemente, a pessoa acometida desempenham uma função importante na dinâmica da família. Provocar uma melhora na sintomatologia do paciente sem negociar as mudanças com a família pode frustrar o tratamento.

A família é considerada pelos cirurgiões como suporte e colaboradora do tratamento, seja no pós-cirúrgico seja no tratamento ambulatorial. A família é insubstituível como fonte de segurança e afeto ao paciente. O médico deverá reconhecer suas próprias limitações de conhecimento e de sua importância na vida do cliente e valorizar a participação dos familiares, tornando-os seus aliados e colaboradores no processo terapêutico.

Na entrevista C tem-se a confirmação prática da importância dos familiares: *o papel da família é fundamental, ela estimula a paciente a progredir... tenho paciente com tratamento clínico prolongado apresentando resultado muito melhor do que se eu tivesse exposto esse paciente à cirurgia, graças ao apoio da família.*

As dificuldades encontradas no plano relacional se estendem a uma outra triangulação muito conhecida destes profissionais, que é a médico-instituição-cliente. Esta tríade pode ser benéfica quando a instituição intermedia sentimentos e expectativas positivas em relação ao profissional, pois se a instituição inspira confiança, esta tende a se estender aos seus profissionais.

Por outro lado, se a instituição gera frustração e raiva no cliente, o médico pode vir a ser o depositário destes sentimentos, torna-se um vilão tão incompetente e desumano quanto o sistema de saúde que ele representa. Na entrevista é relatado que alguns pacientes chegam a demonstrar ódio pelo médico: *existem duas coisas: quando o paciente vem ao meu consultório e quando ele faz a hemodinâmica e a intra-hospitalar me chama é outra. Às vezes no intra-hospitalar eles até nos odeiam, podemos ser a última pessoa que eles querem ver. Aquele que vem é diferente, ele não sabe o que fazer, eu é que tenho a resposta, ele consegue informações e eu tenho a vida dele na minha mão.*

Percebe-se que a onipotência médica não tem espaço quando se deseja uma relação harmoniosa e progressiva com o paciente e sua doença. O cirurgião está mais propenso a alimentar sua onipotência em cada decisão que toma sobre a vida dos seus pacientes. Na entrevista B, percebe-se sinais dessa onipotência: *Nós estamos hoje no topo, aqueles pacientes que ninguém consegue resolver vem para a gente, somos a resolução do problema (...) fico feliz porque eu tenho a solução para o problema, estudei para isso e posso resolver.* Apesar de este profissional afirmar em outros momentos que *o médico não pode ser estrela* e que não tem controle sobre tudo, ele se coloca como o detentor das respostas.

O próprio paciente acaba por fomentar esse sentimento ao cirurgião quando lhe atribui responsabilidade total por sua vida. Na entrevista C é declarada essa visão do paciente em relação ao seu cirurgião: *eles ainda acham que abaixo do céu estamos nós. São muitos tabus criados em torno do coração e quem trabalha com ele é considerado um semideus, quando na verdade não é nada disso. Eles vêem a gente como um ser superior, olham e dizem: aquele lá é o médico do coração, o médico da vida.*

Portanto é indispensável que o indivíduo que existe atrás do profissional seja seguro de suas capacidades e limitações, percebendo e respeitando também essa capacidade e limitações no seu paciente, usando-as numa relação recíproca de complementaridade.

Diante da situação de enfermidade é natural que as pessoas acometidas manifestem reações com certo grau de regressão, ou seja, sentem, pensam e agem de maneira infantilizada. Neste estado, tanto o paciente quanto seus familiares precisam ser tranqüilizados e se sentirem apoiados de maneira equivalente a uma criança diante de algo desconhecido e ameaçador.

Tratar o paciente como uma criança, não significa enganá-lo, omitir informações sobre os procedimentos e eventuais complicações. Deve-se ter paciência, estar pronto para ouvir as fantasias do cliente de forma não preconceituosa, entender sua rejeição a determinados procedimentos e tentar convencê-lo dos benefícios futuros.

Nas três entrevistas percebeu-se esta preocupação com o paciente e seus familiares. A entrevista A evidencia com maior clareza estes procedimentos: *tenho um dogma para mim, tenho que posicionar o paciente a respeito do seu estado e o que pode ser feito por ele. Tenho cinco itens: 1. você tem a doença; 2. o que vai ser feito (é cirúrgico, clínico, angioplastia...); 3. quando tem que fazer isso (logo, um mês, ou já deveria ter feito); 4. Com quem? e 5. Onde?*

A informação a ser passada ao paciente deve ser a mais esclarecedora possível. Ele já vem com uma grande carga de temores e fantasias provocadas pelo desconhecimento sobre a origem de seus sintomas e os tratamentos que serão dispensados a ele. Quando procura atendimento via instituição seus temores aumentam, pois não sabe quanto tempo terá que aguardar, quem irá atendê-lo e se essa pessoa tem competência para resolver o seu problema.

A. Hoje o tratamento em massa que é dado, leva a uma despersonalização, algumas vezes o paciente não sabe quem o operou (...) num grande centro, um hospital com 50 leitos, dizemos que o Box 36 está com sangramento, o Box 11 parou (...) é assim que você entra numa UTI com aproximadamente 50 leitos.

Não se podem adotar padrões rígidos de conduta, no atendimento e tratamento dos clientes. O médico deve munir-se de um conjunto de atitudes que possam contribuir para o estabelecimento de uma boa *aliança de trabalho*. Esta aliança vem a ser a capacidade do paciente em estabelecer um vínculo forte

baseado na disposição racional e consciente em colaborar com o tratamento dispensado a ele.

3.2.3.2 O cirurgião diante da morte de seus assistidos

A medicina coloca a problemática da morte diante do profissional a todo o momento. O médico responde a esse desafio de acordo com suas limitações e facilidades, podendo manifestar ansiedade, medo, naturalidade, e até mesmo encara-lo como uma ameaça a sua vida.

O momento de grande frustração, culpa, raiva e depressão para o médico, está em descobrir que "nem tudo tem cura". Defronta-se com as limitações da profissão e se frustra por não ter o controle total da situação. Culpa-se, pois acha que fracassou e que deveria saber mais e ser mais competente.

B. Ninguém gosta de perder e ter maus resultados. Fico triste, chateado comigo mesmo. Sempre imagino que deixei de fazer alguma coisa. Se eu tivesse (...), mas o SE não resolve(...) senta e coloca no papel e revê os procedimentos do centro cirúrgico para ver o que poderia ter sido feito. A intenção é melhorar e aprender com os erros.

O ser humano tende a ser "culpogênico" por natureza. Sente-se culpado por algo que não fez, deixou de fazer ou deveria ter feito, ou culpa os outros. O médico, para fugir da raiva e da depressão provocada pelo sentimento de frustração, tende a lançar-se mais nos estudos, revendo seus procedimentos, detectando as falhas para evitar um próximo erro. Devido a todas essas sensações é que ele se torna um estudioso contínuo e se empenha na busca do aprimoramento pessoal e profissional, numa tentativa de evitar o óbito.

C. É uma tristeza muito grande, porque você vai conversar com a família que depositou toda confiança e credibilidade, para você chegar lá e dizer: vocês me entregaram o pai de vocês vivo e eu estou devolvendo morto.

O cirurgião tende a adotar um papel paternalista, capaz de tomar conta de alguém em situação de necessidade e dependência. Caso tenha um mau resultado, isso tende a provocar uma sensação desagradável e penosa.

A imagem da onipotência que atrai no início da carreira médica tende a tornar-se um fardo. Se por um lado ele é glorificado diante de um resultado positivo, o seu oposto ocorre na mesma intensidade, torna-se um agressor por outros e até por si mesmo.

A. Ninguém vai a óbito sem uma causa básica, de graça. Se foi surpresa para você é porque você estava mal preparado. Existem acidentes previsíveis e imprevisíveis (...) a gente perde paciente (...) não sou eu que consolo à família, meu semblante mostra que quem está precisando de consolo sou eu (...) porque eu ainda não perdi aquela mania de competir com Deus.

A aceitação da morte em caráter previsível é dificultada pelo próprio avanço da medicina, com as capacidades técnicas/tecnológicas disponíveis, que tendem a reforçar a crença no poder do médico sobre a vida e a morte.

B. A cirurgia cardíaca é uma vanguarda em termos de aparelhagem e evolução (...) para mim é 8 ou 80, ou o paciente vai bem ou ele vai mal, não tem meio termo. O paciente é operável ou inoperável.

Diante destes relatos percebe-se que a morte esperada é a mais facilmente aceita. O impacto maior ficaria por conta da morte não esperada (acidente), admitida a contragosto, pois rompe com o desejado controle. Este deveria ser parcial, mas é almejado como absoluto.

A. No momento que você se prepara para uma cirurgia tranqüila como se ela fosse grave, o percentual de acidente é menor.

Monta-se a guarda, arma-se a batalha para evitar a morte, o que deixa os profissionais em permanente estado de tensão. Desencadeiam-se acusações, freqüentemente autodirigidas, que ativam os sentimentos de culpa, e que acima de tudo frustra o ideal desejado.

A imagem de firmeza e segurança deve ficar inabalada, mesmo que a impotência se instale. O treinamento profissional estimula a demonstração da imagem onipotente e não da possibilidade de negligência ou erro.

C. A conversa que eu tenho com a família no momento em que o paciente está entrando na sala de cirurgia, eu mantenho o mesmo tom, não mudo em nada se o paciente vai a óbito. Isso eu aprendi a disfarçar, enganar e outras coisas mais (...) para não demonstrar insegurança ou falha nos procedimentos.

Tal atitude é compreensível a nível profissional, mas a sobrecarga emocional motivada por toda essa vivência faz nascer uma couraça, uma defesa como forma de evitar o envolvimento emocional e conseqüentemente o sofrimento diante das situações de morte. Porém ao se usar esta máscara por muito longo tempo corre-se o risco da sua incorporação no cotidiano e de a dessensibilidade estender-se a outras situações.

B. Antes de ele estar deitado numa mesa ele é um ser humano, mas a hora que ele se deita, a gente cobre e tira a cara do paciente, ele é só um coração...você tem que ser racional...o que mais preocupa é o resultado, é ele ir embora muito bem obrigado.

Essa barreira utilizada como defesa ante o envolvimento torna-os aparentemente seres frios e sem sentimentos. Esse distanciamento e frieza alimentam a

racionalidade e permite ao médico “lidar com a doença” anulando o paciente. Esse distanciamento leva a um temor da desorganização, ou seja, não conseguir realizar sua tarefa a contento se houver a inserção da “dimensão subjetiva”.

Nega-se a morte numa tentativa de manter afastada a sensibilidade afetiva. O modelo de atuação médica prioriza a máxima objetividade e implica em certa exclusão da subjetividade na compreensão e forma de lidar com os fenômenos decorrentes de sua prática.

3.2.3.3 O *stress* ocupacional da tarefa médica

A relação entre *stress* ocupacional e saúde mental do trabalhador já vem sendo estudada dentro um paralelo bem próximo.

Diante da gama de sentimentos que são mobilizados no desempenho da tarefa médica, essa tende a ser reconhecida como uma das ocupações com mais alto risco de *stress*.

O cirurgião deve tomar a decisão certa na hora certa, prever todos os riscos possíveis e conviver com a ansiedade do resultado e esperar pela crítica do paciente e de seus familiares.

C. Nós vivemos em cima do fio da navalha. Precisamos ter um equilíbrio muito grande para tomar a decisão certa na hora certa. As perguntas que ficam são sempre as mesmas. O que será que a família vaia achar? Será que eu demorei muito para indicar a cirurgia ou fui precoce?

As precárias condições de trabalho na rede pública de saúde e o volume de pacientes como fatores desencadeantes de *stress* ocupacional.

A. Quando você atende pelo sistema subsidiado pelo governo, você atende quantidade. Tem lugares que o paciente não tem cadeira, nem muito menos uma

maca para ser examinado. Hoje o ideal é que tivéssemos pelo menos meia hora para ouvir esse paciente, do ponto de vista pessoa, relaxar o paciente.

A síndrome do *stress* profissional está presente no cotidiano dos profissionais que desempenham atividades que demandem alto grau de contato com outras pessoas. Este contato se faz com o paciente e familiares e principalmente com a equipe que o auxilia. Por ser responsável pela vida do paciente, as pessoas que o auxiliam devem ter o mesmo grau de responsabilidade e uma elevada capacidade técnica seguida de um relativo controle emocional.

A. Quando se chega a um domínio técnico não se estressa mais com o ato cirúrgico (...) o que cerca o conjunto da cirurgia é muito mais estressante hoje do que o ato cirúrgico (...), mas passo a ter stress com os problemas da equipe.

Para que o cirurgião sinta-se realizado deve ocorrer uma sintonia entre as necessidades individuais e as organizacionais, o que fica evidente com o relato abaixo.

A. Um dos meus estressores é quando vou buscar conhecimento fora e volto pior do que eu fui, você investiu e não trouxe nada de novo. O pior é quando você gastou (...) chega e a aquisição desse conhecimento não é passível de ser colocada em prática no seu ambiente de trabalho, por problemas financeiros.

Essa impossibilidade do "rearranjo" da organização do trabalho desencadeia o sofrimento psíquico do cirurgião e tende a ser traduzido no somático.

A resposta ao *stress* emocional, nos profissionais da área da saúde é composta por sintomas somáticos, psicológicos. A exaustão, fadiga, cefaléias, distúrbios gastrintestinais, insônia e dispnéia compreendem os sintomas somáticos. O humor depressivo, irritabilidade, ansiedade, rigidez, negativismo, ceticismo e desinteresse são os sintomas psicológicos.

A equipe médica vivencia a morte de um paciente como uma perda e até como um fracasso, que coloca em xeque à capacidade produtiva dos indivíduos mais vulneráveis. Esse é um dos motivos que leva o cirurgião a necessitar do apoio da equipe e do reconhecimento de seus assistidos.

C. O óbito é o que mais me estressa. Por isso a gente discute com a equipe, revê todos os passos da cirurgia para se assegurar de que não houve falhas nos procedimentos.

C. Quando a gente conversa com a família e ela nos acolhe acreditando e dizendo que nós fizemos o possível e o impossível, desarmam a gente.

O reconhecimento da família leva a uma sensação de alívio e de conforto, tornando o momento menos estressante. São nestas relações interpessoais que a energia afetiva tem sua vazão, aliviando a angústia vivenciada na atuação médica.

O médico necessita desenvolver mecanismos de defesa bastante sólidos para sobreviver no seu- dia- dia com sua própria angústia e sofrimento.

A soma de fatores como equipe de trabalho e paciente, estrutura organizacional e fatores individuais, pode vir a ser uma combinação estressante que transita entre o sofrimento e o prazer da realização profissional. O adoecer em decorrência destes fatores vai depender da estrutura interna de cada um,

3.2.4 Inventário de sintomas de *stress* em cirurgias cardíacas

3.2.4.1 Sintomas de *stress*

Como resposta à situação de stress, foram investigados os sintomas somáticos (físicos) e psicológicos.

Analisando-se os sintomas predominantes em cada uma das fases, chegou-se aos resultados apresentados nas tabelas 1, 2 e 3.

Tabela 1 – Distribuição dos sintomas na fase de alerta

| SINTOMAS FÍSICOS | Número de sujeitos |
|-----------------------------|---------------------------|
| Boca seca | 01 |
| Aumento de sudorese | 01 |
| <i>Tensão muscular</i> | 02 |
| <i>Aperto da mandíbula</i> | 02 |
| Taquicardia | 01 |
| <i>Hipertensão arterial</i> | 01 |
| <i>Mudança de apetite</i> | 01 |
| <i>Insônia</i> | 02 |

| SINTOMAS PSICOLÓGICOS | Número de pacientes |
|--|----------------------------|
| Aumento súbito de motivação | 01 |
| Entusiasmo súbito | 01 |
| Vontade súbita de iniciar novos projetos | 01 |

Tabela 2 – Distribuição dos sintomas na fase de resistência

| SINTOMAS FÍSICOS | Número de sujeitos |
|---------------------------------------|---------------------------|
| <i>Hipertensão arterial</i> | 02 |
| Problemas com memória | 01 |
| Mal-estar generalizado | 01 |
| Formigamento das extremidades | 01 |
| Sensação de desgaste físico constante | 01 |
| <i>Mudança de apetite</i> | 01 |

| SINTOMAS PSICOLÓGICOS | Número de pacientes |
|--|----------------------------|
| Sensibilidade emotiva | 01 |
| Pensar constantemente em um só assunto | 01 |
| Irritabilidade excessiva | 02 |
| Diminuição da libido | 01 |

Tabela 3 – Distribuição dos sintomas na fase de quase exaustão

| SINTOMAS FÍSICOS | Número de sujeitos |
|------------------------------|----------------------------|
| <i>Hipertensão arterial</i> | 02 |
| <i>Mudança de apetite</i> | 01 |
| Dificuldades sexuais | 01 |
| <i>Insônia</i> | 02 |
| Tiques | 01 |
| SINTOMAS PSICOLÓGICOS | Número de pacientes |
| Sensibilidade emotiva | 01 |
| Irritabilidade excessiva | 01 |
| Pesadelos | 01 |
| Vontade de fugir de tudo | 02 |
| Apatia | 01 |
| Cansaço excessivo | 02 |
| Angústia/ansiedade diária | 01 |

Dos sintomas somáticos listados acima, a hipertensão arterial e a insônia foram os que mais se destacaram. Eles estiveram presentes nos três entrevistados e nas três fases, seguidas pela tensão muscular constante, o aperto de mandíbula (involuntariamente) e a mudança súbita de apetite.

A incidência de sintomas da área psicológica sugere que os níveis de *stress* manifestados por essa população possam estar relacionados à percepção da sua situação de trabalho, à realidade vivida e aos limites de atuação.

Dos sintomas listados acima, a irritabilidade excessiva é o sintoma de maior incidência em todos os entrevistados. Cumpre lembrar que estes sintomas podem contribuir para a etiologia de várias doenças que podem afetar a qualidade de vida das pessoas em questão, dentre elas a hipertensão arterial que se fez presente nos sintomas somáticos.

Não se pode atribuir ao stress a causa dessa patologia, mas ele pode ser considerado um desencadeador ou agravante do problema em situações em que o indivíduo apresente uma predisposição orgânica para o fato.

A presença de *stress* foi detectada em 02 (dois) dos sujeitos, sendo que 01 (um) não exibiu sinais indicativos de *stress* no momento da avaliação.

Os sinais de *stress* apresentados estavam distribuídos na fase de alerta e na fase de quase-exaustão. Este último apresentou no último ano um quadro de hipertensão, que culminou num infarto do miocárdio, fato este ocorrido dentro do centro cirúrgico em plena atividade cirúrgica.

Tabela 4 – Distribuição de sujeitos por sinais de stress

| Sinais de Stress | Nº. de sujeitos | % |
|------------------------|-----------------|-------------|
| Ausente | 1 | 33,33% |
| Fase de alerta | 1 | 33,33% |
| Fase de quase-exaustão | 1 | 33,33% |
| Total | 3 | 100% |

Pode-se fazer a relação entre a presença de sinais de *stress* e o tempo de atuação em cirurgia cardíaca, como pode ser observado na Tabela 5. Nos primeiros cinco anos os sinais de stress estão ausentes, acima dos 26 anos de atuação estão em fase de alerta e naquele situado entre 11 e 25 anos os sinais atingiram o nível mais alto da pesquisa.

Tabela 5 – Nível de stress e tempo de atuação em cirurgia cardíaca

| Nível de stress | Tempo de atuação |
|-----------------|-----------------------|
| Sem stress | Inferior a cinco anos |
| Alerta | Acima de 26 anos |
| Quase-exaustão | 11 anos |

Percebe-se que o sujeito (entrevista C) que se encontra na fase de quase exaustão está com 11 anos de atuação, e compara o exercício da medicina a um sacerdócio, onde deve haver a doação ao outro. Pepper (apud França 1987) afirma que, entre 10 e 15 anos de exercício da profissão, a sobrecarga da medicina é sentida com mais intensidade, podendo evoluir para um estado de *stress* emocional crônico.

3.2.4.2 Fontes de *stress*

As fontes de *stress* mais mencionadas pelos entrevistados foram: *responsabilidades pela tomada de decisão, precárias condições de trabalho, relacionamento com a equipe de trabalho, ausência de novos conhecimentos na área, insuficiência de recursos financeiros e o óbito do paciente.*

A responsabilidade pela tomada de decisão refere-se à segurança que o profissional deve ter para si e para transmitir ao seu paciente e familiares. Ele deve ser sempre assertivo, pois uma decisão errada pode ter conseqüências irreversíveis para o paciente e para o próprio médico.

As precárias condições de trabalho sejam no ambulatório sejam no centro cirúrgico, muitas vezes podem colocar em risco a vida do paciente, conforme relatado por eles. A falta de uma aparelhagem adequada, de um centro cirúrgico que comporte a cirurgia e de uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI) que atenda às necessidades pós-cirúrgicas, são fatores altamente estressantes. Muitas vezes essas condições inadequadas de trabalho não permitem a eles realizem os procedimentos que gostariam e que seriam necessários para garantir a eficácia do tratamento.

O relacionamento com a equipe de trabalho é de fundamental importância para o sucesso do tratamento, e todos devem estar cientes de sua responsabilidade, tranquilos e seguros de sua atuação. É uma cirurgia permeada por muitos detalhes e cada pessoa tem uma função específica no centro cirúrgico; desde o “circulante de sala” ao cirurgião, passando pelo instrumentador, todos são igualmente importantes para a obtenção de um resultado positivo. Uma falha de um deles e o paciente pode ter sérias complicações.

A insuficiência de recursos financeiros para remuneração do profissional torna-se fator estressante quando este tem que desenvolver outras atividades para aumentar seu rendimento ou atender um maior número de pacientes num menor tempo possível. Outra impossibilidade é quando a falta de recursos financeiros os impede de utilizarem uma tecnologia que poderia auxiliar e até garantir melhores resultados no tratamento. Eles possuem o conhecimento, dominam a técnica, mas faltam os recursos para viabilizarem a prática.

Na cultura ocidental, principalmente entre os devotos do catolicismo, a morte tende a ser muito valorizada pelo ser humano desde a sua infância até a vida adulta, portanto considerada por diversos autores como fonte de *stress*, principalmente quando o profissional é reconhecido como o responsável pela manutenção da vida. Os entrevistados foram unânimes em apresentar o óbito do paciente como o fator que mais estressa, pois quando ela ocorre não há mais nada que a medicina, o médico e todo o seu conhecimento possam fazer para reverter o quadro.

A frustração desencadeada pela “perda do paciente” pode ser suficiente para produzir quadros de ansiedade e depressão. O profissional torna-se exausto, podendo ter insônia, úlcera, dor de cabeça, bem como uma série de outras doenças de origem psicossomática.

Somente uma fonte estressora esteve presente em apenas um dos entrevistados: foi a *ausência de novos conhecimentos na área*; as demais fontes foram comuns a todos. Esta fonte esteve presente no profissional com mais de 26 anos de atuação profissional, que é um pesquisador antes de ser médico, iniciou sua formação na busca de respostas para problemas cardíacos.

O médico, enquanto cientista, orienta-se pela procura permanente da verdade. Como muitas verdades são provisórias, cabe à ele proceder à substituição de seus conhecimentos por outros mais atualizados e úteis.

3.2.5 Estratégias utilizadas para lidar com o *stress*

As estratégias são as atitudes e comportamentos manifestados diante da situação estressora que vão compor o processo adaptativo do indivíduo de maneira a preservar sua saúde física e mental. As estratégias mais freqüentemente utilizadas pelos sujeitos desta pesquisa para lidar com o *stress* dizem respeito à racionalização das atividades ocupacionais.

A revisão dos procedimentos realizados dentro do centro cirúrgico, para ver o que poderia ter sido feito, com a intenção de “melhorar e aprender com os erros” é uma busca de conforto para a cobrança interna que os médicos fazem pela sua não-perfeição. Perfeição esta que eles mesmos se cobram, como relatado por um dos entrevistados: “eu ainda não perdia a mania de competir com Deus”.

A busca por dados estatísticos (na cirurgia cardíaca o índice é de 5% de óbitos), é uma tentativa de justificar que a fatalidade existe, portanto alguém vai morrer.

A couraça impermeável às emoções e sentimentos é manifestada claramente por eles, na aparência física, nos trajés e no cuidado com o uso das palavras bem como na entonação de voz. Essa couraça impede que as emoções e sentimentos se manifestem com clareza, porém é necessário dar vazão a toda essa energia

Diante de uma autocobrança excessiva e da busca pela perfeição, vivenciar uma situação de perda (óbito do paciente) pode ser demasiadamente angustiante e frustrante para o profissional.

Com a ocorrência intermitente ou até concomitante dos fatores estressantes, a resistência deste profissional não foi suficiente, o que resultou na somatização dos sintomas, culminando com infarto do miocárdio e outros sintomas descritos anteriormente.

Todos eles fazem uso de estratégias defensivas, conforme explicitadas na apresentação dos resultados, para manterem o equilíbrio físico e emocional para o exercício de suas atividades profissionais e condução de suas vidas particulares.

Não é possível prever nem garantir que o uso destas estratégias leve a um equilíbrio psicofísico destes profissionais. O que se pode afirmar é que, no momento, elas estão sendo suficientes para preservar o funcionamento de suas capacidades profissionais. Sabe-se que o uso intensificado das mesmas estratégias por períodos prolongados pode levar a um desajuste emocional, ocasionando mudanças de algumas características comportamentais.

Eles expressam uma aparente frieza através dos contatos que matem com os pacientes, mas este comportamento é resultante de uma couraça impermeável às emoções e sentimentos que eles usam para se defenderem diante das reações e comportamentos dos pacientes.

Os sujeitos deste estudo apresentaram algumas destas características, como um médico que enfartou no centro cirúrgico, ou outro que se vê, de maneira simplista, como a tábua de salvação para os problemas insolúveis.

A imagem do ser humano forte que eles se revestem, dificulta até mesmo a busca de ajuda médica para eles mesmos. Tendem a se autodiagnosticar e

automedicar. Fica difícil para eles admitirem que são vulneráveis na sua saúde, seja física ou psíquica. Utilizam a capacidade máxima disponibilizada por sua estrutura física, um exemplo é o uso da nicotina por parte de dois dos cirurgiões, onde mesmo sabendo os riscos para o sistema cardiovascular eles a usam.

São vários fatores acontecendo isoladamente e de maneira irregular na vida destes cirurgiões, sendo que muitos sintomas tendem a passar despercebidos ou tidos como naturais da atividade profissional.

4 CONCLUSÕES GERAIS

Partindo do problema de pesquisa, que é verificar a saúde mental de cirurgiões cardíacos, a análise dos dados mostra que os médicos estão sendo afetados por fatores decorrentes do dia a dia de seu trabalho e, constroem na medida em que são necessários, suas estratégias e mecanismos sociais de defesa e de resistência.

Diante do exposto no decorrer desta pesquisa, verificou-se que as pressões vividas no exercício profissional são intensas o que desencadeia reações variáveis e distintas.

Os mecanismos sociais de defesa compõem a estratégia defensiva contra os agentes percebidos como estressores. Dos mecanismos citados no decorrer do estudo tornam-se necessários e compreensíveis em determinadas circunstâncias, mas sua utilização indiscriminada e de forma exacerbada contribuem para a cristalização das atitudes e comportamentos dentro do aspecto puramente defensivo.

A idealização social, que ainda permeia a atuação médica, seja no processo de formação, seja no pleno exercício das atividades contribuem para aumentar as expectativas em torno da atuação perfeita, sem falhas e erros.

A atuação cirúrgica sofre uma carga ainda mais levada destas expectativas. Perante o paciente, o cirurgião é tido como o último recurso para a resolução do seu problema, sendo que para o cirurgião a expectativa também não é diferente, ela é manifestada através do "ideal de cura" que leva alguns profissionais a uma fantasia de controle, de poder sobre a vida e a morte, que não necessariamente pode ser associado a uma tentativa de enaltecimento pessoal.

As atitudes do cirurgião são complementares as atitudes e expectativas do paciente atendido e tendem a caracterizar uma auto-exigência, uma expectativa pessoal de efetividade, onde não se permitem as falhas, os erros e os incidentes.

Ao mesmo tempo em que se colocam como capazes de resolver os problemas, eles tem clareza dos riscos que estão correndo e compartilham com o paciente e seus familiares dessa realidade, numa tentativa de compartilhar a responsabilidade pela decisão cirúrgica.

Defrontar-se com o mal resultado de uma cirurgia, onde o paciente não sobrevive a intervenção, é uma situação passível de acontecer no cotidiano destes profissionais. Quando isso acontece, os médicos discutem entre si sobre os procedimentos adotados reavaliando o caso, na procura de uma explicação técnica para o ocorrido.

A tecnicidade do discurso está presente em todos os momentos e contribui para o afastamento da morte enquanto fim da existência. Os médicos evitam o termo "morte", referindo-se ao fato de diferentes maneiras: *o paciente não está mais conosco; perdemos um paciente; o quadro evolui para óbito* e outros.

Os sentimentos, individuais, que foram mobilizados durante a atividade cirúrgica e nos casos de morte do paciente, são na sua maioria negados. "é permitido ficar ansioso mas não angustiado, irritado sim, triste não".

Vivenciam o sofrimento no coletivo, mas vão elaborar, ou não o seu "luto", no plano individual, o que pode desencadear intensos conflitos no decorrer de sua prática, amargam a sua dor escondidos, isolados do mundo, por que devem ser fortes e passar segurança a todos aqueles que cercam suas atividades.

Ficou evidente que a morte do paciente os abala e muito e que este ainda é o fator mais estressante. Os médicos se revestem de uma indiferença afetiva para

compor uma aparente insensibilidade ao fato, transmitindo segurança e seriedade para suas ações. Porém, o que é evidenciado em nível manifesto não necessariamente corresponde à vida íntima do sujeito.

Para transpor a barreira criada pela insensibilidade afetiva, trabalha-se de maneira mais próxima e humanizada do paciente e familiares. As consultas são utilizadas para conhecer o ser humano que no momento é portador de uma patologia, seus medos, anseios e desejos, bem como suas expectativas para com o tratamento. Deixa-se o paciente falar, perguntar e se expor ao médico, isso o tranqüiliza e colabora para resultados mais efetivos no tratamento, seja cirúrgico ou não. O paciente torna-se muito mais um cliente a partir do momento que é co-responsável nas ações do médico e decide por aceitar ou não os procedimentos.

Com essa proximidade ao paciente e familiares, aumenta a vulnerabilidade psicológica do médico, que fica muito mais suscetível as demandas emocionais decorrentes dessa relação.

Assim como os pacientes (clientes) estão respondendo de maneira positiva aos tratamentos em decorrência de sua segurança e confiabilidade, seus cirurgiões também necessitam destes mesmos cuidados, para terem com que compartilhar suas “dores psíquicas”.

As limitações profissionais e humanas que são experimentadas pelos cirurgiões podem ativar angústias e frustrações, aumentando ainda mais o risco de comprometimento de sua saúde mental.

Os cirurgiões continuam exercendo suas funções de maneira produtiva e com resultados satisfatórios, mas estão com um aumento significativo nos seus índices de tolerância nas relações interpessoais. A irritabilidade excessiva é um sintoma de

stress que esteve presente nos três profissionais, bem como o cansaço excessivo, à vontade de fugir de tudo, a sensibilidade emotiva e aumento súbito de motivação.

O aumento súbito de motivo leva os profissionais a uma dedicação cada vez maior ao seu trabalho (podendo chegar ao presenteísmo), procurando a superação de seus limites, o que pode ser muito perigoso, pois levaria ao desgaste físico e emocional. O que já se percebe a manifestação somática através hipertensão arterial e insônia.

A busca pela qualidade e excelência na realização de suas atividades cirúrgicas é evidente, busca transpor os limites profissionais a cada dia. Na tentativa de superação destes limites eles vão buscar conhecimentos e aprimoramento de técnicas de trabalho visando a garantia de um melhor e mais preciso diagnóstico e tratamento dos cardiopatas.

Os cirurgiões estão conseguindo aliviar e amenizar os sofrimento de seus pacientes, mas não estão buscando alívio para si mesmos, o que a médio e longo prazo pode levar a um comprometimento físico e mental mais significativo, ou seja, impedindo o exercício profissional. O cirurgião deve ser preciso nas suas decisões e atos, portanto são habilidades físicas e mentais devem ser o mais próximas da perfeição.

5 Recomendações

As recomendações para futuras pesquisas estão relacionadas às questões que incluem a manutenção da saúde mental de médicos que atuam em cirurgia cardíaca visando uma vida mais saudável para cuidadores e cuidados.

Considerando que o médico, no exercício da atividade profissional, encontra-se exposto a numerosos riscos psicossociais, dentre eles a “agressão psíquica” da morte e, sendo ele o executor direto das ações de saúde, deve merecer a devida atenção quanto à sua saúde ocupacional.

Recomenda-se a criação de um espaço nos estabelecimentos e serviços de saúde, para debates multidisciplinares sobre as vulnerabilidades, limitações e patologias a que os médicos estão sujeitos, contribuiria para a conscientização e possível modificação de atitude destes profissionais no sentido de facilitar a expressão das necessidades e a busca de ajuda.

A promoção de cursos, workshop e vivências abordando temas como: cuidados paliativos, dor, morte, perdas, processo de luto e comunicação de notícias difíceis, poderia proporcionar ao médico uma facilidade maior para lidar com estes temas nas situações em que eles ocorrem.

Dentre as medidas preventivas que podem ser aplicadas, os Grupos de Reflexão (Zimmerman, 1992), que é uma técnica onde os participantes podem se “refletir” uns nos outros buscando uma maior valorização dos aspectos positivos da atividade profissional. Com auxílio de um coordenador da área de Saúde mental, centraliza-se a discussão em torno de um tema comum, que emerge da livre discussão que se estabelece a partir da condução das vivências clínicas relatadas. O coordenador,

através de curtas colocações e indagações ajuda o grupo a sentir, indagar e incorporar um conjunto de valores que convergem para as atitudes médicas.

No Grupo de Reflexão a introspecção é estimulada em primeiro lugar, para que cada um faça uma elaboração mental das suas vivências, transformando em elementos que possam ser verbalizados, ou seja, compreendidos ou traduzidos para os colegas.

A função do Grupo de Reflexão é promover o crescimento psíquico dos participantes através da aprendizagem propiciada com as experiências emocionais que acontecem nas inter-relações grupais, permitindo que o médico possa reconhecer sua parte frágil, permitindo-se angustiar e chorar e sentindo-se capaz de solicitar e aceitar uma ajuda.

O Grupo pode ser constituído por membros da equipe cirúrgica (médicos, enfermeiros, anestesistas, instrumentistas e outros profissionais que possam vir a compor o quadro), reunindo-se semanalmente, com a duração média de 90 (noventa) minutos e sempre coordenadas por um profissional de Saúde Mental que esteja em sintonia com a realidade do grupo.

Esta dissertação, além dos seus objetivos iniciais propõe-se a despertar o interesse nos diversos profissionais envolvidos no estudo da saúde do trabalhador, no sentido de buscar alternativas teórico-práticas que assegurem a manutenção da vida saudável daqueles que são co-responsáveis pela saúde e bem estar de todo e qualquer ser humano, inclusive de seus pares e de si mesmos.

A Lei trabalhista, inclusive no Brasil, reconhece a relação causa e efeito de vários agentes físicos, químicos e biológicos na produção de "doenças ocupacionais"; porém, a "insalubridade psicológica", a penosidade, isto é, a permanente exposição a fatores que produzam doença ou sofrimento psíquico na

atividade médica, ainda requer a construção de novos modelos de investigação, não apenas no âmbito técnico e científico, mas também de natureza filosófica, moral, social, econômica e política.

GLOSSÁRIO

Aórtica: intervenção cirúrgica numa válvula do coração.

Absenteísmo: ausência premeditada ao trabalho por motivos não contemplados nos contratos de trabalho.

Adrenalina: substância cristalina (hormônio) produzida pelas glândulas supra-renais; acelera o ritmo cardíaco, aumenta a pressão arterial, dilata os brônquios e paralisa a digestão.

Angioplastia: dilatação da artéria obstruída por meio de um balão ou pela técnica do laser.

Cateterismo: sondagem com o cateter (sonda) que se introduz em órgão oco para retirar líquido.

Cardiopatía Congênita: Doença do coração que existe desde o nascimento.

Estenose mitral: é o estreitamento da valva mitral, dificultando a passagem do sangue entre o átrio e o ventrículo esquerdo, ocasionando o comprometimento da função cardíaca.

Hemodinâmica: estudo dos fatores que interferem na circulação sanguínea, através da medição da pressão ou a força com que o sangue circula no organismo. É realizado por cateterismo das cavidades direita e esquerda do coração.

Infarto do miocárdio: área do músculo cardíaco (miocárdio) que necrosou (morreu) por falta de irrigação sanguínea.

Insuficiência coronária: entupimento das artérias que irrigam o coração podendo levar ao infarto do miocárdio.

Isquemia: falta de sangue, por entupimento de veias impedindo que o sangue chegue em quantidade suficiente ao cérebro ou ao coração.

Luto: é o período de tempo necessário para a elaboração progressiva da perda.

Mecanismos de defesas: designação dos distintos tipos de operações mentais que têm por finalidade reduzir as tensões psíquicas internas, ou seja, as angústias.

Mitral: nome da válvula que regula a passagem do sangue da aurícula (ou átrio) e o ventrículo esquerdo.

Síndrome de Burnout: síndrome do esgotamento emocional, despersonalização e sentimento de baixa-realização no trabalho.

Síndrome de Karoshi: quadro clínico caracterizado por morte súbita decorrente de patologia coronária isquêmica ou cérebro-vascular em trabalhadores submetidos a jornadas prolongadas de trabalho.

Valvopatia mitral: disfunção nos movimentos de abrir e fechar da valva mitral, impedindo o fluxo e refluxo de sangue de maneira estabilizada.

Workshop: são pequenos grupos de pessoas que trabalham em vários tipos de projeto para combinar fatos, experiências e discussão em grupo.

REFERÊNCIAS

- ALVES, Rubens. A morte como conselheira. in: **Da morte: Estudos Brasileiros**. São Paulo: Papyrus, 1991.
- ANASTASI, Anne. **Testes psicológicos**. São Paulo: EPU, 1977.
- ANDOLFI, Maurizio. **A linguagem do encontro terapêutico**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.
- ANGERAMI, V. A. **Psicologia hospitalar - a atuação do psicólogo no contexto hospitalar**. São Paulo: Traço, 1984.
- ARIÉS, P. **O homem diante da morte**. São Paulo: Francisco Alves, 1980.
- BALINT, M. **O médico, seu paciente e a doença**. Rio de Janeiro: Atheneu, 1988.
- BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Rio de Janeiro: Edições 70, 1991.
- BARROSO, Fernando Luiz. **O paciente e seu cirurgião**. In: Mello Filho, J. *Psicossomática hoje*. P. 259-263, 1992.
- BELLODI, Patrícia Lacerda. **O clínico e o cirurgião**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.
- BERTALANFFY, Ludwig von. **Teoria geral dos sistemas**. Petrópolis: Vozes, 1977.
- BLEGER, J. **Temas de psicologia – entrevista e grupos**. São Paulo: Martins Fontes, 1989.
- BOEMER, Magali Roseira. **A morte e o morrer**. São Paulo: Cortez, 1986.
- BOGDAN, Robert; BIKLEN, Sari. **Investigação qualitativa em educação**. Porto: Porto, 1994.

- BOHOSLAVSKY, Rodolfo. **Orientação vocacional: estratégia clínica**. São Paulo: Martins Fontes, 1988.
- BORBA, Valdir Ribeiro. **Administração hospitalar: princípios básicos**. São Paulo, Centro São Camilo de desenvolvimento em Administração, 1985.
- BUFFOLO, Enio. História da cirurgia cardíaca brasileira SBC/FUNCOR. Disponível em <http://www.cardiol.br/sbc-funcor/historia/>. Acesso em 21 nov. 2001.
- ÇABRAL, A. e NICK, E. **Dicionário técnico de psicologia**. São Paulo: Editora Cultrix, 1989.
- CARVALHO, A. M. A. **Considerações sobre alguns pressupostos da psicologia e suas implicações teóricas e metodológicas**. Revista Psicologia, nº. 2, ano I, p. 1-20, 1976.
- CAMPOS, T. C. P. **Psicologia Hospitalar, a atuação dos psicólogos em hospitais**. São Paulo: EPU, 1995.
- CHAPLIN, J. P. **Dicionário de psicologia**. Lisboa; Publicações D. Quixote, 1981.
- CLAVREUL, J. **A ordem médica**. São Paulo: Brasiliense, 1983.
- COLEMAN, J. C. **A psicologia do anormal e a vida contemporânea**. São Paulo: Livraria Pioneira, 1973.
- COOPER, C. et. Al. **Occupational stress indicator: test sources of pressure in job**. England. Windsor, 1988.
- D'ANDREA, Flavio Fortes. **Desenvolvimento da personalidade: enfoque psicodinâmico**. São Paulo: Bertrand, 1974.
- DEJOURS, Cristopher. **A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho**. 5 ed. São Paulo: Cortez - Oboré, 1992.

DEJOURS, C., ABDOUCHELI, E. JAYET, C. **Psicodinâmica do trabalho: contribuição da escola dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho.** São Paulo: Atlas, 1994.

DEMO, Pedro. **Metodologia científica em ciências sociais.** São Paulo: Atlas, 1989.

Dicionário cardiológico de termos e procedimentos. SBC/FUNCOR. Disponível em <http://www.cardiol.br/sbc-funcor/cuide/dicionario>. Acesso em 21 nov. 2001.

ESTEVES, A J. **A investigação-ação in metodologia das ciências sociais.** Portugal: Afrontamento, 1986.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder.** Rio de Janeiro, Graal, 1979.

FRANÇA, H. H. **A síndrome de burnout.** Revista Brasileira de Medicina, 44. Ago. 1987, pp. 197-199.

GAUDERER, E. Christian. **Reação do profissional frente à doença crônica ou fatal.** Jornal Brasileiro de medicina, vl. 40, nº. 3, Março, 1981.

_____. **Os direitos do paciente: um manual de sobrevivência.** Rio de Janeiro: Record, 1991.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa.** São Paulo: Atlas, 1987.

_____. **Métodos e técnicas de pesquisa social.** São Paulo: Atlas, 1999.

HILGARD, E. e ATKINSON, R. **Introdução à psicologia.** São Paulo: Companhia Editora Nacional, 1976.

HOIRISCH, A. **O problema da identidade médica.** Rio de Janeiro, 1976, 113 p.
Tese – Faculdade de Medicina da Universidade federal do Rio de Janeiro.

- HOLMES, P. e RAHE, R. **The social readjustment rating scale.** Journal Psychosomatic Research. 11:213-18,1967.
- IIDA, Itiro. **Ergonomia, projeto e produção.** São Paulo: Edgard Blücher, 1990.
- KLAFKE, T. E. **O médico lidando com a morte: aspectos da relação médico-paciente terminal em cancerologia,** in: Da morte – Estudos Brasileiros, op. Cit.: p. 35-45.
- KUBLER-ROSS, Elisabeth. **Sobre a morte e o morrer: o que os pacientes terminais têm para ensinar a médicos, enfermeiras, religiosos e aos seus próprios parentes.** São Paulo: Martins Fontes, 1994.
- LADEIRA, M. B. **A dinâmica do stresse no trabalho: um estudo de caso com profissionais de enfermagem.** Belo Horizonte, 1996 (tese de mestrado - UFMG).
- LAKATOS, Eva Maria, Marconi, M. de Andrade. **Metodologia científica.** São Paulo: Atlas, 1992.
- LANE, Silvia T. M., CODO, Wanderley. **Psicologia social: o homem em movimento.** São Paulo: Brasiliense, 1984.
- LAZARUS, R. S. E FOLKMAN, S. **Coping and adaptation.** In Gentry W. D. **Handbook of behavioral medicine.** New York: The Guilford press. 282-325, 1984.
- LEWIS, J. M.; BARNHART, F. D.; CARSON, D. I.; HOWARD, B. L. **Marital satisfaction in the liver of physicians.** Bull. Menninger Clinic. V. 57, p. 458-365, 1993.
- LIPP, Marilda E. N. **Pesquisas sobre stress no Brasil: saúde, ocupações e grupo de risco.** Campinas: Papyrus, 1996.

LIMA GONÇALVES, Ernesto. **O hospital e a visão administrativa contemporânea.** São Paulo: Pioneira, 1983.

LÜDKE, Menga, ANDRÉ, Marli E. D. A. **Pesquisa em educação: abordagens qualitativas,** São Paulo: EPU, 1986.

LUZ, H. **O médico, essa droga desconhecida.** São Paulo: Atheneu, 1993.

MARCONI, M. A. e LAKATOS, E. M. **Técnicas de pesquisa.** São Paulo: Atlas, 1982.

MARTINS, L. A. N. **Atividade médica: fatores de risco para a saúde mental do médico.** Revista Brasileira de Clínica e Terapia, vol XX, nº. 9, set. 1991.

_____. **Residência médica: um estudo perspectivo sobre dificuldades na tarefa assistencial e fontes de estresse.** São Paulo: 1994, 228 p. Tese Escola Paulista de Medicina.

MARTINS, M. **Mania e onipotência.** Relatório apresentado ao VI Congresso Psicanalítico Latino-Americano, Montevideo, Julho/1996.

MELEIRO, A. M. A. da S. **O médico como paciente.** São Paulo: Lemos Editorial, 1999.

MELO, Ana Geórgia C. de. **Uma nova abordagem em evolução.** Revista Viver, fev/1999, ano VII, nº 73, p. 24-25.

MILLAN, Luiz Robert.; DE MARCO, O. L. N.; ROSSI, Eneiza.; ARRUDA, P. C. Vaz. **O universo psicológico do futuro médico: vocação, vicissitudes e perspectivas.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 1993.

MINAYO, Maria Cecília de Souza.; DESLANDES, Suely Ferreira.; NETO, Otavio Cruz.; GOMES, Romeu. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 2000.

MORAES, I.N. **O especialista e o clínico geral**. São Paulo: Roca, 1997.

MORAES, L.F.R.; SWAN, J.A.; COOPER, C.L. **A study of occupational stress among government White-collar workers in Brazil using the occupational stress indicator**. *Stress Medicine*, 9: 91-104, 1993.

NOGUEIRA-MARTINS, L. A. **Saúde mental dos profissionais de saúde**. In: BOTEGA, N. J. (org.) *Prática psiquiátrica no hospital geral: interconsulta e emergência*. Porto Alegre: Artmed; 2002, p. 130-144.

OLIVEIRA, Maria de Fátima P.; LUZ, Protássio Lemos. **O impacto da cirurgia cardíaca**. In: Mello Filho, J. *Psicossomática hoje*. P. 253-258, 1992.

PITTA, A. **Hospital: dor e morte como ofício**. São Paulo: Hucitec, 1994.

RAMOS, D. G. **A psique do coração**. São Paulo: Cultrix, 1990.

RODRIGUES, A. L.; GASPARINI, A. C. L. F. **Uma perspectiva psicossocial em psicossomática: via estresse e trabalho**. In: Mello Filho, J. *Psicossomática hoje*. P. 93-107, 1992.

RUDIO, F. V. **Introdução ao projeto de pesquisa científica**. Petrópolis: Vozes, 1986.

TOLEDO, F. de **O que são recursos humanos**. São Paulo: Brasiliense, 1983.

TRIVINOS, Augusto Nibaldo Silva. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1987.

WISNER, A. **A inteligência do trabalho** – textos selecionados em ergonomia. São Paulo: Fundacentro, 1994.

YIN, Robert K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. Porto Alegre: Bookman, 2001.

ZADHAFT, S. **Morte e formação médica**. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1990.

ZIMERMAN, D. E. **A formação psicológica do médico**. In: Mello Filho, J. *Psicossomática hoje*. Porto Alegre: Artmed, p. 64-69, 1992.

_____. **Vocabulário contemporâneo de psicanálise**. Porto Alegre: Artmed, 2001.

ZIMERMAN, D. E.; OSORIO, L. C. **Como trabalhamos com grupos**. Porto Alegre: Artmed, 1997.

ANEXO I

PERFIL DESCRITIVO

IDENTIFICAÇÃO: _____

1. Sexo

Masculino Feminino

2. Idade

31 a 40 anos 41 a 50 anos 51 a 60 anos Acima de 61 anos

3. Tempo de formação:

01 a 05 anos 06 a 10 anos 11 a 15 anos
 16 a 20 anos 21 a 26 anos Acima de 26 anos

4. Tempo de atuação em cirurgia cardíaca:

01 a 05 anos 06 a 10 anos 11 a 15 anos
 16 a 20 anos 21 a 26 anos Acima de 26 anos

5. Local de trabalho:

Hospital Consultório Hospital e Consultório

6. Condição familiar:

Solteiro(a) Casado(a) Divorciado(a) Viúvo(a)

7. Crença religiosa:

Protestantismo Catolicismo Budismo
 Judaísmo Espiritismo Outras

8. Hábitos cotidianos:

Cigarro ou similares Bebidas alcoólicas Energizantes
 Esportes Passatempo

ANEXO II

FORMULÁRIO DE ENTREVISTA

LOCAL DA ENTREVISTA:

Data:

Duração:

Roteiro

1. O que o levou a interessar-se pela medicina e especificamente a cirurgia cardíaca?
2. Qual o objetivo da cirurgia cardíaca?
3. Qual o papel desempenhado pelo cirurgião cardíaco para o paciente?
4. Como o cirurgião cardíaco vê seus pacientes?
5. Durante o tratamento dos pacientes, o que facilita e o que dificulta a relação médico-paciente e médico - família - paciente?
6. Qual o significado do morrer de um paciente?
7. Que estratégias são usadas pelo cirurgião cardíaco para chegar ao distanciamento afetivo?