

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS SOCIAIS
DEPARTAMENTO DE SOCIOLOGIA

PERCEPÇÕES DE MÉDICOS E MÉDICAS DA EMERGÊNCIA PEDIÁTRICA DE UM
HOSPITAL NO DISTRITO FEDERAL SOBRE PROBLEMAS DE SAÚDE MENTAL NA
CATEGORIA MÉDICA DE BRASÍLIA

Autor: Marcello Cavalcanti Barra

Brasília, 2019

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS SOCIAIS
DEPARTAMENTO DE SOCIOLOGIA

PERCEPÇÕES DE MÉDICOS E MÉDICAS DA EMERGÊNCIA PEDIÁTRICA DE UM
HOSPITAL NO DISTRITO FEDERAL SOBRE PROBLEMAS DE SAÚDE MENTAL NA
CATEGORIA MÉDICA DE BRASÍLIA

Autor: Marcello Cavalcanti Barra

Tese apresentada ao Departamento de
Sociologia da Universidade de Brasília como
parte dos requisitos para a obtenção do título
de Doutor.

Brasília, dezembro de 2019

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS SOCIAIS
DEPARTAMENTO DE SOCIOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SOCIOLOGIA

TESE DE DOUTORADO

PERCEPÇÕES DE MÉDICOS E MÉDICAS DA EMERGÊNCIA PEDIÁTRICA DE UM
HOSPITAL NO DISTRITO FEDERAL SOBRE PROBLEMAS DE SAÚDE MENTAL NA
CATEGORIA MÉDICA DE BRASÍLIA

Autor: Marcello Cavalcanti Barra

Orientadora: Profa. Doutora Berenice Alves de Melo Bento (UnB)
Coorientador: Prof. Doutor Emerson Ferreira Rocha (UnB)

Banca: Profa. Doutora Ana Cristina Murta Collares (UnB)
Profa. Doutora Carolina Pereira Mercante (Ministério Público do Trabalho)
Profa. Doutora Rosana Maria Nascimento Castro Silva (UnB)
Profa. Doutora Tânia Mara Campos de Almeida (SUPLENTE)

Esta tese é dedicada à minha querida mãe Eluza Cavalcanti Barra e a meu tio Euler Pinheiro Cavalcante, e à memória de meus amigos e mestres Brasilmar Ferreira Nunes e José Enrique Bica Morales.

AGRADECIMENTOS

Muitas pessoas contribuíram e ajudaram a tornar esta tese possível. Desde meu coorientador e orientadora, e amigas com grande engajamento e que contribuíram pontualmente e também de inúmeras outras maneiras ao longo dos quatro anos de doutorado, para a construção de meu problema de pesquisa e no campo de investigação. Bastante importante reconhecer e nomeá-las.

Muito grato ao Prof. Emerson Ferreira Rocha, que me orientou nesta tese, possibilitou a construção do conhecimento e deu força para defender o projeto de doutorado e escrever a tese, em um curto período de tempo. À Profa. Berenice Bento, pela amizade, mão e apoio nos momentos de dificuldades no caminhar do meu doutorado, tão importantes para a existência desta tese, minha total gratidão. Também meu muito obrigado a Arnaldo Cerqueira, por todo apoio, força, conversas e diálogos para esta tese! Também agradeço ao Arnaldo Cerqueira, que foi um coorientador prático, para os problemas que precisei lidar no dia a dia, desde bem antes da defesa do projeto, em novembro de 2018. À Profa. Haydée Glória Cruz Caruso, pelo enorme apoio e força para conseguir concluir meu doutorado.

Um sentimento eterno de gratidão para com minhas amigas Lêda Maria Gomes e a Osnilda Lima, pelo incomensurável apoio que me deram ao longo de vários processos da tese. Pelo curto período para a escrita desta tese, a força delas foi fundamental para eu ter conseguido chegar aqui.

Pelas recomendações, dicas, apoio, textos, agradeço à Profa. Ana Cristina Collares, Profa. Maria Francisca Pinheiro Coelho, Profa. Soraya Fleisher, Prof. Gilson Dantas, Prof. Frédéric Vandenberghe, Profa. Carla Antioga e Profa. Antonádia Monteiro Borges. Aos professores Gusmão (UnB), José Newton Garcia Araújo (PUC/MG), à Profa. Andrea Moreli (Faculdade Arthur Sá Earp Neto/Faculdade de Medicina de Petrópolis). Dos Comitês de Ética em Pesquisa, Profa. Érica Quinágua Silva (CHS/UnB), Dr. Marcondes Siqueira Carneiro e Dra. Dillian Adelaine César da Silva (Fepecs).

À minha querida e amada filha Glória Cavalcanti de Albuquerque Maranhão, que tomou tantas notas para mim. Agradeço Tatiana Cavalcanti Barra e Cláudio Cavalcanti Barra, minha irmã e meu irmão pela amizade e apoio. À Marlene Cristo Pinheiro, por tudo. Também agradeço à tia Edna Cavalcanti Muniz pelas conversas e solidariedade, e também ao tio Renato Muniz e Renata Cavalcanti Muniz. Ao meu primo Flávio Barra, à tia Hilda Piqueira e ao tio Guilherme Barra, pelas conversas no início da pesquisa de tese.

Grato à minha turma de doutorado, do ano de 2016: à Alejandra Zapata Guerra, à Priscilla Cavalcante Normando, à Morgane Laure Reina, ao Wilson Vianna, ao Márcio Henrique de Carvalho, ao Eduardo Luiz Zen, à Luciana Nunes Fonseca, ao Edi Alves de Oliveira Neto, à Márcia Nascimento Henriques Knop, à Luciana da Silva Melo, ao Jeferson Martins de Castro, à Camilla Martins Santana e ao Bruno Gontyjo do Couto. Ao Edemilson Cruz Santana Junior (Paraná), à Carolina Lima, ao Alexandre Pimenta, à Rayane Noronha, ao Gabriel Peters, à Édelyn Cristina Nunes Silva, Wanderson Barbosa dos Santos.

Gratidão a todo o Departamento de Sociologia pelo esforço de imprimir excelência acadêmica ao Programa de Pós-Graduação e à permanente dedicação e apoio das trabalhadoras e aos trabalhadores técnico-administrativo da Secretaria, à Gabriella da Conceição e Carlos, à Patrícia Borges Soares Rodrigues, à Márcia Araújo, ao Enderson Paulo dos Reis, à Esther de Almeida Costa, à Michelle Lino da Silva, à Renata de Sousa Souto. Agradeço também à Universidade de Brasília (UnB), pelo ambiente propício à pesquisa.

Grato também às psicólogas Jaqueline dos Santos Aguiar, Lélia Maria Gomes, Patrícia Iêda T. Sampaio e Annalya da Silva Garcia, que participaram no apoio psicológico da

pesquisa, e estiveram na Emergência Pediátrica comigo. Grato também à Sabrina Simons, Debora Macedo, Regina de Fátima Medeiros Dantas, Márcia Dias do Nascimento, Anderson Macedo da Rocha e ao Pablo Rafael do Nascimento Tolentino.

Meu muito obrigado à equipe do Ipea, Ivan Tiago Machado Oliveira, Bernardo Figueiredo Silva, José Eduardo Malta de Sá Brandão, Roberto Passos Nogueira, Sergei Suarez Dillon Soares, Edison Benedito da Silva Filho, Ernesto Lozardo, José Peres, André Rego Viana, João Brigido Bezerra Lima, Rogerio Boueri Miranda, Valéria Maria Rodrigues Fechine, Francisca Maria da Silva Rodrigues. Sidrach Dantas de Moraes, Osmar Gomes de Mesquita, Leônidas Pires Neto, Manoel Rodrigues dos Santos Junior, Jane Silva Souza. Grato ao embaixador Sérgio Florêncio, ao Pedro Florêncio, ao Marco Antonio Natalino, Sergio Francisco Piola, ao Raimundo da Rocha, ao Luis Claudio Kubota, ao Rubens Bias, ao Roberto Gonzales, Agnaldo (IPEA). Às colegas Mariana Carvalho, Sara Coutinho, Gabriela Cavalcanti Cunha e Fabiola Sulpino Vieira. Do antigo MPDG, Maria Elisa Nascimento, Mariana Yuka Akamine, Sérgio de França Lima, Ayala do Carmo Tanios Nemer, à Jandira Siqueira Rodrigues, Simone Célia P. Silva, Soraya Monteiro Brandão.

Agradeço ao conselheiro do Conselho Regional de Medicina (CRM) do Distrito Federal, Dr. Crístofer Diego Beraldi Martins, por ter-me apresentado a conselheiros e conselheiras, quando fui recebido de modo fraterno e acolhido. No Conselho Federal de Medicina (CFM), à Eliane Maria de Medeiros, bibliotecária do CFM, e área de imprensa: Milton Júnior, Paulo Henrique e Luciana Abade. No Ministério da Saúde, Elem Sampaio, Karla Freire Baêta, Roque Manoel Perusso Veiga. Do Samu, agradeço à Christiane Valença Daher, Rafael Vinhal e Gustavo Oliveira. À procuradora do trabalho, Dra. Carolina Pereira Mercante.

Às amigas e amigos que contribuíram, de um jeito ou de outro, para esta tese: Renata Blando, Carlos Augusto de Abreu Maestrello, Janaína Ferreira de Sousa, Francisco Sérgio dos Santos, Maíra Sardinha e à Profa. Edir Pina de Barros, Gianna Testa, Silvia Nobre, Janaína Alves, Lucas Belmino Freitas, Fernando Pereira Filho, Siegfried Guillaumon, Wellington Rainho, Marina Lemes Landeiro, Lucas Bezerra, Enrique Bessoni (Fiocruz), Luís Alberto Macedo Carvalho Júnior, Bárbara Medeiros, Santiago Falluh, Samaria Andrade, Rúbia Rúbio, Adriana Haack, Luciane Kozicz Reis Araujo (psicóloga), Igor Luz, Luciana, do MPU, Sheilane, da Vivendo. E a todas as outras pessoas importantes para que essa pesquisa se materializasse. Também aos amigos e amigas das antigas, privados (as) de maior contato, dada a dedicação à tese.

Muito obrigado a cada médico e médica que generosamente conversou comigo e concedeu uma entrevista. Sem vocês, esta tese não existiria!

Agradeço a todo o pessoal da Biblioteca Central (BCE) da UnB e à Rádio MEC AM, em 800 kHz, por ter-me proporcionado excelente programação musical no período da pesquisa, que ajudou a me inspirar nesta tese.

"Quem elegeu a busca não pode recusar a travessia"

(BOSI, 2003, p. 45).

RESUMO

BARRA, Marcello Cavalcanti. *Percepções de médicos e médicas da Emergência Pediátrica de um hospital no Distrito Federal sobre problemas de saúde mental na categoria médica de Brasília*. 2019. 301 f. Tese (Doutorado em Sociologia) - Departamento de Sociologia, Instituto de Ciências Sociais, Universidade de Brasília, Brasília, 2019.

A questão estudada por esta tese é a saúde mental dos médicos. Diante disso, pesquisaram-se as percepções de causas e consequências de problemas de saúde mental entre eles. Há 150 anos se sabe da alta ocorrência de problemas dessa ordem entre os médicos, atores centrais na prestação de serviços de saúde à população. Na revisão de literatura sobre o adoecimento mental dos médicos preponderam indicações dos fatores causais relacionados ao trabalho. Na literatura sociológica, identificaram-se dois conjuntos de teorias, a sociologia da medicina e a sociologia dos médicos. A tese se encontra nessa segunda abordagem, mas também recorre à primeira, tendo em vista que o objetivo é o de se ampliar a compreensão da problemática vivenciada pelos médicos. O objeto da pesquisa foram os médicos de uma Emergência Pediátrica em um hospital do Distrito Federal (Brasil) e o método usado foi a análise do conteúdo dos discursos, com categorização e com o sistema de computador Iramuteq. Coletaram-se as percepções dos médicos sobre as experiências subjetivas referidas os fatores externos, para uma abordagem interpretativa da questão. Os resultados conceituais desta tese foram o uso da expressão "problemas de saúde mental", preferível a "transtornos mentais e comportamentais", e "ordenação para e do trabalho médico", ao invés de "organização do trabalho médico". Os principais resultados para a pergunta de pesquisa foram: 1) os problemas de saúde mental na categoria médica de Brasília são percebidos como resultantes de fatores sociais, e sequer fatores biológicos são mencionados, para os médicos autodeclarados com transtornos mentais ou comportamentais da Emergência Pediátrica estudada. Conclui-se que esse resultado contribui para se desnaturalizar o tema da saúde mental e coloca a possibilidade de novas pesquisas. 2) A estruturação para que o trabalho do médico seja executado, propriamente uma ordenação para e do trabalho médico, foi o principal fator causal percebido para os problemas de saúde mental na categoria médica brasiliense; grande parte dos fatores causais percebidos estão relacionados ao âmbito do trabalho, como relações sociais de trabalho. Ambos resultados são corroborados em grau significativo pela literatura, o que se leva a concluir que o trabalho é o grande determinante para o adoecimento mental dos médicos. 3) Inverteram-se os atores percebidos entre a causa e a consequência dos transtornos mentais e comportamentais em médicos: um ator coletivo foi preponderante na causa e, um ator individual no efeito, respectivamente a ordenação para e do trabalho médico e o médico doente.

Palavras-chave: Médicos. Profissão médica. Condições de trabalho. Organização do trabalho. Distrito Federal (DF). Doença mental. Sociologia dos médicos. Sociologia da medicina. Sociologia da saúde. Sociologia do trabalho.

ABSTRACT

BARRA, M. C. *Perceptions of Pediatric Emergency doctors at a hospital in Distrito Federal (Brazil) about mental health problems in the medical category of Brasília*. 2019. 301 f. Tese (Doutorado em Sociologia) - Departamento de Sociologia, Instituto de Ciências Sociais, Universidade de Brasília, Brasília, 2019.

The issue studied by the thesis is the mental health of doctors. Therefore, the perceptions of factors and effects of mental health problems among them were researched. It has been known for 150 years that there are high occurrences of such problems amidst physicians, key players in the provision of health care to the population. In the literature review on physicians' process of becoming mentally ill, indications of work-related causal factors predominate. In sociological literature, two sets of theories have been identified, the sociology of medicine and the sociology of physicians. The thesis is in this second approach, but also refers to the first, considering that the aim is to broaden the understanding of the problematic experienced by doctors. The object of the research was the Pediatric Emergency Physicians in a hospital in the capital of Brazil (Distrito Federal) and the method used was the discourse content analysis, with text categorization and with the Iramuteq computer system. Physicians' perceptions of subjective experiences referred to external factors were collected for an interpretative approach to the issue. The conceptual results of this thesis were the use of the term "mental health problems", preferable to "mental and behavioral disorders", and "medical work ordering" rather than "medical work organization". The main results for the research question were: 1) Mental health problems in the medical class of Brasília are perceived as a result of social factors, and not even biological factors are mentioned by self-declared physicians with mental or behavioural disorders of that Pediatric Emergency. It is concluded that this result helps to denaturalize the theme of mental health and raises the possibility of further research. 2) The structuring that allows the physicians' work to be performed, properly an ordination to and of medical work, was the main causal factor perceived for mental health problems in the medical category of Brasília; Most of the perceived causal factors are related to the work environment, such as social work relations. Both results are corroborated to a significant degree by the literature, which leads to the conclusion that work is the major determinant for physicians' process of becoming mentally ill. 3) The perceived actors were reversed between the cause and the consequence of mental and behavioral disorders in physicians: a collective actor was predominant in the cause and an individual actor in the effect, respectively the ordering to and of medical work and the patient physician.

Keywords: Doctors. Medical profession. Working conditions. Work organization. Federal District (DF). Mental illness. Sociology of doctors. Sociology of medicine. Sociology of health. Sociology of work.

RÉSUMÉ

Marcello Barra. *Perceptions des médecins d'urgence pédiatriques d'un hôpital du Distrito Federal (Brésil) au sujet des problèmes de santé mentale dans la catégorie médicale de Brasília*. 2019. 301 f. Tese (Doutorado em Sociologia) - Departamento de Sociologia, Instituto de Ciências Sociais, Universidade de Brasília, Brasília, 2019.

La question étudiée par la thèse est la santé mentale des médecins. Compte tenu de cela, les perceptions des causes et des effets des problèmes de santé mentale parmi eux ont été étudiées. On sait depuis 150 ans que de tels problèmes sont fréquents chez les médecins, acteurs centraux de la fourniture de services de santé à la population. La revue de la littérature sur le processus des médecins de devenir malade mental révèle des facteurs de causalité liés au travail. Dans la littérature sociologique, deux ensembles de théories ont été identifiés, la sociologie de la médecine et la sociologie des médecins. La thèse est dans cette seconde approche, mais utilise aussi la première, considérant que l'objectif est d'élargir la compréhension du problème rencontré par les médecins. L'objet de la recherche était les médecins d'urgence pédiatrique dans un hôpital de la capitale du Brésil (Distrito Federal) et la méthode utilisée était l'analyse du contenu du discours, avec catégorisation et avec le système informatique Iramuteq. Les perceptions des médecins concernant les expériences subjectives faisant référence à des facteurs externes ont été recueillies pour une approche interprétative du problème. Les résultats conceptuels de cette thèse ont été l'utilisation de l'expression « problèmes de santé mentale », préférable à « troubles mentaux et du comportement », et « ordonnance pour le et de travaux médicaux » plutôt que « organisation du travail médical ». Les principaux résultats de la question de recherche étaient les suivants : 1) Les problèmes de santé mentale dans la catégorie médicale de Brasília sont perçus résultent de facteurs sociaux, et même les facteurs biologiques ne sont pas mentionnés par les médecins autodéclarés présentant des troubles mentaux et du comportement dans cette urgence pédiatrique. Nous concluons que ce résultat contribue à dénaturer le thème de la santé mentale et ouvre la voie à de nouvelles recherches. 2) La structure qui permet au médecin de faire son travail, une ordonnance proprement dite pour le et de travail médical, a été le principal facteur causal perçus des problèmes de santé mentale dans la catégorie médicale à Brasília ; La plupart des facteurs de causalité perçus sont liés à l'environnement de travail, tels que les relations sociales de travail. Ces deux résultats sont corroborés dans une large mesure par la littérature, ce qui permet de conclure que le travail est le facteur déterminant du processus des médecins de devenir malade mental. 3) Les acteurs perçus étaient inversés entre la cause et la conséquence des troubles mentaux et du comportement chez les médecins : un acteur collectif prédominait dans la cause et un acteur individuel dans l'effet, respectivement l'ordonnance pour le et de travail médical et le médecin malade.

Mots-clés: Médecins. Profession médicale. Conditions de travail. Organisation du travail. District fédéral (DF). Maladie mentale. Sociologie de la médecine. Sociologie des médecins. Sociologie du travail. Sociologie de la santé.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Proposta para interpretação da sociologia da medicina e sociologia dos médicos..	83
Figura 2 - Mapa das três classes formadas com o conjunto dos discursos dos médicos da Emergência Pediátrica, com o uso do "Método de Reinert"	174
Figura 3 - Palavras mais relevantes nas três classes formadas com os discursos dos 46 médicos entrevistados da Emergência Pediátrica, com o uso do "Método de Reinert".....	175

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Teóricos que estudaram os médicos, segundo a abordagem dos autores e com a característica marcante.....	82
Tabela 2 - Uso e dependência de drogas entre médicos brasileiros, com dados coletados em 2005-2006.....	122
Tabela 3 - Número de citações e participação de problemas de saúde mental na categoria médica, relatados nas literaturas internacional, nacional e do DF.....	142
Tabela 4 - Fatores causais e consequências dos três principais problemas de saúde mental na categoria médica, a partir das literaturas internacional e nacional.....	145
Tabela 5 - Fatores causais para problemas de saúde mental em médicos na análise das literaturas internacional, nacional e do DF, contidas nesta seção (2.2).....	147
Tabela 6 - Atores (ou relações) impactados com os problemas de saúde mental dos médicos, na análise de literatura internacional, nacional e de DF, contida nesta seção (2.2).....	148
Tabela 7 - Quantidade de médicos especialistas no DF, em ordem alfabética por especialidade, 2014/2015.....	151
Tabela 8 - Estrutura etária da população médica e participação da faixa etária no DF e no Brasil, 2014/2015.....	153
Tabela 9 - Idade média e tempo de formado de médicos do DF, 2014/2015.....	154
Tabela 10 - Percepção de fatores causais para transtornos mentais e comportamentais de médicos brasilienses, para médicos da Emergência Pediátrica autodeclarados com transtornos mentais e comportamentais.....	198
Tabela 11 - Frases com expressões de três diferentes médicos, as interpretações de relações vinculadas e uma lógica explicativa.....	208
Tabela 12 - Aspectos da ordenação do trabalho relacionados a problemas de saúde mental em médicos de Brasília, na percepção de médicos autodeclarados com transtornos mentais ou comportamentais, entre a realidade concreta percebida e o ideal de realidade.....	211
Tabela 13 - Percepção de atores responsáveis pelos fatores causais de transtornos mentais e comportamentais de médicos brasilienses, para médicos da Emergência Pediátrica autodeclarados com transtornos mentais ou comportamentais.....	212
Tabela 14 - Percepção das consequências do adoecimento mental dos médicos autodeclarados com transtornos mentais ou comportamentais.....	216
Tabela 15 - Atores impactados com o adoecimento mental dos médicos, em categorias agrupadas, a partir da percepção dos médicos da Emergência Pediátrica autodeclarados com e sem transtornos mentais e comportamentais.....	221
Tabela 16 - Participações em percepções de fatores para transtornos em médicos e em percepções de efeitos dos transtornos, para os médicos que autodeclararam ter algum transtorno mental ou comportamental.....	229

SUMÁRIO

Introdução.....	14
1. Revisão de literatura sociológica sobre os médicos.....	23
1.1 Sociologia da medicina no processo civilizador.....	25
1.2 Sociologia da medicina na perspectiva crítica ao processo civilizador.....	30
1.3 Sociologia da medicina na perspectiva funcionalista.....	39
1.4 Sociologia da medicina na perspectiva marxista e a crítica à prática médica atual.....	58
1.5 A sociologia dos médicos.....	65
2. Revisão de literatura sobre problemas de saúde mental de médicos.....	84
2.1 Revisão sistemática da literatura sobre adoecimento mental de médicos.....	84
2.2 Problemas na saúde mental de médicos: fatores e efeitos.....	102
2.2.1 Problemas na saúde mental de médicos na literatura internacional.....	103
2.2.2 Problemas na saúde mental de médicos brasileiros.....	117
2.2.3 Problemas na saúde mental de médicos do DF.....	139
2.2.4 Análise da literatura sobre problemas de saúde mental na categoria médica.....	142
3. Campo de pesquisa e metodologia.....	149
4. Percepções dos médicos da Emergência Pediátrica.....	173
4.1 Dificuldades para a saúde mental.....	176
4.2 A fachada da positividade.....	179
4.3 As tensões nos bastidores.....	186
5. Percepções sobre fatores e efeitos dos problemas de saúde mental dos médicos.....	198
5.1 Ordenação do trabalho médico.....	200
5.2 Causas do adoecimento mental: percepções dos médicos e a literatura especializada.....	211
5.3 Percepções sobre os efeitos do adoecimento mental.....	215
5.4 Causas e efeitos: uma análise integrada.....	228
5.5 Algumas considerações sobre fatores socioeconômicos estruturais.....	232
Conclusões.....	237
Referências Bibliográficas.....	243
Apêndices.....	275

Introdução

Médicos e médicas adoecem¹. Mesmo que por vezes não se considere sobre isso e eles próprios possam vir a ter enormes expectativas pessoais, o fato é que também adoecem. Esta tese examina a ocorrência de transtornos mentais e comportamentais em médicos de Brasília. O tema da pesquisa é a ocorrência de problemas de saúde mental na categoria médica, quando se objetiva ajudar na compreensão do fenômeno. A pergunta de pesquisa é: o que os médicos percebem sobre as razões e as consequências dos problemas mentais na categoria médica?

Médicos que trabalhavam na Emergência Pediátrica de um hospital do Distrito Federal foram entrevistados e se analisaram as percepções deles². Doravante, esse hospital será descrito como "Hospital", para diferenciá-lo de eventual referência a qualquer outro. Usou-se uma abordagem mais discursiva e hermenêutica para se entenderem as percepções de fatores e efeitos como um ciclo integrado. Doravante, as duas expressões serão usadas como sinônimas, Emergência Pediátrica e Pronto-Socorro Pediátrico, quando eventualmente se usará apenas "Emergência", "Pronto-Socorro" ou a sigla "PS"; causa, fator causal e fator serão usados também como sinônimos, e o mesmo para efeito, consequência ou impacto do problema de saúde mental³.

Os métodos utilizados para o levantamento dos dados foram as aplicações de Questionário e de Roteiro de entrevista (Apêndices C e D, respectivamente). A pesquisa de campo levava à conclusão da necessidade de uma abordagem mais interpretativa, sobre as experiências subjetivas referidas aos fatores externos, que captasse as percepções dos médicos, e não uma abordagem inspirada em um desenho experimental, causal.

Foram dois os métodos utilizados para a análise dos dados, em torno da análise do conteúdo do discurso. O primeiro, com uso do programa de computador Iramuteq (RATINAUD, 2014), recorreu ao método Reinert (REINERT, 1983). O segundo, com uso do programa de computador com tabelas, do LibreOffice, em que se analisaram os discursos dos

-
- 1 Esta tese parte da premissa de que as palavras importam, como parte da construção da realidade. Assim, entende-se a importância de se escreverem as palavras nos gêneros masculino e feminino, diante das iniquidades de gênero na sociedade. Dadas as condições desta pesquisa, isso foi feito só na primeira frase desta tese. Reitere-se que, em tudo o que resta, simbolicamente estará o gênero feminino.
 - 2 Tomaram-se decisões quanto ao texto da tese relacionadas à anonimidade dos sujeitos de pesquisa.
 - 3 Apesar de poder se estabelecer diferenciações entre as diferentes expressões.

médicos e se categorizaram o sentido e as implicações de cada segmento de fala, com as percepções de causas e consequências dos problemas de saúde mental.

Realizou-se o levantamento de dados na Emergência Pediátrica do hospital, com entrevistas semiestruturadas. Esse levantamento foi parte de um processo mais longo, que contara com uma primeira etapa de aproximação com o campo de pesquisa. Nessa primeira fase, em que se dialogou com inúmeros médicos, observou-se a necessidade de aprofundamento do tema, o que foi corroborado tanto pela literatura científica, como por vasta gama de materiais secundários. Nos contatos com médicos, antes da coleta dos dados, duas conversas chamaram mais a atenção. O primeiro foi um médico, cuja faixa etária se estima em 35 anos, para quem a totalidade da categoria médica precisava de atenção quanto à saúde mental. E a segunda, uma médica com a faixa etária estimada em 50 anos. Ao saber que o doutorando conduzia pesquisas sobre o tema, pediu ajuda ao pesquisador.

O campo apresentou desafios principais para o levantamento dos dados. O primeiro foi o de elaboração de um instrumento de coleta de dados que desse conta da problemática de pesquisa, também preservasse o anonimato dos participantes e os deixassem à vontade para falarem as percepções deles quanto aos problemas de saúde mental por que passam os médicos. Após estabelecido contato com médico do Hospital - graças às redes pessoais -, o segundo foi o de seguir as regras e exigências postas pelo hospital. O terceiro se vinculou ao fato de se tratar de uma pesquisa em saúde humana, que requer aprovação por um Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, no chamado sistema CEP/CONEP. O hospital tem também regras próprias. Portanto, esta pesquisa teve que ser analisada e aprovada por um CEP da UnB, e analisada, aprovada e autorizada por um segundo CEP, que foi o da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (Fepecs). Essas relações são mediadas por um sistema de computador implantado na internet, a Plataforma Brasil. Então o desafio foi o de se lidar tanto com a plataforma, quanto com as instituições envolvidas no processo. O quarto desafio foi para concretamente se entrar no PS e coletarem-se os dados. Foi exigida redução no tempo de coleta dos dados: de uma hora, conforme submetido ao sistema CEP/Conep, para 20 minutos, e de duas semanas, para uma semana. Isso exigiu uma rápida ação de revisão do roteiro de entrevista com o coorientador, que também se valeu do pré-teste do instrumento de coleta. O quinto desafio foi a alteração nas condições reais para a coleta, sem mais uma sala exclusiva e um residente que desse apoio ao processo.

O tema desta tese é relevante por motivos que vão do mais específico ao mais geral, que serão detalhados na continuidade. Em resumo, a importância se dá porque: ajuda no reconhecimento dos problemas de saúde mental por que passam os médicos entrevistados, pelo que disseram nas entrevistas, e durante a pesquisa de campo; há um motivo humanitário, dada a ocorrência de problemas de saúde mental na categoria médica, e o interesse público a respeito dessa realidade, principalmente quanto ao conhecimento sobre os impactos disso; os médicos são importantes para os cuidados em saúde da população; a literatura aponta que as relações de trabalho são centrais para a ocorrência de transtornos mentais e comportamentais; há alta quantidade de problemas de saúde mental no Brasil e no mundo; e, a centralidade do trabalho para a sociedade atual.

Esta pesquisa é importante para os médicos entrevistados. Houve inúmeras falas que expressaram isso durante ou após as entrevistas. O fato de a percepção dos médicos autodeclarados sem transtornos indicar no sentido de também sofrerem consequências de problemas de saúde mental dos colegas médicos é uma sinalização de que o problema acaba por potencialmente afetar, de uma maneira ou de outra, à categoria como um todo⁴. A percepção dos próprios médicos indica também para a existência de problemas de saúde mental para profissionais de saúde em geral, da mesma forma que indica a literatura, e que, contudo, não foi revisada, por fugir ao objeto desta tese. Essa percepção dos médicos em relação a outras categorias foi confirmada para as carreiras profissionais da administração pública distrital, por relatório do GDF, cujos dados serão apresentados mais abaixo. Pode-se pensar, assim, que esta pesquisa seja também importante para outras categorias laborais. Dado o relato da percepção de impacto sobre pacientes, esse é um ator individual para quem o tema desta tese também importa.

Há 150 anos, sabe-se que médicos se suicidam mais do que a população em geral⁵ (ANDREW; BRENNER, 2018). A taxa de distúrbios psiquiátricos (depressão e ansiedade) de médicos pode chegar a 44% no Brasil - e atinge mais da metade da categoria quando se incluem os casos "não-severos (não-psicóticos)" (BARBOSA; ANDRADE; CARNEIRO; GOUVEIA, 2007, p. 149). Nesse contexto, no caso brasileiro, deve-se pontuar que a violência que os assola também é elevada, e que foi verificada no estado de São Paulo (CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO/CREMESP, 2015).

4 Durante a pesquisa de campo, em atendimento clínico, um médico chegou a dizer espontaneamente que todos os médicos estariam mentalmente doentes.

5 Em textos mais focados no período atual, escreve-se que há mais suicídio na categoria médica do que em outras categorias profissionais e na população em geral (SCHERNHAMMER; COLDITZ, 2004) e até que a categoria médica atualmente lideraria esse ranqueamento das categorias profissionais (ANDERSON; 2018).

Uma das pesquisadoras brasileiras com mais publicações sobre o tema da saúde mental de médicos, a médica Alexandrina Meleiros, em palestra para o Conselho Regional de Medicina de Pernambuco, falou que há desconhecimento dos efeitos dos problemas de saúde mental na categoria médica e que são necessários estudos que produzam essa informação. Assim disse a médica: "as consequências que tem no trabalho do médico, quando ele está deprimido, nós não temos dados na literatura. É desconhecido. Assim como algumas outras profissões, qual é a consequência? (...) precisamos ter [dados]"⁶ (MELEIRO, 2018). A Sra. Elem Sampaio (2018)⁷, técnica substituta da coordenadora da Coordenação de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, uma área do Ministério da Saúde, também indicou o interesse em pesquisa que levantasse os impactos dos problemas de saúde mental em médicos (informação verbal). Por sua vez, uma tese de doutorado em Psicologia escreve que tanto por não se reconhecer a importância dos fatores psíquicos e sociais para o processo de saúde/doença, quanto pela precariedade do conhecimento sobre esses fatores, o tema da saúde mental dos médicos tem pouca relevância, o que faz com que o problema seja deixado até se chegar a situações extremas (NOGUEIRA-MARTINS, 2003; COHEN; RHYDDERCH, 2006; MILLER, 2009 apud CHIAVEGATO FILHO, 2011, p. 157-158), e o médico doente sendo relegado ao papel de mero operador (CHIAVEGATO FILHO, 2011, p. 41) de técnicas.

O tema desta tese é também relevante porque médicos são atores centrais para a provisão de serviços de saúde para a população. Onde se obtiveram dados coligidos, no setor público, observou-se ocorrência significativa de transtornos mentais e comportamentais entre eles e em outras categorias de trabalhadores da saúde. Isso é apontado por relatório estatístico do GDF sobre transtornos mentais e comportamentais em servidores, referente ao ano de 2017. Os médicos compuseram a terceira carreira pública com maior número de licenças para esses transtornos, que compõem a categoria F da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, na 10ª edição (CID-10)⁸ (ORGANIZAÇÃO

6 A menção se deu no 7º minuto da fala da palestrante.

7 Informação fornecida pela Sra. Elem Sampaio durante reunião na Coordenação de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (CGSAT), do Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador (DSAST), da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), do Ministério da Saúde, Brasília, 2018.

8 Para fins da pesquisa, considerou-se como transtorno mental e comportamental a cada entrada de uma lista de problemas da saúde mental incluída em um determinado grupo (a "categoria F") da CID. Existe a possibilidade de que haja problemas da saúde mental também em outras seções deste manual de responsabilidade da Organização Mundial da Saúde (OMS), e os países reconhecem, ou não, a validade dessa classificação nos sistemas de saúde próprios deles. A categoria transtorno mental e comportamental pareceu ser uma expressão atual diante de outras expressões, como "doença mental" e "doença psíquica" quando ambas podem ser comumente usadas como sinônimas no campo, mas com significados diferentes, quando a primeira talvez seja mais ampla, pois envolveria esferas que transcendem o cérebro. A palavra transtorno pareceu um atenuante diante do termo "doença", que se entende que foi relativizado no campo da saúde mental. O transtorno significaria uma dificuldade para as relações do "paciente" com o mundo, ou seja, com o transtorno, o paciente não seria tão *funcional*, quanto sem ele. Nesse sentido, o próprio uso atual

MUNDIAL DA SAÚDE/OMS, 2003; 2011), chamadas de "CID-F" no campo de pesquisa. Assim as carreiras foram ranqueadas: 1ª) Magistério público, com 6.738 licenças (43,31% do total de licenças), 2ª) Assistência pública à saúde, com 4.165 (26,77%), 3ª) Médica, com 939 (6,04%) (SANTOS; SECRETARIA DE ESTADO DE PLANEJAMENTO, ORÇAMENTO E GESTÃO, 2018, p. 11). É apontada a existência do total de 5.303 médicos no quadro do GDF (SANTOS; SECRETARIA DE ESTADO DE PLANEJAMENTO, ORÇAMENTO E GESTÃO, 2018, p. 11). Em livro do Conselho Federal de Medicina (CFM), conselheiro defende a necessidade de saúde dos médicos para poderem promover a saúde da população brasileira (CARNEIRO; GOUVEIA, 2004, p. 148).

Na proporção, os médicos eram a nona carreira profissional com maior quantidade de licenças para transtorno mental e comportamental pelo total de servidores ativos, de um total de 40 carreiras (SANTOS; SECRETARIA DE ESTADO DE PLANEJAMENTO, ORÇAMENTO E GESTÃO, 2018, p. 11). As mais atingidas eram de: 1ª) atividades do Hemocentro, 2ª) enfermeiros, 3ª) magistério público, 4ª) atividades em transporte urbano, 5ª) assistência pública à saúde, 6ª) apoio e assistência judiciária, 7ª) assistência social, 8ª) vigilância ambiental e atenção à saúde, e 9ª) médica (SANTOS; SECRETARIA DE ESTADO DE PLANEJAMENTO, ORÇAMENTO E GESTÃO, 2018, p. 11).

Para relação entre trabalho e saúde mental, Christophe Dejours (2006, p. 38-40) aponta a falta histórica de reconhecimento para as doenças mentais. No século XX, os mais diversos atores sociais, como o Estado, as empresas e mesmo os sindicatos e partidos não aceitavam a existência de relação entre trabalho e doenças mentais, segundo o autor (DEJOURS, 2006, p. 38-40). Para os profissionais da saúde, evento promovido pelo Ministério Público do Trabalho (MPT), intitulado Saúde da Saúde (2018), mostrou a situação por eles vivida. No mesmo sentido, a literatura observou que a gestão de políticas públicas voltadas para as relações de trabalho não tem sido priorizada no campo da saúde, ensejando sugestões que modifiquem o quadro. Assim escreveu o autor:

Entretanto, entende-se que a gestão das relações de trabalho sempre ocupou um lugar secundário na área da saúde, que, historicamente, privilegiou as questões clínicas e do cuidado e não tomou conhecimento das ações de desprecarização do trabalho, redução da rotatividade e do absenteísmo, de construção de um plano de carreira, entre outros. Dessa forma, a construção de políticas públicas que transforme a gestão dos serviços de saúde, em prol de ambientes de trabalho mais saudáveis e estimulantes tem se configurado como um importante e difícil desafio (PIERANTONI, 2002; PIERANTONI; VARELLA; FRANÇA, 2004;

da expressão transtorno mental e comportamental talvez abrisse um espaço para se observarem as relações sociais.

BARBOSA; ANDRADE; CARNEIRO; GOUVEIA, 2007; SANTOS, 2008; COHN, 2009 apud CHIAVEGATO FILHO; NAVARRO, 2010, p. 2).

Esse parágrafo pertence ao âmbito de uma pesquisa de tese do campo da psicologia que estudou "a relação entre saúde e trabalho", quando pesquisou médicos vinculados ao Sistema Único de Saúde (SUS) no município de Jaguariúna, em São Paulo. Nos estudos para tese, o autor tirou duas conclusões principais sobre as pesquisas no tema da saúde do trabalhador: a escassez de teorização e a limitação da abordagem - o que foi identificada como o "modelo médico da etiologia" (WAITZKIN, 2006 apud DANTAS, 2015, p. 58). Assim escreveu o autor:

Entretanto, apesar das precárias condições de trabalho observadas atualmente e de sua importância para a vida da sociedade, a teorização, sobre as consequências para as condições de vida e saúde, desse profissional, é relativamente pequena. A maioria das pesquisas adota métodos epidemiológicos, privilegiando o enfoque da etiologia das doenças e o tratamento dos agravos, além do foco no mercado de trabalho, no perfil dos profissionais e nas condições de trabalho, como a jornada de trabalho prolongada, ritmo intenso, predomínio das atividades de plantão ou, então elementos isolados de sua saúde mental (NOGUEIRA-MARTINS, 1991, 1998, 2003; PALHARES-ALVES et al., 2005; COHEN; RHYDDERCH, 2006; BARBOSA; ANDRADE; CARNEIRO; GOUVEIA, 2007; MILLER, 2009 apud CHIAVEGATO FILHO; NAVARRO, 2010, p. 3).

Na organização sindical brasileira, uma análise das cláusulas nas contratações coletivas mostrou que as referentes à saúde psicológica (DEPARTAMENTO INTERSINDICAL DE ESTATÍSTICA E ESTUDOS SOCIOECONÔMICOS/DIEESE, 2016, p. 236, p. 36) cresceram mais do que todas as outras áreas da saúde do trabalhador, entre 2003 e 2013 (DIEESE, 2016, p. 234-237). Ocorreu aumento de 169% (DIEESE, 2016, p. 38), com salta de 9,6% em 2003, para 25,8% em 2013 do total de unidades de negociação entre capital e trabalho. Isso sinaliza que há uma preocupação superior da classe trabalhadora com a deterioração da saúde psíquica dos membros dela. A problemática do transtorno mental foi considerada como uma das duas prioridades na agenda da Coordenação Geral de Saúde do Trabalhador (CGSAT), do Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador, da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde, mesmo com "subnotificação enorme" (BAÊTA, 2017), está em terceiro lugar nas categorias de afastamentos previdenciários (BAÊTA, 2017).

Os problemas de saúde mental são uma realidade da sociedade atual, no Brasil e no mundo. Em dado sobre a sociedade brasileira, uma pesquisa internacional da OMS indica que o Brasil tem o maior percentual da população com transtorno de ansiedade e é o quarto em

depressão⁹ (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2017, p. 18; DE SOUZA; MACHADO-DE-SOUZA, 2017, p. 384). Ambos os transtornos seriam os de maior proporção na sociedade, o que mereceu o referido estudo comparativo. A OMS nomeou a depressão como o tema do Dia Mundial da Saúde de 2017. A Organização Internacional do Trabalho (OIT) escolheu o estresse no trabalho para o Dia Mundial da Saúde e Segurança no Trabalho em 2016. O fato de duas agências diferentes da ONU darem destaque em torno de questões relacionadas a transtorno psíquico é algo significativo, o que denota a magnitude internacional do problema.

Finalmente, pode-se entender que o tema desta tese é relevante também dada a centralidade do trabalho para a sociedade atual. Em outro trabalho, levantou-se o número de horas trabalhadas internacionalmente, e, por mais que haja certa dúvida sob a padronização na contagem desses dados, é possível verificar um crescimento histórico (BARRA, 2016, p. 4-6). Dois autores que compreenderam o fenômeno do trabalho como uma realidade universal, com características intrínsecas à época atual foram Marx (2013; p. 143 passim; p. 134-136; ARENDT, 2007, p. 99) e Arendt (2007, p. 96). Pesquisas históricas e etnológicas sobre outras sociedades, sejam atuais ou no passado, ajudam também a se refletir sobre o fenômeno da centralidade do trabalho na sociedade.

Esta tese é original porque faz um estudo interpretativo sobre problemas de saúde mental na categoria médica de Brasília¹⁰. Nas pesquisas e buscas realizadas, indicou-se que esta é a primeira tese que tem os médicos do Hospital como objeto. O fato dessa instituição hospitalar ser localizada na capital do Brasil, com milhares de trabalhadores empregados e ser um hospital de referência, recobra a importância desta pesquisa.

Algumas das principais conclusões da tese são a onipresença da percepção de fatores sociais para os problemas de saúde mental na categoria médica, *vis-à-vis* fatores biológicos; a ordenação para e do trabalho médico - que são relações de comando para que o trabalho médico seja executado - foi percebida como o principal fator causal para aqueles problemas; e a inversão de percepções de atores coletivos na causa para atores individuais no efeito dos transtornos mentais e comportamentais dos médicos. O conceito é o de "ordenação para e do

9 Em estimativas da OMS para o ano de 2015, o Brasil é o líder mundial em transtornos de ansiedade, que se estimam em 18.657.943 pessoas, 9,3% da população, e é o quinto em depressão, com 11.548.577 brasileiros, isto é, 5,8% da população (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2017, p. 18; DE SOUZA; MACHADO-DE-SOUZA, 2017, p. 384).

10 Há indicações também de que esta é a primeira tese na sociologia sobre a categoria médica brasileira. Foram pesquisados o Google Acadêmico e a Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações (BDTD) do Instituto Brasileiro de Informação em Ciência e Tecnologia (IBCT), e as bibliotecas em que se foi presencialmente, a Biblioteca Central (BCE) da UnB, Biblioteca Florestan Fernandes, da Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas (FFLCH) da USP, e Fundacentro, em São Paulo.

trabalho médico", contudo, para se facilitar a leitura, destarte será usado apenas a expressão ordenação do trabalho médico.

A tese está estruturada da seguinte maneira: após esta introdução, encontra-se a revisão da literatura sociológica sobre os médicos, a revisão da literatura sobre os problemas de saúde mental enfrentados na categoria médica, os dados primários coletados na Emergência Pediátrica são apresentados, analisados e interpretados, quando se encerra com a conclusão.

No Capítulo 1, a revisão da literatura sociológica identifica diferentes conteúdos, com uma sociologia da medicina, que apresenta o maior volume de estudos, e uma sociologia dos médicos, que surgiu historicamente depois. A sociologia da medicina basicamente aborda a medicina na sociedade. Identificaram-se quatro abordagens da medicina no interior dessa sociologia: a do processo civilizador (Seção 1.1), outra de crítica a esse processo (Seção 1.2), a funcionalista (Seção 1.3) e a marxista (Seção 1.4). Na sociologia dos médicos também se identificaram diferentes perspectivas, mas, como a quantidade de pesquisas é menor, ela foi toda condensada em uma única seção (1.5).

O Capítulo 2 revisa a literatura científica e acadêmica sobre os problemas de saúde mental enfrentados pelos médicos. Este item se divide em duas partes: a primeira revisou sistematicamente literatura sobre o adoecimento mental na categoria médica, quando se analisou quantitativamente esse conteúdo (Seção 2.1), e a segunda resenhou publicações científicas coletadas na pesquisa de campo a respeito de fatores causais e efeitos de transtornos mentais e comportamentais de médicos (Seção 2.2). Essa literatura foi dividida nas escalas internacional (Seção 2.2.1), nacional (Seção 2.2.2) e local (Seção 2.2.3). Finaliza com a análise do conjunto da literatura (Seção 2.2.4).

O Capítulo 3 descreve a pesquisa de campo e a metodologia desta tese. Está subdividido em três partes: a demografia da categoria médica, a trajetória para a pesquisa na Emergência Pediátrica, com as tratativas para se viabilizar, no Hospital, esta pesquisa de tese; o desenho da pesquisa, dados do campo e os instrumentos aplicados; a execução da pesquisa, os desafios, o tratamento e análise dos dados.

Os dados primários coletados nesta tese estão nos Capítulos 4 e 5. O Capítulo 4 utiliza as frases com as palavras mais típicas do conjunto das entrevistas, e o Capítulo 5 contempla os dados específicos sobre as percepções de causas e efeitos dos problemas de saúde mental dos médicos. O Capítulo 4 utilizou uma técnica de análise do conteúdo do

discurso que ensejou a formação de três classes. Cada uma dessas foi exposta em uma seção diferente. A Seção 4.1 expõe as dificuldades percebidas pelos médicos do PS para se conseguir lidar com os problemas de saúde mental na categoria médica. A Seção 4.2 mostra a ambivalência entre uma fachada discursiva em que o médico expressa individualmente boas relações, *vis-à-vis* uma realidade no interior de relações sociais com inúmeras dificuldades que os médicos têm que lidar no trabalho deles, dificuldades essas mais perceptíveis para os médicos que autodeclararam algum transtorno. A Seção 4.3 narra o cotidiano dos médicos da Emergência Pediátrica, com as tensões vivenciadas por eles, e que tem no poder médico um tema central da reflexão. O Capítulo 4 proporciona um pano de fundo para o próximo capítulo.

O Capítulo 5 se detém ao problema de pesquisa, a saúde mental dos médicos. Este capítulo basicamente se detém a examinar as respostas dos médicos do Pronto Socorro a duas perguntas do Roteiro de entrevista (cf. Apêndice D): as razões para os transtornos mentais dos médicos de Brasília e as consequências do adoecimento mental dos médicos. As percepções dos médicos foram arranjadas em 5 seções. A Seção 5.1 detalha as percepções dos médicos com transtornos para o principal fator relacionado ao adoecimento na categoria, qual seja, a ordenação para o trabalho médico e a ordenação do trabalho médico. A Seção 5.2 traz a percepção dos médicos com problemas de saúde mental, *vis-à-vis* a análise da literatura sistematicamente revisada. A Seção 5.3 aborda os efeitos percebidos dos transtornos mentais. A Seção 5.4 analisa de modo integrado as percepções de causas e efeitos dos problemas de saúde mental dos médicos, quando verifica que houve uma inversão dos atores entre causa e efeito: a percepção é a de que os transtornos são determinados, sobretudo, por atores coletivos e o impacto é sofrido, acima de tudo, por um ator individual, o médico doente. A Seção 5.5 finaliza o capítulo com aspectos da estrutura socioeconômica do problema vivenciado pelos médicos e a categoria médica.

1. Revisão de literatura sociológica sobre os médicos

Este capítulo revisará a literatura sociológica sobre médicos. Não é muito comum o interesse dos sociólogos pelos médicos. Ao longo do tempo em foram estudados, transformaram-se historicamente as abordagens. Quando os médicos foram tratados por famosos sociólogos globais, esses tiveram um objetivo que não eram os próprios médicos, mas sim perscrutar o papel desempenhado pela medicina na sociedade em voga. Logo, o interesse pelos médicos era tangencial, na verdade, esses eram mais um meio para a investigação do papel social da medicina. Foi assim que os médicos foram estudados, seja nos marcos de um processo civilizador, quanto na crítica a esse processo, seja no funcionalismo ou no marxismo.

Só depois, na história, os médicos foram tomados como uma categoria profissional passível de análise. E é no interior dessa abordagem que eles começaram a ser tomados nas subjetividades deles, no modo como percebem o mundo, e isso apareceu quando se estudou o trabalho e as condições para esse trabalho. Foi só com Maria Helena Machado (1996a; 1997) que se observaram os primeiros movimentos de investigação sobre a categoria médica na sociologia brasileira; ao que antes já ocorria na sociologia latino-americana, com Juan César García (1989a; 1989b; 1989c; 1989d). É só com aquela autora que surge o problema de saúde mental por que passam, mas que não assumia ainda o centro da reflexão. De fato, a preocupação com a saúde mental dos médicos advém sobretudo do próprio campo da saúde, o que faz sentido. Vai-se então até Galeno, um clássico do século II do calendário cristão, que assim é referido: "o médico dificilmente pensará com cuidado a saúde de seus pacientes se ele negligenciar a sua própria saúde" (GALENO apud ANDRADE; SAMPAIO, 2016, p. 13).

A revisão de literatura sobre "adoecimento mental" em médicos mostrou transtornos que escapam tanto à CID, da OMS, quanto ao Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, o *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM), da *American Psychiatric Association* (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION/APA, 2002). Verificaram-se transtornos que abertamente entram no social, como "queda em desempenho" ou "profundas frustrações". Quando se analisam, então, os fatores causais dos "adoecimentos mentais", verifica-se que o social é massivamente o responsável. O biológico e o genético não foram sequer apontados como razão, pela literatura, com exceção da coocorrência e/ou coexistência com outros problemas de saúde mental - "comorbidade", na

expressão da área da saúde. Isso leva a se concluir que, nos médicos, tanto os transtornos integrantes do CID na categoria F, quanto do DSM seriam muito mais provocados socialmente, do que biologicamente. Então, dadas as condições para a incidência de "doenças psiquiátricas" ou "transtornos mentais e comportamentais" (o "CID F") serem muito mais de cunho social do que biológico, o benefício da química, via medicamentos, seria limitado para o indivíduo, pois não modifica as condições sociais da vida dele. A literatura que se debruça especificamente sobre os problemas da saúde mental dos médicos será revista no Capítulo 2. O fato é que não há indicações de que houve diminuição histórica desses problemas; portanto, tanto a preocupação histórica, como a literatura não teriam surtido efeito no campo médico.

O objetivo desta revisão de literatura é oferecer elementos para a compreensão da percepção dos médicos da Emergência Pediátrica do Hospital pesquisada, no marco do que se identificou como uma diferença de enfoque na literatura, entre uma sociologia da medicina e outra sociologia dos médicos¹¹. Brevemente, enquanto a sociologia da medicina tem na medicina o objeto de atenção, a sociologia dos médicos tem na categoria médica o centro das pesquisas. As seções a seguir buscarão dar elementos dessas sociologias. Quantitativamente, identificou-se que há mais conteúdos relacionados à sociologia da medicina do que à sociologia dos médicos. Apesar desta tese estar incluída nesta segunda sociologia, busca apropriar-se do que é útil também na sociologia da medicina, para ajudar na compreensão da problemática vivida pelos próprios médicos. Então, por consequência, acaba por fazer contribuições também à sociologia da medicina. Verificou-se que mais contribuições à compreensão do problema se dão a partir da sociologia dos médicos e que, portanto, esta tese se inclui nesta sociologia. Contudo, a sociologia da medicina também aportou conhecimentos imprescindíveis para a tese, especialmente no tocante à ordenação do trabalho médico. Então, estabeleceu-se também um diálogo com essa sociologia e contribuições para a sociologia da medicina puderam se realizar.

Cabe ainda uma nota sobre a sociologia do trabalho na tese. A revisão de literatura localizou tanto uma sociologia da medicina, quanto uma sociologia dos médicos, assim como literatura sobre o problema específico investigado, qual seja, os problemas de saúde mental na categoria médica. Foi a existência desse conjunto de literaturas, combinado às condições de pesquisa que determinaram o recorte feito da revisão de literatura. Em suma, na tese privilegiou-se a construção da revisão de literatura tendo como centro o problema apresentado, que foi na categoria médica. Assim, recorreu-se à sociologia do trabalho apenas

11 A "sociologia da medicina" e a "sociologia dos médicos" são categorias *ad hoc* de pesquisa, e que poderão ser investigadas ou questionadas por outros pesquisadores.

quando essa se localizou no interior de ambas as sociologias citadas. Acredita-se que a sociologia do trabalho ofereça um ferramental útil e rico em conceitos, abordagens e interpretações para o objeto estudado, e um diálogo direto com ela poderá ser executado por outras pesquisas¹².

Na continuidade, as seções de 1 a 4 revisam diferentes abordagens da sociologia da medicina e a Seção 5 traz a sociologia dos médicos.

1.1 Sociologia da medicina no processo civilizador

A teorização do processo civilizador é obra de Norbert Elias. Contudo, as implicações dessa noção se deram, para a sociologia da medicina, de modo bastante tardio em relação à produção do sociólogo, não tendo ocorrido pelas mãos do próprio autor. Segundo Patrice Pinell, a demora para o debate se deveu a essa sociologia ter sido uma criação anglo-saxã (PINELL, 1996, p. 2), e Elias era um sociólogo judeu, que tentou a carreira acadêmica em diferentes países europeus, mas que não teve posição de destaque na universidade (ELIAS, 1994b apud PINELL, 1996, p. 1-2). Para a autora (PINELL, 1996, p. 3), foi apenas J. Goudsblom, em 1986, quem introduziu Elias na sociologia médica (PINELL, 1996, p. 3). Observa-se a relação do sociólogo alemão com esse ramo da sociologia, *vis-à-vis* as sociologias da medicina e dos médicos. Esta revisão busca apreender elementos do estudo do processo civilizador para a sociologia da medicina que contribuam para a sociologia dos médicos desta tese. A presente revisão de literatura se baseou em artigo de Patrice Pinell, que pretendia estimular a teorização a partir de Elias (PINELL, 1996, p. 3), para buscar responder a essas questões.

A obra de Norbert Elias é retomada por Patrice Pinell, diante do que a autora considera uma lacuna na sociologia médica, passar ao largo das lições do sociólogo em *O processo civilizador*. Na compreensão da autora, esse processo é uma construção teórica de

12 Uma obra citada tanto por entrevistado na coleta de dados no Hospital, quanto ao longo da pesquisa de campo foi a Sociedade do cansaço (HAN, 2015). Este livro também foi referenciado na banca de defesa de tese, pela Profa. Rosana Maria Nascimento Castro Silva, que recomendou estudo em torno da problemática dos médicos. A obra foi localizada no debate da relação entre intensificação das relações de trabalho e o aparecimento de problemas de saúde mental, com performatividade no trabalho que leva à exaustão. Assim, a produção de novas categorias de problemas de saúde mental se relacionaria à produção de performance, no modo de trabalho entendida como pós-fordista. Nela, intensifica-se sobre o sujeito a avaliação da performance. Informação fornecida pela Profa. Maria Nascimento Castro Silva, do Departamento de Antropologia, da Universidade de Brasília, Brasília, 2019.

Elias, que liga o primeiro e o segundo volumes da obra, e que tem como pretensão relacionar "a lógica de transformação da estrutura social, as origens da modificação do *habitus* humano e a direção seguida por essas modificações" (PINELL, 1996, p. 3, tradução nossa). A autora abordará acima de tudo um modelo de medicina, ou, mais precisamente, o papel exercido pela medicina no processo civilizador, como já indicado no título do artigo, "medicina moderna e o processo civilizador" (PINELL, 1996, p. 1, tradução nossa). Essa perspectiva coloca o paradigma eliasiano como uma leitura da sociologia da medicina. Contudo, contribuições à sociologia dos médicos podem ser observadas.

O papel da higiene para o processo civilizador e a atuação do paciente como um auxiliar do médico são os dois eixos compreensivos para a análise. O papel jogado pela higiene para um processo de "normalização do comportamento humano" (PINELL, 1996, p. 1, tradução nossa) é analisado na longa duração eliasiana, que rejeita a ideia de "um progressivo desenvolvimento de normas de higiene" (ELIAS, 1994a apud PINELL, 1996, p. 2, tradução nossa). Na leitura da autora, não foi um conhecimento médico, ou uma orientação médica, ou o medo de pestes e doenças que levaram a hábitos de higiene, como lavar a mão ou o uso de talheres (PINELL, 1996, p. 2), pois nem a medicina, nem a religião relacionavam a transmissão da doença aos hábitos pessoais de saúde (PINELL, 1996, p. 3). A autora reconhece que Elias não define "as consequências do (crescimento) da higiene para o processo civilizador" (PINELL, 1996, p. 7, tradução nossa). Por sua vez, recorre à leitura eliasiana de Goudsblom para afirmar que essa conexão entre introdução de hábitos de higiene com objetivos médicos ocorreu apenas "na segunda parte do século XIX" (GOUDSBLOM, 1986; 1987 apud PINELL, 1996, p. 3, tradução nossa). A partir desse período que a medicina encontraria o processo civilizador e, até os dias atuais, a autora estabelecerá a conexão analítica.

Antes de entrar propriamente na análise do período, duas ideias vinculadas ao processo civilizador interpretado por Elias são o autocontrole das emoções e a noção de "saber viver" (PINELL, 1996, p. 6, tradução nossa), que deveria ser impetrada em "todos os grupos sociais" (PINELL, 1996, p. 6, tradução nossa). Sobre essas bases se falará do papel da medicalização no processo civilizador (PINELL, 1996, p. 7 passim). O papel da organização dos médicos no interior do estado, com a *Societe Royale de Medecine* (DESAIVE et al. 1972; PETER, 1974 apud PINELL, 1996, p. 8), para o levantamento da mortalidade da população, como parte da administração da saúde pública é ressaltado. Essa é uma referência comum a Foucault e que se desdobra em uma segunda, qual seja, a constituição de "uma administração

central do Estado, mais precisamente um aparato burocrático" (PINELL, 1996, p. 8, tradução nossa), dada a preocupação com epidemias que se viu no período. A morte por cólera de 100 mil pessoas na França e 15 mil em 4 dias, em 1832, levaram a uma crise da medicina e da ideia de que o país era civilizado (PINELL, 1996, p. 9). Essa preocupação, que levou à ação centralizada pelo Estado, relacionou-se ao crescimento da medicalização da infância, presença de cirurgião junto à parturiente, em partos, o que chegava "a ser imposto por soldados do rei" (PINELL, 1996, p. 8, tradução nossa).

Finalmente é explicitada a menção a Foucault na continuação (1963 apud PINELL, 1996, p. 9), diante de "uma transformação radical no conhecimento e nas práticas médicas" (PINELL, 1996, p. 9, tradução nossa). Para a abordagem eliasiana da autora, em coro com o filósofo francês, perpetraram a transformação "a criação da '*Societe Royale de Medecine*'", a reforma do ensino médico, o crescimento do número de hospitais e, em particular, hospitais especializados em cuidados de grupos específicos de pessoas são claramente a primeira forma dada a políticas de saúde. Elas pavimentaram o caminho para as mudanças geradas pela Revolução Francesa" (PINELL, 1996, p. 9, tradução nossa).

Estudos mostraram que não eram as condições ambientais, como o clima, que estavam relacionados à proliferação de doenças, mas condições de vida (PINELL, 1996, p. 10). O higienismo batizava a promiscuidade, com a "pobreza promiscua como a causa de raiz de infecção, doença mental, anormalidade e criminalidade" (PINELL, 1996, p. 10, tradução nossa). O debate político que perdurou pelo século XIX nos países ricos, ilustrados pela autora com França e Alemanha (PINELL, 1996, p. 10), foi sobre o que fazer com populações com ruins condições de vida. As posições se dividiram em duas: a criação de guetos onde se isolassem as "classes perigosas" (PINELL, 1996, p. 10, tradução nossa) ou a integração dessa população (PINELL, 1996, p. 10). Enquanto o debate de fundo era político, sobre distribuição da riqueza (PINELL, 1996, p. 10), "as tentativas de eliminar as condições de promiscuidade eram mais retóricas que práticas" (PINELL, 1996, p. 11, tradução nossa).

A escola foi o meio encontrado para se combater a promiscuidade da pobreza "e organizar a pressão social em ordem de generalizar o comportamento civilizado" (PINELL, 1996, p. 11, tradução nossa). A sociedade e os indivíduos foram mobilizados na luta contra os micróbios (PINELL, 1996, p. 11), com "crianças e mães escolhidas como os alvos mais apropriados para a educação" (DONZELOT, 1977 apud PINELL, 1996, p. 11, tradução nossa), a despeito da ineficiência de políticas públicas em saúde.

Estudo de caso sobre políticas anticâncer identificou o papel dessas para o processo civilizador (PINELL, 1992 apud PINELL, 1996, p. 12). Na sociologia da medicina eliasiana surgem inúmeros elementos para uma sociologia dos médicos, que serão indicados. Diferentemente de políticas de saúde voltadas para atacar epidemias como as pestes, a política de combate ao câncer se centra no indivíduo, em cuidados em torno dele. Logo, é uma política que reforça o processo de individualização (PINELL, 1996, p. 12), que fora observado no processo civilizador. Outro elemento que reforça esse processo é um papel atribuído ao paciente: ele passa a ter um papel ativo na medicina, pois deve se tornar um ator ativo do cuidado médico, com autoconhecimento do corpo e dos sintomas do câncer. Para a sociologia do médico, isso significa transformações na relação entre o médico e o paciente, pois requer "a participação da população na divisão do trabalho médico" (PINELL, 1996, p. 13, tradução nossa). Isso é parte do processo de divisão do trabalho, com a criação de novas especialidades, e quando tarefas são atribuídas aos pacientes. Esse processo foi relacionado a dois fatores: uma medicina tecnológica, com "aumento dos custos de cuidados com a saúde" (PINELL, 1996, p. 14, tradução nossa). Esse processo se relaciona à crescente medicalização da sociedade (PINELL, 1996, p. 13).

Para a autora, a participação dos pacientes na medicina instaura um novo modelo de indivíduo, o *homo medicus*. Assim a autora o descreve: "um sujeito ideal do ponto de vista médico, mas que pode ser visto como um perfeito esquizofrênico dividido em duas personalidades, uma das quais é capaz de completamente objetivar a outra" (PINELL, 1996, p. 14, tradução nossa), no "limite da habilidade humana de controlar o eu" (PINELL, 1996, p. 14, tradução nossa). O *homo medicus* representa o indivíduo com absoluto autocontrole de si e das emoções (PINELL, 1996, p. 13).

Enquanto a recomendação é que o médico não cuide nem de si, nem dos seus, o paciente deve se cuidar, o que representa uma contradição para os médicos (PINELL, 1996, p. 14). O raciocínio contribui para a sociologia dos médicos. Objetividade e subjetividade do médico e do paciente ficam à baila, com o conceito de *homo medicus*, *vis-à-vis* a transformação do modelo de medicina com o processo civilizador. Se, em outros processos, a tendência foi a de os médicos assumirem o corpo do paciente como um objeto de conhecimento, no atual momento do desenvolvimento civilizador adiciona-se um outro papel ao paciente, o de "auxiliar médico" (PINELL, 1996, p. 14, tradução nossa). Com as primeiras campanhas de propaganda da política anticâncer, os médicos anunciavam um transtorno, a "cancerofobia" (PINELL, 1996, p. 14, tradução nossa).

Para efeito da sociologia dos médicos, um dos traços desse novo modelo de medicina é a contradição, tanto para o paciente, como para o médico, e que perpassando "a organização inteira das atividades médicas" (PINELL, 1996, p. 15, tradução nossa). Essa característica afeta as relações sociais de trabalho dos médicos. Assim escreve a autora:

os sintomas sociais dessas contradições podem ser vistos, por exemplo, na contínua desilusão dos médicos diante da adesão dos pacientes e o tremendo desenvolvimento de literatura e instituições agora devotada à educação dos pacientes (PINELL, 1996, p. 15, tradução nossa).

Outro desenvolvimento da abordagem de Elias que ajuda na sociologia dos médicos diz respeito à existência e ao papel da ideologia. Para a autora, o sociólogo apontou uma ideologia dominante da sociedade contemporânea, que é a da "consciência de si como um indivíduo responsável e dominante" (ELIAS, 1991 apud PINELL, 1996, p. 14, tradução nossa). É impossível o paciente conseguir agir puramente como um *homo medicus* racional, logo demonstrando o caráter ideológico desse modelo.

A abordagem apresentada por Pinell é crítica ao que ela chama de "novo passo no processo civilizador" (PINELL, 1996, p. 14, tradução nossa). O centro dessa crítica pode ser entendido como a falta de sintonia entre lógicas estruturais e a realidade do indivíduo. Em outras palavras, as "modificações, novas estruturas e novos problemas" (PINELL, 1996, p. 15, tradução nossa) resultam de processos coletivos que tanto o ator individualmente, quanto um ator coletivo não têm controle. Assim, os processos com a medicina ocorrem de modo independente dos desejos ou do planejamento dos médicos. Ao médico, como ator individual, não é possível mudar processos; é como se o indivíduo estivesse em uma "jaula de aço" (WEBER, 2004; LÖWY, 2014). Isso revela uma contradição entre o indivíduo e a sociedade. Trata-se de uma consequência social não pretendida pelo ator, o que renova a atualidade da abordagem do processo civilizador, para a autora (PINELL, 1996, p. 15).

Elias, com o processo civilizador, não foi incorporado diretamente pela sociologia médica. Isso ocorreu a partir de releituras da obra dele. A princípio se poderia pensar em uma divergência entre as abordagens de Elias e de Foucault para a sociologia da medicina, quando o primeiro defenderia o processo civilizador e, o segundo, criticaria. Não foi isso o que se verificou a partir de uma breve revisão eliasiana. Nessa leitura de Elias, há uma convergência das interpretações.

1.2 Sociologia da medicina na perspectiva crítica ao processo civilizador

É possível dizer que Foucault não teve interesse nos médicos como uma categoria laboral. A categoria médica em si, pertinente a uma sociologia dos médicos, não foi um objeto de estudo dele. Logo, temas como a saúde e a doença de médicos, ou problemas de saúde mental não são uma questão de pesquisa para ele. Para o autor, sobretudo, o interesse nos médicos ocorre devido ao poder médico, calcado em um conhecimento específico - o saber médico. Simultaneamente em que esse é um saber da prática médica, por via da "clínica médica", é também um saber que conta com base científica e técnica. O poder-saber médico tem um papel no processo civilizador, o qual Foucault é crítico. A observação do poder médico perfaz porção do projeto de crítica executado pelo filósofo francês.

O olhar do autor é de uma perspectiva histórica, e varre séculos para compreender como se constituiu esse campo específico de poder - o poder médico. Aparentemente o autor se interessa mais pelo século XVIII e pelo final desse século, quando teria surgido o que chamou de "medicina moderna, científica" (FOUCAULT, 1998, p. 79), com o saber da anatomia patológica. Mas compreendeu a emergência do que considerou a era clássica da psiquiatria entre os séculos XVII e XIX¹³ (FOUCAULT, 1998, p. 128). Para os propósitos desta tese, a questão principal posta pelo autor é se essa medicina "é ou não individual" (FOUCAULT, 1998, p. 79).

A partir da doença, o autor identifica uma rede de relações, que considera como um "feixe de relações" (FOUCAULT, 2008, p. 26), um "sistema de relações" (FOUCAULT, 2008, p. 60). A esse feixe sugere "uma arqueologia do olhar médico" (FOUCAULT, 1999, p. XXII), que forneceria a chave para a compreensão da modernidade, a partir da passagem da idade clássica à moderna (FOUCAULT, 1999, p. XXII).

Em outro trabalho do filósofo (FOUCAULT, 1998, p. 295), ele continuará perscrutando a característica biológica da doença. A doença é compreendida por meio da botânica¹⁴, com "exigência de a doença ser compreendida como um fenômeno natural"

13 Contudo, as incursões do autor pela história da psiquiatria adentro no século XX (FOUCAULT, 1998, p. 126).

14 Assim escreve Foucault: "No sistema epistêmico ou epistemológico da medicina do século XVIII, o grande modelo de inteligibilidade da doença é a botânica, a classificação de Lineu. Isto significa a exigência da doença ser compreendida como um fenômeno natural" (1998, p. 107). Foucault ainda relacionará a botânica à doença e ao hospital. Assim escreve o autor: "O hospital do século XVIII devia criar as condições para que a verdade do mal explodisse. Onde, um lugar de observação e de demonstração mas também de purificação e de prova. Constituía uma espécie de aparelhagem complexa que devia ao mesmo tempo fazer aparecer e produzir realmente a doença. Lugar botânico para a contemplação das espécies, lugar ainda alquímico para a

(FOUCAULT, 1998, p. 107). Do ser ocupado por dentro pela doença surge o ser cuja doença vem de fora, do "mundo exterior", de um determinado ambiente, que é a natureza. Observa-se, por sua vez, já um processo em curso de transformação rumo a uma medicina do meio, mas com a doença sendo entendida absolutamente como "um fenômeno natural obedecendo a leis naturais" (FOUCAULT, 1998, p. 107). Assim escreve o autor: "a água, o ar, a alimentação, o regime geral constituem o solo sobre o qual se desenvolvem em um indivíduo as diferentes espécies de doença" (FOUCAULT, 1998, p. 107). Em síntese, nesse modelo de medicina, a compreensão médica advém da leitura da natureza.

Ao estudar a loucura, no caso de Pierre Rivière, o autor identifica limites ao caráter científico do saber médico. De alguma forma, o autor identifica um movimento neste saber que acaba por reproduzir a própria existência do louco, com uma existência perturbada. Esse movimento é um retorno do saber à natureza, a que o autor chama de "nova naturalização da loucura" (FOUCAULT, 1977, p. 293), caracterizada por tamanho do crânio, causas acidentais, entre outros (FOUCAULT, 1977, p. 293).

Observa-se assim que houve um retorno da psiquiatria à natureza. É possível igualmente avaliar um movimento na obra de Foucault que trata os temas do saber e do poder médicos. Não um movimento com apenas um sentido, mas de duas mãos, de ida e retorno. O filósofo oscila em um movimento pendular entre a naturalização e a desnaturalização, que depois retorna: da crítica à biologização dos fenômenos sociais para a volta à raiz biológica. Em um trecho sobre o manicômio, a natureza está controlada, mas se constrói a política da instituição sobre essa constituição natural. Observe-se o que Foucault escreve em *Microfísica do poder*, em um movimento de desnaturalização da instituição asilar, mas de dualidade e disputa entre supostas sociedade e natureza. Assim escreve o autor:

Assim se estabelece a função muito curiosa do hospital psiquiátrico do século XIX: lugar de diagnóstico e de classificação, retângulo botânico onde as espécies de doenças são divididas em compartimentos cuja disposição lembra uma vasta horta. Mas também espaço fechado para um confronto, lugar de uma disputa, campo institucional onde se trata de vitória e de submissão (FOUCAULT, 1998, p. 122).

O filósofo tece críticas à psicanálise, como uma forma de reinvenção da medicina, e que seria parte do processo de medicalização da sociedade, mas por outro meio (FOUCAULT, 1998, p. 125-126). De fato, os três psicanalistas mais reconhecidos, Freud, Jung e Lacan, têm todos formação em medicina, como o criador da técnica psicanalítica. Trata-se de um novo espaço de poder que, se contribui para o movimento de despsiquiatrização, pode ser

elaboração das substâncias patológicas" (FOUCAULT, 1998, p. 118-119).

configurado como uma extensão do poder médico. Foucault relaciona o dinheiro a um conceito central da psicanálise, o da transferência, com que se paga o serviço de psicanálise (FOUCAULT, 1998, p. 126). A produção da verdade estaria garantida por meio do dinheiro, quando se operaria uma dupla transferência: a verdade poderia ser produzida no analisando, na relação de trabalho do psicanalista com o paciente, e ter valor (de verdade; dizer o real) mediante um pagamento efetuado ao psicanalista. Assim escreve o autor:

A psicanálise pode ser decifrada historicamente como outra grande forma de despsiquiatrização provocada pelo traumatismo-Charcot. Uma retirada para fora do espaço do asilo a fim de apagar os efeitos paradoxais do sobre-poder psiquiátrico. Mas também reconstituição do poder médico, produtor de verdade, num espaço preparado para que esta produção permaneça sempre adequada ao poder. A noção de transferência como processo essencial à cura é uma maneira de pensar conceitualmente esta adequação na forma do conhecimento. O pagamento, contrapartida monetária da transferência, é uma forma de garanti-la na realidade: uma forma de impedir que a produção da verdade não se torne um contra-poder que dificulte, anule e revire o poder do médico (FOUCAULT, 1998, p. 125-126).

Para o filósofo francês, o médico seria o "questionador soberano e direto" (2008, p. 64) já que engendra "um feixe de relações" (2008, p. 64), no qual o autor entende como um "jogo" (2008, p. 64). O questionador universal só é possível por meio do trabalho médico, com o uso de todos os sentidos em uma rede de relações: "o olho que observa, o dedo que toca, o órgão de decifração dos sinais, o ponto de integração de descrições já feitas, o técnico de laboratório" (FOUCAULT, 2008, p. 59). Portanto, o saber médico é um conhecimento concreto, material, e não abstrato. O autor discute o feixe de relações que constitui esse saber. Assim escreve o autor:

relações entre o espaço hospitalar, como local ao mesmo tempo de assistência, de observação purificada e sistemática, e de terapêutica, parcialmente testada, parcialmente experimental, e todo um grupo de técnicas e de códigos de percepção do corpo humano - tal como é definido pela anatomia patológica; relações entre o campo das observações imediatas e o domínio das informações já adquiridas; relações entre o papel do médico como terapeuta, seu papel de pedagogo, seu papel de transmissor na difusão do saber médico e seu papel de responsável pela saúde pública no espaço social (FOUCAULT, 2008, p. 59).

A sociologia da medicina reserva nesse trecho um papel ao médico, que incide na sociologia dos médicos. A rede de relações antes descrita é condição para o que Foucault chama de medicina clínica. Para Foucault, é o discurso clínico que materializa esse feixe de relações (FOUCAULT, 2008, p. 59-60). Essas relações são descritas pelo filósofo em uma mescla do lugar social de fala do médico, com *status*, lugar institucional e técnico, com a

posição como sujeito, o que contribui para interpretações da sociologia dos médicos. Assim escreveu o autor:

o relacionamento, no discurso médico, de um certo número de elementos distintos, dos quais uns se referiam ao *status* dos médicos, outros ao lugar institucional e técnico de onde falavam, outros à sua posição como sujeitos que percebem, observam, descrevem, ensinam etc. (FOUCAULT, 2008, p. 59-60).

Outro texto relacionado ao saber médico é o "nascimento do hospital", em termos naturalizantes. Segundo o autor, há um movimento para a "formação de uma medicina hospitalar" (FOUCAULT, 1998, p. 107), que transforma saber e prática médicas, e disciplina o espaço hospitalar (FOUCAULT, 1998, p. 107). Nesse contexto que a medicalização se faz possível - pela disciplina: "é a introdução dos mecanismos disciplinares no espaço confuso do hospital que vai possibilitar sua medicalização" (FOUCAULT, 1998, p. 107). Mas isso não é tudo: é a transformação do saber médico que permite uma forma específica de disciplina, a disciplina médica, quando "este poder disciplinar é confiado ao médico" (FOUCAULT, 1998, p. 107). O hospital como uma forma de ordenação do trabalho, em que ao médico cabe um papel, é parte da sociologia da medicina que responde à sociologia dos médicos.

A clínica médica é central para o modelo hospitalar, nos termos do autor, como uma "dimensão essencial" (FOUCAULT, 1998, p. 111). Na definição de Foucault, no capítulo em que o autor discute o "nascimento do hospital" (p. 99 passim): "clínica aqui significa a organização do hospital como lugar de formação e transmissão de saber" (FOUCAULT, 1998, p. 111). A molde de um etnógrafo, o filósofo observa o espaço privilegiado do hospital para a compreensão da emergência de uma organização propriamente médica, e que ensejará uma ordenação médica, abarcando porções maiores do território. Segundo o autor, essa começa no hospital, com "um sistema de registro permanente e, na medida do possível, exaustivo, do que acontece" (FOUCAULT, 1998, p. 110), com acúmulo de informações voltadas ao controle. O hospital possibilitará, por um lado, comparações de técnicas aplicadas, capacidades e habilidades dos médicos e, por outro lado, a formação médica, "que, até o início do século XVIII, estava localizado nos livros" (FOUCAULT, 1998, p. 110). Assim continua o autor: "É assim que naturalmente se chega, entre 1780/1790, a afirmar que a formação normativa de um médico deve passar pelo hospital" (FOUCAULT, 1998, p. 111). Isso permite historicizar a residência médica.

Neste ponto, Foucault discutirá o indivíduo e a coletividade. Se o indivíduo é o objeto direto do cuidado médico, o atendimento diuturno de contingentes populacionais permitirá transformar esse aglomerado também em objeto de escrutínio do saber médico. A

tecnologia médica atenderá a duas formas de medicina, a do indivíduo e à da população.

Assim escreve o autor:

Os registros obtidos quotidianamente, quando confrontados entre os hospitais e nas diversas regiões, permitem constatar os fenômenos patológicos comuns a toda a população. O indivíduo e a população são dados simultaneamente como objetos de saber e alvos de intervenção da medicina, graças à tecnologia hospitalar. A redistribuição dessas duas medicinas será um fenômeno próprio do século XIX (FOUCAULT, 1998, p. 111).

Outro aspecto da sociologia da medicina de Foucault diz respeito ao que ele chama de hospitais especializados, que "surgem no século XVIII" (FOUCAULT, 1998, p. 206). Para ele, o surgimento desse tipo de hospital só se faz possível graças a uma condição: a hospitalização torna-se a base para se lidar com os problemas de saúde - em detrimento dos cuidados em domicílio -, voltada a "uma ação terapêutica mais ou menos complexa" (FOUCAULT, 1998, p. 206). Dentre diferentes especializações, surgem maternidades e hospitais voltados às crianças, quando o autor ilustra alguns casos. Assim escreve Foucault: "a primeira Maternidade de Londres foi aberta em 1749. O *Enfants Malades*, em Paris, foi fundado em 1802" (FOUCAULT, 1998, p. 206). Essa rede de hospitais, que se adensa entre hospitais de atendimento geral e especializados, cumprirá papéis específicos no saber médico e para o poder médico. Ao primeiro, permitiria a acumulação do saber de boa qualidade, o ensino clínico e a formação para a medicina privada (FOUCAULT, 1998, p. 206). Ao poder médico, o hospital e, mais amplamente, a rede de hospitais constituída "deve servir de estrutura de apoio ao enquadramento permanente da população pelo pessoal médico" (FOUCAULT, 1998, p. 206). À maneira de biologizar a sociedade - como saber médico -, Foucault é um pensador que assim se expressa, como à escola francesa de sociologia. Especialmente nas cidades, o hospital inscreve-se em um programa de controle populacional, via controle espacial, em território esquadrihado pela administração do Estado. Assim escreveu o autor:

A reforma dos hospitais, mais particularmente os projetos de sua reorganização arquitetônica, institucional, técnica, adquiriu importância, no século XVIII, graças a este conjunto de problemas que articulam o espaço urbano, a massa da população com suas características biológicas, a célula familiar densa e o corpo dos indivíduos (FOUCAULT, 1998, p. 207).

O autor distingue historicamente as práticas médicas na França, Inglaterra e Alemanha, quando defende a tese de que a medicina moderna surge sob o grau máximo de coletivização, como medicina coletivizada. Todos os modelos de medicinas sociais que se seguiram foram atenuantes desse parâmetro, surgido na Alemanha. Houve condições para a

emergência desse modelo, mas considera uma fundamental, a *Medizinichepolizei* (polícia médica), cuja noção "foi criada em 1764", e "posta em aplicação no final do século XVIII e começo do século XIX" (FOUCAULT, 1998, p. 83). Foucault descreve as características dessa polícia, dentre elas: a "normalização da prática e do saber médicos" (FOUCAULT, 1998, p. 83), a constituição de "uma organização administrativa para controlar a atividade dos médicos" (FOUCAULT, 1998, p. 84), a nomeação de médicos para partes do território, "domínio de poder ou de exercício da autoridade de seu saber" (FOUCAULT, 1998, p. 84), elementos da ordenação médica.

A "normalização" envolve processos de regularização e padronização médica. Para Foucault, "a medicina e o médico são (...) o primeiro objeto da normalização. Antes de aplicar a noção de normal ao doente, começa-se por aplicá-la ao médico. O médico foi o primeiro indivíduo normalizado na Alemanha" (FOUCAULT, 1998, p. 83). Uma centralização do poder médico, de um lado, com capilarização desse poder macro na escala microterritorial, de outro lado, com a nomeação de médicos para cuidarem da população por território, como administrador de saúde. Assim escreve o autor:

ao nível do Ministério ou da administração central, um departamento especializado é encarregado de acumular as informações que os médicos transmitem, ver como é realizado o esquadramento médico da população, verificar que tratamentos são dispensados, se reage ao aparecimento de uma doença epidêmica, etc., e, finalmente, emitir ordens em função dessas informações centralizadas. Subordinação, portanto, da prática médica a um poder administrativo superior (FOUCAULT, 1998, p. 84).

Com esses elementos, além de uma nova forma de saber, o saber médico estatal, surge a medicina de Estado. Para Foucault, o objeto privilegiado dessa medicina é a força de trabalho do Estado, "é essa força estatal que a medicina deve aperfeiçoar e desenvolver" (FOUCAULT, 1998, p. 84). A partir disso, o autor conclui que o modelo de medicina alemão foi *sui generis* na história. Assim escreve o autor:

desde a medicina de Estado alemã, nenhum Estado ousou propor uma medicina tão nitidamente funcionarizada, coletivizada, estatizada quanto a Alemanha desta época. Vê-se, por conseguinte, que não se passou de uma medicina individual a uma medicina pouco a pouco e cada vez mais estatizada, socializada. O que se encontra antes da grande medicina clínica, do século XIX, é uma medicina estatizada ao máximo. Os outros modelos de medicina social, dos séculos XVIII e XIX, são atenuações desse modelo profundamente estatal e administrativo já apresentado na Alemanha (FOUCAULT, 1998, p. 84-85).

O autor também versa sobre a medicina moderna. Debate se é uma medicina voltada ao indivíduo ou ao coletivo, no contexto da economia capitalista, quando faz interrogações. Assim escreve o autor:

a medicina moderna é individual porque penetrou no interior das relações de mercado? Que a medicina moderna, na medida em que é ligada a uma economia capitalista, é uma medicina individual, individualista, conhecendo unicamente a relação de mercado do médico com o doente, ignorando a dimensão global, coletiva, da sociedade? (FOUCAULT, 1998, p. 79).

O autor responde às perguntas que faz, com a defesa da tese dele. Destaca o aspecto social da medicina. Assim escreve o autor:

a medicina moderna é uma medicina social que tem por *background* uma certa tecnologia do corpo social; que a medicina é uma prática social que somente em um de seus aspectos é individualista e valoriza as relações médico-doente (FOUCAULT, 1998, p. 79).

Para Foucault, sob o capitalismo, a sociedade não viu "a passagem de uma medicina coletiva para uma medicina privada, mas justamente o contrário" (FOUCAULT, 1998, p. 80). Para o autor, o primeiro objeto socializado no capitalismo foi o corpo enquanto força de trabalho (FOUCAULT, 1998, p. 80). Para efeito do debate sobre o sujeito, "o controle da sociedade capitalista sobre os indivíduos" começaria no corpo e "não se opera simplesmente pela consciência ou pela ideologia" (FOUCAULT, 1998, p. 80). Ao propor o corpo como base do controle ideológico, o autor oferece um suporte material para a ideologia. A partir da compreensão da centralidade corporal, e com o que está socialmente inscrito nele, o filósofo contribui para desnaturalizá-lo, e acaba por torná-lo um objeto sociológico. Além de uma concepção interpretativa para o corpo - cortado pelo poder -, apresenta um modelo interpretativo da medicina atual, como parte da biopolítica. Assim escreve o autor: "Foi no biológico, no somático, no corporal que, antes de tudo, investiu a sociedade capitalista. O corpo é uma realidade biopolítica. A medicina é uma estratégia biopolítica" (FOUCAULT, 1998, p. 80).

Com a participação médica nas estruturas administrativas relacionadas à saúde pública se configura um espaço de poder, quando se observa a emergência do poder médico. Como um ente superior, a medicina antecede o médico, mesmo esse tomado genericamente. Pode-se observar isso no texto foucautiano. Assim escreve o autor:

A medicina como técnica geral de saúde, mais do que como serviço das doenças e arte das curas, assume um lugar cada vez mais importante nas estruturas administrativas e nesta maquinaria de poder que, durante o século XVIII, não

cessa de se estender e de se afirmar. O médico penetra em diferentes instâncias de poder (FOUCAULT, 1998, p. 202).

Surge assim um novo saber, não apenas saber estritamente médico, mas um saber médico-administrativo (FOUCAULT, 1998, p. 84). É esse saber que forneceria as bases constitutivas de futuros campos científicos, como a economia e a sociologia, com influências no vocabulário e mesmo na linguagem. Construído no interior do poder, o saber médico engendra uma política. Assim escreveu o autor:

Acerca da sociedade, de sua saúde e suas doenças, de sua condição de vida, de sua habitação e de seus hábitos, começa a se formar um saber médico-administrativo que serviu de núcleo originário à "economia social" e à sociologia do século XIX. E constitui-se, igualmente, uma ascendência político-médica sobre uma população que se enquadra com uma série de prescrições que dizem respeito não só à doença, mas às formas gerais da existência e do comportamento (a alimentação e a bebida, a sexualidade e a fecundidade, a maneira de se vestir, a disposição ideal do habitat) (FOUCAULT, 1998, p. 202).

A partir dos estudos que faz sobre o hospital psiquiátrico e o que chama de grandes médicos, surgidos no final do século XVIII (FOUCAULT, 1998, p. 109-110), Foucault conclui que o poder médico é acima de tudo o poder de produzir a verdade médica. Para ele, o poder médico produz, diz e impõe a verdade (FOUCAULT, 1998, p. 122-123), tendo por base o saber médico, como poder-saber. Assim escreveu o autor:

O grande médico do asilo – seja ele Leuret, Charcot ou Kraepelin – é ao mesmo tempo aquele que pode dizer a verdade da doença pelo saber que dela tem, e aquele que pode produzir a doença em sua verdade e submetê-la, na realidade, pelo poder que sua vontade exerce sobre o próprio doente. Todas as técnicas ou procedimentos efetuados no asilo do século XIX – isolamento, interrogatório particular ou público, tratamentos-punições como a ducha, pregações morais, encorajamentos ou repreensões, disciplina rigorosa, trabalho obrigatório, recompensa, relações preferenciais entre o médico e alguns de seus doentes, relações de vassalagem, de posse, de domesticidade e às vezes de servidão entre doente e médico – tudo isto tinha por função fazer do personagem do médico o "mestre da loucura"; aquele que a faz se manifestar em sua verdade quando ela se esconde, quando permanece soterrada e silenciosa, e aquele que a domina, a acalma e a absorve depois de a ter sabiamente desencadeado (FOUCAULT, 1998, p. 122).

Foucault inspira perguntas a que não se responderão nesta tese, e que poderão sê-lo em outras pesquisas. Por que há desconfiança na categoria médica quanto aos transtornos mentais ou comportamentais, revelada pela desconfiança em relação a atestado médico de médico, observada no campo, e por debate na literatura (DE SOUZA; MACHADO-DE-SOUZA, 2017, p. 384)? Teria algo a ver com a produção de doenças e o papel de controle sobre a população descritos pelo filósofo? Ou seria apenas uma realidade material de não se

conferir um direito a um trabalhador, a partir do não-reconhecimento, com maximização da exploração da força de trabalho?

Para a sociologia dos médicos, dois diálogos sociológicos se estabelecerão a seguir, primeiro com Erving Goffman e, segundo, com Robert Castel. Para o filósofo francês, o poder médico pode fazer a loucura se manifestar (FOUCAULT, 1998, p. 122); para o sociólogo canadense, há a centralidade do aspecto moral da psiquiatria (GOFFMAN, 1974, p. 296). Em outro aspecto, concordam: como escapar da organização (GOFFMAN, 1974, p. 254)? Foucault sustenta que a antipsiquiatria propõe "um contrato dual, livremente consentido por ambas as partes (Szasz)" (FOUCAULT, 1998, p. 127). Já Goffman (1974, p. 312) viu um acordo entre o paciente no manicômio e agentes desse, que permitiria a melhora da situação na instituição, mas piora na consideração dos outros internos, em uma economia de troca. Ambos estão afinados no interesse pela temática das instituições psiquiátricas, em um aspecto formal: a representação cenográfica da ação do "grande médico de hospital", como personagens (FOUCAULT, 1998, p. 110). Apesar de na obra de Goffman dedicada aos manicômios (1974) a representação dramática não se fazer tão presente quanto em outra obra (2002), é uma característica que notabilizou esse sociólogo. Assim escreveu Foucault:

a tomada de poder pelo médico se manifesta no ritual da visita, desfile quase religioso em que o médico, na frente, vai ao leito de cada doente seguido de toda a hierarquia do hospital: assistentes, alunos, enfermeiras, etc. (1998, p. 110).

Robert Castel (1977) participa de obra coletiva capitaneada por Michel Foucault, quando ambos reconstituem a história de Pierre Rivière. É um debate sobre o poder estatal, por meio de duas importantes categorias, a médica e a do direito, com os juizes. Robert Castel (1977) observa a mobilização de médicos em torno do caso de Rivière em 1835, diante dos atos de degola da mãe, irmã e irmão dele. Reúnem-se sete médicos dos mais respeitados em 1835 (1977, p. 273). Criam uma alternativa à pena de morte, que é o confinamento (CASTEL, 1977, p. 275). A avaliação desse autor sobre o resultado da ação dos médicos na relação com o poder estatal é crítica. Assim escreve Castel:

A facilidade de manobra que a medicina mental alcança nesta época fica, pois bem firmemente circunscrita no quadro de um mandato social preciso. É uma delegação de poder que recebe para administrar, em compatibilidade total com as normas dominantes, um setor particularmente difícil no domínio do que se chama hoje a "desviância". Disso resta que a sanção que ameaça alguns destes "desviantes" se desdobra. De um lado o aparelho da justiça penal que domina a sombra da guilhotina. Do outro, o isolamento médico e a sombra do asilo (CASTEL, 1977, p. 275).

A centralidade do poder médico para a instituição asilar do hospital psiquiátrico, na leitura do autor, mostra-se como uma estrutura de dominação, que se dá nas relações (FOUCAULT, 1998, p. 127). Nelas, o poder cumpre muitas funções, cujo centro é o louco, tratado basicamente como "o doente". Assim escreve o autor:

Como se pode ver, tudo é questão de poder: dominar o poder do louco, neutralizar os poderes que de fora possam se exercer sobre eles, estabelecer um poder terapêutico e de adestramento, de "ortopedia". (...) o puro poder do médico, diz Basaglia, constatando no século XX os efeitos das prescrições de Esquirol, aumenta tão vertiginosamente quanto diminui o poder do doente; este, pelo simples fato de estar internado, passa a ser um cidadão sem direitos, abandonado à arbitrariedade dos médicos e enfermeiros, os quais podem fazer dele o que bem entendem, sem que haja possibilidade de apelo (FOUCAULT, 1998, p. 126).

A loucura é tratada pela psiquiatria como doença, do doente no momento em que ele está sob as piores condições: "no exato momento em que o 'sujeito' que dela sofre encontrava-se desqualificado como louco, ou seja, despojado de todo poder e todo saber quanto à sua doença" (FOUCAULT, 1998, p. 127). Em seguida, complementa sobre o estatuto do louco diante da doença dele. Assim escreve o autor:

desta doença conhecemos o bastante para saber que você não pode exercer sobre ela e em relação a ela nenhum direito. Sua loucura, nossa ciência permite que a chamemos doença e daí em diante, nós médicos estamos qualificados para intervir e diagnosticar uma loucura que lhe impede de ser um doente como os outros: você será então um doente mental (FOUCAULT, 1998, p. 127).

Como conclusão, a sociologia da medicina na abordagem do processo civilizador se desenvolveu no sentido da posição crítica a esse processo. Assim a abordagem eliasiana se rendeu e convergiu para a leitura foucautiana. Sobre essa, trata-se de uma abordagem original da sociologia da medicina, que contribui para a sociologia dos médicos, especialmente para o caso estudado nesta tese, quando se verificou uma ordenação do trabalho médico.

1.3 Sociologia da medicina na perspectiva funcionalista

No funcionalismo original dos EUA, Talcott Parsons é a figura fundadora, com extensa obra sociológica. Os médicos foram um objeto de pesquisa, quando talvez seja possível dizer que privilegiou a relação entre médico e paciente, a partir de alguns tópicos: a institucionalidade (PARSONS, 1991, p. 319), a autoridade médica (PARSONS, 1991, p. 320) e a doença conectada a "uma forma de comportamento desviante" (PARSONS, 1991, p. 320,

tradução nossa), quando esse desvio esteve relacionado a certos grupos e ao sistema social (PARSONS, 1991, p. 321). Para outro membro desta escola, Robert Merton, destaque é dado à formação médica (NUNES, 2007, p. 167-168; MERTON; READER; KENDALL, 1957, p. vii, viii apud NUNES, 2007, p. 164; BLOOM, 2002, p. 115 apud NUNES, 2007, p. 163). Para se discutir essa que foi a primeira fase do funcionalismo, articularam-se uma socióloga e um sociólogo que estudaram os médicos, Tânia Steren Santos (2005) e Juan César García (1989). Em seguida, para se resenhar a chamada sociologia médica, uma abordagem funcionalista da sociologia da medicina, recorreu-se a Gilberto Freyre, e finaliza-se esta revisão da escola funcionalista com o exame do que se considerou como da segunda fase da abordagem funcionalista na sociologia da medicina, com dois autores do interacionismo simbólico, Anselm Strauss e Erving Goffman.

Tânia Steren Santos (2005) revisa a literatura a partir de duas perspectivas, a funcionalista e a marxista, para discutir a profissão médica. Esta parte da revisão se dedica à primeira. A autora relaciona Durkheim e Parsons a médicos e à medicina (SANTOS, 2005). As características de funções, a partir do funcionamento do corpo humano, representam uma abordagem que "biologiza" a sociologia. Assim escreveu a autora:

De acordo com a perspectiva funcionalista, a profissão médica está centrada basicamente na aquisição de valores e comportamentos, incorporados através da socialização. Estes devem ser condizentes com o desempenho de papéis sociais que possibilitem o funcionamento integrado e harmônico do corpo social. Emile Durkheim, ao estudar as formas de organização da vida social, estabeleceu uma analogia entre o funcionamento do sistema social e o corpo humano. Ele enfatizou a necessidade de restabelecer o equilíbrio da sociedade quando estiver perturbado e de manter o "estado normal", através da prevenção e tratamento de todas as disfunções (anomia). O papel do estadista, no seu entender, deve ser igual ao do médico: "por meio de uma boa higiene previne a eclosão das doenças e, quando estas se declaram, procura saná-las" (DURKHEIM, 1978, p. 65). Na concepção estrutural-funcionalista de Talcott Parsons, a profissão médica se constitui num paradigma muito importante para a análise de processos sociais, funções e papéis, constituindo-se em modelo de implementação positiva de mecanismos institucionais de consolidação da coesão social (PARSONS, 1964, p. 479). Na sua obra *The social system* (1967) aparecem mais explícitos ainda seus pressupostos consensuais com a reprodução do sistema dominante. Ele menciona a importante relação que se estabelece entre a medicina e os mecanismos de funcionamento e manutenção do equilíbrio do sistema social (PARSONS, 1967, p. 428). Da mesma forma que em Durkheim, a doença é concebida por Parsons como desvio e o papel do médico é o de restaurar as condições da saúde individual e coletiva (organismo humano e social) pois ele, diferentemente do empresário, está mais orientado para os interesses da comunidade (SANTOS, 2005, p. 3-4).

A apropriação que Durkheim faz em relação a conceitos, palavras e ideias trazidas da biologia não é gratuita. Ela se insere na perspectiva funcionalista, e em um programa que

norteia essa abordagem. Dois aspectos em que a investigação se faz relevante para o aumento da compreensão da associação do funcionalismo ao campo biomédico. Mais especificamente sobre a compreensão de mundo, como as palavras têm a ver com a concepção da escola? García (1989) analisou interpretativamente o conceito de sistema social para a abordagem funcionalista. Significaria que há uma tendência dada por natureza a um equilíbrio, relacionado à tendência natural da homeostase, transposta à sociedade. É possível que haja mediações; contudo, é a natureza que prevalece, pois ao estado inicial de equilíbrio, a sociedade deve voltar. Essa forma de compreensão da realidade é também a da ciência econômica clássica. Portanto, é possível perceber o impacto de uma área científica sobre as outras. Mas foi Pierre Bourdieu que construiu o conceito de campo (LAHIRE, 2017, p. 64 passim), que ajuda a pesquisar o funcionamento da ciência (BOURDIEU, 1976). A partir disso, é identificada uma autonomia dos campos científicos, que se configura como relativa. Para fins práticos, isso significa que, assim como a influência da biomedicina sobre a sociologia é possível, também há a possibilidade de outras influências sobre a sociologia. Assim García pontuou:

Os conceitos centrais do funcionalismo sociológicos são congruentes com a posição filosófica do positivismo. O conceito central de "sistema social" e os que dele derivam - como integração, adaptação e marginalidade - implicam que a sociedade tende, naturalmente, a manter-se em seu estado de equilíbrio inicial (GARCÍA, 1989a, p. 76).

García (1989a p. 76) identifica o positivismo como a fundamentação filosófica do funcionalismo. Feita tal mediação entre campos filosófico e sociológico, o autor compara os métodos de estudos e pesquisas para outros dois campos: o das ciências sociais *vis-à-vis* o das ciências naturais. Sob inspiração bourdiana (1998), de uma economia política da linguagem - em "o que falar quer dizer" -, retome-se à interpretação da relação entre o vocabulário e o programa funcionalista. Emerge então a pergunta: como o sentido biologizante das palavras se relaciona aos métodos empregados pelo autor? Assim o autor escreve:

Para o positivismo, além disso, a metodologia das ciências naturais e a metodologia das ciências sociais são idênticas, pois segundo esta corrente, as leis que regem os fenômenos sociais, da mesma forma que os naturais, são intemporais, invariáveis e independentes da vontade (GARCÍA, 1989a p. 76).

Tendo em vista que a questão da tese são os problemas de saúde mental porque passam os médicos, revisa-se o tema da doença na perspectiva funcionalista. O funcionalismo aborda a doença como uma disfunção e que, por isso, haveria um interesse funcional da sociedade em controlar a disfuncionalidade (GARCÍA, 1989b, p. 53). Em relação aos fatores

biológicos e sociais para o adoecimento, eles são entendidos com de origem duplamente biológica e social (GARCÍA, 1989a, p. 75). Segundo García, uma das perspectivas é a de Parsons, quando pode mesclar motivações ao inconsciente, para determinados fins sociais:

Alguns autores, como Parsons, afirmam que parte importante da etiologia das doenças é devida a fatores motivacionais, chegando a sustentar que algumas pessoas, inconscientemente, expõem-se a agravos ou infecções como um meio de evadir-se das pressões sociais a que estão submetidas (PARSONS, 1951 apud GARCÍA, 1989c, p. 48).

Dessa maneira, a doença é compreendida pelo funcionalismo como um desvio de conduta. Um efeito da doença é o papel social do doente, que se articula ao papel da medicina. Assim o autor escreveu:

A doença tem de ser definida em um dos seus aspectos principais, segundo Parsons (1951), como uma forma de conduta desviada, sendo o papel de doente a forma como a sociedade institucionaliza este desvio. É assim que o papel da medicina articula-se com o papel do doente, ou seja, como uma mecanismo de controle social (apud GARCÍA, 1989a, p. 75).

Como se compreende o tratamento, a partir dessa perspectiva? O que pode ser feito para a resolução do problema? Nessa visão, recolhe-se à esfera individual para a solução. Assim o autor escreveu: "É somente na vida privada - expressam os autores fenomenologistas - que o indivíduo experimenta um sólido sentido de identidade e de ganho pessoal e estes são os elementos fundamentais da cura" (GARCÍA, 1989a, p. 89). A percepção dos médicos nesta pesquisa de tese é a de que o impacto dos problemas de saúde mental recai sobretudo sobre eles, individualmente. Assim, de alguma maneira, a escola funcionalista acerta. Contudo, ainda na esfera da vida privada, a percepção é a de que a família é bem menos afetada do que o próprio médico com problema de saúde mental. E, mais importante, o funcionalismo não lida com as causas identificadas nesta tese, que foram, em grande medida, coletivas.

Tânia Nunes (1999) e Juan García (1989a) fazem críticas à abordagem funcionalista sobre os médicos, com proximidade entre ambas as posições. A socióloga direciona a crítica dela a Parsons. Pela identidade desse com a escola funcionalista, as críticas a ele serão tomadas como críticas ao funcionalismo. García critica essa escola pela abordagem orientada a fins - "curar e prevenir a doença" (GARCÍA, 1989a, p. 76) -, o que deixa de lado fatores do restante "da totalidade social ou de algumas de suas instâncias" (GARCÍA, 1989a, p. 76). Para a socióloga, Parsons faz uma análise abstrata, pois não conecta "os atores sociais com sua realidade histórico-concreta de vida" (NUNES, 1999 apud SANTOS, 2005, p. 4). O que é comum em ambas as críticas é que o funcionalismo escapa em compreender o todo social. Para García, há um reducionismo da medicina ao ter como centro o indivíduo. Problemas

maiores advém dessa perspectiva: centram-se esforços sobre os indivíduos, enquanto se "oculta[m] os conflitos existentes na sociedade e a forma como a medicina intervém para preservar os interesses dos grupos dominantes" (GARCÍA, 1989a, p. 76). Para Santos, são duas as críticas remanescentes: atinentes à relação entre médico e paciente, que seria concebida como imposição de autoridade, e as limitações do funcionalismo. Assim a autora escreveu:

a definição funcionalista da profissão médica centra-se nas estruturas cognitivas e simbólicas, através da aquisição de conhecimentos, normas, valores e atitudes, mas isto não parece suficiente para compreender-se as suas peculiaridades. O profissional da área médica é determinado também pelo contexto socioeconômico e político no qual está inserido (NUNES, 1999 apud SANTOS, 2005, p. 4).

Limites explicativos, somados a outros problemas, são apontados como razão para uma crise no campo de estudos sociais dos médicos, com a dominação dessa abordagem. Assim o autor escreve:

Assiste-se, nos dias que correm, a uma crise no campo das ciências sociais aplicadas aos problemas médicos, originada, segundo autores (Informe..., 1972), pelas limitações explicativas, pelos desvios ideológicos e pela fragmentação da realidade estudada, características da análise funcionalista como modelo teórico da organização do conhecimento prevalente nesta área (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE/OPS-OMS, 1972 apud GARCÍA, 1989b, p. 51).

A sociologia da medicina

Corrente da sociologia da medicina na abordagem funcionalista, a sociologia médica é um construto que tem na sociologia anglófona referência central. Enfatiza aspectos da medicina em geral, em detrimento dos operadores dela, os médicos, e das relações sociais desses para o desempenho da atividade médica. Para Freyre, esse novo ramo da sociologia surgiu de uma necessidade. Assim escreve o autor:

Data daí uma, no Brasil e até fora do Brasil, nada insignificante revolução nesse setor: problemas considerados estritamente médicos passaram a ser considerados também sociais, culturais, econômicos, educacionais, ecológicos, exigindo novas abordagens para o seu estudo. Mais: reclamando novas providências para seu trato (FREYRE, 2004, p. 24).

A ordenação da atividade médica e as relações de trabalho, com colegas e chefia, não são um objeto principal da sociologia da medicina, mas sim a relação entre médico e doente (FREYRE, 2004, p. 17; 65). Outro reconhecido sociólogo, Talcott Parsons, também estudou

essa relação, mas nomeada como relação médico-paciente. Talvez Freyre tente se diferenciar, pois reivindica o culturalismo, representado por Franz Boas. A influência sobre Freyre é mais originária da fenomenologia - do que do funcionalismo. Uma referência da sociologia médica de Freyre, para compreender os médicos, é a sociologia do teatro (FREYRE, 2004, p. 25). Apesar de citá-la, o autor não dá maiores desdobramentos de pesquisa e elaboração nesse assunto. Todavia, há outra escola que reivindica um método equivalente, o dramaturgismo social. Assim como diante de Parsons, Freyre igualmente não cita Erving Goffman, mas a realidade é que ambos são referências no debate proposto pelo brasileiro. Outro deslocamento conceitual que o autor tenta é o de indivíduo, para o de pessoa, que seria o "indivíduo biológico socializado" (FREYRE, 2004, p. 41), a que dedicará o primeiro capítulo de livro que trata a sociologia da medicina (FREYRE, 2004, p. 65-76). Contudo, quanto à crítica, ao definir as correntes em que disputa no campo, diferenciando-se, o sociólogo pernambucano nomeia. Assim escreve o autor: "resistir, por um lado, ao determinismo biológico dos racistas e eugenistas; por outro, ao determinismo econômico dos marxistas; e a favor de um autêntico e amplo humanismo" (FREYRE, 2004, p. 63). A obra em tela é um trabalho ensaístico, baseado em cursos dados por Freyre na Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pernambuco (FREYRE, 2004, p. 45). O autor descreve a sociologia médica como um ramo da sociologia, com determinados princípios e métodos (FREYRE, 2004, p. 39). Assim Freyre escreve:

A sociologia da medicina é sociologia: é a aplicação de critérios e de métodos sociológicos de análise e de interpretação de processos sociais, de relações interpessoais e de relações intergrupais, àquela matéria de interesse médico constituída pela etiologia e pela ecologia sociais de doenças, pelos componentes sociais ou socioculturais de terapêutica e, ainda, pelas relações entre médicos e enfermos, entre enfermos e suas famílias, entre médicos e famílias e ambientes socioculturais de enfermos, entre médicos - higienistas, sanitaristas, psiquiatras - e comunidades e aquelas suas instituições e aqueles seus complexos mais relacionados com problemas de deterioração da saúde, de conservação e de defesa da saúde, de promoção da saúde (2004, p. 65).

Para ilustrar um objeto de interesse da sociologia da medicina, estão "aqueles problemas de desequilíbrio ecológico e de poluição de ares e águas" (FREYRE, 2004, p. 40). O desenvolvimento tecnológico impacta a sociologia da medicina, em temas como a genética e regulamentação biológica da reprodução" (FREYRE, 2004, p. 46).

O surgimento da sociologia da medicina ocorre devido à dificuldade de um único campo dar conta da complexidade de processos de saúde e doença, então a sociologia, a partir da perspectiva dela, tenta fazer frente aos conhecimentos de outros campos das "ciências

sociais (psicologia, antropologia, demografia, geografia, história, economia) e das ciências natural e médica" (GIARELLI, 2017, p. 344, tradução nossa). Freyre, por sua vez, considera a sociologia da medicina como uma área transmédica, mas complementar à medicina (FREYRE, 2004, p. 23), o que pode se dever à hegemonia dessa.

O interacionismo simbólico e a perspectiva funcionalista na sociologia da medicina

Uma segunda onda do funcionalismo na sociologia da medicina foi basicamente produzida nos Estados Unidos, com as abordagens denominadas interacionismo simbólico, dramaturgismo social, etnometodologia e fenomenologia. A partir do funcionalismo da medicina originário, de Parsons e Merton, a nova escola examina os objetos da crítica foucautiana ao processo civilizador, mas sem perder a tônica inicial do estudo de instituições e com funções específicas. Assim, estudam-se hospitais (STRAUSS et al., 1964) e manicômios (GOFFMAN, 1974).

Anselm Strauss et al. estudaram dois hospitais em Chicago, um público e um privado, em uma abordagem da sociologia da medicina. O que parece haver são orientações psiquiátricas sendo seguidas (STRAUSS et al., 1964, p. 89), e não médicos psiquiatras agindo, sem espaço para o sujeito, controlados por estruturas superiores. É a ideia que comanda: as ideologias dividem os profissionais de saúde, entre uma maioria (na abordagem "psicoterapêutica") e minorias (nas abordagens "orgânica-somática" e a "orientação socioterapêutica") (STRAUSS et al., 1964, p. 89, tradução nossa). As lutas se dão entre segmentos ideológicos, mormente entre "psicoterapêutica" e "orgânica-somática" (STRAUSS et al., 1964, p. 89, tradução nossa).

Elementos de estrutura social não são mencionados, seja de classe social, formações específicas, gênero, raça, idade. Final e marginalmente é citada uma diferença material, quando os autores relacionam as ideologias ao fato dos médicos e não-médicos trabalharem em hospital público ou privado (STRAUSS et al., 1964, p. 90). Ou seja, praticamente como se fosse só a ideologia que direcionasse mais ou menos um médico a hospital público ou privado (STRAUSS et al., 1964, p. 89), em desconsideração desde ao "mercado de trabalho", até a aspectos práticos como a necessidade de renda ou a distância para o local de trabalho (aspectos em alguma medida vistos nesta tese). É a ideologia que determinará as orientações

psiquiátricas relacionadas a mais ou menos participação de não-médicos na equipe de trabalho (STRAUSS et al., 1964, p. 90).

Quando os psiquiatras são abordados, os autores começam pela orientação científica do presidente de hospital estudado. Assim escreveram os autores: "depois de análise com Freud, começou um serviço psiquiátrico de orientação notavelmente analítica" (STRAUSS et al., 1964, p. 180, tradução nossa). Em seguida, os grupos de médicos são analisados a partir da corrente ideológica na medicina psiquiátrica em que se enquadram (STRAUSS et al., 1964, p. 181-203).

Contribuições de Erving Goffman

Como Strauss et al. (1964), Goffman é também interacionista simbólico, apesar de pertencer a uma corrente específica no interior dessa abordagem, o dramaturgismo social. Como o parceiro de corrente, também estuda o hospital psiquiátrico. Enquanto Strauss et al. são mais circunspectos (1964), de uma maneira mais formal e que remete a uma "etnografia clássica", Goffman escreve de maneira mais solta e livre; contudo, ambos privilegiam a prática médica, a medicina (1974, p. 279), em relação ao indivíduo. Em Goffman, todavia, o indivíduo está mais presente; em Strauss et al. (1964), a instituição. Assim, para ilustrar a teoria da individualidade dele, quando estuda presidiários, cita Dostoiévski ao escrever sobre um contrabandista. No exemplo, esse agiria em cárcere na Sibéria não por uma necessidade, mas por inspiração. Um impulso íntimo - a paixão -, da natureza daquele homem, faria-o agir, ou seja, trabalhar com amor (DOSTOIÉVSKI, 1959, p. 17 apud GOFFMAN, 1974, p. 254, nota de rodapé n. 180). Seria essa "individualidade e autonomia pessoal que escapam às garras da organização" (GOFFMAN, 1974, p. 254).

Em estudo que faz Goffman sobre o que chama de instituições totais, uma das estudadas é o manicômio¹⁵. Nessa estrutura, os médicos têm uma centralidade. O objetivo do autor é testar um modelo que aplica em outras profissões, o modelo de serviço especializado. Para o "serviço psiquiátrico institucionalizado", há um número muito grande de problemas enfrentados por esse modelo, contudo o resultado do modelo seria ainda pior para outros serviços especializados (GOFFMAN, 1974, p. 299). Para o caso do hospital psiquiátrico, o

¹⁵ Esta revisão de literatura se valeu do último capítulo do livro de Erving Goffman, *Manicômios, prisões e conventos* (1974).

interesse do autor é em que "os médicos se tornam participantes. E por isso são internados involuntários" (GOFFMAN, 1974, p. 299). Particularmente, o interesse do autor é verificar entidades em que haja a tentativa de se institucionalizar o que chama de "modelos sociais de ser" (GOFFMAN, 1974, p. 299). Para o desempenho do papel social, o psiquiatra conta com um "poder institucional sobre alguns elementos da equipe dirigente" (GOFFMAN, 1974, p. 300), o que isso lhe confere autoridade (GOFFMAN, 1974, p. 300).

Goffman dá centralidade ao modelo (concepção) para a compreensão do indivíduo. Então se buscará analisar cada um desses e a relação entre ambos. Na etnografia do manicômio, o poder emana do modelo (esquema) de serviço médico, concepção essa relacionada à ordenação do trabalho médico. Pode-se compreender o modelo médico entrevisto por Goffman no contexto do modo de produção de serviço em saúde, descrito pela abordagem marxista. O impacto do modelo é a construção diuturna, permanente. Isso é importante, pois para a abordagem goffmaniana, a estrutura não se basta por si só, ela é continuamente processada, como reprodução. Assim o autor escreveu:

Tudo que ocorre no hospital precisa ser legitimado por sua assimilação a um esquema de serviço médico, ou traduzido para este último. As ações diárias da equipe dirigente precisam ser definidas e apresentadas como expressões de observação, diagnóstico e tratamento. Para realizar essa tradução, a realidade precisa ser consideravelmente deformada, mais ou menos como o é pelos juízes, instrutores e outros funcionários de outras instituições de coerção. É preciso descobrir um crime que se ajuste ao castigo, e o caráter do internado precisa ser reconstituído de forma a ajustar-se ao crime (GOFFMAN, 1974, p. 311).

Goffman estuda a mudança do perfil de profissional liberal do médico para o de trabalhador vinculado a uma burocracia. Dialoga com o modelo de Marx de trabalho concreto (livre) para trabalho abstrato (alienado), no que a abordagem marxista chamou de modos artesanal e burocrático de serviços de saúde. O autor pesquisa o "ideal de serviço", como uma forma de paradigma de trabalho médico. Esse conceito tem uma correspondência com a abordagem weberiana (PEREIRA, 2005, p. 191), que contribui na construção da noção de ideal de serviço. Assim o autor escreveu:

cada vez mais importante é outro problema: apesar dos esforços das associações médicas, em alguns países, a prática médica tende a afastar-se do ideal de clínico livre, com clientela não-organizada, para uma situação em que uma repartição burocrática de algum tipo dá serviço a clientes que têm pouca escolha quanto aos médicos que podem ver. Essa é uma ameaça séria à relação clássica de serviço, mas penso que ainda não sabemos o suficiente quanto às suas consequências, a longo prazo, para o ideal de serviço (GOFFMAN, 1974, p. 281).

E o que se pode dizer desse modelo na prática, tanto para produtores de serviço, quanto para clientes, os pacientes do manicômio? O modelo de serviço dos hospitais psiquiátricos contém uma ambivalência entre aparência e realidade. Um caráter ambíguo da sociedade já foi interpretado por inúmeros sociólogos, desde Merton, com uma realidade manifesta e outra latente, até Marx, com o valor de uso e o valor de troca da mercadoria (2013, p. 113 *passim*). Portanto, ambivalências parecem ser uma característica mais ampla, da configuração atual de sociedade. Por mais que a ocupação profissional de psiquiatra - no interior da corporação médica - confira determinada posição social de classe, o poder que lhe seria inerente em um raciocínio enviesado pelo determinismo, a partir do estudo de Goffman, o agente acaba sendo responsável também pela construção dessa estrutura. Por mais que em inúmeras passagens de Goffman, o agente apareça como tendo um papel esvaziado pelo contexto das estruturas sociais, na etnografia que executa em manicômio, o autor confere um protagonismo ao indivíduo. Assim o autor escreveu:

A equipe psiquiátrica especializada não tem um papel fácil. A licença médica de seus membros lhes dá um dos títulos mais seguros de deferência e consideração existentes em nossa sociedade, e uma das profissões mais sólidas de serviço especializado; apesar disso, no hospital psiquiátrico, seu papel é constantemente discutível. (...) No entanto, a equipe dirigente não é o único grupo que tem dificuldades para aplicar o modelo de serviço; também os pacientes têm problemas que esclarecem a relação entre a aparência e a realidade. A vida diária do paciente é áspera e pobre. Como tal, isso não tem interesse sociológico para nós; afinal, há outras situações, mesmo nos Estados Unidos, em que a vida é igualmente ruim, e algumas em que é ainda pior. Nosso interesse aqui é que o modelo de serviço empregado nos hospitais psiquiátricos dá um caráter amargo e pungente a tais privações (GOFFMAN, 1974, p. 311).

Não menos importante é que, apesar, ou principalmente com a "negociação" diuturna e permanente que se faz necessário pelo médico psiquiatra, para fazer valer a autoridade dele, o psiquiatra é a autoridade. Em outras palavras, as estruturas não se fazem por si sós, são necessários agentes que façam as estruturas existirem, em um processo de reprodução. Por mais que incorra em "desgaste" diário, que tenha que trabalhar cotidianamente, o poder médico é superior. Portanto, o privilégio que deu Foucault ao tema, assim como observa Goffman, apesar de terem privilegiado a psiquiatria, é necessário para a reflexão sobre a categoria médica. Nos dados coletados nas entrevistas da Emergência Pediátrica do Hospital, o poder médico não se destacou, mas sim o poder exercido sobre os médicos por uma ordenação do trabalho médico, considerando-se que esta tese tem pergunta diferença da de Goffman. Assim o autor escreveu:

Praticamente qualquer aspecto das condições de vida do paciente em sua rotina diária pode ser modificado à vontade pelo psiquiatra, desde que seja dada uma

explicação psiquiátrica. Também aqui vemos que o papel do psiquiatra é único entre os servidores, pois nenhum outro recebe tanto poder (GOFFMAN, 1974, p. 291).

A partir do trabalho de Goffman, identificou-se o contínuo trabalho médico como uma agência do poder. O poder médico se processa de diferentes formas e se traduz de diferentes modos. É um poder que advém da ordenação médica, da estrutura manicomial e da categoria profissional, com um controle da profissão sobre o paciente. Um poder que se transforma na existência de um terapeuta, da terapeutização, com construção do "mundo interior" e do "mundo exterior". Foucault identificou nas próprias negações da medicalização, e mais especificamente da psiquiatria - assim como, dialeticamente, na antipsiquiatria, despsiquiatria e psicanálise -, formas de poder médico. Contudo, enquanto em Foucault trata-se de um doente, em Goffman há um paciente. Entende-se que um doente seria praticamente como um objeto, para a visão foucaultiana (1998, p. 111; p. 79-80; p. 207). Para Goffman, o paciente individualmente deve ser sacrificado, em prol da coletividade (1974, p. 312). São diferenças passíveis de serem interpretados entre os dois autores, sobre objeto relativamente comuns: o tratamento manicomial. Assim o autor escreveu:

A única ação, por parte do terapeuta, que parece coerente com sua obrigação com relação a instituição e à sua profissão, é afastar essas queixas, ao convencer o paciente de que os problemas que pensa estar tendo com a instituição - ou com seus parentes, a sociedade, e assim por diante - são realmente problemas *seus*: o terapeuta sugere que enfrente tais problemas por uma reorganização de seu mundo interior, não por tentativas de alteração da ação desses outros agentes (GOFFMAN, 1974, p. 305, grifo do autor).

A ordenação do trabalho em saúde também pode devotar diferenças no atendimento. É assim que Goffman observou a possibilidade de diferentes qualidades de serviço médico para os quadros funcionais próprios, em relação a pacientes pobres. Foucault (1998, p. 52) e García (1989b, p. 54-57) identificaram os grupos sociais que foram historicamente tratados pela medicina, conforme uma hierarquização. Ao fenômeno visto por si, Goffman nomeou como "medicina de companhia". Assim o autor escreveu:

o serviço pessoal recebido por alguns pacientes pobres é às vezes menos adequado - do ponto de vista do paciente - do que o recebido por alguns empregados, como parte das funções normativas e de manutenção de medicina em seus estabelecimentos de trabalho. O interesse aqui não se refere à atenção médica que o indivíduo recebe, mas ao esquema de organização em que o recebe (GOFFMAN, 1974, p. 284).

Na comparação entre Goffman e Strauss, o primeiro parece mais crítico que o segundo em relação ao papel cumprido por médicos. No estudo em hospitais psiquiátricos, mas não necessariamente em funções da psiquiatria, mas de manutenção na saúde, Goffman

estudou o papel social dos médicos. Relacionou-o a três atores: o paciente, a comunidade e a empresa. Assim o autor escreveu:

os médicos podem ser empregados num papel de manutenção, com o objetivo de tratar um participante de urna empresa, não em benefício desse participante, ou para conservar os padrões da comunidade, mas apenas para elevar ao máximo a utilidade do participante para a empresa (GOFFMAN, 1974, p. 284).

Goffman devota atenção às consequências da ação, independentemente da intencionalidade - o que remete, no indivíduo, ao problema do inconsciente. Contudo, como se trata de ação coletiva, em hospital, deve adquirir outra interpretação. O ponto, de fato, é a convergência de interesses entre a direção desses estabelecimentos e da equipe de psiquiatras: no primeiro, de manutenção da autoconcepção da equipe, enquanto, no segundo, sobre a própria existência do serviço psiquiátrico. Para a relação agência-estrutura, mostra a "estrutura" hospitalar em ação sobre o agente, cuja ação - a dramatização tem como consequência a afirmação do serviço médico - reforça a estrutura. Do ponto de vista dos médicos da Emergência Pediátrica, isso importa, pois há uma inter-relação entre a direção do hospital e a equipe médica. (Contudo, como ente central para o problema de saúde percebido, esteve a prática da Secretaria de Saúde do GDF - e não a direção do Hospital). Assim disse o autor:

Além disso, quando procuramos saber quais são as peculiaridades da maneira de dirigir tais estabelecimentos, bem como quais as crenças que aí circulam, verificamos que, independentemente de qualquer outra coisa que façam, um dos efeitos básicos de tais instituições é manter a autoconcepção da equipe especializada aí empregada. Os internados e os níveis inferiores da equipe dirigente participam de uma grande ação de apoio - um tributo complexo. E dramatizado - que tem como efeito, se não como intenção, a afirmação da existência de um serviço médico, dado pela equipe psiquiátrica (GOFFMAN, 1974, p. 312).

No objeto estudado por Goffman, ele viu a possibilidade de caminhos profissionais para os psiquiatras, tanto em contato com pacientes, quanto afastando-se deles. Os papéis sociais médicos transcendem a clínica médica, e mesmo se se for tratar apenas do interior do hospital. Assim o autor escreveu: "quando o psiquiatra não pode, ou não deseja, sair do hospital psiquiátrico estadual, aparentemente tem outros caminhos abertos" (GOFFMAN, 1974, p. 301). O autor (GOFFMAN, 1974, p. 301) identificou possibilidades na administração, na pesquisa psiquiátrica, trabalhar na secretaria do hospital ou em psicoterapias, tanto individual, quanto do próprio "sistema social do hospital" (GOFFMAN, 1974, p. 301, nota de rodapé n. 36). Quatro aspectos atinentes à tese a se comentarem: o primeiro é a dificuldade encontrada pelos médicos da Emergência Pediátrica para a

movimentação funcional no interior do hospital ou do sistema de saúde; o segundo é o uso de técnicas usadas em indivíduos, usadas para a coletividade, como a psicoterapia; o terceiro, é a possibilidade do médico trabalhar diretamente na ordenação do trabalho médico; o quarto se relaciona mais à revisão de literatura, especificamente com Foucault, e é uma faceta do poder médico, que é a possibilidade de o profissional médico exercer diferentes ocupações funcionais, como trabalho.

Para continuar em Foucault, observe-se aspecto que complementa a contribuição dele, sobre o saber e o poder médicos. Goffman observa questões dialéticas: assim como o não conhecimento específico para um diagnóstico vem a conferir maior flexibilidade para o médico, por um lado, relatar honestamente um conhecimento pequeno a paciente parece destinado ao fracasso, por outro lado. Sobre a primeira, assim o autor escreveu:

embora o conhecimento psiquiátrico muitas vezes não possa colocar o psiquiatra numa posição em que seja capaz de predizer corretamente a conduta do paciente, o mesmo desconhecimento dá ao psiquiatra maior liberdade de interpretação (GOFFMAN, 1974, p. 300).

Sobre a segunda, a construção social do papel do médico dá pouca chance para o médico ser percebido como alguém com pouco conhecimento, "pois o papel do médico é definido de outra forma em nossa sociedade" (GOFFMAN, 1974, p. 301-302). As representações sobre médicos como super-homens, miraculosos ou sacerdotes podem ser entendidos como uma jaula de aço, para fazer uma alusão a Max Weber. Portanto, para o papel social de médicos, tanto o não saber pode não ser possível, quanto o não-saber pode estar subsumido ao próprio saber médico. Como assim? O não saber médico pode ser considerado como parte do saber. Assim o autor escreve:

Através do poder dessas palavras, a equipe dirigente pode dizer que, embora possa não conhecer a causa que provocou a mudança, esta pode ser tratada dentro da perspectiva médica. (...) e o que é aceito como remissão espontânea pode resultar do fato de inicialmente, o paciente não ter estado doente (GOFFMAN, 1974, p. 307).

Em outras palavras, o saber médico incluiria o não saber: o saber médico é também o não saber. Para efeito prático, a enunciação do não saber por um médico pode não erodir o poder médico. Assim, o não saber médico também pode redundar em poder médico, como ademais o saber médico já foi relacionado ao poder médico por Foucault. Finalmente, outro aspecto complementar à abordagem foucautiana, é o aspecto da disciplina. Apesar de que Goffman, ao mesmo tempo, faça questão de estabelecer distinções, mesmo que não cite o filósofo francês. Enquanto Foucault analisa a disciplina a partir do texto escrito em

documentos, Goffman observa em etnografia, e pode falar da ação com uma legitimidade em outro grau. Assim o autor escreveu: "Algumas das traduções verbais encontradas nos hospitais psiquiátricos representam, não tanto termos médicos para práticas de disciplina, mas uso disciplinar de práticas médicas" (GOFFMAN, 1974, p. 309).

A administração é entendida de algumas maneiras, a propósito da leitura sobre os médicos. Dois aspectos abordados por Goffman são o contexto e o controle. Sobre o primeiro, o autor trata do procedimento da lobotomia. Para ele, esse ato médico em si não seria o problema, "mas sim o contexto de organização em que é recomendado" (GOFFMAN, 1974, p. 309, nota de rodapé n. 48). Ou seja, releva-se uma dupla: sobre o contexto e a estruturação para efetivação, que em medida importante, pode ser considerada a ordenação do trabalho. No segundo aspecto, o papel da ordenação se evidencia mais. Como? Através de um jogo entre papéis de aparência e papéis em execução, em mais um exemplo de dubiedade revelado pela sociologia. Há uma dubiedade em jogo entre indivíduo e coletivo, entre o médico e a ordenação. Mas é a administração que parece ser a agência do médico, e não o contrário. O médico aparece assim como espécie de cúmplice desse ordenamento de papéis, ou seja, passa a ser um participante da ordenação do trabalho. A partir da leitura do autor, determinante para essa ambiguidade são diferentes modelos de medicina. Como já inicialmente interpretado, a leitura do autor parte da ideia, da concepção e do modelo para a prática. Assim o autor escreve:

Em todos esses casos, a ação médica é apresentada ao paciente e seus parentes como um serviço individual, mas aqui é a instituição que recebe o serviço, pois a especificação da ação se ajusta ao que reduzirá os problemas de controle da administração. Em resumo, sob o disfarce do modelo de serviço médico, encontra-se às vezes a prática de medicina de manutenção (GOFFMAN, 1974, p. 310).

No entremeio da ordenação do trabalho com a corporação médica está o médico. Goffman aborda o ambiente de trabalho médico e, a certo ponto, especificamente o hospital. Diante do que o autor chama de perspectiva médica, pode-se refletir em termos de Bourdieu, em um *habitus* (WACQUANT, 2017) de médico. Aceitar trabalhar em ambientes insalubres e isolados seria uma característica do *habitus* médico. Assim o autor escreve:

Parece haver pouca dúvida de que os médicos se dispõem a trabalhar nesses ambientes pouco saudáveis e isolados, porque a perspectiva médica dá uma forma de ver as pessoas além das perspectivas sociais padronizadas e, por isso, dá uma forma de ficar um pouco cego para gostos e aversões comuns (GOFFMAN, 1974, p. 310).

É apresentada a possibilidade de o hospital ser uma instituição iatrogênica, quando se ilustram com "angústia de 'separação' nas crianças muito pequenas" (GOFFMAN, 1974, p. 282), como pacientes. Por mais que a tendência é a de Goffman se guiar pelo modelo, a materialidade tem vez: é a presença do paciente no hospital psiquiátrico que justifica tanto ele estar internado (GOFFMAN, 1974, p. 307), quanto a própria existência do hospital (GOFFMAN, 1974, p. 307; p. 309). Apesar da mirada do autor partir principalmente da ideia, ele não se desvencilha de todo das condições materiais da existência. Assim, o corpo é a justificativa última e o paciente é o que justifica o hospital. Sob a possibilidade de que o hospital possa ser iatrogênico para o paciente, então o hospital poderia produzir o próprio doente internado. Esse aspecto do poder médico teria uma conexão direta com o próprio processo produtivo do hospital, como - se é que é possível falar nesses termos - no processo produtivo de doenças. Goffman ainda materializa ao elaborar uma geografia do hospital, em que os espaços construídos ganham nome, função hospitalar, profissionais que neles trabalham e, finalmente, os segmentos de pacientes destinados, por características (GOFFMAN, 1974, p. 308-309). Nesse segmento, verifica-se que há uma atividade classificatória. Em outro trecho da obra, encontra-se a hierarquia em que se localizam os pacientes, em correspondência a locais de internação (GOFFMAN, 1974, p. 293, nota de rodapé n. 30), funcional para a punição de paciente. Assim, ao "grau de mau comportamento permissível", corresponde ao "grau de desconforto e privação" em diferentes enfermarias (GOFFMAN, 1974, p. 293, nota de rodapé n. 30). Neste caso, há uma linguagem que pode remeter à medicalização (GOFFMAN, 1974, p. 309), invertendo-se a frase anteriormente citada. Então, traduções verbais expressas por Goffman sobre "hospitais psiquiátricos representam termos" que suportam a medicalização "para práticas de disciplina" (GOFFMAN, 1974, p. 309). A geografia hospitalar permite identificar o poder por meio do controle médico, que se relaciona à certa ordenação. O modelo hospitalar foi estudado por diferentes autores (FOUCAULT, 1992; GARCÍA, 1989b, p. 63; GOFFMAN, 1974; STRAUSS, 1964). Há uma centralidade do hospital para o modelo de medicina em vigor.

Ao se levantarem questões especificamente sobre os manicômios, pode-se também pensar nos hospitais em geral. Dado que o hospital possa vir a ser iatrogênico para o paciente, é possível aventar que também pode ser para os profissionais de saúde que nele trabalham, como os médicos. Entrevistados da Emergência Pediátrica citam a iatrogenia como uma consequência dos problemas de saúde mental dos médicos. Para se preservarem o anonimato

e a privacidade dos médicos citados nesta tese, os nomes deles não foram coletados. Assim, o nome de uma flor representou cada entrevistado. Assim disse um médico:

Então é uma coisa a se pensar, está certo? Se essas iatrogenias, elas são consequências de um profissional estressado, de falta de recurso, de improvisos de conduta, então é uma reflexão que a gente tem que fazer aí realmente sobre isso (TINHORÃO).

A abordagem de Goffman leva, em alguma medida, a uma aproximação maior a uma sociologia dos médicos, por diferença a uma sociologia da medicina. Isso é uma mostra de como a sociologia da medicina contribui para a construção da sociologia dos médicos.

Goffman modifica a nomenclatura. Ao invés de doença, um instrumento de classificação, o CID, o intitula como transtorno. Goffman usou a palavra síndrome, que é usada atualmente, e as síndromes estão localizadas no interior dos transtornos. A palavra transtorno, em relação à doença, parece conferir um sentido diferenciado ao problema de saúde. A palavra transtorno faz-se acompanhar de duas outras palavras: mental e comportamental. Essa indica que se trata de um transtorno social, o que pode indicar, pelo menos hipoteticamente, no sentido da despatologização. De fato, houve um crescimento de outras formas de se tratarem esses problemas, além da medicalização? É Foucault quem interpreta a psicanálise como uma extensão do campo médico e Goffman tem uma interpretação da terapia como exercício de poder, com imputação de sentido sobre o paciente (GOFFMAN, 1974, p. 304-305), que beneficiaria mais os psiquiatras do que os internados com problemas de saúde mental (GOFFMAN, 1974, p. 312, nota de rodapé n. 50). Ao discutir a nomenclatura médica utilizada, para o autor, ela poderia cumprir apenas um papel formal e burocrático do hospital, o que ajuda a fomentar dúvidas sobre tais transtornos. Assim o autor escreve:

Quando interrogados, alguns especialistas admitirão, naturalmente, que tais títulos de síndromes são vagos e duvidosos, empregados apenas para cumprir os regulamentos de recenseamento do hospital (GOFFMAN, 1974, p. 303).

Como já mencionado, Foucault refere-se ao doente, enquanto Goffman, a paciente. Portanto, há um estatuto diferente para ambos, apesar de ambos discutirem o poder médico. O sociólogo canadense historiciza o começo do uso do termo paciente, quando se inicia a atribuição a médicos de tratarem o que antes eram chamados de "transgressores", "na última parte do século XVIII" (GOFFMAN, 1974, p. 284), na Grã-Bretanha (GOFFMAN, 1974, p. 284). Goffman sugere que o paciente seja tratado como um objeto. Ademais, remete ao método sociológico defendido por Goffman, que já influenciado pelo campo biomédico,

também se inspira no modo em que o psiquiatra lida com o paciente. Tornando objeto, torna-se alvo do trabalho médico, com outro dado acrescentado pelo sociólogo: realizado o trabalho, haveria "pouco trabalho a ser feito" (GOFFMAN, 1974, p. 307). E quando o autor ainda nota que um alto número de dispensas significaria socialmente a falta de competência do hospital (GOFFMAN, 1974, p. 309), renova-se a suspeição sobre a sociedade (com o valor do controle) e, por desdobramento, a medicina e o estabelecimento hospitalar. Tal como considerado o paciente, objeto, é essa a matéria que chega ao manicômio e, transformada, sai do estabelecimento, sob um processo de serviço médico psiquiátrico. Dado o período de um ano para sair, e considerando-se o pouco trabalho a ser feito, depois do objeto ser trabalhado, há o papel da engrenagem hospitalar. Assim o autor escreve:

Estou sugerindo que a natureza do paciente é redefinida de tal modo que, como efeito, se não por intenção, o paciente se torna o tipo de objeto no qual se pode executar um serviço psiquiátrico. Transformar-se num paciente é ser transformado num objeto que pode ser "trabalhado" embora, no caso, a ironia esteja no fato de, depois disso, haver tão pouco trabalho a ser feito. E a grande falta de psiquiatras pode ser vista como criada, não pelo número de pessoas doentes, mas pela "engrenagem" institucional que traz para essa área a definição de serviço da situação. Finalmente, desejo considerar, não as definições que a equipe dirigente sustenta quanto a natureza do paciente, mas quanto a ação do hospital sobre este último. Como a equipe dirigente fala em nome da instituição, é através dessas definições que a engrenagem administrativa e disciplinar do hospital é apresentada ao paciente e ao público. Em resumo, verificamos que os fatos referentes ao controle de enfermagem e a dinâmica desse sistema se exprimem na linguagem do serviço médico psiquiátrico (GOFFMAN, 1974, p. 307).

Quais os efeitos da doença? O autor pontua diferentes formas de impactos, e se dão sobre o indivíduo. Nas referências do autor, há uma diferença do lapso temporal em relação ao diagnóstico do paciente. No tempo mais breve, indica que só de haver um afastamento de obrigações por motivo de saúde, já pode levar a processo de isolamento, quando se ressaltam as diferenças (GOFFMAN, 1974, p. 289, nota de rodapé n. 27). Em seguida, passado pelo hospital psiquiátrico, há uma formalização, um registo burocrático. Para o autor, seja com registo formal, ou informal, já há consequências para o paciente, com estigma (SCHWARTZ, 1956 apud GOFFMAN, 1974, p. 288), e considerado "como um ser à parte" (GOFFMAN, 1974, p. 288). Finalmente aparecem impactos de mais longo prazo, quando o paciente ficou internado em hospital: "a hospitalização prejudique as oportunidades de vida do paciente" (GOFFMAN, 1974, p. 294). Dois textos do campo militar trataram dos impactos de diagnósticos de problemas de saúde mental. Assim o autor escreveu:

o afastamento com relação às obrigações, mesmo por razões médicas, pode levar a um isolamento cada vez maior da pessoa doente e crescente confirmação do

fato de ser diferente. Os efeitos de separação podem tornar-se mais importantes [do] que as causas iniciais. Trabalhando a partir de uma noção semelhante a essa, os psiquiatras de pesquisa do Exército Norte-Americano no Hospital Walter Reed desenvolveram, recentemente, o princípio de que, quanto mais um soldado possa ver a si mesmo como um grande problema psiquiátrico que precisa de tratamento psiquiátrico especial, menor a probabilidade de que seja rapidamente reassimilado pelo grupo militar em que inicialmente sentiu sua perturbação (GOFFMAN, 1974, p. 289, nota de rodapé n. 27).

Goffman conclui a obra com um drama, que representa um confronto do indivíduo com a sociedade. De um lado, o peso esmagador da instituição psiquiátrica, que controla os pacientes, a ponto de serem subjugados, com liberdade amplamente tolhida. A 'jaula de aço' do manicômio corresponderia a uma "atadura" muito especial" (GOFFMAN, 1974, p. 312) goffmaniana, que significa aceitar a própria alienação, no que o autor considera como sendo servidão moral. Considera-se como espécie de esmagamento. A subjugação seria o paciente aceitar encenar um determinado papel socialmente imposto, que significaria também apoiar os que lhe impõem tal papel, em um rito de auto-humilhação. Aceitar esse jogo hoje significaria a libertação no futuro. Ao reconhecer a autoalienação, pode-se admitir a consciência do indivíduo, o que remete à possibilidade do sujeito - sob o esmagamento da sociedade. Essa perspectiva aponta para uma diferença de Goffman, diante de Foucault.

Assim, o peso se concentra no indivíduo, o que representaria um alívio da sociedade. Nesta tese, observou-se fenômeno correspondente: a percepção do peso do problema de saúde mental se concentrou no médico que padece. Já o agente percebido em grande medida provocador foi um ente coletivo, a ordenação do trabalho. Ou seja, um fator causal coletivo e um impacto individual. Portanto, assim como em Goffman, observa-se significativa assimetria entre indivíduo e sociedade em problemas de saúde mental, seja em "loucos", seja em médicos autodeclarados com transtornos mentais e comportamentais. Assim o autor escreve:

Os doentes mentais podem descobrir-se numa "atadura" muito especial. Para sair do hospital, ou melhorar sua vida dentro dele, precisam demonstrar que aceitam o lugar que lhes foi atribuído, e o lugar que lhes foi atribuído consiste em apoiar o papel profissional dos que parecem impor essa condição. Essa servidão moral autoalienadora, que talvez ajude a explicar por que alguns internados se tornam mentalmente confusos, é obtida em nome da grande tradição da relação de serviço especializado, principalmente em sua versão médica. Os doentes mentais podem ser esmagados pelo peso de um ideal de serviço que torna a vida mais fácil para todos nós (GOFFMAN, 1974, p. 312).

Uma teoria do eu. Goffman exercita uma teoria do pertencimento para falar de um determinado eu, o que chama de "eu estável". Seria tal pertencimento que daria o sentido de ser uma pessoa para um dado indivíduo, mas desde que não seja uma relação total, pois essa

anula o eu; portanto, o eu seria dado por pequenas resistências da pessoa às relações totais.

Assim o autor escreve:

Sem algo a que pertençamos, não termos um eu estável: apesar disso, o compromisso e a ligação totais com qualquer unidade social supõem uma espécie de ausência do eu. Nosso sentimento de ser uma pessoa pode decorrer do fato de estarmos colocados em uma unidade social maior; nosso sentimento de ter um eu pode surgir através das pequenas formas de resistência a essa atração. Nosso *status* se apoia nas construções sólidas do mundo, enquanto nosso sentimento de identidade pessoal reside, frequentemente, em suas fendas (GOFFMAN, 1974, p. 259).

Em Goffman, o hospital psiquiátrico cumpre o papel de controlar o indivíduo, quando outras instituições sociais que o precederam não deram conta (BELKNAP, 1956, p. 144 apud GOFFMAN, 1974, p. 293). Uma determinada ordenação (hospitalar) controla socialmente esse indivíduo, o que chama de "sistema de enfermarias" (GOFFMAN, 1974, p. 293; p. 307 passim; p. 138 passim). Quanto pior o comportamento do paciente, mais ele é submetido à enfermaria com grau superior de desconforto e privação (BELKNAP, 1956, p. 144 apud GOFFMAN, 1974, p. 293). Segundo o autor, isso só seria possível graças à rotinização dessa forma de procedimento. Assim, a repetição leva à rotina dos procedimentos, o que os tornariam aceitos.

Goffman descreve o hospital e um hospital específico, o manicômio, como uma representação da sociedade que decide o que fazer com o paciente. É uma tomada de decisão objetiva (uma necessidade) e material sobre o corpo do paciente, além de normativa, com o poder de imputar. Trata-se de uma ordenação. Na análise de Goffman, o caráter de submissão fica mais evidente no caso do paciente psiquiátrico, reiterando-se o caráter objetivo e autoimpositivo. Apesar de expressar isso, ironicamente o autor aponta a assimetria entre o caráter do manicômio e a expressão desse caráter pelo paciente. Assim que Goffman se posiciona: a responsabilidade pela reiterada confusão do paciente é coletiva - a instituição hospitalar é a responsável. Assim o autor escreveu:

Num hospital médico, as incapacidades físicas de uma pessoa são consideradas como um sinal de que o tratamento, por mais desagradável ou limitador que seja, é necessário para o bem-estar da pessoa e deve ser aceito. Num hospital psiquiátrico, a incapacidade para ser um paciente facilmente controlável - a incapacidade, por exemplo, de trabalhar ou ser delicado com as pessoas da equipe dirigente - tende a ser considerada como prova de que a pessoa ainda não está "preparada" para a liberdade e precisa submeter-se a mais tratamento. O aspecto fundamental, aqui, não é o fato de o hospital ser um lugar odioso para os pacientes, mas que o fato de o paciente exprimir ódio é dar prova de que seu lugar está justificado e que ainda não está preparado para sair. Defende-se uma confusão sistemática entre obediência a outros e ajustamento pessoal (GOFFMAN, 1974, p. 311-312).

1.4 Sociologia da medicina na perspectiva marxista e a crítica à prática médica atual

Esta abordagem da sociologia da medicina se valeu, acima de tudo, de dois autores, Juan César García (1989a; 1989b; 1989c; 1989d) e Gilson Dantas (2015). Ambos se tornaram médicos, com posterior formação em sociologia. A revisão desta corrente analisa a medicina atual para o marxismo e a crítica à prática médica atual, com um último parágrafo que resume artigos de revisão de literatura que trouxeram criticamente a medicina e os médicos como objeto.

Os estudos médicos marxistas usam, para a análise da categoria médica, o modo de interpretação de Marx. No modelo do autor, há uma estrutura (ou infraestrutura) e uma superestrutura. Na primeira estão as relações sociais e a estrutura econômica e, na segunda, as manifestações culturais da sociedade, como a educação e a formação¹⁶, a ciência e o conhecimento, as instituições do Estado, a Igreja, as ideologias, os modelos de administração. Certas abordagens marxistas entenderam que há impacto direto entre a estrutura e a superestrutura, contudo, outras advogam a existência de mediações, de múltiplas determinações, assim como de autonomia relativa dos campos. É dessa maneira que a escola marxista aborda. Como se observa, a abordagem marxista também é mais uma sociologia da medicina do que dos médicos. Mas essa segunda se faz presente, por exemplo, ao tratar do tema da autonomia do médico. Assim o autor escreveu:

A prática médica, a formação de pessoal de saúde e a produção de conhecimentos médicos estão ligados à transformação histórica do processo de produção econômica. Esta relação não implica uma determinação causal simples, pois estas instâncias da atividade médica conservam certa autonomia (GARCÍA, 1989b, p. 66).

Outro elemento da abordagem marxista diz respeito à história, que tem papel central para poder se compreender um fenômeno. À história se soma a materialidade, constitui assim o materialismo histórico. Assim escreve o autor: "é materialista porque sustenta que a produção material é a base sobre a qual se estabelece o modo de viver das pessoas, o que determina toda a vida da sociedade" (GARCÍA, 1989b, p. 77). É assim que a "[corrente materialista] considera a consciência uma propriedade da matéria" (GARCÍA, 1989b, p. 77). O materialismo histórico tem no social o objeto de estudos por excelência. Assim o autor escreveu: "O materialismo histórico tem como objeto de estudo a sociedade e as leis gerais de

16 A sociologia da educação médica investigou criticamente uma instituição pública que forma médicos no DF, a Escola Superior de Ciência da Saúde (ESCS) (PEREIRA; ALMEIDA, 2005).

seu desenvolvimento" (GARCÍA, 1989b, p. 77). Entende-se que devido à influência de outros campos científicos, no processo histórico de consolidação desses, o marxismo acabou por usar expressões que são objeto de controvérsias, como a palavra lei. Supostamente observam-se leis no campo da física. No período em que Marx viveu, em outro estágio do desenvolvimento científico, poderia haver uma maior aceitação desse tipo de expressão. Contudo, esse é um aspecto que acaba por aproximar o marxismo do funcionalismo, que tende a acreditar em leis da natureza sobre a sociedade. Parte do trabalho da sociologia no século XX foi de tentar desnaturalizar a sociedade, mas também sem cair na fórmula determinista de que o social define tudo, com leis sociais. Como a sociedade é o objeto de estudo do marxismo, trata-se então de compreender como o adoecimento se relaciona àquela. Outro conceito emerge então, o de totalidade. O marxismo busca a compreensão da realidade, ao estudar o todo. Por exemplo, ao estudar médicos da Emergência Pediátrica do Hospital, busca estudar todos os médicos que trabalham nessa sessão, ou minimamente todo o discurso dos médicos¹⁷. Assim o autor escreveu: "Influência da estrutura social na produção e distribuição da doença. Neste aspecto, adquire importância o tipo de determinação que articula a doença com o todo social" (GARCÍA, 1989b, p. 52).

O autor também descreve diferenças importantes no interior do campo médico, o que ajuda na interpretação de diferenças entre as especializações. O autor ainda aporta interpretação sobre as relações para e da atenção médica. Para as duas ideias, pode-se sintetizar, com a nomenclatura marxista, nos meios de produção para atenção a paciente com problema de saúde mental. Assim o autor escreveu:

Em certas atividades médicas, como por exemplo na atenção ao doente mental, os meios materiais são mínimos ou inexistentes. As relações da atenção médica são entendidas como os vínculos que se estabelecem entre as pessoas que participam no processo de produção dos serviços de saúde e são resultantes do papel que desempenham na atenção médica (GARCÍA, 1989b, p. 60-61).

Neste ponto, chega-se a um aspecto crucial para a teoria marxista, qual seja, a forma em que é produzido o serviço de saúde. Para esta tese, é um aspecto relevante, pois relacionado ao modo em que se arranja e, mais apropriadamente, ordena-se a força de trabalho para a execução do trabalho. Nesta tese, a isso se chamou de ordenação do trabalho

17 Nesta tese, uma ferramenta de análise de conteúdo dos discursos criou uma tipologia de falas, por meio da coocorrência de todas as palavras do discurso. A princípio, a criação de tipos, padrões, modelagem e modelos escaparia ao método marxista, mas na elaboração de García ele também constrói modelos (GARCÍA, 1989b, p. 62 passim). Foi Weber quem consagrou este modo de se fazer ciência no campo da sociologia. O método empregado nesta pesquisa foi misto. Assim como se usou uma ferramenta de modelagem, analisaram-se também todas as respostas de médicos nos aspectos de razões e consequências dos problemas mentais.

médico e/ou de saúde. Para efeito da compreensão do desenvolvimento histórico para a situação atual, partiu-se de um modo artesanal de serviços de saúde, rumo ao que o autor chamou de modo burocrático (GARCÍA, 1989b, p. 62).

No primeiro momento, os "agentes mantêm um domínio completo de todo o processo de atenção; são proprietários dos meios de diagnóstico, tratamento e cuidado; (...) [e há] relações de cooperação entre os membros de uma mesma categoria" (GARCÍA, 1989b, p. 62). Segue-se um processo de divisão do trabalho, quando se formam corporações na superestrutura, com o objetivo de se manter a forma de produção existente. Tais corporações estão sob o regime "de 'democracia direta', da qual uma das funções é proteger seus membros contra o poder, quer seja político, econômico ou religioso" (GARCÍA, 1989b, p. 62). No processo histórico, setores da população são incluídos em um sistema público de saúde¹⁸, a seguridade social é criada, há concentração de recursos financeiros (GARCÍA, 1989b, p. 63). Há também um desenvolvimento histórico dos meios de produção, do instrumental e da técnica, quando se chega ao momento-chave para o processo de transformação, na teoria marxista: nesses termos, a contradição (com o choque) entre as forças produtivas e as relações de produção. Assim o autor escreveu:

à medida que se desenvolvem os instrumentos e o conhecimento, dando surgimento a um maior número de atividades a serem desempenhadas, torna-se impossível que uma única pessoa realize a atenção médica completa de um indivíduo. Cria-se, assim, uma contradição entre o desenvolvimento da medicina e as relações existentes (GARCÍA, 1989b, p. 62).

A contradição relaciona-se ao conflito, que levaria ao surgimento de uma nova forma de produção. Em havendo, o autor a considera como o modo burocrático de produção de serviços de saúde. O central no novo modelo é a perda dos meios de produção pelos médicos. Isso impacta a forma em que os serviços de saúde são produzidos, com o caráter do hospital se transformando diante do controle inicial que se exercia da "população considerada desviante" (GARCÍA, 1989b, p. 63). Muda a maneira que se lida com os pacientes. Com o avanço da especialização, o serviço médico é prestado de uma maneira fracionada e impessoal (GARCÍA, 1989b, p. 64). Assim o autor escreveu:

No modo burocrático de atenção médica, os agentes perdem o controle do processo global. O indivíduo são ou doente é visto de forma parcelada, e surge a necessidade de uma organização total. Ocorre, dessa forma, a transformação do

18 O modo específico dessa medicina de massas, em operação sequencial e tendencialmente contínua (só interrompida pelo limite físico da infraestrutura), com fila de espera permanente, pode ser vislumbrado como taylorista. Esse modelo está relacionado com a percepção de médicos da Emergência Pediátrica de que o trabalho que executam seria como "enxugar gelo". Esse tende a ser percebido como um aspecto de desmotivação desses médicos.

hospital, que se converte no centro de operações desta nova forma de atenção médica (GARCÍA, 1989b, p. 63).

Surgem também outras formas de produção, com clínicas, novas empresas, diante da transformação dos instrumentos para diagnóstico e tratamento médico. Ocorre mais uma incursão na sociologia dos médicos pela abordagem marxista: dado o conhecimento que o médico detém, mesmo que ele não detenha mais os meios de produção, ainda mantém o "direito de dispor e usar destes meios" (GARCÍA, 1989b, p. 63). Contudo, isso não é permanente, pois os proprietários dos meios constituem outros trabalhadores com o objetivo de controlarem esses meios (GARCÍA, 1989b, p. 63). Assim o autor escreveu:

Surge aqui uma série de conflitos entre os administradores, que tentam determinar os fins aos quais e serão designados os bens, e os profissionais, que têm a capacidade de colocá-los em ação e que tentam usá-los e dispor deles (GARCÍA, 1989b, p. 63).

Diferentes modelos de medicina podem estar relacionados a contradições do médico¹⁹. O autor relata pesquisa empírica realizada em "uma região do Brasil", em que se contrastava a ideologia, de um lado, e a prática laboral, de outro lado. Assim o autor escreveu: "no nível ideológico, domina uma concepção liberal da medicina, ao passo que, no nível do trabalho, predomina uma forma burocrática de exercício profissional" (DONNANGELO, 1972 apud GARCÍA, 1989b, p. 64). Esse resultado dialoga com a clivagem verificada no discurso dos médicos da Emergência Pediátrica do Hospital, entre o dever-ser (o ideal médico) e o real do trabalho. O ideal médico advém do modelo de profissional liberal, autônomo, e que controla os meios de produção do serviço médico e o real do trabalho, com o modelo burocrático de produção do trabalho médico, diante da ordenação realmente existente do trabalho, para a consecução do trabalho.

Finalmente sobre essa questão, a abordagem marxista fala de determinada ordem para a consecução da produção médica, localizada na superestrutura, pois se trata de regras e normas, assim como de "aparelhos institucionais" que ordenem o trabalho. Assim o autor escreveu:

A superestrutura refere-se à ordem institucional do processo de produção de serviços médicos. Todo processo no qual há uma divisão mínima do trabalho requer certas normas e "aparelhos" institucionais, a fim de organizar e administrar a atividade global. O aparelho institucional e as normas surgidas de uma necessidade técnica podem ser utilizados para cumprir uma função de

19 Drauzio Varella descreve aspecto de contradição na prática de médico. Assim escreveu o autor: "é povoada de contradições a prática da medicina: na voz do médico havia um misto de lamento pela gravidade do diagnóstico e uma ponta de orgulho por ter chegado a ele. Razão não lhe faltava, poucos se atreveriam a pensar numa doença fora da moda como aquela" (VARELLA, 2007, p. 54).

dominação, quando existe, além de tudo, uma divisão da sociedade em grupos opostos. As concepções sobre a prática médica também pertencem a este nível, sendo hegemônicas aquelas sustentadas pelos grupos dominantes (GARCÍA, 1989b, p. 61).

A ordenação do trabalho médico foi central para os problemas de saúde mental relatados por médicos para esta tese. Apesar da definição de García conter certa redundância e confusão, que mistura as normas com "aparelhos de normas" - quando esta tese entende instituição como regras e normas. Contudo, se "aparelhos institucionais" for compreendido como entidades, instituições, órgãos, organizações, concorda-se com a definição. O autor relaciona a ordem institucional à dominação. Essa característica reforça a ideia de ordenação, em relação à de organização, que adviria de um pressuposto de paz, funcionalidade, integridade e harmonia naturais, que minimamente pode se entender como naturalizada. As entrevistas indicaram que essa noção não cabe para os médicos entrevistados, em relação aos problemas de transtornos mentais percebidos na categoria médica.

A crítica à prática médica atual

Críticas são feitas ao modelo atual de medicina e a um modelo alternativo, a chamada medicina holística. Começando pelo primeiro, o modelo atualmente em vigor de medicina considera a doença como tendo causa individual e nega os fatores coletivos, como relações de trabalho, condições de trabalho e ambientais, assim como o modo de produção (DANTAS, 2015, p. 43). Assim o autor escreve:

Resumidamente: a doença seria um problema de natureza individual a ser sempre medicalizado. Dizendo de outra forma: sua doença não é um problema social, não decorre de condições de insalubridade ambiental, do ambiente de trabalho, do bairro ou de uma alimentação de má-qualidade (promovida incansavelmente pela indústria de alimentos) e muito menos de insatisfação com a exploração e alienação do trabalho em uma sociedade de classes (DANTAS, 2015, p. 43).

Como observado nesta tese, o impacto dos problemas de saúde foi percebido principalmente sobre o indivíduo, e ele é então farmacologizado. A consequência do problema é tratada, mas não a causa. Se assim fosse, haveria ação sobre estruturas coletivas (mormente a ordenação do trabalho), pois essas foram o principal fator percebido. Dantas (2015) também observa que se trata de um problema social e que tem relação com determinado modelo de sociedade, a sociedade de classes.

Como um conjunto de conhecimentos, orientações e normas, na repetição de procedimentos práticos, a medicina é considerada como parte da superestrutura, na abordagem marxista. Assim, a medicina atual é determinada pelas relações sociais em vigor. O autor considera ainda a existência de um campo dominante na medicina. Assim o autor escreveu:

Quanto à questão de ir à raiz da doença para efetivamente combater as doenças, como entes coletivos, sociais (...) e também engendradas pelas condições de trabalho, isso em absoluto, já não pertence ao campo da medicina dominante (DANTAS, 2015, p. 49).

O presente modelo engendra um fenômeno descrito na literatura como de medicalização (ZOLA, 1978 apud GARCÍA, 1989a, p. 88-89). "No campo da saúde, em fins dos anos 60 e começo dos 70" (GARCÍA, 1989a, p. 89), a medicalização foi relacionada à ideologia do saber médico, à reprodução das instituições médicas (ILLICH, 1976 apud GARCÍA, 1989a, p. 88) e à prática médica (GARCÍA, 1989a, p. 89), que foi descrita. Assim escreveu o autor: "a prática médica é iatrogênica, ou seja, é perigosa para a saúde (ILLICH, 1976). (...) a prática médica amplia seu campo de atividade ao definir um maior número de condições humanas como doença, processo que designam como medicalização" (ZOLA, 1972 apud GARCÍA, 1989a, p. 89). A corrente marxista defendeu a desmedicalização da sociedade (ILLICH, 1976 apud GARCÍA, 1989a, p. 88). Já Foucault, por sua vez, estudou a despsiquiatrização. Essas posições podem ser entendidas como uma crítica ao modelo de medicina, ou um limite desse modelo. Isso leva, em seguida, a se refletir sobre a relação entre medicina e sociedade. Assim escreve o autor:

No setor saúde, neste período, assinalam-se os efeitos negativos da medicalização (ZOLA, 1978), ressalta-se o caráter ideológico e reprodutor das instituições médicas e se propõe a desmedicalização da sociedade (ILLICH, 1976) (GARCÍA, 1989a, p. 88).

O que se poderia falar de uma medicina alternativa, em um "campo não-dominante", para se usar uma expressão correspondente a do autor? García chamou a atenção para que formas terapêuticas medicinais menos custosas foram estimuladas diante de crise econômica do capitalismo (1989a, p. 88). O autor estudou também um outro modelo de medicina, mas igualmente do interior das relações atuais de produção (capitalista), a chamada medicina holística. Assim o autor escreveu:

nos últimos anos se têm promovido várias formas de práticas de cuidado da saúde, com o nome de medicina "holística" (...). As diferentes práticas que se incluem na medicina "holística", segundo Kipelman e Moskop (1981), unificam-se segundo as seguintes premissas: (...) o indivíduo deve assumir a

responsabilidade fundamental de sua própria saúde ou doença (...); os sistemas de cuidado da saúde devem ser transformados com o fim de serem orientados para o tratamento das causas comportamentais, sociais e ambientais da doença (GARCÍA, 1989a, p. 93-94).

Ao mesmo tempo em que a medicina holística se orienta para os comportamentos, ela se abriria a outras questões sociais, as quais se constituiriam também como fator para o adoecimento. Contudo, quando imputa ao indivíduo a responsabilidade pela saúde ou doença, demonstra que é de fato filiada à abordagem funcionalista de medicina, pois a doença seria um desvio moral e comportamental do paciente, seguindo-se os princípios da escola funcionalista. Ao proceder em responsabilizar o indivíduo, deixa-se de lado a responsabilidade coletiva, o principal fator observado nesta pesquisa de tese. Do ponto de vista individual, a principal crítica ao atual modelo de medicina - seja na medicina tradicional, seja nesse modelo alternativo - é que o indivíduo já sofre com a doença, dadas as consequências dos transtornos mentais e comportamentais, e ainda é responsabilizado por ter adoecido²⁰.

Revisão de literatura sobre reprodução humana conduzida por Rene Almeling inclui a categoria médica, em participação em dois processos relacionados, que foram o do parto e o do aborto. Comparação entre ocupações profissionais, o papel de instituições da saúde e o impacto do ambiente social e político foram temas que envolveram os médicos nesses estudos. As pesquisas mostraram diferenças de abordagens entre médicos e parteiras (CRAVEN 2007, SIMONDS; KATZ; MELTZER, 2006 apud ALMELING, 2015, p. 7.4) e como isso "afetou as experiências de parto das mulheres" (MILLER; SHRIVER, 2012 apud ALMELING, 2015, p. 7.4, tradução nossa). Já Bridge mostrou como "processos sociais em torno de raça e classe" modelaram os cuidados recebidos na gravidez e parto pelo *staff*²¹ de um "grande hospital público da cidade de Nova York" em "processos institucionalizados de trabalho e de tratamento/cuidado [*delivery*]" (ARMSTRONG 2000 apud ALMELING, 2015, p. 7.4, tradução nossa). Segundo Almeling, enquanto os estudos de contracepção centraram a pesquisa no indivíduo, no tema do aborto voltaram-se para "serviços de saúde e políticas de Estado" (ALMELING, 2015, p. 7.5, tradução nossa). Assim a autora relata pesquisa feita com médicos: "estudos com entrevistas de médicos revelam como o tenso clima político e a marginalização dos cuidados para o aborto, no interior da medicina, modelaram as decisões

20 Guerreiro Ramos (1949) pode ser compreendido em uma perspectiva crítica da sociologia da saúde, como precursor de uma leitura latino-americana e decolonial de um campo mais amplo que a sociologia da medicina.

21 *Staff* é uma categoria nativa dos médicos e que serve para a diferenciação diante de médicos residentes, esses que fazem uma formação para determinadas especializações.

deles sobre se fariam abortos" (FREEDMAN, 2010; JOFFE, 1995 apud ALMELING, 2015, p. 7.5, tradução nossa). Se no caso anterior observa-se a importância de determinados processos, procedimentos, regras e normas para a ordenação do trabalho, neste último, a influência da realidade sociopolítica nas decisões da categoria médica. Enquanto nos casos anteriores há a sociologia da medicina, só nesse último se vê a sociologia dos médicos, que será especificamente revisada na próxima seção.

1.5 A sociologia dos médicos

A revisão da sociologia dos médicos permitiu identificar diferentes abordagens no interior dela. Encontraram-se textos nas perspectivas marxista, weberiana e bourdiana²². Um maior número de pesquisas foi verificado na perspectiva de Bourdieu, e pode ser considerada pertencente a essa abordagem o trabalho que tem o maior diálogo com esta tese, de Maria Helena Machado (1997). Essa cientista social auferiu as percepções dos médicos e deu voz a eles²³, que tiveram as falas transcritas sobre o trabalho que fazem e as condições que têm para isso. Outra contribuição significativa para a interpretação do problema de tese se deu com os estudos de Juan César García (1989d, p. 100 passim), a partir do trabalho concreto e do trabalho abstrato, base da teoria do valor de Marx.

Com o objetivo de dar sentido ao desencadear da exposição da sociologia dos médicos, *vis-à-vis* o objeto de pesquisa, adotou-se a seguinte sequência: García (1989d) expõe a relação entre trabalho e saúde, quando propõe um modo de interpretação para o trabalho do médico, em uma leitura marxista; Pereira (2005) descreve a ordem médica, a partir do paradigma weberiano; Machado (1997) possibilita observar a emergência de uma ordenação para e do trabalho médico, no campo médico; Santos aponta a existência de hierarquias entre os médicos, ao estudá-los em um hospital universitário; Correia (2017) estuda a relação entre a institucionalidade do trabalho médico e o comportamento dos médicos; Afonso, Spencer & Grace (2016) defendem maior autonomia ao campo sociológico, diante do campo médico; e um parágrafo final traz brevemente as pesquisas de Wallace, Lemaire & Ghali (2009) sobre

22 Pode-se interpretar, contudo, que as leituras durkheimiana, da sociometria e em uma perspectiva teorizante também estiveram presentes, em alguma medida.

23 Em periódico científico do campo da saúde, abordou-se recentemente a partir dessa perspectiva da subjetividade do médico, quando se recorreu às narrativas dos médicos (WISTRAND, 2016). A literatura também apontou a necessidade de se fazerem estudos qualitativos sobre o problema de saúde mental em médicos (BIANCHI; BHATTACHARYYA; MEAKIN, 2016, p. 012598).

indicadores de bem-estar de médicos, de Grace & Vanheuvelen (2015) com experimentos em torno da conquista da saúde mental por médicos e Ohida et al. (2018) sobre o consumo de álcool pelos médicos.

Juan César García (1989d) fez uma leitura histórica da profissão médica, das condições históricas e sociais para a existência do profissional médico da atualidade, diante do que foi a prática médica historicamente. Contribuiu para a sociologia dos médicos, assim como para a sociologia da medicina, como visto na revisão da literatura marxista. Para estudar a relação entre trabalho e saúde do trabalhador e da trabalhadora, García (1989d, p. 100 passim) partiu das precondições para os problemas de saúde, relacionadas à estrutura econômica da sociedade. Na abordagem marxista em tela, a competição entre os capitalistas pode provocar piores condições de trabalho, com o objetivo de reduzir custos, o que leva a mais riscos aos trabalhadores. Assim o autor escreveu:

a economia dessas condições, ou seja, a economia de edifícios, aeração, luz etc. e a concentração de máquinas perigosas, sem instalação de medidas de proteção, resulta em aumento da morbimortalidade na população operária. Esta relação entre condições de trabalho e doença apresentam-se, na superfície da sociedade, como consequência da competição entre capitais (GARCÍA, 1989d, p. 101).

Para esta perspectiva, o trabalho tem um caráter dual para o trabalhador: pode produzir saúde, como doença. Essa dualidade residiria no "aspecto duplo do trabalho" (GARCÍA, 1989d, p. 102-103). Tal característica repousa na dualidade daquilo que Marx chamou de trabalho abstrato e trabalho concreto, onde repousa a ambivalência entre valor de uso e valor (valor de troca) (MARX, 2013, p. 113 passim). Impactos negativos sobre o trabalho foram descritos. Assim o autor escreveu:

O trabalho pode ser prejudicial quantitativa e qualitativamente. O trabalho excessivo, que não se compensa em forma devida com descanso e lazer, cansa o organismo e a mente e abate a resistência natural do homem. Por outra parte, há muitas ocupações prejudiciais, uma vez que o trabalho tem de ser executado em meios desfavoráveis (GARCÍA, 1989d, p. 102-103).

Tendo em vista que o modelo marxista compreende o trabalho em um caráter dual, a relação entre trabalho e saúde é abordada em cada uma dessas noções, ou seja, o trabalho concreto e o trabalho abstrato. O trabalho concreto é aquele em que há o consumo direto do resultado do trabalho, e pode-se interpretar que sob esse modelo o processo de saúde e doença do trabalhador se relaciona, a princípio de tudo, com a natureza. Assim o autor escreve:

Antes de tudo, o trabalho - segundo Marx - é um processo entre o homem e a Natureza, um processo em que *o homem, por sua própria ação, mede, regula e controla seu metabolismo com a Natureza*. Ele mesmo se defronta com a matéria

natural como uma força natural. Ele põe em movimento as forças naturais pertencentes à sua corporalidade, braços e pernas, cabeça e mão, a fim de apropriar-se da matéria natural numa forma útil para a sua própria vida (MARX, 1975, p. 215 apud GARCÍA, 1989d, p. 103, grifo nosso).

Quando o ser humano, como trabalhador, age sobre a natureza, além de transformá-la, muda também a si próprio. Aumenta o domínio sobre a natureza, externa, mas também a natureza em si próprio (MARX, 1975, p. 215 apud GARCÍA, 1989d, p. 103). A abordagem marxista considera que esse trabalho é "um produtor de saúde" (GARCÍA, 1989d, p. 103), pois "desenvolve as capacidades físicas e mentais do ser humano" (GARCÍA, 1989d, p. 103). García apresenta duas referências de trabalho que podem proporcionar saúde ao ser humano. Assim autor escreve: "O trabalho artesanal e o do artista apresentam-se como paradigmas ideais do tipo de trabalho que possibilita um desenvolvimento saudável do homem" (GARCÍA, 1989d, p. 117).

Brevemente examinado o trabalho concreto, vai-se à relação entre o trabalho abstrato e "o processo saúde-doença" (GARCÍA, 1989d, p. 108). Um aspecto central é a jornada, que pode ser aumentada ou diminuída de modo coercitivo. García analisa os dois casos, ambos fenômenos do trabalho abstrato, já que o trabalhador perde o controle sobre o uso da força de trabalho dele próprio, tendo vendido esse uso a um detentor de meios de produção. No caso da diminuição forçada da jornada, o autor recorre a Marx e identifica a intensificação do uso da força de trabalho. Assim o autor escreve: "a redução coercitiva da jornada de trabalho impõe um maior consumo de trabalho no mesmo tempo, uma tensão aumentada da força de trabalho" (MARX, 1975, p. 499 apud GARCÍA, 1989d, p. 113). A seguir se fará a leitura da abordagem weberiana.

José Carlos Pereira tem doutorado em sociologia e é livre-docente em Medicina Social. Foi assistente de pesquisa de Florestan Fernandes (COHN, 2005, p. 13) e utiliza no livro uma abordagem comum ao mestre dele, inclusive se inspira naquele para o título, quando lhe rende homenagem. O autor escreve que recorreu à pesquisa bibliográfica para ter elementos para falar da prática médica a partir da abordagem weberiana, mas que não a localizou na literatura brasileira. Assim o autor escreveu: "O que é facilmente explicável. De fato, o marxismo e o funcionalismo são predominantes entre nós, tanto na sociologia, como na medicina social" (PEREIRA, 2005, p. 173). Na revisão da sociologia da medicina, viu-se uma predominância do funcionalismo. A partir disso, o autor passa a descrever a perspectiva weberiana. Uma expressão utilizada pelo autor é de uma "ordem médica". No interior dessa ordem, como o médico decide? O que pautaria a decisão do médico? Assim escreve o autor:

o objetivo é, de fato, diminuir o sofrimento e manter a vida, independente de que pessoa se trate, mas diante, por exemplo, da escassez de recursos, faz-se necessário decidir a quais homens serão destinados esses recursos tidos como escassos (de acordo com um determinado ponto de vista), de modo a mantê-los vivos e sadios. Essa decisão, como qualquer outra assemelhada, é fundamentalmente política, mas também calcada em valores de esfera socioeconômicas, culturais e outras (PEREIRA, 2005, p. 176).

A ordem médica é citada como responsável pelo inevitável sofrimento do médico com os problemas práticos, pois ela anuncia "promover a saúde de todos" (PEREIRA, 2005, p. 190), mas está submetida ao poder político, que busca "benefícios econômicos para si ou para seu grupo" (PEREIRA, 2005, p. 191). Isso divergiria dos objetivos da medicina (PEREIRA, 2005, p. 191).

Na "medicina institucionalizada estatal" (PEREIRA, 2005, p. 189) deste modelo weberiano, "a tensão maior ocorre entre a esfera médica e a política" (PEREIRA, 2005, p. 189). Na pesquisa de tese, identificou-se tensão superior entre os médicos e a ordenação do trabalho (implicada em problemas de saúde mental dos médicos), que envolve instituições, organizações, públicas e privada. Para Pereira, o choque entre a realidade vivenciada pelo médico e o ideal médico pode advir também da captura da organização por servidores com poder. Assim escreve o autor:

a própria organização de serviços médicos estatais pode vir a se basear em interesses de funcionários públicos ligados ao setor, interesses nem sempre coerentes com os objetivos ideais da medicina (PEREIRA, 2005, p. 191).

A organização burocrática do trabalho médico submete os médicos às normas legais regulamentadoras. Assim o autor escreve: "como funcionários, eles estarão igualmente subordinados ao cumprimento de muitas regras e regulamentos que poderão condicionar, e até mesmo determinar a maneira como se processará a atenção médica" (PEREIRA, 2005, p. 192). Por sua vez, García (1989b, p. 63) apontou a possibilidade de médicos utilizarem equipamentos estatais para fins pessoais, quando a burocracia da ordenação do trabalho tenta coibir esse tipo de prática, o que provoca revolta de médicos. Tensões acontecem não apenas devido a objetivos pessoais, mas também ao choque institucional da ordem médica com a ordenação do trabalho; portanto, essas estruturas transcendem a pura subjetividade do médico. Assim escreveu o autor:

O médico vinculado ao Estado como funcionário tende a dedicar-se, ao mesmo tempo, aos direitos e deveres de sua profissão e ao cumprimento de normas impessoais decretadas por autoridades igualmente impessoais. Isso, evidentemente, pode limitar a liberdade, por vezes altamente necessária, de o médico solucionar convenientemente, do ponto de vista da medicina, os

problemas de doença que incumbe a ele atender. Cria-se uma tensão entre a ordem médica e a burocrática (PEREIRA, 2005, p. 192).

Na abordagem weberiana em análise, os médicos tendem a seguir as normas burocráticas, preterindo a ordem médica (PEREIRA, 2005, p. 192), assim como os não médicos (PEREIRA, 2005, p. 192). Para esse modelo, "o domínio burocrático da prestação de serviços leva a uma inegável democratização, no sentido de que a assistência médica se torna mais igualitária" (PEREIRA, 2005, p. 192), quando complementa: "a organização burocrática é contrária a todos e quaisquer privilégios" (PEREIRA, 2005, p. 193). Weber relaciona burocracia à democratização (WEBER, s/d, p. 332 apud PEREIRA, 2005, p. 193), o que também foi feito por Elias (1993, p. 104-105).

Para o autor, a ordem médica é incompatível com a atual sociedade e serve como um parâmetro de referência para os médicos. Pereira compreende como sendo uma utopia a ordem médica configurar-se inteiramente como guia para as ações médicas, tendo em vista a dominação que ocorre no tipo de sociedade atual (PEREIRA, 2005, p. 199). Assim escreve o autor:

as ações médicas só poderão se pautar completamente pelo conteúdo de sentido da ordem médica quanto menos as relações médico-pacientes forem mediadas pelo dinheiro. Esse ponto seria o fundamental. O médico teria de ser remunerado independentemente dos atos médicos que realizasse. Tornando inexistente o elo econômico entre ambos os participantes da relação (como também outras conexões de sentido apontadas como deturpadoras), ele poderia se tornar exclusivamente médica. Dificilmente, no entanto, tal mudança ocorrerá numa sociedade capitalista, como nos parece evidente (PEREIRA, 2005, p. 199-200).

Nesta abordagem weberiana, retroage-se à análise da prática médica na Idade Média como uma forma de se ver a forma da relação em um modo o mais puro possível. O preço do tratamento era dado pelo médico no momento em que o paciente estava com dor²⁴ (BERNARD DE MANDEVILLE apud NOGUEIRA, 1977, p. 26-27). Apesar de haver diferentes interesses envolvidos nas relações sociais da ordem médica, elas se baseiam em solidariedade e complementariedade, mesmo com situações em que há "um rechaço implícito dos valores da ordem médica" (PEREIRA, 2005, p. 178).

O serviço médico e de saúde objetiva manter as condições de produção da força de trabalho, na esfera socioeconômica, mas não apenas. Politicamente, como um instrumento de dominação, busca a manutenção das "relações de poder existentes, de modo que surja aos

²⁴ Varella relata a experiência pessoal com a dor e a percepção de valor da saúde, que pode ser interpretado com o possível binômio valor-valor de uso. Assim escreve o autor: "Que alívio virar na cama sem despertar a ira do alicate-carrasco. Só consegue dar valor ao corpo sadio quem passou pela angústia da dor continuada, dizia um de meus professores" (VARELLA, 2007, p. 122).

olhos dos dominados como uma concessão do poder" (PEREIRA, 2005, p. 193). Os médicos, em maior parte "provém das classes mais altas" (PEREIRA, 2005, p. 193), com o papel de reprodução que desempenham nas relações de dominação, têm um conhecimento superior em uma área específica da sociedade - em "assuntos vitais como a saúde, a doença e a morte" (PEREIRA, 2005, p. 194). Para o autor, "os médicos tendem a reivindicar uma certa superioridade social sobre os demais, em especial quando doentes e de classes sociais subordinadas" (PEREIRA, 2005, p. 193). Dois desdobramentos dessa caracterização são os de que "tenderiam a atuar medicamente" e "o frequente autoritarismo dos médicos" (PEREIRA, 2005, p. 194). A hospitalização, que subjaz ao modelo hospitalar, está implicada com o autoritarismo. Então é demandado determinado comportamento ao paciente. Assim escreveu o autor:

O autoritarismo médico é bastante perceptível no caso da hospitalização, situação em que é considerado bom paciente (do ponto de vista dos serviços hospitalares), o que não reclama do processo de despersonalização a que geralmente é submetido (PEREIRA, 2005, p. 195).

Um tipo específico de estrutura reforçaria o autoritarismo médico, a instituição total. Assim escreveu o autor: "é ainda mais evidente em instituições totais, como no caso de certos estabelecimentos sanatoriais para tratamento de doenças mentais, onde os asilados ficam praticamente à mercê da vontade de médicos e paramédicos" (PEREIRA, 2005, p. 195). Goffman (1974) descreveu o poder médico institucionalizado, a partir de etnografia em manicômio; já Foucault (1992) o demonstra em pesquisa documental sobre médicos em geral, em hospitais e instituições psiquiátricas. Na observação da ação de médicos no PS não houve número de intercorrências suficientes para afirmações mais taxativas sobre a questão do autoritarismo médico, mas houve um caso em que se observou junto a paciente e família dele, e uma ou duas vezes com o pesquisador. Entretanto, foram várias dezenas de contatos com o sentido oposto, simétricas, de respeito e cooperação. Os vínculos empregatícios e estudantis, que foram expressos, precisam ser considerados também para uma objetivação da realidade. Ademais, a pesquisa também pode ser lida como uma forma de reconhecimento dos problemas de saúde mental por que passam os médicos. São assim inúmeras variáveis envolvidas, que não permitem afirmação mais firme. Outros pesquisadores poderão se debruçar sobre o tema.

As percepções dos médicos autodeclarados com transtornos indicam maior diversidade na qualidade das relações com pacientes. Isso coloca a questão da relação indivíduo e sociedade, com paradoxos tanto de uma "medicina individual" e de outra

"medicina coletivista", a partir da perspectiva weberiana. Assim escreve o autor: "Os médicos pretendem adaptar suas atitudes não às características sociais de seus doentes, mas ao 'caráter' particular de cada um deles ou, se preferirmos, à sua 'natureza'" (BOLTANSKI, 1979, p. 49-50 apud PEREIRA, 2005, p. 196). Então um paradoxo se instaura, dado que *a priori* - e aparentemente - se privilegia o indivíduo, com a individualidade do "caráter particular de cada um" (BOLTANSKI, 1979, p. 49-50 apud PEREIRA, 2005, p. 196). Assim escreve o autor:

Tudo se passa, no entanto, como se a percepção que tem o médico do doente, longe de ser imediata e espontânea, fosse uma percepção seletiva e organizada, que se operasse através de um número limitado de categorias que o jovem médico adquiriu durante sua formação e seus primeiros anos de exercício da profissão, e que lhe permite catalogar os doentes dentro de um número restrito psicológico (BOLTANSKI, 1979, p. 49-50 apud PEREIRA, 2005, p. 196).

Se a diversidade das percepções dos médicos autodeclarados com transtornos, verificada na presente pesquisa, for comprovada em pesquisas experimentais com eles e com os pacientes, uma hipótese poderá ser testada. Qual seja? Seriam justamente os médicos com problemas na saúde mental que tenderiam a lidar melhor com a contradição entre os dois modelos de medicina, individual e coletivista.

Foucault igualmente descreve o paradoxo médico entre o indivíduo e a sociedade. Ao contrário do que se fala, que a medicina é individualista, para ele, a medicina moderna na origem dela é coletivista, e manteria em alguma medida essa característica atualmente (FOUCAULT, 1998, p. 79; p. 84-85). A análise de Boltanski vai ao encontro a de Foucault. No sociólogo francês, a prática médica tem uma forma individual (inspirada pelo modelo clínico, da "experiência médica"), contudo, está baseada na experiência do médico com um conjunto de pacientes. Esse conjunto é um coletivo. Então, se a aparência é a de uma medicina individualista, a fundamentação é coletivista. Foi relatada em entrevista no Hospital, a capacidade empática de médico, com forma específica de comunicação e atitude de "estar aberto" (LÍRIO). Nesse caso, a relação médico-paciente ganha características específicas, supostamente aumentando a capacidade de obtenção de informações úteis para a elaboração do diagnóstico e da prescrição. Contudo, a empatia da autoridade médica pode combinar a questão de classe à do poder, de acordo com a visão do médico e sociólogo José Carlos Pereira. Assim escreve o autor:

mesmo por meio das relações médico-paciente correntes, os médicos, ainda que de maneira inconsciente, estão frequentemente buscando à sua autoridade e aos de sua classe (ou à classe elevada com a qual eles tendem a se identificar) (PEREIRA, 2005, p. 196).

Maria Helena Machado é uma representante da sociologia dos médicos. A autora coordenou em 1996 pesquisa nacional com um *survey* e a fala de médicos pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), em conjunto com o CFM, com médicos de todas as unidades federativas do Brasil (MACHADO, 1996a). Essa pesquisa levou à produção de um livro analítico sobre os médicos brasileiros (MACHADO, 1997) e um volume com os dados do Distrito Federal (MACHADO, 1996b). Na obra, a autora cita uma nova ordem administrativa relacionada ao trabalho médico. Com essa estruturação, há perda de controle do trabalho médico, com deterioração da autonomia do profissional de medicina. Assim escreve a autora:

Resultado imediato desta nova ordem administrativa é que a autonomia passa a ser vista mais como uma questão simbólica do que real, já que o médico perde o controle sobre a produção, distribuição e preço final do serviço (MACHADO, 1996a, p. 193 apud MACHADO, 1997, p. 31).

A cientista social defende que, dado o protagonismo da administração, é necessária uma nova perspectiva para os estudos de profissões. Assim escreve a autora: "a necessidade de focar mais os aspectos organizacionais, ou seja, focar o profissional numa dada estrutura organizacional" (MACHADO, 1997, p. 30). Para a sociologia dos médicos que elabora, Machado recorre à discussão da sociologia da medicina. Com essa constatação, pergunta-se: que forma de medicina é essa? Como a prática dos médicos se relacionaria a tal nova ordem administrativa? Nos dizeres da autora:

a medicina de nossos tempos tem suas práticas desenvolvidas predominantemente em estruturas organizacionais, sejam elas de caráter privado ou público, particular ou coletivo. O envolvimento organizacional é um fato. A medicina se institucionalizou, perdendo, assim, prerrogativas monopolistas até então de grande relevância no cotidiano da prática médica (MACHADO, 1997, p. 30-31).

Esse fenômeno se relaciona a um processo de "institucionalização do trabalho médico" (MACHADO, 1997, p. 30), que se configura "como um grande desafio político para a profissão, principalmente no que se refere às radicais mudanças no mundo do trabalho" (MACHADO, 1997, p. 30). Para a analista, a nova organização para o trabalho médico incorre em uma cunha de características relativamente divergentes ao modelo anterior de trabalho em que os médicos estiveram inseridos. A cientista social cita ainda uma referência para sustentar um giro para os estudos do trabalho, ao reiterar a necessidade de uma outra abordagem sociológica para o problema das categorias profissões²⁵. Assim escreve a autora:

25 Buscaram-se estudos comparativos entre as categorias profissionais de médicos, engenheiros e advogados. Todavia, eles não proporcionaram mais elementos para a reflexão desta tese. Em um deles se perguntaram os fatores para a decisão da carreira entre médicos, engenheiros, advogados e contabilistas (PAOLILLO; ESTES, 1982, p. 785) e, no seguinte, comparou-se a busca por informações entre engenheiros, advogados e profissionais de saúde (LECKIE; PETTIGREW; SYVAIN, 1996, p. 161).

Fenômenos como a burocratização, a segmentação, a rotinização e a padronização dos atos médicos são recorrentes hoje na prática médica em todo o mundo. Cada vez mais o trabalho médico se desenvolve em organizações. Abbott (1988) analisa este fenômeno e mostra como é de fundamental importância nos estudos sociológicos conferir relevância às análises dos ambientes do mundo do trabalho (MACHADO, 1997, p. 30).

A nova ordem administrativa entra em choque com um modelo anterior, que seria o da autorregulação do trabalho médico. Esse modo historicamente perpassado se fundamentou em certas características que, a partir da abordagem da autora (MACHADO, 1997, p. 23), podem ser interpretadas da seguinte maneira: produção de valor de troca (MARX, 2013, p. 113 passim) com "bens sociais" (MACHADO, 1997, p. 23), que se convertam em "crédito social" (MACHADO, 1997, p. 23), pelo valor público de uso ao "promover o desenvolvimento social da coletividade" (MACHADO, 1997, p. 23); conhecimento e prática médicos fundados na racionalidade científica; "autoridade técnica do médico" (MACHADO, 1997, p. 23) baseada na expertise técnica, com "forte apelo ético, alicerçado em um código de atitudes profissionais que rege o ato médico" (MACHADO, 1997, p. 23).

Sobre o conhecimento médico, a autora faz algumas ponderações. Houve uma unificação do saber médico, que teria padronizado tanto "a produção de serviços (assistência médica)" (MACHADO, 1997, p. 23), assim como os próprios médicos (MACHADO, 1997, p. 23). O conhecimento médico é "produzido socialmente", mas a apropriação dele ocorre de modo privado. Esse modelo anterior, que já teria sido historicamente superado de alguma maneira, teria tido algumas barreiras para sustentá-lo. Assim a autora escreveu: "o domínio e o monopólio desse conhecimento constituem o fundamento da autonomia das profissões e do prestígio profissional" (LARSON, 1977 apud MACHADO, 1997, p. 24-25).

Machado apresenta autora central para o argumento. Edith Seligmann-Silva (1987, p. 244-245 apud MACHADO 1997, p. 164) escreve sobre a tensão vinculada à organização do trabalho. Assim escreve a autora: "chama a atenção para o fato de que as fontes de tensão agem, em geral, de forma integrada, resultantes das condições e da organização do trabalho" (SELIGMANN-SILVA, 1987, p. 244-245 apud MACHADO, 1997, p. 164). Esses são os dois fatores causais percebidos como mais importantes pelos médicos entrevistados nesta tese. O que se pode acrescentar diante desse resultado? Verificou-se uma inversão hierárquica: primeiro, a organização do trabalho (com o uso da nomenclatura dessa autora) e, segundo, as condições de trabalho. Importante assinalar as diferenças: Seligmann-Silva (1987, p. 244-245

apud MACHADO, 1997, p. 164) estudou "tensões" no trabalho, enquanto esta pesquisa abordou os problemas de saúde mental percebidos²⁶.

Machado continua a investigação dela sobre médicos. A autora cita pesquisa sobre o impacto das organizações do trabalho sobre as emoções e as percepções de "trabalhadores da saúde de um hospital geral" (MACHADO, 1997, p. 164). Assim a autora escreveu:

determinada estrutura da organização do trabalho em dada situação concreta pode levar certo segmento de trabalhadores a experimentar sentimentos negativos, como de impotência, falta de sentido, isolamento social e autoestranhamento (PALÁCIOS, 1993 apud MACHADO, 1997, p. 165).

A autora também aborda o caráter de emergência em hospital. Estuda um "hospital de emergência", que pode eventualmente ser considerado como congênere do objeto estudado nesta tese. Aquele hospital tem características particulares. Assim escreve a autora:

possibilidade diária e ininterrupta de ter como objeto de trabalho uma pessoa gravemente doente que precisa de cuidados imediatos, que corre risco de vida. A finalidade do processo é salvar a vida do paciente, aliviar seu sofrimento intenso, oferecendo os primeiros cuidados (REGO; PALÁCIOS, 1996, p. 97 apud MACHADO, 1997).

A autora cita a falta de instrumentos adequados, que "podem não estar disponíveis, por um lado, pela falta de recursos para a compra do material de consumo imediato - por exemplo, remédios, peças de reposição dos aparelhos". Mesmo uma unidade bem aparelhada não estaria isenta de problemas, tendo em vista "a sobrecarga de demanda decorrente de suas até então melhores condições" (REGO; PALÁCIOS, 1996, p. 98). A autora se refere a um problema, também observado na Emergência Pediátrica do Hospital, a que ela chamou de "longa peregrinação pelos hospitais" (REGO; PALÁCIOS, 1996, p. 98 apud MACHADO, 1997). As emoções dos médicos estariam relacionadas à morte e sofrimento de paciente, à impotência, "perda de controle sobre seu trabalho, impossibilidade de fazer algo positivo para o paciente" (REGO; PALÁCIOS, 1996, p. 98 apud MACHADO, 1997). Apesar de importantes na percepção dos médicos com transtornos entrevistados, as emoções não lideraram as causas.

O modelo médico com a especialização se tornou um dado, "uma realidade incontestável" (MACHADO, 1997, p. 22). A pediatria seria o que a autora chama de uma especialidade cognitiva, ou seja, que "exige[m] maior contato pessoal (...), em oposição às especialidades técnicas ou de habilidades, nas quais há predomínio de atos médicos

26 Enquanto nesta tese se perguntou por transtornos mentais e comportamentais, pesquisa de Seligmann-Silva (1987) buscou compreender o sofrimento psíquico (apud MACHADO, 1997, p. 164).

respaldados em apoio diagnóstico que envolve alta tecnologia e pouco contato pessoal com o paciente" (MACHADO, 1997, p. 26). Além do conhecimento recebido na formação médica, a construção do saber pelo médico individual envolveria a empiria, ao lidar cotidianamente com casos médicos, sob o raciocínio clínico (MACHADO, 1997, p. 25). Nesse sentido é o que a autora considera, como conduta-padrão, "a consulta, a anamnese e a análise clínica" (MACHADO, 1997, p. 25). O ciclo das relações não se encerra aí, pois há uma consequência por esse procedimento, quando novamente se pode identificar o valor de troca (MARX, 2013, p. 113 *passim*), que se configura como valor nas relações do médico com o paciente: "dando-lhe poder, prestígio e crédito junto ao paciente" (MACHADO, 1997, p. 25). De modo mais amplo, haveria implicações políticas e sociais no desdobramento da conduta-padrão. Assim escreve a autora: "esse poder assume também feições econômicas. Em quase todo o mundo ocidental, em especial nos países desenvolvidos, a atividade médica é uma das atividades mais rendosas entre os profissionais *white-collars*" (MACHADO, 1997, p. 25-26).

A partir desse poder socialmente auferido é possível continuar com os desdobramentos do modelo oferecido pela autora, ampliando-se a escala, até as políticas públicas de saúde e o sistema de saúde (MACHADO, 1997, p. 25). Historicizaram-se processos que culminam em acúmulo de prestígio e poder para a profissão médica, que remontou ao período do pós-guerra (MECHANIC, 1991 apud MACHADO, 1997, p. 25), "quando a medicina se impôs como uma das atividades mais importantes da economia dos Estados Unidos" (MECHANIC, 1991 apud MACHADO, 1997, p. 25). A condição para que isso ocorresse foram os avanços tecnológicos. Quais seriam os desdobramentos desse desenvolvimento? Assim escreve o autor:

abriram novos mercados, inclusive novas especialidades e novas profissões, produziram também um acúmulo considerável de poder de decisão nas mãos dos médicos, da profissão médica, no que se refere à formulação de políticas de saúde (MECHANIC, 1991 apud MACHADO, 1997, p. 25).

Por outra via, a cientista social chega ao mesmo resultado de Michel Foucault, com o poder médico. Assim escreve a autora: "aos médicos, o poder da saúde" (MACHADO, 1997, p. 25).

Aspecto que toca as relações indivíduo-sociedade em médicos é a decisão sobre especialidade e o local de trabalho (MACHADO, 1997, p. 203). Apesar da autora sequer citar Bourdieu, entende-se que, a partir da descrição da autora (MACHADO, 1997, p. 202-203), é possível identificar uma realidade em que o conceito de campo (BOURDIEU, 1980; 1976 apud LAHIRE, 2017, p. 67-68) e a abordagem que esse tem ajudam a compreender, com a

tensão entre agente e estrutura, que se desdobra para as esferas da vida pública e privada do médico, como uma contradição entre esses dois âmbitos. A autora identificou questões de gênero relacionadas à estruturação da prática médica e na presente pesquisa foi relatada a percepção de casos de sexismo. Maria Helena Machado menciona também o modelo sacerdotal, enquanto a ordenação do trabalho médico encontra no sacerdócio um paradigma também citado nas entrevistas coletadas. Assim a autora escreve:

A escolha da especialidade e do local onde exercerão a medicina definirá o tipo de inserção socioeconômica. Nos depoimentos extraídos da pesquisa, pôde-se constatar que elas acabam por fazer "escolhas forçadas" por terem que conciliar o mundo da vida privada com o mundo da vida pública. Isto ocorre também por imposição da forma "masculina" em que está estruturada a produção da maioria dos serviços médicos. É bom lembrar que quase todas as estruturas do processo produtivo foram montadas e definidas para indivíduos (quase sempre homens) "sem família", ou seja, para aqueles que não necessitam "perder" parte de seu tempo produtivo em questões familiares, tais como procriação, aleitamento, educação de filhos, problemas de doença, entre tantas outras. O mundo médico é um caso exemplar dessa dicotomia entre o mundo da vida privada e o mundo da vida pública. Ser médico significa, de certo modo, adotar o modelo de trabalho sacerdotal, pelo fato de constituir uma das poucas atividades humanas que exigem pronto e obrigatório atendimento ao indivíduo necessitado de cuidados (MACHADO, 1997, p. 203).

A pesquisa da professora de sociologia Tânia Steren Santos teve o campo feito com médicos em um hospital gaúcho, o Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA). Nela, entrevistou "professores da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, médicos contratados e médicos residentes" (SANTOS, 2010, p. 501). Médicos residentes são aqueles profissionais já formados em medicina, mas que fazem uma determinada especialização médica. Diferenças de gênero chamaram a atenção da socióloga na problemática de saúde relatada. Assim escreveu a autora:

Quanto à questão dos obstáculos decorrentes de problemas da saúde mencionados pelos médicos e médicas que atuam no HCPA, chamou a atenção que nas mulheres os relatos centraram-se mais nos aspectos físicos enquanto os homens enfatizaram mais os aspectos emocionais (SANTOS, 2010, p. 523).

A posição do médico e da categoria médica diante da ordenação do trabalho impõe novas problemáticas que podem inclusive afetar a saúde mental dos médicos, como se verá nesta tese. Machado chega a descrever como "dois mundos às vezes irreconciliáveis: o profissional e o organizacional" (MACHADO, 1997, p. 31), como o conflito já observado na leitura weberiana (PEREIRA, 2005, p. 192). Para a pesquisadora, determinado modelo de burocracia médica serve de referência para o que ocorre no caso brasileiro. Assim escreveu a autora:

as exigências da profissão são sacrificadas à lógica burocrática da organização, que requer prestação de contas de atos, procedimentos e condutas técnicas num permanente processo de controle sobre a atividade do médico ao molde do que ocorre com a burocracia americana através dos DRGs (*Diagnostic Related Groups*) (MACHADO, 1996a, p. 163 apud MACHADO, 1997, p. 178).

Finalmente, a cientista social apresenta duas abordagens que considera as principais para a compreensão das relações entre trabalho e saúde mental, "a psicodinâmica do trabalho e a fundamentada no conceito de estresse" (MACHADO, 1997, p. 167). Note-se que nenhuma dessas abordagens pertence ao campo da sociologia, mas ambas podem ser de alguma forma apropriadas sociologicamente. Pode-se interpretar que ambas giram em torno da problemática do controle do médico sobre o trabalho, em relação à autonomia do agente sobre a estrutura. A partir da leitura que faz Machado sobre ambas as correntes, é possível dizer que a psicodinâmica do trabalho tem uma abordagem pelo viés positivo, enquanto a escola fundamentada no conceito de estresse abordaria negativamente o tema do controle. Na psicodinâmica, o agente tenta se inserir nas dinâmicas de relações em torno do trabalho, em busca de um sentido para o trabalho que desempenha. Assim a autora escreve:

na formulação da psicodinâmica, a dinâmica do reconhecimento descrita por Dejours (1993) passa pela possibilidade de intervenção do indivíduo sobre o processo imediato de trabalho; a dinâmica da cooperação leva em conta a abordagem sobre o isolamento social, sendo a busca de sentido uma das questões-chave da intervenção da psicodinâmica (MACHADO, 1997, p. 167).

Para a abordagem em torno do problema do estresse, a falta de controle sobre a atividade laboral leva a um processo excludente, do trabalhador nas relações de trabalho e dele consigo próprio. Assim disse a autora: "a noção de grau de controle do trabalho pelo indivíduo está correlata à noção de impotência, de falta de sentido, de suporte social, bem como à de isolamento social" (MACHADO, 1997, p. 167). Enquanto na abordagem do estresse, poderia ser dito da seguinte maneira: o que o mundo faz do médico, na psicodinâmica, seria: o que o médico faz do que os outros fizeram com ele, em uma paráfrase de Sartre ([2007?];[1970?] apud SILVA, 2015, p. 13).

Os resultados encontrados nesta tese divergem das duas correntes. Apesar de haver alguma relação com a questão do controle/autonomia, esse não foi o centro da percepção dos médicos para o problema de saúde mental enfrentado por eles, como se verá nos próximos capítulos. Dito isso, nesta tese, a questão da perda do controle por parte do médico teve também uma indicação como um fator percebido para problemas de saúde mental - contudo, sem a centralidade conferida pelas duas correntes teóricas. Uma hipótese para futuros estudos é que essas perspectivas já teriam sido superadas ao longo do processo histórico, diante do

avanço do pertencimento à classe trabalhadora, institucionalização e burocratização do trabalho médico, naquilo que a autora chamou de nova ordem administrativa. Configura-se uma ordenação do trabalho médico, mais afastada do simbolismo da autonomia médica, que remonta ao modelo de "profissional liberal" do século passado. Parece ter havido, de alguma maneira, uma queda simbólica dos médicos, que tem como um indicador as agressões sofridas, em convivência sistêmica com a violência no ambiente de trabalho, o que afeta o emocional e a subjetividade deles. Mais uma hipótese que poderia ser testada por outros estudos seria a de um rebaixamento histórico da situação dos médicos, que teria deslocado a problemática deles do controle do processo produtivo, quando lutavam por maior autonomia e monopolização da profissão, para a relação com a ordenação do trabalho médico. Enquanto a primeira hipótese diz respeito à formulação científica, a segunda, à posição de classe dos médicos.

Ao discutir a formação e o modo de trabalho médica neste século, Tânia Steren Santos identificou a influência do que chamou de "mentalidade do *status* do profissional liberal ou do monopólio do poder médico" (2005, p. 21)²⁷. Entende-se que essa percepção esteja relacionada ao campo médico. Machado (1997), outra cientista social, e que também é referência de Santos (2005), indicou igualmente esses dois elementos da citação como parte de um campo médico. Algo comum entre a presente tese e Tânia Santos foi a identificação de hierarquias no campo médico. A autora descreveu três diferenças hierárquicas encontradas entre os médicos que atuam no HCPA, quais sejam, titulação acadêmica, publicação científica e modo de vínculo com consultórios. Assim escreveu a autora:

Os médicos contratados predominam na titulação de mestrado enquanto os professores da FAMED no de doutorado. Quanto ao número de publicações em revistas científicas estão primeiro os professores, depois os residentes e em um número menor, os contratados. Identificou-se uma diferenciação em relação aos consultórios: os professores da FAMED estão em maior número nos consultórios próprios enquanto os contratados e residentes alugam. Chamou a atenção que um número considerável de residentes da amostra (27%) mencionou que tem um consultório "cedido", o que indica que recebem ajuda de seus pares no início da sua carreira (SANTOS, 2005, p. 10, notas de rodapé n. 17 e 18).

Outro achado no tema da hierarquia feito pela socióloga, entre os médicos do HCPA, foi em relação à quantidade de artigos publicado em periódicos científicos: médicos mais jovens publicam na faixa entre 1 e 3 artigos em periódicos científicos e os mais velhos, entre 4 e 8, e entre os mais produtivos, com 9 ou mais textos, não há diferença geracional tão grande (SANTOS, 2005, p. 14).

²⁷ Para tal, aplicou "201 questionários e entrevist[ou] 27 médicos de ambos sexos, diversas faixas etárias e especialidades médicas" (SANTOS, 2005, p. 1, nota de rodapé n. 1).

No âmbito da relação entre campos, especificamente o médico e o sociológico, emerge fala que permite a discussão. Depoimento de médico de hospital em Porto Alegre coletado por Santos (2005) serve como ilustração da relação entre os campos científicos. Assim disse um médico:

Nós na medicina pouco trabalhamos em equipe interdisciplinar. Existe a equipe do professor Fulano, mas ali só têm médico, é uma equipe de médicos, mas nós não temos normalmente a nutricionista, a enfermeira, a assistente social a psicopedagoga. Essas pessoas são chamadas para fazer determinado trabalho, determinadas prescrições. Então os profissionais são auxiliares e o médico é educado assim então ele tem dificuldades depois de chegar num posto de saúde e de repente o chefe da equipe é uma socióloga!! Ele não aceita!! É como nossa secretária da saúde, é uma socióloga e ele não aceita!! O ideal era ter um secretário da saúde médico. Nós temos aquela coisa de poder e achamos que médico tem que ser administrado por médico, então estão tentando administrar os médicos através de outros profissionais. Nós resistimos muito para aceitar o ministro Serra para ministro da Saúde! (Médico, cirurgião vascular, 58 anos) (SANTOS, 2005, p. 21).

Ao longo da pesquisa de campo, houve uma (01) fala de sentido divergente a esse da descrição acima. Falou-se sobre a participação de sociólogo em equipe de saúde, quando os comentários foram elogiosos, por exercer uma prática que seria equivalente ao de vários outros profissionais, em apenas um único profissional. Talvez isso possa ser interpretado como a capacidade e habilidade de polivalência laboral.

Escola mais recente na sociologia dos médicos é o neoinstitucionalismo. Tiago Correia estudou o hospital como uma organização, quando pretendeu entender a relação entre o comportamento dos médicos e a institucionalidade dessa organização (2017, p. 1050). Pode-se entender a pesquisa no âmbito da abordagem de Bourdieu²⁸. A hipótese do pesquisador em Portugal se divide em duas partes: a da dependência "das estruturas de ações dos médicos" (CORREIA, 2017, p. 1066, tradução nossa) e o situacionismo da análise (CORREIA, 2017, p. 1066). Coloca assim questões da relação indivíduo e sociedade e da historicidade do agente. Privilegia o indivíduo e a situação, em detrimento da análise histórica coletiva. O resultado que encontra é semelhante ao apontado pela literatura "sobre os conflitos e alinhamentos entre médicos e gestores" (CORREIA, 2017, p. 1066, tradução nossa).

Inspirado em Bourdieu (1980; 1976 apud LAHIRE, 2017, p. 67-68) com a ideia de campo, que integraria a sociologia da medicina com a sociologia dos médicos, interpretam-se dois artigos que abordam a sociologia, *vis-à-vis* a medicina. Esses recentes trabalhos

28 Loïc Wacquant considera próxima a noção de *habitus* de Bourdieu a de neoinstitucionalismo "de racionalidade limitada e de preferências maleáveis, como na teoria da regulação" (BOYER, 2004 apud WACQUANT, 2017, p. 216). Todavia, a perspectiva de Tiago Correia também poderia ser observada tanto pelas lentes do funcionalismo durkheiminiano, como das estruturas de poder weberianas.

concluem pela necessidade de autonomia do campo sociológico diante do campo médico. O primeiro revisou literatura sobre desigualdade no sistema de saúde, especialmente racial. O estudo indicou que nas últimas três décadas cresceram os conhecimentos sobre os processos cognitivos e psicológicos relacionados à desigualdade, enquanto caíram os saberes sobre as condições sociais. Assim escreveram a autora e o autor:

[no primeiro] inclusive com o desenvolvimento da precisão de ferramentas de mensuração para analisar viés em provedor de serviço, de outra maneira, racial. No mesmo período, nós observamos diminuição de ênfase sobre os fatores sociais, interacionais, organizacionais e estruturais que modelam variação no tratamento médico (SPENCER; GRACE, 2016, p. 14.1, tradução nossa).

O artigo conclui que caiu a presença da sociologia nessas pesquisas. Sugere então medidas, *vis-à-vis* o campo médico. Assim escreveram a autora e o autor:

manter uma robusta presença sociológica nessa área de pesquisa criará um forte entendimento das profissões da saúde e dos cuidados em saúde sem adotar a linguagem, os problemas e o projeto profissional da medicina (SPENCER; GRACE, 2016, p. 14.15, tradução nossa).

O segundo estudo é um exemplo para o que esse primeiro propõe. Trata-se de tese defendida no Programa de Pós-Graduação em Sociologia da UnB. Conclui pela necessidade de ruptura sociológica com o que considera um naturalismo interpretativo para a compreensão da problemática da saúde e da doença. Assim escreveu o autor:

Em termos epistemológicos o presente trabalho pretendeu romper com o naturalismo, isto é, com a tendência para explicar os fenômenos sociais como se de fenômenos naturais se tratassem, quando estamos perante fenômenos que são socialmente construídos. Uma das preocupações centrais da sociologia médica é a questão das determinantes sociais da saúde e da doença. Contra o modelo naturalista, que tende a restringir ao âmbito biológico a origem de diversas doenças, postula-se em disciplinas como a sociologia, ciência política e antropologia, um modelo social, que sustenta que os fatores culturais e socioeconômicos têm um papel mais importante que os fatores biológicos (CASTRO, 2013 apud AFONSO, 2017, p. 98).

Em perspectiva oposta a essa antes apresentada, artigos de sociologia dos médicos levantados em bases de dados de periódicos representaram menor autonomia do campo sociológico, diante do campo médico, do que o reivindicado por aqueles autores. O primeiro, um texto mais antigo (WALLACE; LEMAIRE, GHALI, 2009, p. 1714), argumenta pela necessidade de indicadores de bem-estar de médicos, oferecidos pelo sistema de saúde, o que pode ser entendido como uma "sociometria". O segundo testa duas abordagens para que os médicos tenham saúde mental, com redes sociais de apoio, mesmo que imersos em processos estressantes, em uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI) neonatal na "Midwestern United

States (Midwest NICU)" (GRACE; VANHEUVELEN, 2015, p. 106). O terceiro apresenta pesquisa sobre fatores relacionados ao consumo de álcool entre médicos japoneses (OHIDA et al., 2018, p. 1), mas não situa a pesquisa em nenhuma abordagem. Essa característica já fora identificada para a sociologia médica dos anos 1950-60 nos EUA, e que foi considerada como o "caráter teorizante do que se elaborava na área" (GARCÍA apud NUNES, 1989, p. 15). Ao contrário do segundo artigo, que remonta a Durkheim (1897) na "relação entre integração social e suicídio" (GRACE; VANHEUVELEN, 2015, p. 107, tradução nossa), mas que diz favorecer pesquisas empíricas do "final dos 1970 e começo dos 1980 (...) sobre os efeitos de laços sociais na promoção da saúde" (GRACE; VANHEUVELEN, 2015, p. 107, tradução nossa). *Vis-à-vis* esses artigos, a presente pesquisa de tese se situa em torno desse segundo texto, por localizar o debate na teoria sociológica, quando se coloca na sociologia dos médicos. Contudo, a presente tese não rompe com a sociologia da medicina, pois essa também aporta conhecimentos úteis para a interpretação do caso dos médicos da Emergência Pediátrica estudado. Apesar de a sociologia da medicina e a sociologia dos médicos lidarem com objetos diferentes, a medicina e a categoria médica, respectivamente, elas estão muito relacionadas. O grau dessa relação varia nas diferentes abordagens.

Com o objetivo de se resumir a literatura revisada neste Capítulo 2, sobre as diferentes escolas dos estudos médicos no interior do campo sociológico, elaborou-se a Tabela 1, a seguir. Ela nomeia cada uma das abordagens localizadas, os autores resenhados e a principal característica da escola.

Tabela 1 - Teóricos que estudaram os médicos, segundo a abordagem dos autores e com a característica marcante²⁹.

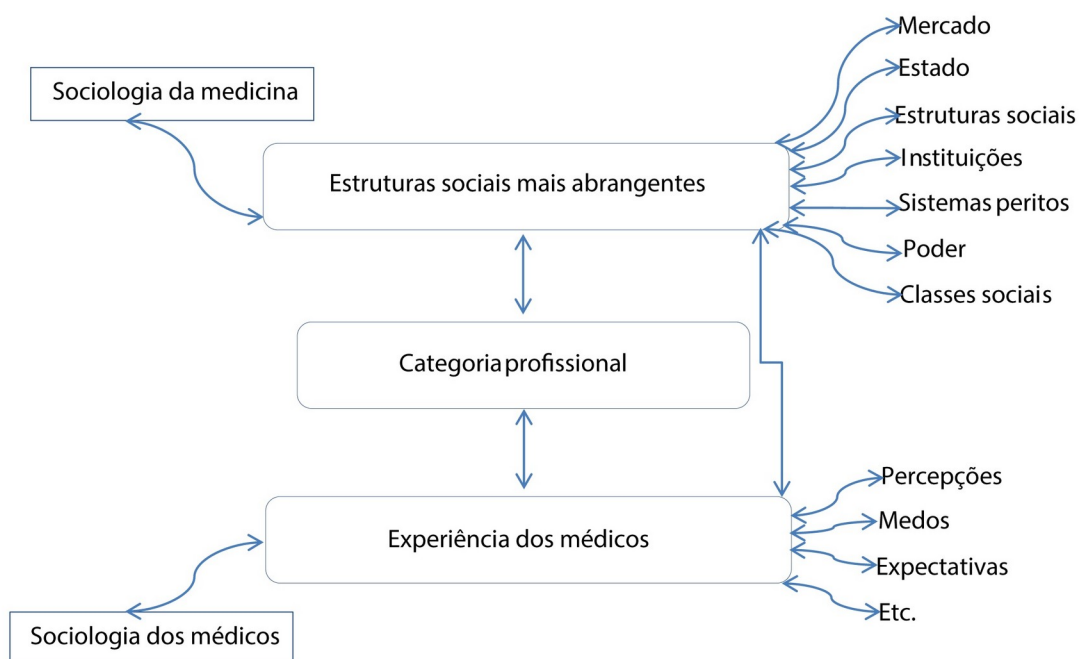
Abordagem	Autores	Característica
Sociologia da medicina no processo civilizador	Norbert Elias, Patrice Pinell, Johan Goudbloom	Medicina e integração social
Sociologia da medicina na perspectiva crítica ao processo civilizador	Foucault, Robert Castel	Crítica ao poder-saber médico
Sociologia da medicina na perspectiva funcionalista	Talcott Parsons, Robert K. Merton, Erving Goffman, Anselm Strauss	Medicina e reprodução da sociedade
Sociologia da medicina na perspectiva marxista e a crítica à prática médica atual	Juan César García; Gilson Dantas	Crítica ao modelo de medicina atual, considerado iatrogênico
Sociologia dos médicos	Maria Helena Machado, Juan César García, José Carlos Pereira, Tânia Steren Santos, Tiago Correia; Karen Lutfey Spencer, Matthew Grace; Jean Wallace, Jane Lemaire, William Ghali; Matthew K. Grace; Jane S. Van Heuvelen; Noriysu Ohida, Yuichiro Otsuka, Yosshitaka Kaneita, Sachi Nakagome, Maki Jike, Osamu Itani, Takashi Ohida	Categoria profissional médica

Na sociologia da medicina, duas correntes são críticas à medicina atualmente praticada. No interior da sociologia dos médicos é possível também se observarem críticas à medicina praticada pela categoria médica. Contudo, como o foco dessa sociologia não é a medicina, mas os médicos, a crítica não está tão colocada como na sociologia da própria medicina. Na sociologia dos médicos, enquanto a abordagem marxista centrou atenção na questão do trabalho, as outras abordagens se direcionaram às estruturas para esse trabalho, ou a uma aplicação da sociologia, a sociologia aplicada, em detrimento da teorização sociológica.

Na Figura 1, a seguir, elabora-se uma proposta de esquema compreensivo e inter-relacionado entre a sociologia da medicina e a sociologia dos médicos.

²⁹ Na revisão de literatura, encontrou-se uma referência à abordagem feminista na sociologia médica (NUNES, 2007, p. 144). Não se obtiveram, contudo, mais elementos sobre essa perspectiva, tal que se permitissem maior aprofundamento. Um autor também de quem não se fez investigação mais ampla para se verificarem possíveis contribuições à sociologia dos médicos foi Martin Heidegger (2007). Futuras pesquisas poderão elucidar essas questões tanto para a abordagem feminista, como para o filósofo alemão.

Figura 1 - Proposta para interpretação da sociologia da medicina e sociologia dos médicos.



2. Revisão de literatura sobre problemas de saúde mental de médicos

Este capítulo se divide em duas seções. A primeira faz uma revisão sistemática da literatura e a segunda revisa os textos científicos/acadêmicos coletados na pesquisa de campo, sobre problemas de saúde mental na categoria médica.

2.1 Revisão sistemática da literatura sobre adoecimento mental de médicos

Esta seção revisa a literatura sobre o adoecimento mental de médicos. Foram feitas as seguintes indagações: na categoria profissional de médicos, quem adoece mentalmente? Como e por que adoece? O que poderia ser feito? Para respondê-las, fez-se uma revisão sistemática - contudo, não-exaustiva - de literatura sobre adoecimento mental de médicos. O objetivo desta seção é verificar se existe uma hierarquia dos fatores para o adoecimento de médicos. Para se ter um parâmetro, quantificaram-se esses estudos. Isso permitirá a comparação da análise da literatura com o resultado das entrevistas dos médicos da Emergência Pediátrica, no prosseguimento desta tese.

Na presente seção, pesquisaram-se as bases de dados Pubmed, Google Scholar, Portal de Periódicos e Scielo. As palavras-chaves "doctors' mental illness", "physicians mental health", "physicians suicide" e "suicídio médico" foram utilizadas. Selecionaram-se essas expressões após se testarem mais 14 outras expressões, que, contudo, apresentaram resultado quantitativo inferior na busca de artigos nas bases citadas. Levantaram-se então todos os textos com aquelas quatro expressões, o que totalizou inicialmente 325 artigos. Dado o alto número de trabalhos para se elaborar uma revisão de literatura, decidiu-se iniciar pelas palavras-chaves "doctors' mental illness". Após a revisão de cada resumo de artigo, chegou-se ao total de 31, o que se considerou exequível e, a princípio, suficiente para se resenhar. Esta foi, assim, uma pesquisa exploratória. No refinamento da busca, com a leitura dos resumos, verificou-se um número bastante desigual de textos advindos das supracitadas bases, pois apenas um texto adveio do Portal de Periódicos e outro do Google Scholar. E, ainda, a qualidade da informação do resumo localizado do artigo do Google era inferior ao do Pubmed. Nesse se exibiam por exemplo as palavras-chaves do artigo, entre outros dados. Então fez-se a referência ao resumo dessa base, ao invés daquele do Google.

A coleta de dados para a presente seção se deu basicamente com os resumos apresentados - eventualmente, quando disponível o texto na íntegra, esse pode ter sido usado para o presente texto. Os resumos de artigos foram publicados em periódicos científicos. Retiraram-se da seleção: editorial de periódico (por não trazer pesquisa original), comentários (apenas com títulos) e textos de resumos não disponíveis, só com títulos e um resumo que escrevia genericamente, sem oferecer elementos para a ampliação da compreensão. Esta seção revisa os textos coletados e, em seguida, analisa a literatura revisada.

Artigos coletados sobre adoecimento mental de médicos

O texto mais antigo localizado datava de 1986 (CROWLEY) e avalia uma técnica de tratamento adotada com médicos dependentes de drogas, que consistia na comunicação dos testes de urina entre o médico e um órgão controlador do tratamento. Concluiu-se que houve uma "profunda redução da ocorrência de uso de drogas" (CROWLEY, 1986, p. 299, tradução nossa). A técnica teria sido bem-sucedida, com relação entre assiduidade do envio dos exames e o sucesso na redução. Ao final, recomenda-se que atenção maior pode ser dada aos médicos mais relapsos no envio dos testes.

Pesquisa feita em New South Wales (PULLEN et al., p. 481, 1995) enviou correspondência a 2.564 médicos, quando 44% responderam. Assim descreveram-se os resultados: "apenas 42% dos respondentes tinham um clínico geral e a maioria se autoprescrevia. 19% reportaram distúrbios maritais, 18% desordens emocionais, 3% problemas com álcool e 1% abuso de drogas" (PULLEN et al., 1995, p. 481, tradução nossa). Tais problemas não eram, todavia, discutidos com os próprios médicos deles. 26% tinham direito a consultas garantidas como pacientes, "mas se sentiam inibidos em consultar um doutor" (PULLEN et al., 1995, p. 481, tradução nossa). O artigo conclui que a "muitos médicos falta cuidado médico adequado" (PULLEN et al., 1995, p. 481, tradução nossa) e "recomendam que os médicos tenham seus próprios clínicos gerais, evitem 'consulta de corredor' e não se autoprescrevam drogas que afetem a função mental" (PULLEN et al., 1995, p. 481, tradução nossa). Também foi feita recomendação para a formação médica, que deveria incluir "o ensino de respostas apropriadas [quando da] busca de ajuda" (PULLEN et al., 1995, p. 481, tradução nossa).

Baldwin, Dodd & Wrate (1997) aplicaram um teste de avaliação da saúde, o *General Health Questionnaire*, em jovens médicos no Reino Unido. Concluíram que parece que as longas jornadas teriam consequências de curto prazo (BALDWIN; DODD; WRATE, 1997, p. 35), pois sentem que não estão bem e "relatam ter um desempenho fraco" (BALDWIN; DODD; WRATE, 1997, p. 35, tradução nossa). Contudo, não haveria "demonstrações de consequências de longo prazo na saúde" (BALDWIN; DODD; WRATE, 1997, p. 35, tradução nossa). A percepção de "estar sobrecarregados" (BALDWIN; DODD; WRATE, 1997, p. 35, tradução nossa) esteve associada a "um número de condições de trabalho, número de internações de emergência, número de mortes na enfermaria e o número de tarefas domésticas menores contribuem para a percepção de estarem sobrecarregados" (BALDWIN; DODD; WRATE, 1997, p. 35, tradução nossa). Essa percepção teria uma significativa correlação "com uma gama de medidas de saúde física e mental de longo prazo, bem como a medição do desempenho no trabalho" (BALDWIN; DODD; WRATE, 1997, p. 35, tradução nossa).

Leonard et al. (1998) fizeram uma pesquisa quantitativa com 16 médicos, selecionados aleatoriamente do hospital St. James, em Dublin. "Em média, os médicos dormiram 4,5 horas durante um turno de 32 horas" (LEONARD et al., 1998, p. 22, tradução nossa). Os pesquisadores utilizaram uma variedade de testes, quando concluíram que "períodos prolongados de trabalho sem dormir afetam adversamente os jovens médicos, tanto no bem-estar psicológico como na habilidade de cumprirem tarefas simples" (LEONARD et al., 1998, p. 22, tradução nossa).

Rosta (2004) compara, em pesquisa com clínicos gerais e médicos em hospital, o alcoolismo em uma cidade dinamarquesa e em outra alemã. Os resultados mostram diferenças nacionais, mas não houve qualquer diferença em "gênero, idade e posição no sistema de saúde" (ROSTA, 2004, p. 219, tradução nossa). Conclui que as distintas perspectivas se devem a diferentes temperanças em relação ao álcool em cada país. Contudo, metade dos médicos pesquisados em cada cidade compreendia "o alcoolismo como uma doença autoinduzida e, assim, indiretamente, assumiam que os alcoólatras são os responsáveis pela doença por que passam" (ROSTA, 2004, p. 219, tradução nossa).

O Colégio Americano de Executivos Médicos publicou em 2004 uma Pesquisa sobre o Comportamento Médico (*Physician Behavior Survey*) em relação ao público dele (Executivos Médicos). Concluiu-se que "executivos médicos enfrentam frustrações profundas ao terem que lidar com o comportamento disruptivo de companheiros médicos" (WEBER, p. 9, 2004, tradução nossa).

Rosta & Aasland (2005) descrevem o uso de álcool em mulheres cirurgiãs em comparação com médicas não cirurgiãs e homens cirurgiões na Noruega. Concluíram que "a mulher cirurgiã na Noruega bebe mais frequentemente e mais perigosamente do que médicas com outras especialidades" (ROSTA; AASLAND, 2005, p. 436, tradução nossa). Dentre inúmeras possíveis explicações para o fato, escrevem que uma cultura específica do campo da "cirurgia parece ser um fator importante" (ROSTA; AASLAND, 2005, p. 436, tradução nossa).

Nascimento Sobrinho et al. (2006, p. 132) intenderam avaliar "aspectos psicossociais do trabalho". Para tal, verificaram a relação "entre as condições de trabalho e distúrbios psíquicos menores (DPM)" (Nascimento Sobrinho et al., 2006, p. 139). Realizaram uma pesquisa junto a uma amostra aleatória de 350 médicos de Salvador (BA). "Constatou-se elevada sobrecarga de trabalho, trabalho em regime de plantão, múltiplas inserções profissionais, baixa remuneração por hora trabalhada e contratação precária sob a forma de remuneração por procedimento" (Nascimento Sobrinho et al., 2006, p. 139). Descreveu-se também o quadro que tinham, como "cansaço mental (54,1%), sonolência (37,5%), esquecimento (30,8%), nervosismo (28,4%), insônia (25,1%)" (NASCIMENTO SOBRINHO et al., 2006, p. 139). Dos pesquisados, 26% tinham DPM. Apontaram-se fatores relacionados. Assim escrevem os autores:

aspectos da demanda psicológica do trabalho do que com o controle deste por parte dos médicos. Médicos com trabalho de alta exigência (alta demanda e baixo controle) apresentaram 3,07 (...) vezes mais DPM do que aqueles com trabalho de baixa exigência (baixa demanda e alto controle) (NASCIMENTO SOBRINHO et al., 2006, p. 139).

Finalmente, o estudo recomenda que futuras pesquisas refinem o que seria "a exposição à alta demanda psicológica" (NASCIMENTO SOBRINHO et al., 2006, p. 139), além de que haja um "melhor entendimento dos processos de trabalho aos quais estão submetidos os trabalhadores médicos nas suas várias especialidades" (NASCIMENTO SOBRINHO et al., 2006, p. 139).

Harrison (2008) discute a aptidão dos médicos para poderem atuar, quando defende "a necessidade de um modelo de avaliação personalizado" (HARRISON, 2008, p. 323, tradução nossa), diante dos problemas de saúde por que passam. "Condições como problemas mentais e abuso de substâncias podem afetar a aptidão dos médicos para a prática, mas outras condições também podem ser relevantes" (HARRISON, 2008, p. 323, tradução nossa). Publicado na mesma edição do periódico inglês *Occupational Medicine*, outro artigo

(MARSHALL, 2008, p. 334) também debate a saúde de médico e a aptidão para o trabalho quando analisa o caso de médicos com mau uso de substâncias. O artigo escreve que há multifatores para o abuso de substâncias, desde outros problemas de saúde mental, como ansiedade e depressão, estresse, acidente de trabalho, além de problemas no trabalho, também na família e problemas pessoais (MARSHALL, 2008, p. 334, tradução nossa).

Diante desses problemas, o texto pergunta o que fazer. Ao que responde com a recomendação de um diagnóstico precoce, pela dupla relutância de médico em pedir ajuda e também dos colegas intervirem. Assim escrevem os autores:

as escolas de medicina e os programas de educação médica continuada devem dar maior ênfase ao vício e ao uso indevido de substâncias pelos médicos, com vistas a reduzir a incidência de "médicos machucados" e promover e encorajar tratamento e reabilitação precoces (MARSHALL, 2008, p. 334, tradução nossa).

O texto continua, com indicação de estreitamento da relação entre psiquiatras que cuidam de médicos dependentes e o médico do trabalho, que é chave, "uma vez que esses problemas ocorrem na interface entre os sistemas de saúde ocupacional e de regulação" (MARSHALL, 2008, p. 334, tradução nossa); criação de "programas de volta ao trabalho adaptados individualmente" (MARSHALL, 2008, p. 334, tradução nossa) cujas coordenação e monitoramento sejam cuidadosos (MARSHALL, 2008, p. 334), dada que a implementação é difícil sem envolvimento de médicos afetados. Escreve-se que "o prognóstico para a recuperação dos médicos é bom" (MARSHALL, 2008, p. 334, tradução nossa), quando seria inclusive possível a previsão de quais médicos conseguirão se recuperar.

Florkowski et al. (2008), em artigo publicado na Polônia, escrevem que "o uso abusivo e vício no álcool são problemas importantes" (FLORKOWSKI et al., 2008, p. 40, tradução nossa) para a comunidade médica. Escreve-se que em muitos casos o vício é mantido secreto, e o trabalho médico é satisfeito, até o ponto de uma baixa, em que o vício passa a ser notado. Assim escrevem os autores: "Alguns fatores - como um alto nível de estresse - predispõem os médicos a problemas com álcool, especialmente cirurgiões" (FLORKOWSKI et al., 2008, p. 40, tradução nossa). Como Marshall (2008), citado anteriormente, os autores indicam que a identificação de problemas com álcool deve ser feita "o mais cedo possível e também uma terapia deve ser dada" (FLORKOWSKI et al., 2008, p. 40, tradução nossa).

Liz Miller (2009) escreve que "as informações sobre a saúde mental dos médicos são limitadas" (MILLER, 2009, p. 53, tradução nossa), quando busca investigar o efeito do adoecimento mental nas carreiras dos 116 médicos que responderam à pesquisa e as

estratégias usadas para voltarem ao trabalho. Assim descreveram-se os resultados:

antes da doença, 80% trabalhavam o tempo inteiro, 15% em tempo parcial, 2% não trabalhavam e 3% eram estudantes de medicina. Após a doença, 33% trabalhavam em tempo integral (...), 36% em tempo parcial (...) e 29% não estavam trabalhando (MILLER, 2009, p. 53, tradução nossa).

Escreve que "práticas de trabalho flexíveis foram a estratégia mais útil relatada para permitir que um médico retorne ao trabalho. (...) Após problemas de saúde mental, a capacidade do médico de trabalhar em período integral é reduzida" (MILLER, 2009, p. 53, tradução nossa).

Adams et al. (2009) estudam a depressão no meio médico, quando buscam interpretar os fatores que "influenciam as decisões em busca de apoio" (ADAMS et al., 2009, p. 359, tradução nossa). Os autores escrevem que "os médicos são carentes na busca de ajuda, particularmente para problemas mentais" (ADAMS et al., 2009, p. 359, tradução nossa). Buscam "determinar em que medida os médicos percebem a depressão [como] estigmatizada dentro da profissão médica e se o nível de estigma percebido afeta padrões de comportamento de busca por ajuda" (ADAMS et al., 2009, p. 359, tradução nossa). 1.256 médicos responderam a um questionário enviado por correio sobre estigma da depressão e sair do trabalho, entre outras questões (ADAMS et al., 2009, p. 359, tradução nossa).

Coloca-se o problema do estigma. Para os autores, os médicos percebem que a depressão é vista de modo estigmatizante pelos colegas (ADAMS et al., 2009, p. 359, tradução nossa). Cerca de 46,2% dos entrevistados relataram que sofreram um episódio de depressão. A busca por ajuda foi significativamente reduzida naqueles com histórico de depressão. Barreiras à procura de ajuda foram relatadas como "deixar os colegas para baixo" (ADAMS et al., 2009, p. 359, tradução nossa) (73,1%), falta de confidencialidade (53,4%), deixar "os pacientes para baixo" (ADAMS et al., 2009, p. 359, tradução nossa) (51,9%) e dificultar a progressão na carreira (15,7%). Para os autores, o gênero do médico e o histórico de depressão altera significativamente tanto a busca de ajuda, como a percepção de estigma (ADAMS et al., 2009, p. 359, tradução nossa).

Concluiu-se que o problema do estigma é algo mais permanente na categoria médica. Assim escreveram os autores:

o estigma relacionado à depressão nos médicos é endêmico na profissão e o nível de estigma percebido está relacionado à redução do comportamento de busca por ajuda. Esforços precisam ser feitos pela profissão para reduzir o estigma antecipado por quem fica deprimido, para permitir a busca de ajuda adequada e apoio (ADAMS et al., 2009, p. 359, tradução nossa).

Outra pesquisa deverá ajudar a se verificar a percepção de médicos sobre transtornos

mentais (FERNANDO; DEANE; MCLEOD, 2010, p. 733). Feita no Sri Lanka, aplicou questionário junto a 574 estudantes de medicina e 74 médicos. Concluiu que endossavam "atitudes estigmatizantes em relação às doenças mentais" (FERNANDO; DEANE; MCLEOD, 2010, p. 733, tradução nossa). Foram além e escreveram que isso "provavelmente afeta o engajamento de pacientes em tratamento" (FERNANDO; DEANE; MCLEOD, 2010, p. 733, tradução nossa). Assim foi sugerido: "garantir que os estudantes de medicina tenham contato com pacientes recuperados em ambientes psiquiátricos comunitários pode ser uma maneira de diminuir atitudes estigmatizantes" (FERNANDO; DEANE; MCLEOD, 2010, p. 733, tradução nossa).

Cunningham & Cookson (2009) estudaram um serviço criado na Nova Zelândia para tratar de médicos com estresse, com psicólogos e psiquiatra. Objetiva-se avaliar "a utilização, aceitabilidade e utilidade do serviço e considerar se o serviço pode melhorar a prestação de serviços de saúde" (CUNNINGHAM; COOKSON, 2009, p. 19, tradução nossa).

A maioria dos clientes com menos de três sessões sofria de estresse relacionado ao trabalho; aqueles que precisavam de 10 ou mais sessões apresentavam diagnósticos que incluíam a depressão, doença bipolar, abuso sexual prévio e transtornos de personalidade. Os médicos pacientes valorizavam a confidencialidade, a escolha e a independência do médico consultado e o financiamento do serviço. Eles acreditavam que o serviço contribuiu para que permanecessem ou voltassem ao trabalho (CUNNINGHAM; COOKSON, 2009, p. 19, tradução nossa).

Os médicos que atenderam os médicos pacientes "identificaram estresse no trabalho e no ambiente doméstico" (CUNNINGHAM; COOKSON, 2009, p. 19, tradução nossa), com sobreposição de ambos. Concluiu-se que "o estresse pode resultar em desempenho prejudicado, o que pode impactar negativamente no atendimento ao paciente" (CUNNINGHAM; COOKSON, 2009, p. 19, tradução nossa). Finalmente, escrevem que "a prestação de consulta para médicos estressados pode melhorar potencialmente a prestação de serviços de saúde na Nova Zelândia" (CUNNINGHAM; COOKSON, 2009, p. 19, tradução nossa) e que, portanto, o serviço deve ser mais divulgado.

Hassan et al. (2009) perguntaram-se sobre as atitudes em relação a "tornar-se doente mentalmente" (HASSAN et al., 2009, p. 327, tradução nossa). Enviaram questionários por correios e receberam 2.462 respostas de médicos em Birmingham, Inglaterra. Assim descreveram-se os resultados:

1.807 (73,4%) médicos optariam por revelar uma doença mental à família e amigos, e não a um profissional. Implicações na carreira foram citadas por 800 (32,5%) como a razão mais frequente para a [opção de não revelar]. Para o

tratamento ambulatorial, 51,1% procurariam aconselhamento profissional formal. Para tratamento hospitalar, 41,0% escolheriam uma instalação privada local, com apenas 21,1% escolhendo uma instalação local do NHS [National Health Service]. Dos respondentes, 12,4% indicaram que tiveram uma doença mental (HASSAN et al., 2009, p. 327, tradução nossa).

Concluiu-se que há preponderância de estigma em relação à saúde mental entre os médicos, com falta de "orientações claras para os médicos seguirem em cuidados para a saúde mental" (HASSAN et al., 2009, p. 327, tradução nossa). Para os autores, a confidencialidade no atendimento psiquiátrico, a educação contínua e o início da formação médicos são fundamentais para se lidar com o problema (HASSAN et al., 2009, p. 327).

Médicos, ao cumprirem a "European Working Time Directive" (EWTD), relatam excesso de trabalho. Tucker et al. (2010) preocuparam-se em verificar "quais características do planejamento do cronograma afetaram mais negativamente sua fadiga e bem-estar nas últimas semanas"³⁰ (TUCKER et al., 2010, p. 458, tradução nossa). O artigo conclui que, com esta pesquisa, há novos dados para que se possa limitar o impacto do trabalho, com a diretiva europeia da EWTD. Assim escreve o artigo:

trabalhar sete noites consecutivas foi associado com maior fadiga acumulada e maior interferência da vida de trabalho, em comparação com o trabalho de apenas três ou quatro noites. Ter apenas um dia de descanso após as noites de trabalho foi associado ao aumento da fadiga. Trabalhar de plantão durante um fim de semana, entre duas semanas consecutivas de trabalho, foi associado à maior interferência da vida profissional. Trabalhar de plantão com frequência (nos finais de semana ou durante a semana) foi associado à maior interferência da vida profissional e tensão psicológica. Intervalos entre turnos maiores que 10 horas foram associados a períodos mais curtos de sono e aumento da fadiga. O número de horas semanais trabalhadas foi positivamente associado à interferência na vida profissional e fadiga nos turnos noturnos (TUCKER et al., 2010, p. 458, tradução nossa).

Flinn & Armstrong (2011) estudaram as consequências de uma jornada de trabalho prolongada em jovens médicos de seis hospitais irlandeses. Os objetivos foram dois: 1) a relação entre as longas jornadas e o desempenho em variados testes, sejam cognitivos, sejam de tomada de decisão clínica; 2) analisar o efeito do "decréscimos de desempenho em tais testes para a qualidade da assistência médica" (FLINN; ARMSTRONG, 2011, p. 210, tradução nossa). Fizeram o teste, 17 médicas e 13 médicos, com idades entre 23 e 30 anos. Os testes de funcionamento cognitivo usados na pesquisa são os mesmos usados por médicos para aferições em pacientes em geral. Nos testes de decisão clínica se usou um teste também padronizado. Os resultados foram:

30 Doravante, a palavra fadiga será considerada como a fadiga patológica, ou seja, trata-se de fadiga em um grau doentio.

Os escores cognitivos globais dos participantes, a atenção, a velocidade de processamento da informação e as habilidades motoras foram significativamente piores do que quando estavam descansados. Eles também levaram mais tempo para concluir as questões de tomada de decisão clínica na condição pós-chamada e obtiveram pontuações mais baixas do que quando descansaram (FLINN; ARMSTRONG, 2011, p. 210, tradução nossa).

Conclui-se com discussão da relação entre o tamanho da jornada e o desempenhos dos médicos. Para o texto, longas jornadas de trabalho parecem mudar negativa e significativamente a cognição dos médicos e a tomada de decisões. Levantam então que o trabalho assim pode diminuir a qualidade da assistência, com comprometimento da segurança do paciente (FLINN; ARMSTRONG, 2011, p. 210).

O que pensam os jovens médicos sobre as condições de trabalho deles nos hospitais? A pesquisa é justificada por McGowan et al. (2013) pelo trabalho com "escassez de pessoal e cortes nas despesas com cuidados de saúde, juntamente com o aumento da demanda por cuidados de saúde e aumento das expectativas do público" (MCGOWAN et al., 2013, p. 874, tradução nossa). A pesquisa foi feita a partir de entrevistas semi-estruturadas com "20 médicos de hospitais urbanos" (MCGOWAN et al., 2013, p. 874, tradução nossa) na Irlanda, quando foram totalmente transcritas e analisadas tematicamente com utilização do programa Nvivo. Os resultados da pesquisa foram descritos. Assim escreveram as autoras:

os temas dominantes incluíram o seguinte: (1) cargas de trabalho irrealistas: caracterizadas por falta de pessoal, jornada de trabalho prolongada, pausas irregulares e frequentemente interrompidas; (2) fadiga e o impacto dela: a qualidade dos cuidados prestados aos pacientes, enquanto os médicos eram privados de sono, foi questionada; no entanto, pouca reflexão foi dada a qualquer impacto que isso possa ter tido sobre a saúde dos jovens médicos (MCGOWAN et al., 2013, p. 874, tradução nossa).

Os autores trataram dos temas da subvalorização e desilusão. A intensidade da carga de trabalho, a impotência para modificar a realidade e treinamento insuficiente levaram ao distanciamento dos jovens médicos (MCGOWAN et al., 2013, p. 874). O problema revelado nas entrevistas era mais de falta de reconhecimento e de tempo do que de condições de trabalho (MCGOWAN et al., 2013, p. 874). Assim concluíram as autoras:

os entrevistados atribuem pouca importância ao impacto das condições de trabalho atuais na própria saúde deles. Eles sentiram que os papéis deles foram subestimados e subvalorizados pelos formuladores de políticas e pela administração do hospital. Os entrevistados estavam preocupados com a falta de tempo e oportunidade de treinamento. Este estudo destacou várias "bandeiras vermelhas", que precisam ser abordadas para se aumentar a retenção e sustentar uma força de trabalho médica jovem motivada (MCGOWAN et al., 2013, p. 874, tradução nossa).

Issa et al. (2014) estudaram a "saúde mental de médicos em um hospital terciário" (ISSA et al., 2014, p. 178, tradução nossa) (isto é, de "alta complexidade", com alta tecnologia e altos custos) (ISSA et al., 2014, p. 178), o Hospital Universitário da Universidade de Ilorin (em Ilorin, Nigéria). Na introdução do resumo do trabalho, escreveram:

os médicos são vulneráveis à morbidade psiquiátrica como resultado de suas agendas lotadas e múltiplas obrigações de função. No entanto, muitas vezes eles não admitem que têm problemas de saúde mental nem são facilmente submetidos a avaliação de saúde mental por seus colegas devido ao medo de rotular e estigma geral (ISSA et al., 2014, p. 178, tradução nossa).

A amostra da pesquisa foi de 241 médicos. Diante do teste aplicado, 14,9% apresentaram transtornos psiquiátricos (ISSA et al., 2014, p. 178), taxa "levemente superior à prevalência na população nigeriana" (12,1%) (GUREJE, 2006 apud ISSA et al., 2014, p. 178, tradução nossa). Segundo o artigo, a que esteve relacionado? "Ser casado, a não participação em atividades sociais e a percepção da carga de trabalho como sendo 'pesada' estiveram significativamente associadas à morbidade psiquiátrica" (ISSA et al., 2014, p. 178, tradução nossa). A sugestão do artigo para o quadro foi:

medidas para diminuir o efeito negativo do casamento sobre os médicos. Isso poderia ser em áreas de redução da distância entre a casa e o trabalho, construindo residências de funcionários dentro do hospital ou próximo e incentivando os médicos a usá-las. Outro passo poderia ser o estabelecimento de centros de atendimento para bebês / creche e escola de funcionários do ensino fundamental dentro do hospital e para os médicos contratarem assistentes domésticos para ajudar nos deveres de casa. Outros serviços podem incluir refeições regulares para os médicos de plantão. Isso talvez reduza os impactos negativos da carga de trabalho pesada percebida. O fornecimento de instalações recreativas dentro do hospital e o incentivo aos médicos para participarem de atividades sociais podem ajudar muito a reduzir a morbidade psiquiátrica entre os médicos (ISSA et al., 2014, p. 178, tradução nossa).

Das et al. (2014) estudaram 586 jovens médicos em treinamento no condado inglês de Yorkshire sobre a medida de unidades de álcool³¹ no sangue. 82% acreditam ter um bom conhecimento, para 18% que responderam que não. Os autores repetiram pesquisa feita sete anos antes, e verificaram pouco progresso, quando recomendaram serem "tomadas medidas adicionais para garantir que os jovens médicos aprendam sobre as unidades de álcool durante a formação deles, para que possam aconselhar os pacientes adequadamente" (DAS et al., 2014, p. 178, tradução nossa).

Buscar sozinho apoio para saúde mental ou ser prescrito? Há diferenças significativas entre quem é enviado até um serviço de apoio ou o procura espontaneamente?

31 Uma unidade de álcool corresponde a 10 ml ou a 8 g de álcool puro.

Braquehais et al. (2014) examinaram a forma de acesso a um serviço de apoio a médicos em Barcelona, o "Programa de Atención Integral al Médico Enfermo" (PAIME). Analisaram "1.545 prontuários de médicos admitidos no período de 1º de fevereiro de 1998 a 31 de dezembro de 2012" (BRAQUEHAIS et al., 2014, p. 1, tradução nossa). 83,2% procurou o programa espontaneamente. Aqueles que não o fizeram eram mais velhos do que aqueles que buscaram espontaneamente. Foram mais frequentes aqueles que buscaram espontaneamente "com distúrbios não aditivos" (BRAQUEHAIS et al., 2014, p. 1, tradução nossa). Menos internações hospitalares foram verificadas naqueles que buscaram por conta própria, que também tiveram menor duração dos episódios de tratamento. "Idade, sexo e diagnóstico foram estatisticamente associados ao tipo de encaminhamento ao programa" (BRAQUEHAIS et al., 2014, p. 1, tradução nossa). Dito de outra maneira, a forma de entrada no serviço de saúde mental para médicos variou de acordo com a idade, o sexo e o diagnóstico. Isso permite levantar a hipótese de que a maneira pela qual se deve tentar resolver o problema deve levar em conta as diferenças de idade, sexo e diagnóstico. Assim se conclui o artigo:

o tipo de referência a um PHP pode ser influenciado não apenas pelos traços pessoais dos médicos, mas também pelo desenho de cada programa e como é percebido pelos usuários do serviço. Nossas descobertas devem ser levadas em conta ao projetar o tratamento e intervenções preventivas para este grupo profissional (BRAQUEHAIS et al., 2014, p. 1, tradução nossa).

Como um evento adverso na segurança ou de quase acidente de paciente afeta os médicos? Harrison, Lawton & Stewart (2014) estudaram membros do Royal College of Physicians, de Londres, na atenção secundária (isto é, no nível ambulatorial e hospitalar, de "média complexidade"). Destacaram alguns resultados. Assim escreveram os autores:

Dos 1.463 médicos cujos pacientes tiveram um evento adverso ou quase acidente, 1.119 (76%) acreditavam que isso os havia afetado pessoal ou profissionalmente. 1.077 (74%) relataram estresse, 995 (68%) ansiedade, 840 (60%) distúrbios do sono e 886 (63%) menor confiança profissional. 1.192 (81%) ficaram preocupados com o potencial para erros futuros (HARRISON; LAWTON; STEWART, 2014, p. 585, tradução nossa).

Foi analisado também o sistema inglês de aferição de notificação de incidentes (HARRISON; LAWTON; STEWART, 2014, p. 585): 28% estavam satisfeitos com os sistemas de notificação de incidentes do National Health Service (NHS), 14% receberam um retorno (*feedback*) útil, 19% viram melhorias locais (HARRISON; LAWTON; STEWART, 2014, p. 585) e 19% verificaram modificações nos sistemas; 25% deixaram de relatar um incidente. Assim escreveram os autores:

Eventos adversos de segurança afetam os médicos, mas poucas fontes formais de

apoio estão disponíveis. A maioria dos médicos usa sistemas de notificação de incidentes, mas muitos descrevem a falta de retorno útil, mudança de sistemas ou melhoria local (HARRISON; LAWTON; STEWART, 2014, p. 585, tradução nossa).

Bourne et al. (2015) investigaram o impacto dos procedimentos de reclamações "no bem-estar psicológico e na saúde" (BOURNE et al., 2015, p. 006687, tradução nossa). Analisaram as respostas de "7.926 médicos no Reino Unido" (BOURNE et al., 2015, p. 006687, tradução nossa). Outro objetivo "foi avaliar se os médicos relatam que a exposição a um processo de queixas está associada à prática médica defensiva" (BOURNE et al., 2015, p. 006687, tradução nossa). Os autores e as autoras pretenderam medir "doenças relacionadas ao estresse, experiências relacionadas a reclamações, atitudes em relação a reclamações e visões sobre a melhoria dos processos de reclamações" (BOURNE et al., 2015, p. 006687, tradução nossa). Os achados da pesquisa foram:

16,9% dos médicos com queixas atuais / recentes relataram depressão moderada / grave (...) em comparação aos médicos sem queixas (9,5%). Quinze por cento relataram ansiedade moderada / grave (...) em comparação com os médicos sem queixas (7,3%). A angústia aumentou com a gravidade da queixa, com níveis mais altos após o encaminhamento pelo General Medical Council (GMC)³² (26,3% de depressão, 22,3% de ansiedade) (BOURNE et al., 2015, p. 006687, tradução nossa).

Médicos com queixas atuais / recentes foram 2,08 (...) vezes mais propensos a relatar pensamentos de automutilação ou ideação suicida (...). Vinte por cento sentiram-se vitimizados após a denúncia, 38% sentiram-se objeto de *bullying*, 27% passaram mais de um mês fora do trabalho. Mais de 80% sentiram que os processos melhorariam com transparência, competência gerencial, capacidade de reivindicar prejuízos pecuniários e ação contra reclamantes vexatórios (BOURNE et al., 2015, p. 006687, tradução nossa).

Relativo a outros fatores, assim os médicos se posicionaram: "20% (...) relataram que se sentiram vitimados porque tinham sido um denunciante de disfunção clínica ou gerencial" (BOURNE et al., 2015, p. 006687, tradução nossa). "38% reportaram terem sentido *bullying* durante as investigações" (BOURNE et al., 2015, p. 006687, tradução nossa). As conclusões dos autores e das autoras foram:

os médicos com queixas recentes / atuais têm riscos significativos de depressão moderada / grave, ansiedade e ideação suicida. A morbidade foi maior nos casos envolvendo o GMC. A maioria dos médicos relatou praticar a medicina defensivamente, quando evitam procedimentos e pacientes de alto risco. (...) Sugestões para melhorar os processos de reclamação incluíam transparência e

32 Segundo uma organização inglesa autodeclarada independente, o "General Medical Council regulamenta médicos no Reino Unido. Eles estabelecem padrões, mantêm um registro, asseguram a qualidade da educação e investigam reclamações" (PROFESSIONAL STANDARDS AUTHORITY, 2019). Essa descrição permite um paralelo com o CFM. Contudo, caso se pretendam aprofundar a análise e fazer uma correspondência com o órgão brasileiro, seria necessário buscar as especificidades, convergências e divergências entre os dois órgãos, com maiores investigações.

competência gerencial (BOURNE et al., 2015, p. 006687, tradução nossa).

Kerrien et al. (2015) estudaram a incidência de transtornos de ansiedade e depressão entre jovens médicos e as relações com o trabalho deles. Submeteram testes a 192 jovens médicos - com 68,2% de mulheres - da escola de medicina de Brest. Os resultados foram: "13,0% sofrendo de depressão; 28,7% de ansiedade; 32,8% dos jovens médicos estavam com fadiga no trabalho e 29,7% sob constante tensão" (KERRIEN et al., 2015, p. 84, tradução nossa).

Depressão foi correlacionada com altas demandas psicológicas e ansiedade. A falta de apoio organizacional de médicos veteranos na carreira e a competição entre jovens médicos aumentaram a ansiedade deles (KERRIEN et al., 2015, p. 84, tradução nossa).

A conclusão da pesquisa foi a de que uma "parte dos jovens médicos está ansiosa e deprimida, de alguma forma, devido às demandas psicológicas do trabalho e relações com outros médicos e com médicos veteranos na carreira" (KERRIEN et al., 2015, p. 84, tradução nossa). Um resumo ligeiramente diferente, que inclui alguns dos mesmos autores, oferece mais um dado para conclusão. Assim escreveram Pougnet et al.:

a prevenção não deveria ser focada exclusivamente na organização do trabalho, mas deveria aumentar a conscientização dos médicos sobre a importância das relações com médicos veteranos e pacientes para a saúde dos jovens médicos (2105, p. 386, tradução nossa).

Braquehais, Tresidder & DuPont (2015) colocam como objetivo do artigo deles descrever a "natureza e desenvolvimento de programas que tratam especificamente médicos doentes" (BRAQUEHAIS; TRESIDDER; DUPONT, 2015, p. 324, tradução nossa). Segundo as autoras e os autores, esses programas são chamados "Programas de Saúde de Médico" [Physician Health Programs (PHPs)] (BRAQUEHAIS; TRESIDDER; DUPONT, 2015, p. 324, tradução nossa). O estudo pode ser assim justificado:

os médicos relutam em pedir ajuda quando sofrem de transtornos por uso de substâncias e / ou outras doenças mentais (ou seja, quando se tornam "médicos doentes"). Isso pode resultar em maior morbidade / mortalidade e pode levar a problemas significativos na prática médica (BRAQUEHAIS; TRESIDDER; DUPONT, 2015, p. 324, tradução nossa).

Finalmente, as autoras e autores deixam como desafio a elaboração do desenho desses programas, que deveria buscar um "equilíbrio entre garantir a prática segura e encorajar todos os médicos a pedirem ajuda quando estão em apuros" (BRAQUEHAIS; TRESIDDER; DUPONT, 2015, p. 324, tradução nossa).

Dai et al. (2015) fizeram uma revisão de literatura com 30 estudos, o que totalizou

6.099 médicos na China, no que chamaram de método de meta-análise (DAI et al., 2015, p. 369) (histórica). Tiveram como "objetivo examinar a prevalência de sintomas psicológicos em médicos chineses (...) e explorar os fatores associados à saúde mental" (DAI et al., 2015, p. 369, tradução nossa). Assim se justificou:

[a debilidade na] saúde mental dos médicos parece ser um fenômeno global, mas há dados limitados sobre mudanças nos sintomas psicológicos dos médicos ao longo do tempo na China continental (DAI et al., 2015, p. 369, tradução nossa).

Vários resultados foram encontrados e listados no texto. Assim escreveram os autores: "sintomas psicológicos, (...) somatização, obsessão-compulsão, sensibilidade interpessoal, depressão, ansiedade, hostilidade, ansiedade fóbica e ideação paranoide entre os médicos foram significativamente maiores do que na população geral" (DAI et al., 2015, p. 369, tradução nossa).

Segundo o texto, dentre os médicos, "apenas a psicose teve uma prevalência similar aos padrões da população chinesa" (DAI et al., 2015, p. 369, tradução nossa). Contudo, mesmo na psicose, "a prevalência aumentou com os anos de estudo, mas diminuiu com o aumento da idade dos médicos" (DAI et al., 2015, p. 369, tradução nossa). Identificaram desigualdades regionais no interior do território chinês para o quadro de transtornos mentais, assim descritas: "médicos do Centro e Oeste da China experimentaram mais sintomas de [debilidade na] saúde mental do que os do leste da China" (DAI et al., 2015, p. 369, tradução nossa). Os resultados para psiquiatras foram "significativamente menos favoráveis" (DAI et al., 2015, p. 369, tradução nossa) do que para outras especialidades médicas. "A saúde mental dos médicos pode estar associada à diferenças etárias, carga de trabalho quantitativa, taxa de 'esforço-recompensa', relações médico-paciente, identidade profissional e traços individuais" (DAI et al., 2015, p. 369, tradução nossa). Diante desse quadro, que ações foram sugeridas no texto?

Para minimizar o risco de problemas de saúde mental nos médicos, os serviços de triagem e intervenção nos médicos devem ser fornecidos nos estágios iniciais da carreira, para conscientizá-los sobre a importância de manterem o bem-estar psicológico e reduzirem a prevalência dos sintomas psicológicos (Dai et al., 2015, p. 369, tradução nossa).

Cohen, Winstanley & Greene (2016) estudam as atitudes de médicos do Reino Unido em relação à divulgação da doença mental de si próprios, "os obstáculos e facilitadores para buscarem apoio" (COHEN; WINSTANLEY; GREENE, 2016, p. 383, tradução nossa). Do total de 1.954 médicos que responderam à pesquisa "on-line", 60% tinham tido doença mental. Assim descreveram-se os resultados: "Os médicos mais jovens eram menos propensos

a divulgar, assim como os estagiários. Houve vários obstáculos que variaram ao longo da idade e grau de treinamento" (COHEN; WINSTANLEY; GREENE, 2016, p. 383, tradução nossa). Assim se concluiu:

para todos os médicos, independentemente do papel, este estudo descobriu que o que eles pensam que fariam diferente do que eles realmente fazem quando ficam doentes. Estagiários, funcionários e médicos especialistas associados e substitutos pareceram mais vulneráveis, relutando em revelar problemas mentais. Os médicos continuaram a ter preocupações sobre a divulgação [da doença mental deles próprios] (...). Preocupações sobre serem rotulados, confidencialidade e não compreenderem as estruturas de suporte disponíveis foram identificadas como os principais obstáculos à divulgação (COHEN; WINSTANLEY; GREENE, 2016, p. 383, tradução nossa).

Wistrand estudou narrativas escritas por médicos sobre "o vício em opioides" (WISTRAND, 2017, p. 19, tradução nossa). Nas últimas décadas, estudos baseados em questionários e entrevistas concluíram que, quando os médicos adoecem, enfrentam barreiras significativas para buscarem ajuda. Várias razões têm sido propostas, principalmente a noção de que o ambiente de trabalho dos médicos os predispõe a um comportamento inadequado de busca de ajuda. Neste artigo, a ideia do médico doente, como um paradoxo em um drama médico, é examinada. Um modo interpretativo diante de conteúdos textuais foi usado neste artigo. Assim escreveu o autor:

uma abordagem textual interpretativa e comparativa de narrativas de doenças históricas escritas por médicos que sofrem de um diagnóstico específico, a saber, o vício em opioides, o complexo conjunto de considerações que orientam seu comportamento como pacientes é, até certo ponto, revelado (WISTRAND, 2017, p. 19, tradução nossa).

O texto analisa a passagem do papel de médico para o de paciente, para tirar conclusões. Assim escreveu o autor:

[na necessária] transição de identidade para se tornar um paciente, os médicos são retidos pelo seu *status* profissional e cada passo para os ajudar precisa se basear na consciência dos princípios subjacentes do drama médico (WISTRAND, 2017, p. 19, tradução nossa).

O autor finalmente defende que "narrativas de doenças escritas por médicos, como aquelas destacadas neste artigo, podem servir como uma ferramenta para se aumentar essa consciência" (WISTRAND, 2017, p. 19, tradução nossa).

Janoušková et al. (2017) estudaram o "estigma da doença mental entre estudantes de medicina e professores" (JANOUSHKOVÁ et al., 2017, p. 744, tradução nossa). Foram 308 estudantes de medicina e 149 professores de "uma faculdade de medicina na República Tcheca" (JANOUSHKOVÁ et al., 2017, p. 744, tradução nossa). Os resultados apontados

foram: os professores tiveram uma quantidade maior de "atitudes estigmatizantes do que os estudantes" (JANOŮŠKOVÁ et al., 2017, p. 744, tradução nossa). "Um crescimento das atitudes tolerantes nos estudantes foi detectado após o quarto ano, ou seja, no prosseguimento da [disciplina] Introdução à psiquiatria" (JANOŮŠKOVÁ et al., 2017, p. 744, tradução nossa). Para as autoras e coautores, as atitudes mais tolerantes podiam ser previstas em quem tinha na psiquiatria a especialização preferida e quem estava cursando duas disciplinas de psiquiatria eram estudantes. Assim escrevem as autoras e coautores:

Entre os estudantes e professores, os homens possuíam atitudes mais estigmatizantes em relação às pessoas com doenças mentais. A idade foi um importante preditor de atitudes estigmatizantes entre os professores (JANOŮŠKOVÁ et al., 2017, p. 744, tradução nossa).

Assim concluiu-se: "os educadores devem prestar mais atenção ao papel da psicologia médica e à implementação de treinamento em comunicação" (JANOŮŠKOVÁ et al., 2017, p. 744, tradução nossa). Elas "podem ser benéficas para melhorarem as habilidades, aumentarem a autoestima e o sentimento de competência dos estudantes de medicina" (JANOŮŠKOVÁ et al., 2017, p. 744, tradução nossa).

Bianchi, Bhattacharyya & Meakin (2016) realizaram um estudo qualitativo com entrevistas semiestruturadas de 13 médicos veteranos de um "grande hospital de ensino no norte de Londres" (BIANCHI; BHATTACHARYYA; MEAKIN, 2016, p. 012598, tradução nossa). Tratavam-se de "consultores hospitalares e clínicos gerais acadêmicos" (BIANCHI; BHATTACHARYYA; MEAKIN, 2016, p. 012598, tradução nossa). Objetivaram "explorar as opiniões de médicos veteranos sobre doenças mentais dentro da profissão médica" (BIANCHI; BHATTACHARYYA; MEAKIN, 2016, p. 012598, tradução nossa). Apontou-se o baixo número de estudos qualitativos. Assim escreveram as autoras e coautor:

[mesmo com] crescente interesse sobre a questão da saúde mental dos médicos, (...) tem havido poucos estudos qualitativos sobre a atitude geral dos médicos veteranos em relação à doença mental dentro da profissão médica (BIANCHI; BHATTACHARYYA; MEAKIN, 2016, p. 012598, tradução nossa).

Quatro temas principais foram interpretados nas entrevistas. Assim escreveram as autoras e o coautor: (1) "As atitudes dos médicos em relação às doenças mentais" (BIANCHI; BHATTACHARYYA; MEAKIN, 2016, p. 012598, tradução nossa) - médicos sentiam que havia um estigma significativo relacionado ao sofrimento da doença mental no interior da profissão. (2) "Barreiras para procurar ajuda" (BIANCHI; BHATTACHARYYA; MEAKIN, 2016, p. 012598, tradução nossa) - médicos sentiam que havia inúmeras barreiras para procurar ajuda, como implicações negativas na carreira, ao serem percebidos como fracos,

negação e medo de preconceito. (3) "Apoio" (BIANCHI; BHATTACHARYYA; MEAKIN, 2016, p. 012598, tradução nossa) - médicos sentiam que o uso de apoio dependia da certeza de confidencialidade, que para a saúde ocupacional não era garantida. Confiar nos (nas) colegas era raro, exceto entre amigos próximos. A necessidade de supervisão para todos médicos foi levantada. (4) "O envolvimento do General Medical Council (GMC)" - os médicos sentiam que não era fácil ser citado ao GMC e que o processo de avaliação e revalidação era pensado não ser suficientemente minucioso para identificar médicos com uma doença mental (BIANCHI; BHATTACHARYYA; MEAKIN, 2016, p. 012598, tradução nossa).

Finalmente, consideraram a limitação da conclusão, pelo tamanho reduzido do estudo. Contudo, confirmados os resultados em estudos maiores, colocam a sugestão de "que são necessários maiores esforços para desestigmatizar as doenças mentais na profissão e melhorar o apoio aos médicos" (BIANCHI; BHATTACHARYYA; MEAKIN, 2016, p. 012598, tradução nossa). Sugerem também mais pesquisas a respeito da

opiniões dos médicos sobre: os serviços de saúde ocupacional na gestão de médico com doença mental, a prestação de supervisão para todos os médicos e a eficácia do processo atual de avaliação e revalidação na identificação de médicos com uma doença mental (BIANCHI; BHATTACHARYYA; MEAKIN, 2016, p. 012598, tradução nossa).

Análise da revisão de literatura

Um balanço desta revisão sistemática da literatura faz-se necessário. Na categoria profissional de médicos, quem adocece mentalmente? Adoecem de quê? Por que adocece? Como adocece? E o que poderia ser feito, diante desse adoecimento? Este item busca, de alguma maneira, responder a essas perguntas.

Que médicos adoecem mentalmente? Não se obteve uma resposta objetiva. Nenhum resumo dos artigos buscou responder a essa pergunta. O que se obteve foram os perfis estudados na literatura, quais sejam: médicos no território (15), dentre esses os estudos em cidades (07), médicos por país (06) e estado (02); médicos em geral (14); médicos por especialidades (06); médicos por idade (06); médicos por gênero (05); médicos em hospital (05); médicos por escola de medicina (02); médicos que procuraram apoio (02).

Por esses números, observa-se que médicos - tomados de modo geral (isto é, profissionais com a formação médica) - foram estudados em um número maior que o dobro das especialidades. A partir disso, talvez possa se supor que a categoria médica como um todo esteja afetada, mas que isso possivelmente ocorra de uma maneira diferenciada, isto é, de uma maneira desigual entre as especialidades, e combinada no todo da categoria profissional.

De que os médicos adoeceram? Nos 31 textos revisados, foi citado um grande número de transtornos. Em ordem decrescente, foram esses, quais sejam: transtornos mentais genericamente (12) - e afetação mental (04) -, transtornos com substâncias (11), ansiedade (06), depressão (05), queda no desempenho (05), estresse (02) e distúrbios maritais (02). Cada um dos demais transtornos foi citado em uma pesquisa: profundas frustrações, distúrbios do sono, doença bipolar, transtorno de personalidade, pensamentos de automutilação, ideação suicida, vitimização, *bullying*, hostilidade, ausência do trabalho, medo de erros, constante tensão, somatização, obsessão-compulsão, sensibilidade interpessoal, ideação paranoide, cansaço mental, sonolência, esquecimento, nervosismo, insônia, sofrimento psíquico, queda da confiança profissional. Esse resultado, com os 33 transtornos citados, indica que os adoecimentos não são só mentais ou psíquicos, mas também comportamentais e sociais.

Os fatores para o adoecimento mental dos médicos foram agrupados em categorias. A seguir, lista-se o número de vezes em que é citada uma categoria: Relações de médico com empregador, citadas 31 vezes (44%); Relações entre médicos, 26 vezes (37%); Família/casa, 05 vezes (7%); Insuficiências na formação médica, 03 vezes (4%); Regulação médica, 03 vezes (4%); Violência sexual, uma vez (1%); Cultura nacional, uma vez (1%).

Observa-se, assim, que os fatores para o adoecimento mental estiveram em medida bastante superior ligados às relações de trabalho, que incluem tanto a relação de médico com empregador, quanto a relação com outros médicos. Uma tese de doutorado sobre médicos em município do interior de São Paulo fez revisão de literatura e concluiu que faltam trabalhos que teorizem sobre os efeitos das condições de trabalho para a saúde desses profissionais. Assim escreveu o autor:

Apesar das precárias condições de trabalho observadas atualmente e de sua importância para a vida da sociedade, a teorização sobre as *consequências para as condições de vida e saúde* desse profissional é relativamente pequena. A maioria das pesquisas adota métodos epidemiológicos, privilegiando o enfoque da etiologia das doenças e o tratamento dos agravos, além do foco no mercado de trabalho, no perfil dos profissionais e nas condições de trabalho, como a jornada de trabalho prolongada, ritmo intenso, predomínio das atividades de plantão ou, então isolados de sua saúde mental (CHIAVEGATO FILHO, 2011, p. 156, grifo nosso).

As palavras desse autor sobre as condições de trabalho ressoam preocupação já expressa pela OMS sobre "a necessidade de se reforçarem as concepções de saúde mental e de trabalho como indissociáveis na conjuntura produtiva atual" (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE/OMS, 2001 apud UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA, 2016, p. 52). A revisão de literatura em tela confirmou a observação da OMS constante no documento da UnB, o que reforça a necessidade desta pesquisa.

O que os estudos sugeriram que poderia ser feito diante desse quadro? Do mesmo modo que na pergunta anterior, os textos foram categorizados. Assim, foram feitas recomendações sobre tratamento (26%), regulação e/ou ação do Estado (26%), mudanças nas relações de trabalho (18%), melhoras na formação de médicos (14%), geração de conhecimento, com mais pesquisas (14%) e participação em atividades sociais (2%). A ênfase no tratamento, em primeiro lugar, é compreensível por se tratar de categoria profissional que lida com o adoecimento. Contudo, apontam-se os porquês do adoecimento, mas não se incide diretamente nas condições para o surgimento das doenças, que foram em grande medida relacionadas à atividade de trabalho. As soluções propostas são, portanto, mediadas, ocorrem via ação do Estado e na ampliação da capacidade cognitiva, seja na formação, seja na produção de conhecimento.

Feita uma revisão sistemática da literatura, que resultou em mapeamento dos estudos sobre o tema da doença mental nos médicos, agora se investigará de uma maneira mais descritiva aspectos específicos dentro da literatura sobre saúde mental, com as escalas internacional, nacional e local (DF).

2.2 Problemas na saúde mental de médicos: fatores e efeitos

Esta seção revisa a literatura nas escalas internacional, nacional e local (DF)³³. Examinam-se os fatores causais e os efeitos dos problemas de saúde mental na categoria médica. O texto a seguir descreve o que se publicou sobre isso em publicações acadêmicas, como periódicos científicos, dissertações, teses e livros, excluindo-se os textos já citados na revisão sistemática, da seção anterior. A informação está apresentada a partir dos diferentes

³³ A literatura foi revisada em textos científicos e acadêmico, como artigos de periódicos, livros, dissertações e teses. Coletaram-se também outros materiais, com depoimentos, documentos e falas sobre problemas com a saúde mental de médicos. Contudo, não foram incluídos na revisão.

transtornos descritos nos textos. O que se perceberá nesta revisão é que a maior parte dos estudos se concentra em tratar a saúde mental dos médicos como efeito. Assim, essas pesquisas tentam em maior medida identificar os fatores explicativos associados à ocorrência desses transtornos. Isso, mais uma vez, ressalta o teor de originalidade dessa tese, em que se busca integrar a análise dos fatores e dos efeitos dos problemas de saúde mental percebidos na categoria médica.

2.2.1 Problemas na saúde mental de médicos na literatura internacional

Desordens psiquiátricas, doença, adoecimento, transtorno e desordem mentais, problemas na saúde mental, problemas psicológicos, problemas mentais, essas são as variadas terminologias - utilizadas pela literatura para se referir ao tema da saúde mental para médicos. A literatura escreve que a "doença mental é comum entre médicos" (BROOKS; GERADA; CHALDER, 2011, p. 1, tradução nossa). Um estudo estima que quase 1/3 deles sofrem com desordem mental (LEARNER, 2011) e outro aponta que essa cifra chega a 44% (ASSADI, 2006, p. 57, p. d1708). Aponta-se ainda que os médicos "desenvolvem sérias doenças mentais durante a carreira" (GADIT, 2009, p. 326, tradução nossa). Junto ao GMC, apenas 1% dos médicos reportaram problemas físicos, e predominam problemas mentais (COHEN; RHYDDERCH, 2006, p. 438).

O debate de gênero é colocado pela literatura internacional (ASSADI; NAKHAEI; NAJAFI, 2006; LEARNER, 2011; FRANK; DINGLE, 1999). Assadi et al. (2006, p. 57) escrevem que as desordens psiquiátricas afetam particularmente as mulheres (2007, p. 57) e a medicina chegou a ser considerada como uma "profissão de macho" (LEARNER, 2011, p. d1708, tradução nossa).

Para Brooks, Gerada & Chalder (2011), há muitos fatores de risco na atividade de médicos, tanto ocupacionais, quanto individuais. Em artigo intitulado "Doctors and mental health" ("Médicos e saúde mental") (LEARNER, 2011, p. d1708, tradução nossa), apontam-se dois fatores para o adoecimento mental: tanto o isolamento a que o médico se submete, quanto a vergonha de se ter um transtorno, transformado em segredo, pelos "profundos preconceitos em relação à doença mental que ainda existe na profissão médica" (LEARNER, 2011, p. d1708, tradução nossa). Assim a autora transcreve uma fala de médica:

Liz Miller, que foi examinada três vezes e tem transtorno bipolar, diz: "Fiquei tão envergonhado que durante anos nunca contei a nenhum de meus colegas. Eu me senti tão isolada e pensei que eu era a única médica com um problema de saúde mental" (LEARNER, 2011, p. d1708, tradução nossa).

Na faculdade de medicina, verificou-se o estigma às pessoas com doenças mentais entre professores e estudantes (JANOUSHKOVÁ et al., 2017, p. 744). Nesse estudo se mostra que: "professores estigmatizavam mais que estudantes" (JANOUSHKOVÁ et al., 2017, p. 744); "idade era preditor de estigmatização entre professores" (JANOUSHKOVÁ et al., 2017, p. 744, tradução nossa); e "homem estigmatizava mais" (JANOUSHKOVÁ et al., 2017, p. 744, tradução nossa). Em pesquisa para o período entre 1956 e 1963, a cada 64 pacientes em dado hospital psiquiátrico, um era médico (DUFFY; LITIN, 1964, p. 42 apud LAGO, 2013, p. 43). Encontrou-se indiferença e cinismo como efeitos de desordens psiquiátricas encontrados na literatura foram a indiferença e o cinismo (ASSADI; NAKHAEI; NAJAFI, 2006, p. 57). Houve o caso de *bullying* e assédio praticado por "psiquiatra, com traços paranoicos, desordens obsessivas e *borderline*" (GADIT, 2009, p. 326, tradução nossa).

Serviços de apoios em Londres e no Sudeste da Inglaterra (DAVIES et al., 2016, p. 238) a médicos doentes também foram objeto de análises. Estudo do serviço MedNet (na Inglaterra) mostrou que a prática de psicoterapia melhorou a saúde de médicos com problemas psicológicos, que permaneceram com o apoio terapêutico (DAVIES et al., 2016, p. 238): "95,6% dos médicos continuaram a trabalhar e progrediram na carreira deles. 58,3% permaneceram no serviço" (DAVIES et al., 2016, p. 238, tradução nossa). Ao retornarem ao local de trabalho, os afastamentos caíram significativamente. "A angústia foi significativamente reduzida, mas não houve diferença para função social e bem-estar" (DAVIES et al., 2016, p. 238, tradução nossa). Finalmente, foram modificadas as prescrições de fins somáticos para transtornos de humor (DAVIES et al., 2016, p. 238).

A respeito do suicídio de médicos, o índice é 1,41 superior no sexo masculino, e 2,27 maior no feminino do que na população em geral (SCHERNHAMMER; COLDITZ, 2004). A mortandade é menor em cânceres e doenças cardíacas, mas superiores em suicídio (ANDREW; BRENNER, 2018). "Cresce na Finlândia, Noruega, Austrália, Singapura, China, Taiwan, Sri Lanka a ansiedade, depressão e ideação suicida entre estudantes e médicos" (ANDREW; BRENNER, 2018, tradução nossa).

Menciona-se na literatura o número de 300 a 400 médicos que se suicidam por ano nos EUA (ANDREW; BRENNER, 2018; MELEIRO, 2017), onde o índice de depressão é de 12% em homens e 18% nas mulheres médicas - que chega a ser entre 15% e 30% para

médicos residentes (MELEIRO, 2017). Para se dar uma dimensão, corresponderia a toda uma classe de estudantes de medicina (MELEIRO, 2017). Sobre os impactos de se tratar suicida, assim descreve:

A equipe médica que trata de um paciente médico que tentou suicídio sente-se, geralmente, muito mobilizada e, por vezes, impotente. (...) O profissional que é chamado para lidar com o paciente suicida, geralmente, encara uma crise particular que muito tem a ver com sua própria reação ao paciente, o de poder tomar a forma de rejeição (MELEIRO, 1998, p. 139).

A autora recorre ao conceito de "crise de contratransferência", como uma ferramenta para se analisar o efeito de suicídio de médico sobre os outros médicos que compõem a equipe de atendimento (TABACHNICK, 1961 apud MELEIRO, 2017, p. 139). Assim escreve a autora: "Sentimentos positivos e negativos da contratransferência se misturam, principalmente de identificação" (MELEIRO, 1998, p. 140). Fatores apontados pela literatura como associados ao suicídio entre médicos foram: 1) doença anterior não tratada, quando cita a depressão (GAGNÉ; MOAMAI; BOURGET, 2011; HAWTON; MALMBERG; SIMKIN, 2004 apud MELEIRO, 2017) e também o abuso de drogas e álcool (HAWTON; MALMBERG; SIMKIN, 2004, p. 1 apud MELEIRO, 2017). 2) Problemas relacionados: ao trabalho (71,4%), a relacionamentos (40%) e às finanças (20,8%) (HAWTON; MALMBERG; SIMKIN, 2004, p. 1 apud MELEIRO, 2017). 3) São também fatores citados pela autora (MELEIRO; WANG, 1995 apud MELEIRO, 2017, p. 137) para alto risco de suicídio: "crise vital próxima, como luto, cirurgia iminente ou dissolução de um relacionamento amoroso"; "história familiar de suicídio"; "mudanças de condições de saúde ou estado físico"; "precaução para evitar intervenção, como isolamento ou minimização do risco de descoberta", "estado civil". 4) Consequências de tentativa de suicídio, "as sequelas podem ser dramáticas (p. ex., queimados) e levar a nova tentativa de suicídio" (MELEIRO, 1998, p. 139) que, consumado, significa "um desperdício de recurso humano" (MELEIRO, 2017). Analisaram-se também os perfis de médicos mais suscetível ao suicídio. Assim escreveu a autora:

1) manifestam especial vulnerabilidade ou experiências de eventos circunstanciais diferentes (recente perda profissional ou pessoal, problemas financeiros ou de licença) que os outros médicos; 2) tendem a trabalhar mais horas que os outros colegas; 3) tendem a abusar de álcool e outras drogas; 4) são mais insatisfeitos com suas carreiras que outros colegas médicos; 5) dão sinais de aviso a outros; 6) desordem mental e emocional são mais frequentes; 7) dificuldades na infância e problemas familiares são comuns; 8) têm hábito de automedicação mais que outros colegas (A.M.A. COUNCIL ON SCIENTIFIC AFFAIRS, 1987 apud MELEIRO, 1998, p. 137).

A inexistência de médicos que sejam especialistas em outros médicos, o que foi

chamado na literatura de "médico de médico" (ANDREW; BRENNER, 2018, tradução nossa), é também considerado um fator para problemas de saúde mental de médicos, e que podem levar ao suicídio. Segundo a autora e o coautor, a maioria dos médicos recua dessa tarefa (ANDREW; BRENNER, 2017). Em relação ao autodiagnóstico, para a autora, médicos se sentiriam incompetentes para diagnosticar o próprio sintoma, o que levaria ao aumento da depressão - quando não veriam valor em si próprios - e da desesperança (ANDREW; BRENNER, 2018). Sargent et al. (1977) têm outra visão sobre o autodiagnóstico. Para ele, o médico "nega o adoecimento, automedica-se e evita tratamento" (SARGENT et al., 1977, p. 143, tradução nossa) e reluta em "criar uma relação terapêutica com o psiquiatra" (SARGENT et al., 1977, p. 143, tradução nossa).

Diferentes instituições sociais foram identificadas em relação ao processo do suicídio. Assim escreveram os autores:

o reconhecimento e a forma racional de lidar com o estado de pré-suicídio devem ser impedidos pela necessidade do médico, da família e dos colegas de preservar a fantasia de onipotência do médico (SARGENT et al., 1977, p. 143, tradução nossa).

Foram também indicados como fatores para o suicídio: "estresse em médicas pode causar maiores riscos de suicídio" (DOBSON, 2001, p. 945, tradução nossa), determinadas especialidades médicas, com altas taxas "particularmente entre médicas, anestesistas, cirurgião geral e psiquiatras" (GADIT, 2009, p. 326, tradução nossa), "identificação de circunstâncias parecidas a de pacientes pode causar grandes distúrbios à psique de psiquiatra" (GADIT, 2009, p. 326, tradução nossa), problemas de não-conformidade com a medicação (GADIT, 2009, p. 326, tradução nossa), e "relutância em buscar ajuda por preocupações com a confidencialidade e estigma associados à doença mental" (DEPARTMENT OF HEALTH apud GADIT, 2009, p. 326, tradução nossa).

Sobre o alcoolismo, texto da década de 1970 traz como efeitos para os médicos o desentendimento conjugal e uma busca mais frequente por instituição psiquiátrica do que a população comparável (SHORTT, 1979, p. 283). Nesse artigo, pontua-se que são usualmente hospitalizados no fim dos 40 e início dos 50 anos (DUFFY; LITIN, 1964; VINCENT; ROBINSON; LATT, 1969; JONES, 1977), depois de aproximadamente 16 anos de prática (A'BROOK; HAILSTONE; Mc-LAUCHLAN, 1967). O primeiro sinal de doença pode ser "o desenvolvimento gradual de uma vida cotidiana caótica" (PEARSON; STRECKER, 1960, p. 915, tradução nossa).

Um periódico científico de medicina publicou "Relatório especial" sobre a insatisfação de médicos com a prática médica, que abordou temas como a infelicidade e o mal-estar (ZUGER, 2004). Os fatores indicados para tal quadro foram a gestão (ZUGER, 2004, p. 71), má-prática (ZUGER, 2004, p. 71-72), expectativas disparatadas entre as escalas local e universal da prática médica (ZUGER, 2004, p. 72), a falta de tempo para se cumprirem tarefas (ZUGER, 2004, p. 72), médico como espécie de "agente duplo", que faz atividades para as quais não está preparado (ZUGER, 2004, p. 73). Esse relatório faz uma análise a partir da contextualização histórica, segundo a qual uma heroica tradição de profissionalismo independente - exercido no século XX (STARR, 1982, p. 82 apud ZUGER, 2004, p. 74) -, e que se considerou uma "era de ouro da medicina"³⁴ (ZUGER, 2004, p. 74, tradução nossa), hoje teria findado. Um dos indicadores dessa nova posição social de médicos seria a sindicalização e as greves (ZUGER, 2004, p. 70-71).

O tema do bem-estar/mal-estar esteve presente na literatura. Ao passo que a "importância do bem-estar médico é bem documentada" (QUINN et al., 2009, p. 924, tradução nossa), a relação entre saúde, bem-estar e organização do trabalho teria uma interação "complexa, mas ainda não bem-entendida" (WEST; SPENDLOVE, 2006 apud COHEN; RHYDDERCH, 2006, p. 438, tradução nossa). Os efeitos do mal-estar de médicos parecem estar mais alinhados: a percepção de problemas na qualidade das práticas faz aumentar a probabilidade de insatisfação, isolamento e estresse (QUINN et al., 2009, p. 924) e ocorre um subdesempenho de médicos (COHEN; RHYDDERCH, 2006, p. 438).

Tendo em vista o tema da violência, que se encontra em relatos de médicos (e confirmados nas entrevistas na Emergência Pediátrica do Hospital), descreve-se o resultado de relatório internacional para a área da saúde em geral. Examinam-se as alterações de condições econômicas, que levaram a mudanças organizacionais, com modificação das condições de trabalho. No plano do trabalho em saúde em geral, isso pode gerar um clima de violência, e vir a formar um ciclo pernicioso entre violência e estresse, quando o autor se pergunta: "como o estresse gera violência" (MARTINO, 2003, p. 4, tradução nossa). De que maneira o autor relaciona o plano macro da economia ao micro das violências? Assim ele escreve:

Reestruturação generalizada no setor de saúde através de privatização, descentralização e racionalização está tendo um profundo efeito sobre as condições de trabalho e emprego. Vários relatórios da OIT indicam que esses

34 O autor escreve sobre a chamada "era de ouro da medicina": "Nas décadas após à II Guerra Mundial, sociólogos desenharam os médicos norte-americanos como os sortudos herdeiros de uma era de ouro da medicina" (ZUGER, 2004, p. 69, tradução nossa).

processos podem ser acompanhados com diferentes intensidades de país a país e de situação à situação por *downsize*, *layoff*, congelamento ou cortes de salários, intensificação da jornada e velocidade do trabalho, aumento do tamanho da jornada efetivamente trabalhada, mudanças menos confortáveis e trabalho nas horas livres, mais subcontratação, mais trabalho temporário e ocasional (INTERNATIONAL LABOUR OFFICE/ILO, 1998; ULLRICH, 1997; BACH, 2000). Esses são todos potenciais estressores e podem levar ao clima de violência dada a incerteza, crescente desespero e vulnerabilidade. Tecnológica pode agir como outro multiplicador de estresse e de violência no trabalho (MARTINO, 2003, p. 22, tradução nossa).

A violência também afeta desigualmente profissionais da saúde, quando as maiores vítimas são as mulheres, dado que a área também emprega mais pessoas desse gênero: "a exposição aos riscos de violência é particularmente alta nas mulheres. O risco é ainda mais alto para certos tipos de violência, como assédio sexual" (MARTINO, 2003, p. 18, tradução nossa). Sumariamente, assim o autor expressa os impactos econômicos da correlação entre estresse e violência:

Os custos envolvidos para indivíduos envolvidos, empresas e comunidade são enormes. Estresse e violência causam imediato e ruptura em geral de longa duração nas relações interpessoais, na organização do trabalho e, em geral, no ambiente de trabalho (MARTINO, 2003, p. vii, tradução nossa).

A "síndrome de *burnout*" é um transtorno reconhecido na literatura e que tem, por definição, ser provocada exclusivamente pelas relações de trabalho. Segundo o Ministério da Saúde (2019), a síndrome de *burnout* também é chamada de síndrome do esgotamento profissional e se caracteriza como um distúrbio emocional. Os sintomas são de "exaustão extrema, estresse e esgotamento físico" (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019), que resultam "de situações de trabalho desgastante, que demandam muita competitividade ou responsabilidade. (...) comum em profissionais que atuam diariamente sob pressão e com responsabilidades constantes, como médicos" (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019). Características que podem indicar a síndrome de *burnout* são: "cansaço excessivo, físico e mental, dor de cabeça frequente, alterações no apetite, insônia, dificuldades de concentração, sentimentos de fracasso e insegurança, negatividade constante, sentimentos de derrota e desesperança, sentimentos de incompetência, alterações repentinas de humor, isolamento, fadiga, pressão alta, dores musculares, problemas gastrointestinais, alteração nos batimentos cardíacos" (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019). A "síndrome de *burnout*" não está, sob essa nomenclatura, catalogada na CID³⁵. Logo, não tem o reconhecimento oficial do Estado para ser diagnosticada como tal.

35 Noticiou-se (FOLHA, 2019) que a síndrome de *burnout* teria sido finalmente reconhecida pela OMS e constará da próxima versão da classificação oficial de doenças, o CID-11.

Pesquisou-se essa síndrome "entre gastroenterologistas, cirurgiões, radiologistas e oncologistas em hospitais no Reino Unido" (RAMIREZ et al., 1996, p. 724), quando se chegou à taxa de 27% de morbidade psiquiátrica, "sem diferenças significativas entre as quatro especialidades" (RAMIREZ et al., 1996, p. 724, tradução nossa), mas com menor nível de realização pessoal estavam os radiologistas (RAMIREZ et al., 1996, p. 724). Já na Suíça se escreveu que os níveis de *burnout* são altos (COHEN; RHYDDERCH, 2006, p. 438), quando se responsabilizou o "alto rodízio de pessoal, sistemas de turno, revezamento, modelos de trabalho, liderança e equipe de trabalho pobres, todos têm o potencial de impactar negativamente no bem-estar individual" (COHEN; RHYDDERCH, 2006, p. 438, tradução nossa).

Verificou-se o *burnout* também em médicos residentes costarriquenho, nas áreas de anestesia, recuperação, disciplinas médicas, cirurgia, ginecologia e obstetrícia, pediatria e psiquiatria. Os resultados alcançados foram: "a síndrome de desgaste como tal foi maior em mulheres, que cursavam o terceiro ano, sujeitos unidos, pessoas com filhos, menores de 30 anos e residentes das especialidades" (MILLÁN-GONZÁLEZ; MESÉN-FAINARDI, 2009, p. 91, tradução nossa). Há diferenças de resultados entre as especialidades, mas se interpreta, à luz do artigo, que o *burnout* estaria mais relacionado ao gênero que às especializações, como no caso de mulheres pediatras (MILLÁN-GONZÁLEZ; MESÉN-FAINARDI, 2009, p. 96).

Na França, pesquisaram-se 188 urologistas que estavam em treinamento e se concluiu que "24% tiveram uma síndrome de *burnout* severa" (ROUMIGUIÉ et al., 2011, p. 636, tradução nossa). Os indicadores de despersonalização e pouca realização pessoal estiveram relacionados à idade e jornada de trabalho (ROUMIGUIÉ et al., 2011, p. 636). A pesquisa não identificou a relação entre gênero do médico e transtorno (ROUMIGUIÉ et al., 2011, p. 636). Do lado oposto, o que diminuiu a incidência dessa síndrome? No trabalho de urologistas em dupla se chegou "a menor nível de exaustão emocional do que sozinho" (ROUMIGUIÉ et al., 2011, p. 636, tradução nossa), e "ter pelo menos um *hobby* prevenia exaustão emocional e melhorava os níveis de realização pessoal" (ROUMIGUIÉ et al., 2011, tradução nossa).

No Massachusetts General Hospital (EUA), pesquisaram-se 68 médicos residentes do primeiro ano de residência em psiquiatria: 28% estavam com *burnout* e "quase 1/3 da amostra (n = 68 residentes) o teve antes de iniciar a residência médica" (CHAUKOS et al., 2017, p. 189, tradução nossa). O efeito disso é que os "doentes tinham baixo grau de consciência e habilidades que ajudassem a lidar com elevados níveis de depressão, fadiga,

preocupação e estresse" (CHAUKOS et al., 2017, p. 189, tradução nossa).

Três artigos relacionaram o estresse ao *burnout* (RAMIREZ et al., 1996; MCMANUS; KEELING; PAICE, 2004; WILLIAMS et al., 2007, p. 203). O mais recente apontou as consequências, quais sejam, uma maior chance de erros e um "cuidado subótimo com paciente" (WILLIAMS; MANWELL; KONRAD, 2007, p. 203, tradução nossa). Os outros autores indicaram que personalidade e estilo de vida determinariam estresse e a síndrome (MCMANUS; KEELING; PAICE, 2004, [p. 29?]) e "percepção do clima do local de trabalho e da carga de trabalho" (MCMANUS; KEELING; PAICE, 2004, [p. 29?], tradução nossa) ajudam a prever o "estresse, *burnout* e satisfação com a medicina" (MCMANUS; KEELING; PAICE, 2004, [p. 29?], tradução nossa).

É Ramirez (1996) quem aponta mais elementos para a compreensão dos fatores que incidem para o *burnout* em médicos. Para o autor,

três fontes de estresse estiveram associadas a ambos, *burnout* e morbidade psiquiátrica: sentir-se sobrecarregado de tarefas, e com os efeitos na vida do lar, sentir-se mal organizado e com poucos recursos; lidar com o sofrimento do paciente (RAMIREZ et al., 1996, p. 724, tradução nossa).

A baixa satisfação pessoal influencia o *burnout*, na "relação com pacientes, familiares e equipe de trabalho; *status*/estima profissional; estímulo intelectual" (RAMIREZ et al., 1996, p. 724, tradução nossa). "Ter 55 anos ou menos e ser solteiro eram fatores de risco independentes para o *burnout*" (RAMIREZ et al., 1996, p. 724, tradução nossa). A prevalência era maior em quem sentia não ter treinamento suficiente em comunicação e gestão (RAMIREZ et al., 1996, p. 724). Uma reflexão que ajuda a entender um pouco do processo histórico a que os médicos estão submetidos:

Os médicos são uma população que tem "alto controle" (juntamente com policiais, advogados e clero), com situações que diminuem a capacidade dos médicos de controlarem o ambiente deles - local de trabalho ou condições de emprego desempenham um papel mais importante no suicídio do que em populações de controle mais baixas (GOLD; SEM; SCHWENK, 2013). As grandes mudanças que ocorreram na medicina nas últimas décadas, levando ao aumento das cargas de trabalho e exigências regulatórias, juntamente com a diminuição da capacidade de controlar a renda e as preocupações com a segurança e a responsabilidade pelo paciente, também podem levar a níveis mais altos de estresse, insatisfação no trabalho, esgotamento e depressão nos médicos (ANDREW; BRENNER, 2018, tradução nossa).

Finalmente, são citados efeitos do *burnout*. Essa síndrome pode influenciar negativamente o desempenho, a continuação da carreira e os cuidados com pacientes (PANAGIOTI et al., 2017, p. 195). Menciona-se também que programas recentes de redução

de *burnout* levaram a pequenos benefícios (PANAGIOTI et al., 2017, p. 195).

A depressão em médicos no Reino Unido foi de 19,5% (FRANK; DINGLE, 1999, p. 1887). Outro texto sobre médicos, nesse mesmo país, escreve que "entre 10% e 20% tornaram-se deprimidos no Reino Unido em algum momento da carreira deles, com risco de suicídio superior ao da população" (COHEN; RHYDDERCH, 2006, p. 438, tradução nossa). Em relação a perfis com incidência, residentes estariam sob risco de depressão (MATA; RAMOS; BANSAL, 2015) e a "depressão não é incomum entre pediatras" (ANDREW; BRENNER, 2018, tradução nossa). A autora e o coautor trazem vários fatores sociais para a depressão (ANDREW; BRENNER, 2018). Assim escreveram estigma da doença; "contradição de recomendar e não seguir" (ANDREW; BRENNER, 2018, tradução nossa), como no caso do tabagismo; "dificuldade de reconhecer depressão nos outros" (ANDREW; BRENNER, 2018, tradução nossa) - como em colegas - e em si; emocionalmente distante de colegas e dificuldade de pedir ajuda; "obrigação de aparentar estar saudável" (ANDREW; BRENNER, 2018, tradução nossa); "médico se sente incompetente de diagnosticar o próprio sintoma, aumentando a depressão devido à falta de valor e desesperança" (ANDREW; BRENNER, 2018, tradução nossa).

Contribui também o trabalho de Frank & Dingle, que escreveram um perfil epidemiológico de médicas em que a depressão foi mais comum: sem parceiro, sem filhos, com arma em casa, com mais estresse em casa, que bebia álcool, quem tinha saúde pior ou teve uma história de obesidade, síndrome de fadiga crônica, abuso de substância, uma desordem alimentícia ou outra desordem psiquiátrica e entre aquelas que reportaram trabalhar demais, insatisfação na carreira, menos controle do trabalho e alto estresse laboral (FRANK; DINGLE, 1999, p. 1887).

Não se obteve pesquisa que quantificasse o estresse na categoria médica. O estresse foi associado à exaustão emocional (MAYOR, 2002) e a problemas de saúde mental em geral (GADIT, 2009, p. 326). Ao contrário, o bem-estar confere ganhos individuais e melhora na qualidade da assistência (WALLACE; LEMAIRE; GHALI, 2009, p. 1714). Os fatores para o estresse compilados na literatura internacional abrangem variados campos sociais: trabalho, instituição reguladora da categoria médica, carreira médica, família e gênero. Seguindo-se essa sequência, foram apontadas como condições para o estresse de médicos, no trabalho imediato: "pressão no trabalho, alta demanda, baixo controle do ambiente de trabalho, relacionamento pobre com colegas e pressões no serviço" (DEPARTMENT OF HEALTH, 2008 apud GADIT, 2009, p. 326, tradução nossa). Na regulação da atividade médica, os

processos interpostos contra médicos, com a criação do *National Practitioner Data Bank*, uma base de dados nacional de processos, que é mais uma "fonte de angústia e estigma" (ANDREW; BRENNER, 2018, tradução nossa). Essa base se relaciona à manutenção de informações sobre julgamentos e decisões já tomadas contra médicos e que levam a discriminações quando da procura por emprego, o que os torna objeto de investigações permanentes, como sobre hospitalização forçada ou dependência química (ANDREW; BRENNER, 2018). Na carreira médica, há a existência de vários períodos de "transições etárias profissionais e pessoais" (PETERS et al., 2013, p. 7086, tradução nossa). Nesses períodos de transição, há um aumento da taxa de consultas com o médico (PETERS et al., 2013, p. 7086), que ocorrem, por exemplo: "de estudante a graduado, residente a *staff*, mudanças na carreira ou aposentadoria" (PETERS et al., 2013, p. 7086, tradução nossa). O silenciamento e adiamento de questões maritais pela tendência de se evitarem conflitos (ANDREW; BRENNER, 2018).

Araújo & Alves (2007) estudaram o "consumo de substâncias psicoativas". Indicaram-se que de 7% a 8% dos médicos abusam de álcool e aproximadamente 1% tem problemas com uso de drogas (ARANA, 1982 apud ARAÚJO; PALHARES-ALVES, 2007, p. 3). Os autores assinalam que haveria um subdiagnóstico de transtornos psiquiátricos de médicos, que seria na realidade um número superior a de "profissionais de ocupações equivalentes" (WILLIAMS; MICHIE; PATTANI, 1998 apud ARAÚJO; PALHARES-ALVES, 2007, p. 3). Em números do *General Medical Council*, relativos ao mês de dezembro de 2000, 201 médicos foram indicados para tratamento por esse conselho (ARAÚJO; PALHARES-ALVES, 2007, p. 3). Desse total, "apenas dois o foram por problemas físicos, os 199 restantes haviam sido encaminhados por transtornos mentais ou dependência de substância" (BRITISH MEDICAL ASSOCIATION, 1998 apud ARAÚJO; PALHARES-ALVES, 2007, p. 3).

Araújo & Alves revisaram a literatura e escreveram sobre a relação de determinados fatores a problemas de saúde mental. Assim escreveram os autores: "privação de sono e a ansiedade em decorrência da exaustão emocional à depressão clinicamente detectável, abuso de drogas e suicídio" (KENDELL, 2000 apud ARAÚJO; PALHARES-ALVES, 2007, p. 3); "O abuso de álcool e drogas como autoindulgência por um estilo de vida estressante e caótico" (SELIGMANN-SILVA, 1997 apud ARAÚJO; PALHARES-ALVES, 2007, p. 4); seriam "especialidades de alto risco: anestesiologia, emergência e psiquiatria" (MCAULIFFE et al., 1987; TALBOTT et al., 1987; BROOKE; EDWARDS; ANDREWS, 1993 apud ARAÚJO; PALHARES-ALVES, 2007); ocorrência de "automedicação e consultas de

corredor" (KENDELL, 2000 apud ARAÚJO; PALHARES-ALVES, 2007, p. 3; CASAS, 2004 apud ARAÚJO; PALHARES-ALVES, 2007, p. 7); falta de reconhecimento de "colegas, especialmente na doença mental" (ARAÚJO; PALHARES-ALVES, 2007, p. 3).

A automedicação e a autoprescrição foram abordadas pela literatura, quando se escreveu sobre a complexa e significativa associação entre "autodiagnóstico, autoreferência e autotratamento" (MONTGOMERY; BRADLEY; ROCHFORD, 2011, p. 490, tradução nossa). De médicos que responderam pesquisa em Hong Kong, 2/3 cuidavam de si quando doentes e 62% "se automedicavam-se com prescrição médica" (CHEN et al., 2008, p. 183, tradução nossa). A pesquisa identificou o perfil mais provável de se autoprescrever, como sendo o de médicos graduados em escolas de Hong Kong, médico clínico geral e que não tenha sido membro da *Hong Kong College of Family Physicians* (CHEN et al., 2008, p. 183). A autoprescrição era justificada pelos médicos na crença de que não precisavam "de um médico pessoal" (CHEN et al., 2008, p. 183, tradução nossa), o que correspondia a 70% dos respondentes. Esse resultado é coerente com outras pesquisas, que revelam que médicos não esperam adoecer (MONTGOMERY et. al., 2011, p. 490, tradução nossa), sentem-se "não vulneráveis à doença e tem que permanecer fortes, sem atrapalhar outras pessoas" (KLITZMAN, 2006, p. 542, tradução nossa). Acredita-se que o autotratamento é comum na profissão e que seria o apropriado a ser feito tanto em condições crônicas, como agudas, constituindo uma parte da "cultura de ambos, médicos e estudantes de medicina" (MONTGOMERY et. al., 2011, p. 490, tradução nossa). O mais determinante para procurar apoio médico era a especialidade médica (CHEN et al., 2008, p. 183, tradução nossa).

Efeitos coletivos relatados nos textos são o impacto da automedicação "para médico e a qualidade do cuidado com pacientes" (MONTGOMERY et. al., 2011, p. 490, tradução nossa) e o risco ocupacional desse comportamento para a profissão (MONTGOMERY et. al., 2011, p. 490, tradução nossa). Segundo Klitzman, para se tratar, o médico buscaria colega que não o ameaçasse, no que chamou de "sistema de negação, não de suporte" (KLITZMAN, 2006, p. 524, tradução nossa). Para o autor (KLITZMAN, 2006, p. 524), a própria questão física se coloca na problemática, quando médicos teriam a fisicalidade de si como uma identidade ou uma atividade, e se revelariam "tensões entre trabalho, identidade, profissionalismo e saúde na medicina contemporânea" (KLITZMAN, 2006, p. 524, tradução nossa).

A revisão de literatura permite expor fatores da situação dos (das) médicos doentes, enquanto pacientes. Para Tomlison, há riscos de saúde relacionados à profissão médica e os

problemas inerentes para se lidar com a doença, pois a educação e a prática clínica preparariam pobremente para a condição de paciente (TOMLINSON, 2014, p.g3600). Para o profissional médico haveria um aprendizado com os erros médicos cometidos nele próprio (TOMLINSON, 2014, p.g3600). Contudo, é o segredo uma característica profissional, como já se escrevera em 1952 (SINGER, 1951 apud TOMLINSON, 2014, p.g3600).

Stanton & Randal (2016) abordam a relação terapêutica entre psiquiatra com médico paciente. Para as autoras, há quatro fatores que dificultam a construção do vínculo entre ambos: um senso de invencibilidade dos médicos, senso de conexão pessoal do psiquiatra atendente com o médico paciente, o conhecimento médico extensivo, tentativa de ser um bom paciente (STANTON; RANDAL, 2016, p. 1). As autoras argumentam que a explicitação desses fatores e o relato da história do médico-paciente, bem como a conversa sobre a experiência da consulta colocam mais cedo "qualquer potencial de ruptura na relação terapêutica" (STANTON; RANDAL, 2016, p. 1, tradução nossa). Mas, na prática, os médicos pacientes "raramente comunicaram insatisfação ou desacordo com os psiquiatras deles" (STANTON; RANDAL, 2016, p. 1, tradução nossa). São tecidas críticas tanto à cultura médica, quanto ao modelo biomédico de medicina. Assim escreveram as autoras:

cultura médica de padrões altos e irrealistas, com limitado espaço para vulnerabilidade e falibilidade, vigilância a julgamento e valoração clínica sobre o conhecimento pessoal do médico afetam a relação do médico com o médico paciente (STANTON; RANDAL, 2016, p. 1, tradução nossa).

Os médicos pacientes "descreviam respostas variadas e amplas a diagnóstico e a tratamento no interior do modelo biomédico" (STANTON; RANDAL, 2016, p. 1, tradução nossa).

Consequências de médico como paciente de doença mental tiveram sentidos opostos. Vonnegut (2016, p. 643) mostra que a reação de pacientes é de se "importarem bem mais com a qualidade do atendimento do que com o fato de o médico que os trata ser portador de transtorno bipolar, especialmente em casos recém-diagnosticados - o que favoreceria a abertura para se cuidarem. Foram também pesquisados médicos que trabalham doentes, com doença crônica, ou incapacitados, quando se verificou que recebem apoio insuficiente (SMITH; GOLDACRE; LAMBERT, 2016, p. 1), além de sofrerem outras consequências. Assim escreve o texto:

apoio insuficiente (...), atrasos e mudanças nas carreiras (planejadas antecipadamente ou impostas), o impacto da pressão no trabalho, dificuldades para a volta ao trabalho depois das doenças, limitações nas escolhas de carreira e aconselhamento inadequado nas carreiras" (SMITH; GOLDACRE; LAMBERT, 2016, p. 1, tradução nossa).

Finalmente, estudaram-se 102 médicos residentes em anesthesiologia na Arábia Saudita e se apontou um alto risco de fadiga em mais da metade (ARAB; KHAYYAT, 2017, p. 292). A explicação para isso seria "multifatorial, explicada por longas jornadas ou hábitos de vida ou culturais" (ARAB; KHAYYAT, 2017, p. 292, tradução nossa) e teria como efeitos a sonolência excessiva (ARAB; KHAYYAT, 2017, p. 292). Já as desordens de personalidade são pouco encontradas em jovens médicos e a desordem denominada *borderline* é "mais descrita entre mulheres" (GOLDMAN; MYERS; DICKSTEIN, 2000 apud GADIT, 2009, p. 326, tradução nossa). Já no gênero masculino foram identificados "comportamentos antissociais e comportamentos dependentes inesperados são observados em homens, particularmente quando rejeitados em relacionamentos interpessoais" (GADIT, 2009, p. 326, tradução nossa).

Análise da literatura internacional

A literatura internacional concentrou os temas estudados em três problemas de saúde mental: estresse, *burnout* e suicídio, mas versou sobre um total de 32. Enquanto o *burnout* tem como fator causal exclusivamente a atividade de trabalho, o estresse descrito na literatura sobre médico foi causado principalmente por relações de trabalho (MCMANUS; KEELING; PAICE, 2004, [p. 29?]; ANDREW; BRENNER, 2018; DEPARTMENT OF HEALTH, 2008 apud GADIT, 2009, p. 326; DEPARTMENT OF HEALTH, 2008 apud GADIT, 2009, p. 326; COHEN; RHYDDERCH, 2006, p. 438; RAMIREZ et al., 1996, p. 724), mas não só. Essas foram questões de família e pessoais (MCMANUS; KEELING; PAICE, 2004, [p. 29?]; RAMIREZ et al., 1996, p. 724). Os efeitos do estresse apontados pela literatura são problemas de saúde mental (MAYOR, 2002; GADIT, 2009, p. 326; FRANK; DINGLE, 1999, p. 1887), riscos de suicídio (DOBSON, 2001, p. 945) e riscos para o paciente (WILLIAMS; MANWELL; KONRAD, 2007, p. 203). Esse risco também foi encontrado como consequência do *burnout* (WILLIAMS; MANWELL; KONRAD, 2007, p. 203; PANAGIOTI et al., 2017, p. 195), dentre outros impactos profissionais. Já quanto ao suicídio de médico, ele impacta a equipe médica (TABACHNICK, 1961 apud MELEIRO, 2017, p. 139; MELEIRO, 1998, p. 139).

São inúmeros os fatores relacionados ao suicídio de médico, sendo tipicamente multifatorial. Há, no entanto, uma hierarquia de fatores, Pesquisa indicou que em

praticamente $\frac{3}{4}$ dos casos, o suicídio de médico esteve relacionado a relações de trabalho (HAWTON; MALMBERG; SIMKIN, 2004, p. 1 apud MELEIRO, 2017), reiterado por outros estudos (A.M.A. COUNCIL ON SCIENTIFIC AFFAIRS, 1987 apud MELEIRO, 1998, p. 137; SARGENT et al., 1977, p. 143; ANDREW; BRENNER, 2018; DOBSON, 2001, p. 945; DEPARTMENT OF HEALTH apud GADIT; GOLD; SEM; SCHWENK, 2013 APUD ANDREW; BRENNER; COHEN; RHYDDERCH, 2006, p. 438). Os outros fatores apontados pela literatura são: de ordem pessoal (HAWTON; MALMBERG; SIMKIN, 2004, p. 1 apud MELEIRO, 2017; MELEIRO; WANG, 1995 apud MELEIRO, 2017, p. 137; (A.M.A. COUNCIL ON SCIENTIFIC AFFAIRS, 1987 apud MELEIRO, 1998, p. 137; SARGENT et al., 1977, p. 143; DOBSON, 2001, p. 945), problemas de saúde mental (GAGNÉ; MOAMAI; BOURGET, 2011; HAWTON; MALMBERG; SIMKIN, 2004 apud MELEIRO, 2017; HAWTON; MALMBERG; SIMKIN, 2004, p. 1 apud MELEIRO, 2017; (A.M.A. COUNCIL ON SCIENTIFIC AFFAIRS, 1987 apud MELEIRO, 1998, p. 137; DOBSON, 2001, p. 945) e familiar (MELEIRO; WANG, 1995 apud MELEIRO, 2017, p. 13; SARGENT et al., 1977, p. 143). O tema do suicídio apresenta muito mais estudos sobre as causas do que as consequências; em estresse e *burnout*, observa-se que há estudos nos dois âmbitos, apesar do número maior sobre causas do que em efeitos.

A literatura internacional apontou as relações de trabalho como fator causal de inúmeros problemas de saúde mental nos médicos. Esses foram: o suicídio, *burnout*, despersonalização e pouca realização pessoal, exaustão emocional, estresse, insatisfações, preocupações, isolamento, fadiga, esgotamento, depressão e automedicação, sonolência excessiva, angústia e estigma. Os impactos nas relações de trabalho foram diferenciados para quem recebeu apoios, ou não. Dos médicos que tiveram psicoterapia, proporção significativa conseguiu se recuperar no trabalho (DAVIES et al., 2016, p. 238). Mas quando o apoio foi insuficiente, tiveram dificuldade na carreira, para retornar ao trabalho, lidar com a pressão e fazer escolhas (SMITH; GOLDACRE; LAMBERT, 2016, p. 1). Ainda nas consequências, houve preocupações quanto à qualidade do trabalho, em relação ao paciente (MONTGOMERY et. al., 2011, p. 490), e o excesso de sonolência (ARAB; KHAYYAT, 2017, p. 292).

As relações de trabalho que se constituem em fatores causais para os problemas de saúde mental dos médicos giram em torno da ordenação do trabalho médico, em grande medida. Há aspectos centrais dessa ordenação elencados na literatura internacional, e há uma em que ela apenas influencia, dada a autonomia de outra estruturação. Essa é a ordenação da

formação médica (TOMLINSON, 2014, p.3600). Central para a ordenação é o modelo de prática médica, o modo em que se executa essa ordenação e as questões práticas para os médicos. O modo de execução pela gestão não foi citado, mas sim o todo organizacional (PANAGIOTI et al., 2017, p. 195). O modelo de prática médica para a ordenação do trabalho descrito na literatura internacional consiste em sistema de turnos, revezamento, rodízio de pessoal, liderança de equipe (COHEN; RHYDDERCH, 2006, p. 438); a pobreza no relacionamento entre colegas médicos é referida em Cohen & Rhydderch, e também pelo Department of Health (2008 apud GADIT, 2009, p. 326). A literatura traz outros fatores causais nas relações de trabalho: tamanho da jornada (ARAB; KHAYYAT, 2017, p. 292; ROUMIGUIÉ et al., 2011, p. 636; FRANK; DINGLE, 1999, p. 1887), carga de trabalho (DEPARTMENT OF HEALTH, 2008 apud GADIT, 2009, p. 326; ANDREW; BRENNER, 2018), relações com instituição reguladora (ANDREW; BRENNER, 2018), com duas faces do controle pelo médico - diminuição do controle do trabalho (FRANK; DINGLE, 1999, p. 1887) e do ambiente de trabalho (DEPARTMENT OF HEALTH, 2008 apud GADIT, 2009, p. 326; GOLD; SEM; SCHWENK, 2013 apud ANDREW; BRENNER, 2018) -, no contexto de uma carreira médica (PETERS et al., 2013, p. 7086), com condições de emprego (GOLD; SEM; SCHWENK, 2013 apud ANDREW; BRENNER, 2018) e diminuição da renda (ANDREW; BRENNER, 2018).

2.2.2 Problemas na saúde mental de médicos brasileiros

A literatura sobre problemas na saúde mental em médicos no Brasil é a seguir revisada. Buscaram-se igualmente os fatores para a incidência dos transtornos encontrados e os efeitos desses.

"Por que se preocupar com a saúde mental, em especial, do médico?", assim Andrade & Sampaio (2016, p. 12) se perguntam no livro "O médico e o estudante de medicina: quando eles precisam de ajuda". O coautor, médico psiquiatra, e também reitor da Universidade Estadual do Ceará, assim definiu a doença mental:

modo de reapropriação que revela o fracasso das tentativas de entender, superar, evitar ou tornar suportáveis os sofrimentos psíquicos, radicalizando o processo de estresse e de alienação, fazendo o sujeito viver tensões sem expectativa de solução ou aprofundar tentativas de abolir um dos polos das contradições (SAMPAIO, 2016, p. 25).

A partir de "mais de 220 referências colhidas e triadas de 1966 a 2016, em quase 50 anos de ensino médico resumidos, pelos mais diferentes países", Andrade & Sampaio (2016, p. 12) situam o problema na escala mundial, quando os autores se dedicaram a investigar a formação médica. Os autores se preocupam em como a formação médica se relaciona ao "sofrimento psíquico de médicos e estudantes de medicina" (ANDRADE; SAMPAIO, 2016, p. 12-13), pois "o curso médico deforma ao mesmo tempo em que forma" (ANDRADE; SAMPAIO, 2016, p. 12-13).

Contrastar a decisão de se estudar medicina com a prática médica remeteria a vivências e experiências que contribuem para compreender o drama que o médico viverá na atividade médica. Assim eles escrevem:

A análise da vontade de ser médico já suscita a ambivalência que o aluno viverá: de um lado, as idealizações dos sonhos infantis, a vontade de prestar ajuda, a projeção de *status* e o alimento da onipotência adolescente; de outro, as dificuldades com o ambiente acadêmico, os resquícios da competição do processo seletivo anterior, as carências de estrutura e, principalmente, as limitações do exercício profissional, quando o aluno se depara com a impotência ante a morte ou o adoecimento crônico (ANDRADE; SAMPAIO, 2016, p. 302).

Para os autores, o consumo de álcool e drogas se daria para "atenuar as angústias" (ANDRADE; SAMPAIO, 2016, p. 303), como "um caminho quase sem volta do estudante ou médico, que, paradoxalmente, orienta seus pacientes, mas é incapaz de lidar com o próprio adoecimento" (ANDRADE; SAMPAIO, 2016, p. 303-304). No prefácio dessa obra, o psiquiatra Luiz Roberto Millan (2016, p. 16) sublinha as descrições quanto à ansiedade e depressão de estudantes de medicina e médicos feitas no livro. Também discute a dificuldade de reconhecimento da doença pelos médicos, a partir da relação entre médicos e pacientes, quando esses procuram "pessoas onipotentes que os protejam" (MILLAN, 2016, p. 15). Por sua vez, os médicos acabam por se identificar com o "personagem mítico, uma forma de negar suas fragilidades físicas e psicológicas" (MILLAN, 2016, p. 15). O efeito disso é que deixam "muitas vezes de procurar assistência psicológica em momentos de crises e descuidam de sua saúde, agindo de forma contrária às orientações dadas a seus pacientes, com consequências facilmente previsíveis" (MILLAN, 2016, p. 15).

Em estudo específico sobre médico residente, indicou-se que os problemas maiores estariam localizados no primeiro ano e nos "estágios/períodos sobrecarregados pelo atendimento a pacientes críticos" (NOGUEIRA-MARTINS, 2010, p. 13). Cunha et al. (2016), por sua vez, estudaram médicos da atenção primária à saúde, urgência e emergência. Concluíram "que o estado civil, a universidade em que cursou medicina, a cidade onde

trabalha e o tempo de atuação influenciam na qualidade de vida" que tem o médico (CUNHA et al., 2016, p. 53). Outro artigo assevera que, entre médicos, os transtornos mentais prevalecem sobre os outros problemas de saúde mental, com destaque para o esgotamento profissional (*burnout*) (GRACINO et al., 2016).

A pesquisa mais extensa sobre a saúde de médicos no Brasil coletou os dados primários entre 2005 e 2006 (GOUVEIA; CARNEIRO, 2007, p. 91). Os autores citaram os seguintes fatores como responsáveis pelo quadro de saúde revelado na pesquisa: trabalho estressante (MASSUD; BARBOSA, 2007, p. 187), condições de trabalho não satisfatórias para a maioria (MASSUD; BARBOSA, 2007, p. 187), o contexto laboral que impacta o bem-estar e a saúde mental e física (ANDRADE, 2007, p. 12-13), paradoxos (ANDRADE, 2007, p. 13), a relação entre emoções e vida laboral (GOUVEIA; BARBOSA; MASSUD, 2007, p. 41 passim), questões de confiança (MASSUD; BARBOSA, 2007, p. 189).

Seriam ao menos entre 10% e 20% os médicos emocionalmente perturbados (GONÇALVES-ESTELLA et al., 2002, p. 278 apud CARNEIRO; GOUVEIA, 2004, p. 148), sendo que de 5% a 12% apresentariam um efeito sério para a "prática laboral, podendo ter consequências maléficas tanto para seus pacientes como para si mesmos" (GONÇALVES-ESTELLA et al., 2002, p. 278 apud CARNEIRO; GOUVEIA, 2004, p. 148). Quando esses autores concluíram: "durante anos, os médicos têm procurado promover a saúde da população. É preciso insistir, isso apenas será plenamente viável quando os mesmos tiverem assegurado sua própria saúde" (CARNEIRO; GOUVEIA, 2004, p. 148), o que parafraseia o já citado Galeno (apud ANDRADE; SAMPAIO, 2016, p. 13).

Teria havido um crescimento significativo em estudos sobre qualidade de vida de médicos residentes a partir de 2004 (LOURENÇÃO; MOSCARDINI; SOLER, 2010, p. 82 apud LAGO, 2013), com destaque à depressão, ansiedade, estresse, ideação suicida e adição a drogas. O autor, contudo, se surpreende com "a pequena quantidade de estudos acerca do adoecimento psiquiátrico dentro da profissão médica" (A'BROOK; HAILSTONE; MCLAUHLAN, 1967, p. 1013 apud LAGO, 2013, p. 42).

Seguindo na revisão de literatura da tese, indicam-se fatores sociais para o adoecimento psiquiátrico de médicos. O uso de substâncias químicas estaria mais relacionado à especificidade do trabalho médico "com os pacientes do que à facilidade de acesso às substâncias" (LAGO, 2013, p. 43). Com isso, o autor abre uma polêmica na literatura, quando compara médicos a membros de outras categorias, como farmacêuticos, dentistas (SHORTT,

1979 apud LAGO, 2013, p. 43) e enfermeiros (COFFEY; COLEMAN, 2001 apud LAGO, 2013, p. 43), que teriam também facilidade de acesso e de uso de substâncias químicas, mas têm um consumo menor. Um fator citado é o que esse autor chamou de "contágio emocional" (LAGO, 2013, p. 44), que caracteriza como "empatia (...), [que] torna o observador capaz de ressoar, ecoar com o estado emocional do outro, por meio da emulação das representações motoras do outro e associar-se autonomicamente e somaticamente às respostas do outro" (LAGO, 2013, p. 87-88). Entende-se que a empatia não está descolada do contexto e, sim, combinada às "precárias condições físicas de trabalho" (NASCIMENTO SOBRINHO et al., 2006 apud LAGO, 2013, p. 49).

Observou-se uma mortalidade entre médicos superior à de engenheiros e advogados, considerados grupos socioeconômicos semelhantes, em estudo costarricense em que se analisaram mais de 50 anos dos índices de mortalidade (CARTÍN-BRENES; ON-CUBILLO; VARELA-VINDAS, 2009 apud POMPERMAIER, 2009, p. 3). A área de especialidade de médico é um fator que influencia as diferentes taxas de mortalidade existentes no interior da categoria médica, que foram assim justificadas pelo autor: "exposição a fatores de risco diferentes, tanto físicos como psicológicos, além do estilo de vida do médico pertencente a determinada área" (POMPERMAIER, 2009, p. 3).

Médicos na condição de pacientes também foram estudados, com uma amostra de doentes cardíacos, no Instituto do Coração (SP) (MELEIRO, 2005). Quanto à existência de transtornos, chegou-se aos seguintes resultados: o uso de nicotina foi superior a 60%, "mesmo em pacientes médicos, em detrimento de todo o conhecimento que adquiriram na faculdade" (2005, p. 119) - o que configura crítica recorrente na literatura, dada a contradição colocada; uso de álcool em 47,2%, e negado o consumo de maconha, cocaína e outras drogas (MELEIRO, 2005, p. 119); depressão em 35,8% dos médicos, (quando para engenheiros é de 34,5% e advogados, 19,4%) (MELEIRO, 2005, p. 119); 41,5% dos médicos apresentaram sintomas obsessivo-compulsivos, preocupação com detalhes e devoção excessiva ao trabalho (MELEIRO, 2005, p. 122); a maioria dos médicos se automedicava (MELEIRO, 2005, p. 146).

De acordo com os dados apresentados pela autora, "os médicos diferiram estatisticamente dos advogados e engenheiros nos aspectos decorrentes do impacto" (MELEIRO, 2005, p. 159) do adoecimento, quando apontou as diferenças. Assim escreveu a autora:

motivaram-se menos para mudar suas vidas após a doença; ficaram mais ansiosos

e irritados com o fato de estar[em] doentes; não se preocuparam em ser bons pacientes; referiam maior satisfação com os cuidados da equipe de enfermagem; desaprovaram a orientação do tratamento médico; confiaram menos na prescrição médica, seguindo-a pouco; preocuparam-se mais com os efeitos colaterais dos medicamentos; declararam gostar muito de ser informados sobre a medicação prescrita; tinham o hábito de tomar remédios por conta próprio com maior frequência antes da internação; valorizam pouco a atitude dos médicos em sua melhora (MELEIRO, 2005, p. 159).

Algumas emoções dos médicos pacientes foram reveladas na pesquisa: o desamparo por ficarem sem a companhia de outros médicos no período vespertino (MELEIRO, 2005, p. 136), sentimento de controle da situação, quando pensam que não se mentiria para um médico paciente (MELEIRO, 2005, p. 149), raiva dos colegas, por ocultação de informações sobre diagnóstico (MELEIRO, 2005, p. 148).

O adoecimento médico também foi referido como uma "ferida narcísica", pois "o papel de enfermo representa uma ferida no narcisismo de muitos médicos" (HOIRISCH, 1976 apud MELEIRO, 2005, p. 133). Para a autora, a ferida seria maior no membro da categoria médica, o que revelaria o que chamou de "paradoxo do mistério da cura, o mito de Eusculápio: 'aquele que está sempre curando permanece eternamente doente ou ferido'" (MELEIRO, 2005, p. 133).

Para Santa & Cantilino (2016, p. 772), os médicos são da categoria profissional em que ocorre a "maior incidência de transtornos psiquiátricos" (SANTA; CANTILINO, 2016, p. 772), como "depressão e abuso de substâncias, e sofrimento psíquico" (SANTA; CANTILINO, 2016, p. 772). Os fatores sociais seriam "relacionados a vivências específicas da profissão, como grande carga de trabalho, privação do sono, dificuldade com pacientes, ambientes insalubres, preocupações financeiras e sobrecarga de informações" (SANTA; CANTILINO, 2016, p. 772).

Um estudo indica três "fatores etiológicos mais importantes" em doenças psiquiátricas de médicos: "o histórico psiquiátrico da família, a experiência de vida e a personalidade" (WARING, 1974 apud MELEIRO, 1998, p. 138). Outra referência dessa autora parece sinalizar mais para a especificidade médica, quando cita a "negligência da família e dos colegas" (SIMON; LUMRY, 1968 apud MELEIRO, 1998, p. 135), e emana frase que pode ser assumida como interjeição: "ele é médico, sabe se cuidar" (SIMON; LUMRY, 1968 apud MELEIRO, 1998, p. 135).

A dependência a substâncias se verifica entre médicos no Brasil e no mundo - apesar de terem se localizado mais literatura sobre o problema no país do que no exterior. Na

literatura sobre médicos brasileiros, verificaram-se problemas de adição com a automedicação, álcool, drogas, tabagismo, nicotina, narcóticos e "substâncias químicas" - além de pesquisa que verificou uma lista de 17 drogas (GOUVEIA; CARNEIRO, 2007, p. 100), as mesmas que foram verificadas no chamado "I Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil" (CARLINI; GALDURÓZ; NOTO; NAPPO, 2001). Aquela pesquisa nacional com médicos perguntou sobre o uso de drogas e medicações em todos os estados brasileiros. Os autores elaboraram tabela com o resultado de pesquisa sobre o uso de drogas psicotrópicas entre médicos no Brasil (BARBOSA; GOUVEIA; CARNEIRO; MASSUD, 2007, p. 176), em que descrevem o uso de drogas e o risco de dependência na categoria. A Tabela 2, a seguir, reproduz as descobertas dos autores.

Tabela 2 - Uso e dependência de drogas entre médicos brasileiros, com dados coletados em 2005-2006.

Agente	Usou alguma vez (%)	Adição (%)	Risco de adição (%)
Tabaco	44,4	6,8	15,3
Álcool	65,7	1,7	2,6
Drogas ilícitas	0	0	0
Maconha	14,5	0,2	1,4
Cocaína	4,1	0,02	0,5
Estimulantes	10,3	0,2	1,9
Ansiolíticos	24	1,3	5,4
Analgésicos	10,7	0,2	2
Psicodélicos	2,5	0,01	0,4
Heroína	0,2	0,01	5
Inalados	1,8	0	0

Adaptada de: BARBOSA; GOUVEIA; CARNEIRO; MASSUD, 2007, p. 176.

Com os resultados e análise da pesquisa sobre o uso de substâncias por médicos, tiraram-se conclusões. Quando se indicou o paradoxo entre o conhecimento e a prática, o real (práxis) e o dever-ser (normativo). Assim escreveram os autores:

É preocupante o número de médicos que usa drogas, além do álcool e do tabaco, notadamente pelo número de dependentes. Não fazem maior uso do que membros da população geral, porém, dada sua formação e consciência profissional, quiçá devesse fazer ainda menos (MASSUD; BARBOSA, 2007, p. 187).

Medicamentos para a saúde mental compunham a segunda (2ª) categoria de medicações mais consumidas por médicos (CARNEIRO; MASSUD, 2007, p. 162, Tabela 18): 20,9% consumiam remédios para transtorno mental e comportamental. Ao mesmo tempo, essa mesma categoria de problemas para a saúde estava na nona (9ª) posição da quantidade de

doenças reportadas por médicos - com 7,7% dos médicos com algum diagnóstico de transtorno mental ou comportamental (CARNEIRO; MASSUD, 2007, p. 160, Tabela 17). Portanto, observa-se uma grande diferença entre os 7,7% dos médicos que relatam ter o diagnóstico de algum transtorno mental ou comportamental e os 20,9% dos médicos que consomem medicação para os transtornos.

Meleiro escreve que a automedicação seria uma prática da maioria dos médicos (2005, p. 146). Ela relata "comunicação verbal de Cláudio Novaes Soares, médico psiquiatra responsável pelo Disque-Psiquiatria do Instituto de Psiquiatria - HC-FMUSP, em 1997, [quando] um número razoável, cerca de 20%, das ligações para informações sobre determinadas doenças psiquiátricas eram, na verdade, autoconsultas. A pessoa (médico) ligava, começava o discurso na terceira pessoa e gradativamente passava a utilizar a primeira pessoa" (MELEIRO, 2005, p. 163). Diante da orientação de "que procurem ajuda psiquiátrica" (MELEIRO, 2005, p. 163), alguns se sentem ofendidos (MELEIRO, 2005, p. 163). Para a autora, a automedicação de médicos pode se tornar "autoiatropatogênica", isto é, quando a "condição de paciente especial age em detrimento dele próprio" (MELEIRO, 2005, p. 162).

Para entender o problema dos "cuidados com a própria saúde" pelos médicos, Nogueira-Martins (2003) recorre a Meleiro (2005), para quem a "tendência do médico a se autodiagnosticar e se automedicar" (NOGUEIRA-MARTINS, 2003, p. 64) revelaria a "desadaptação" dos médicos, que classificou como uma "deformação adaptativa profissional" (NOGUEIRA-MARTINS, 2003, p. 64). Tal "desadaptação" se expressaria de diferentes formas: o médico reluta em buscar ajuda profissional de um colega, como paciente (NOGUEIRA-MARTINS, 2003, p. 64); exerce o papel de médico de familiares e amigos, em uma prática desconfortável, que requer "ajuda para se desvencilhar de uma verdadeira teia na qual se aprisionaram" (NOGUEIRA-MARTINS, 2003, p. 64); embotamento emocional, com aparente frieza (NOGUEIRA-MARTINS, 2003, p. 63); "negação ou minimização dos problemas profissionais", com "expectativas irrealistas que complementam os anseios dos pacientes e da sociedade, numa verdadeira conspiração contra os fatos da vida (...)[,] atitudes arrogantes e aparentemente insensíveis" (NOGUEIRA-MARTINS, 2003, p. 64).

O pesquisador também examina a prática médica. Assim escreve o autor:

de um humor negro através de uma linguagem irônica, amarga e do uso de um jargão onde predominam rótulos depreciativos revela, em realidade, uma incapacidade de lidar com as frustrações, tristezas e vicissitudes da tarefa profissional. Traduz, basicamente, a ausência de um repertório de recursos mais

amadurecido para lidar com os sentimentos de vulnerabilidade e impotência diante da vida (NOGUEIRA-MARTINS, 2003, p. 64).

O autor também identifica a tendência ao isolamento do médico, diante das relações sociais. A partir da abordagem do pesquisador, isso representaria uma contradição. Assim escreve o autor:

forte expectativa social de que o médico coloque as necessidades e a vida dos pacientes em primeiro lugar, acrescenta-se o desejo e a necessidade do médico de sentir-se necessário e insubstituível. Esta simbiose entre o médico e os clientes ou o hospital (...) impede o profissional de desfrutar outros aspectos da vida não médica (NOGUEIRA-MARTINS, 2003, p. 63-64).

Finalmente, é possível se delinear algumas conclusões sobre a atividade médica. Assim escreve o autor: "a insalubridade psicológica inerente à tarefa médica pode ser um importante fator desencadeante de distúrbios emocionais em estudantes, residentes e médicos predispostos ou mais vulneráveis" (NOGUEIRA-MARTINS, 1990 apud NOGUEIRA-MARTINS, 2003, p. 63-64).

Em artigo de 1996, esse autor escreveu que "os médicos, especialmente aqueles que tinham prática clínica, apresentavam casamentos mais instáveis, usavam drogas e álcool de forma abusiva e buscavam psicoterapia em proporção maior" (VAILLANT; SOBOWALE; MCARTHUR, 1972 apud NOGUEIRA-MARTINS, 1996). Investigara-se a influência exercida por diversos fatores e se concluiu que "somente os médicos com adaptações instáveis na infância e adolescência revelaram vulnerabilidade às solicitações da profissão" (VAILLANT; SOBOWALE; MCARTHUR, 1972 apud NOGUEIRA-MARTINS, 1996). Assim escreveu Nogueira-Martins:

os médicos apresentaram características de personalidade que são habitualmente relacionadas com aquelas encontradas em dependentes de drogas: dependência, pessimismo, passividade, insegurança e sentimentos de inferioridade; a superproteção materna e/ou paterna é um dado estatisticamente significativo entre os médicos; as características de passividade e autoagressão podem até ser benéficas para a clientela, porém, conduzem a uma pobre qualidade de vida do médico; a insatisfação conjugal não era devida à carga de trabalho do médico mas, ao contrário, alguns médicos trabalhavam muito como uma resposta a casamentos infelizes (VAILLANT; SOBOWALE; MCARTHUR, 1972 apud NOGUEIRA-MARTINS, 2003, p. 65).

Meleiro cita revisão de literatura (WARING, 1974) que conclui que "o histórico psiquiátrico da família, a experiência de vida e a personalidade" foram os "atores etiológicos mais importantes" para o adoecimento psiquiátrico de médicos" (WARING, 1974 apud MELEIRO, 1998, p. 138).

Médicos homens disseram que o uso de drogas se relacionava à "sobrecarga de trabalho, fadiga crônica e doença física" (MODLIN; MONTES, 1964 apud NOGUEIRA-MARTINS, 1996). Além disso, historicizou-se o período anterior à dependência às drogas, ao que se tiraram conclusões. Assim escreveu o autor:

sentimentos de muita revolta em relação aos pais. Mais de 50% dos pais eram referidos como alcoólatras ou consumidores excessivos de álcool e as mães eram descritas como extremamente nervosas, dominadoras, depressivas, hipocondríacas e cruéis. Simultaneamente, havia a presença de intensos sentimentos de dependência em relação às mães (MODLIN; MONTES, 1964 apud NOGUEIRA-MARTINS, 1996), os médicos haviam tido diversas doenças na infância, como cólicas intestinais, enurese, asma, obesidade, infecções respiratórias recorrentes e febre reumática (MODLIN; MONTES, 1964 apud NOGUEIRA-MARTINS, 2002).

O autor trata também das relações familiares, que podem ser interpretadas como causa ou consequência do problema relacionado ao uso que faziam das drogas. Possivelmente mais como efeito, "a vida conjugal uniformemente caracterizada por discórdia e infelicidade e 75% com sérias dificuldades sexuais com as esposas"³⁶ (MODLIN; MONTES, 1964 apud NOGUEIRA-MARTINS, 1996).

A dependência a substâncias foi estudada por Palhares-Alves et al. (2005, p. 139), com "198 médicos em tratamento ambulatorial por uso nocivo e dependência química" e os efeitos desse quadro. Os médicos buscaram tratamento 3,7 anos depois do reconhecimento do fato, sendo que 30,3% o buscaram de modo voluntário (PALHARES-ALVES et al., 2005, p. 139). Problemas vividos pelos médicos foram de ordem legal e social, que foram assim descritos: problemas profissionais (84,8%) (PALHARES-ALVES et al., 2005, p. 139), "problemas no casamento ou separação (52%)" (PALHARES-ALVES et al., 2005, p. 139), acidentes automobilísticos (42%) (PALHARES-ALVES et al., 2005, p. 139), "desemprego no ano anterior em quase 1/3 da amostra" (PALHARES-ALVES et al., 2005, p. 139), problemas jurídicos (19%) e problemas com os Conselhos Regionais de Medicina (CRMs), 8,5% (PALHARES-ALVES et al., 2005, p. 139).

Santos et al. (2012) pesquisaram um Pronto-Socorro no interior de Mato Grosso, quando identificaram transtornos do estresse profissional e dependência química. Sete médicos achavam que podiam adoecer sob as condições de trabalho em voga, duas não acreditavam e um não respondeu (SANTOS et al., 2012, p. 85-86). O risco à saúde de médico se relacionaria à falta de "adequadas condições de trabalho e garantia de qualidade de vida"

³⁶ A amostra foi de 25 médicos (MODLIN; MONTES, 1964, p. 358). Então, os 75% (MODLIN; MONTES, 1964, p. 359) equivalem a 19 médicos.

(SANTOS et al., 2012, p. 87). As consultas ocorriam com uma velocidade 144,7% maior do que o parâmetro estabelecido pelo Ministério da Saúde (SANTOS et al., 2012, p. 87), que, segundo as autoras, era de quatro consultas por hora, isto é, de 15 minutos para cada paciente³⁷ (SANTOS et al., 2012, p. 85), cf. a Portaria 1.101/2002 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002). Os efeitos encontrados na pesquisa foram: "falta de vontade de sair/contato social (50%), irritação ou impaciência (40%), desânimo/desmotivação (40%) e insônia (30%)" (SANTOS et al., 2012, p. 85), dificuldade ou falta de concentração (20%), tristeza sem causa aparente (20%), memória (esquecimento) (10%), excesso de apetite (10%), medo/insegurança (10%) (SANTOS et al., 2012, p. 85, Tabela 4). Fatores para dependência química e alcoolismo, ainda na literatura, seriam: "facilidade de acesso aos medicamentos, perda do tabu em relação a injeções, problemas emocionais, estresse em casa e no trabalho, busca de emoções fortes, onipotência e fadiga crônica" (PALHARES-ALVES, 2005 apud SANTOS et al., 2012, p. 85).

Finalmente, o tabagismo é outro problema de adição estudado na literatura, com o uso de nicotina. Segundo uma autora, os médicos que não fumam influenciam mais pacientes a pararem de fumar, com peso favorável para aqueles profissionais que "fazem o que dizem" (MCKENNA; NAYLOR; MCDOWELL, 1998 apud ASSUNÇÃO, 2012).

No tema do suicídio, textos acadêmicos brasileiros listaram inúmeros fatores e perfis de médicos que se autoexterminaram, quando os efeitos foram menos tratados. Contudo, essa literatura, quase integralmente, recorre a estudos internacionais, o que revela carência de estudos nacionais originais. Praticamente a única fonte genuína derivou de estudo do Conselho Regional de Medicina de São Paulo (CREMESP). A partir dessa fonte, concluiu-se que o suicídio foi a segunda maior causa de mortes entre médicos no estado de São Paulo, no período entre 2000 e 2009 (MELEIRO, 2013) e que a maior incidência foi entre as mulheres (PALHARES-ALVES, et al., 2015, p. 146). Listaram-se os fatores relacionados: conhecimento farmacológico, drogas, álcool (SAKINOFSKY, 1980 apud MELEIRO, 2013) e *status* maritais de solteiro e/ou divorciado (PALHARES-ALVES, 2015, p. 148).

O suicídio entre estudantes também foi abordado na literatura brasileira. Descreveu-se como fator central: "a consequência do sofrimento, apontada de forma quase unânime na literatura, muitas vezes, é o autoextermínio, sendo, em geral, segunda principal causa de morte entre estudante e também de médicos" (ANDRADE; SAMPAIO, 2016, p. 304).

³⁷ Em exposição de motivos de uma resolução do CFM, o relator escreveu: "utiliza-se como referência desejável o máximo de três pacientes por hora/médico(a)" (RIBEIRO, 2014, p. 11).

Indicou-se o período do curso de medicina com maior incidência dos chamados "Transtornos Mentais Leves (TML)"³⁸: "No quarto ano, o período de maior prevalência de suspeitos de portar TML, também há a maior queixa de disputa por notas pelos alunos" (ANDRADE; SAMPAIO, 2016, p. 302).

Em estudo amostral no território brasileiro sobre ideação suicida em médicos, com aplicação de teste específico, chegou-se aos seguintes patamares: 4,6% "sentem-se sem esperanças, infelizes e têm pensado em dar fim à própria vida" (MASSUD; BARBOSA; GOUVEIA, 2007, p. 154) e 15,1% "sentem em menor medida que têm controle sobre suas vidas, com menor entusiasmo e confiança no futuro e em suas capacidades (MASSUD; BARBOSA; GOUVEIA, 2007, p. 155). Esses autores trazem paralelamente dados de dois outros países. Na Finlândia, 22,1% de médicos e 25,9% das médicas têm "um histórico de tentativa ou ideação suicida" (OLKINUORA et al., 1990 apud GOUVEIA; BARBOSA; MASSUD, 2007, p. 46-47); já nos Estados Unidos, "o suicídio explica cerca de 35% das mortes prematuras" das médicas (FRANK; DINGLE, 1999, p. 1887 apud GOUVEIA; BARBOSA; MASSUD, 2007, p. 46).

O estresse - com o mesmo número de artigos que tratam a depressão - foi o tema relacionado à saúde mental de médicos brasileiros mais recorrente na literatura. Assuntos correlacionados foram: o estresse de médicos residentes e médicos contratados, o trabalho em hospital, condições de vida, condições de trabalho, áreas de atuação, médicos de especialidades mais afetados, história de vida, relação entre médico e paciente. O livro coordenado pela socióloga Maria Helena Machado (1997) abordou o problema várias vezes, quando em grande medida correlacionou-o ao conceito de desgaste e, em geral, como estresse ocupacional³⁹. A seguir, faz-se essa resenha.

38 Os chamados "TML" estiveram associados na literatura a uma técnica de medição de transtornos mentais e comportamentais, o *Self-Report Questionnaire-20* (ANDRADE et al., 2014; ANDRADE; SAMPAIO, 2016, p. 302), sem haver maior problematização da expressão denominada "Transtornos Mentais Leves". Uma dissertação critica tanto os chamados Transtornos Mentais Leve, como os "Transtornos Mentais Comuns" (TMC), "cuja falta de definição os deixa muito soltos ou frouxos, sem delimitação" (SILVA, 2012, p. 31).

39 A autora recorre à discussão de Laurell & Noriega (1989, p. 115) sobre as relações entre processo de produção e saúde, quando busca conceituar desgaste: "sua definição está associada à 'perda da capacidade, efetiva e/ou potencial, biológica e psíquica' do indivíduo, considerando-o mediador privilegiado entre o processo de trabalho e a constituição biopsíquica característica de grupos de trabalhadores. Essa formulação teórica propõe que, no processo de trabalho, esses grupos estão submetidos a cargas físicas, químicas, biológicas, fisiológicas e psíquicas que 'interatuam dinamicamente entre si e com o corpo do trabalhador, gerando processos de adaptação que se traduzem em desgaste'. A conformação biológica e psíquica adquirida pelos homens historicamente é resultante da combinação entre desgaste e reprodução (reposição e desenvolvimento da capacidade biopsíquica), que, por sua vez, determina uma grande diversidade de doenças - o perfil patológico de um grupo social" (MACHADO, 1997).

O estresse de médico residente esteve combinado a desgaste e jornadas de trabalho longas e exaustiva, além de um exercício profissional que seria propriamente o de um médico mais experiente, para Machado (1997, p. 74). Na pesquisa da autora, 91% dos residentes se consideravam submetidos a desgaste profissional (MACHADO, 1997, p. 74, Gráfico 2.6). Nogueira-Martins versou sobre os fatores do estresse em médicos residentes. Assim escreveu o autor:

[as] principais fontes de estresse identificadas pelos residentes foram: medo de cometer erros; fadiga, cansaço; falta de orientação; estar constantemente sob pressão; plantão noturno; excessivo controle por parte dos supervisores; lidar com as exigências internas (ser um médico que não falha); falta de tempo para lazer, família, amigos, necessidades pessoais (NOGUEIRA-MARTINS, 2003, p. 63).

O autor aponta ainda os problemas enfrentados por residentes em "12 programas de Residência Médica" (NOGUEIRA-MARTINS, 2003, p. 63). Assim escreve o autor:

a quantidade de pacientes; a comunicação com pacientes de baixo nível socioeconômico-cultural; pacientes hostis e/ou reivindicadores; pacientes que vêm a falecer; pacientes com alteração de comportamento; as comunicações dolorosas (comunicar ao paciente e/ou à família situações graves ou de morte); os dilemas éticos; o medo de contrair infecções durante a realização de atos médicos (NOGUEIRA-MARTINS, 2003, p. 63).

Médicos contratados principalmente para a Emergência relatam a grande intensidade do trabalho assistencial que exercem (SANTOS, 2005, p. 10). Para eles, há maior exposição de riscos à saúde e situações de estresse, comparados a outros médicos (SANTOS, 2005, p. 10). Médicos de determinadas especialidades têm possibilidades mais baixas de curarem pacientes, levando a um sentimento de impotência, e que podem levar a uma pressão, desgaste e estresse maior (MACHADO, 1997, p. 184). As especialidades que tiveram mais de 90% dos médicos com desgaste foram: hansenologia, hemoterapia, cirurgia de mão, nefrologia, mastologia, reumatologia, pneumologia, neurocirurgia, anestesiologia, ortopedia e traumatologia, geriatria e gerontologia, hematologia, tisiologia, cancerologia (MACHADO, 1997, p. 182-183). Para Fogaça et al. (2009, p. 303), a relação entre condições de trabalho e qualidade de vida de um grupo de médicos e enfermeiros de UTI pediátrica e neonatal estaria comprometida. A autora e os coautores do texto concluíram que "tanto médicos como enfermeiros apresentaram altos esforços, demandas psicológicas, físicas e insegurança no trabalho que repercutiram na qualidade de vida no trabalho" (FOGAÇA et al., 2009, p. 303).

O estresse foi associado às condições de vida das médicas, com os constrangimentos das relações sociais. Assim escreveu Maria Helena Machado:

As atividades no lar, os encargos intransferíveis da procriação, os obstáculos e preconceitos sociais são alguns dos fatores que podem contribuir para que a mulher sofra maior desgaste no mundo do trabalho. Os entraves para exercer certas especialidades, para prolongar ainda mais a jornada de trabalho, para assumir cargos diretivos representam dificuldades adicionais para a plena integração da médica no trabalho e para a consolidação de sua carreira. Certamente, representam fontes de desgaste, de estresse, além de contribuírem para gerar um sentimento de incapacidade frente às diversidades ambientais (1997, p. 171).

No tema da história de vida, as experiências vividas seriam determinantes para o aspecto da vulnerabilidade ao estresse ocupacional dos médicos (JOHNSON, 1991 apud NOGUEIRA-MARTINS, 2003, p. 64), especialmente as da infância (VAILLANT; SOBOWALE; MCARTHUR, 1972 apud NOGUEIRA-MARTINS, 2003). Em outra interpretação, o estresse seria causado pela "capacidade de fantasiar condições" (ANDRADE; SAMPAIO, 2016).

Dentre os fatores, as condições de trabalho de médico foram aquele que mais incidiu para o estresse. Em referência de pesquisa sobre a categoria médica, concluiu-se que essas condições estavam em situação de intensa gravidade (MACHADO, 1997, p. 201). Pelo que a autora demonstra no livro, essa situação se refere tanto às instituições públicas, privadas e mesmo aos consultórios, já que "os salários, as condições de trabalho, a insatisfação, o desgaste, o estresse, o desestímulo e a desesperança tomam conta da vida diária dos médicos brasileiros" (MACHADO, 1997, p. 201). As condições de trabalho transcritas da fala de médica pediatra do Paraná, de 34 anos, ilustram a reflexão da autora:

Excluindo o cansaço físico por trabalho noturno e finais de semana, o médico tem de "tentar" contornar problemas sociais, condições de trabalho precárias, paciente que não tem condição de adquirir medicação, dificuldade para internar, faltam vagas, dificuldade de investigação com exames complementares, caros e pouco disponíveis quando feitos pelo SUS; e o mais grave atualmente e que causa estresse é o problema que enfrentamos com as queixas e processos judiciais, nos quais, muitas vezes, o que levou à má evolução de algum caso clínico é um conjunto de fatores que foge ao nosso alcance individual de resolução: primeiro, excesso de trabalho, que reduz a nossa capacidade de raciocínio; segundo, pacientes imunodeprimidos, desnutridos, com doenças crônicas, anemias etc.; terceiro, enfermagem mal preparada; quarto, demora que o paciente encontra para conseguir atendimento; quinto, bombardeio de notícias negativas (MACHADO, 1997, p. 176-177).

Organizações para o trabalho em saúde com diferentes funções alteram a forma, intensidade e percepção do trabalho médico (MACHADO, 1997, p. 180). O hospital é essa forma por excelência: "por sua natureza, estrutura e funcionamento, um hospital apresenta um ambiente favorável ao estresse" (MACHADO, 1997, p. 167). Para Maria Helena Machado,

isso ocorre porque "as ambiguidades, as incertezas humanas pouco toleradas, porque lá o que está em questão, com frequência, é a vida de um paciente" (MACHADO, 1997, p. 180). "Funções como, por exemplo, a de plantão são apontadas pelos médicos como causadoras de estresse e desgaste" (MACHADO, 1997, p. 180). O estudo de uma sessão hospitalar, a emergência, permite se detalharem as condições de trabalho em curso. Assim escreveu a autora:

o ambiente é mal iluminado, vive superlotado, pacientes são atendidos até na maca da ambulância, onde chegam por falta de lugar, e os leitos são amontoados (...). Outra característica marcante desse setor é que ele é procurado por pacientes com quadros graves de dor intensa, que querem alívio imediato. (...). Isso confere ao trabalho neste ambiente uma pressão permanente e imprime um ritmo intenso (...), o que aumenta a mortalidade de casos potencialmente evitáveis. (...). As principais consequências para os médicos são o sentimento de impotência originado da falta de controle sobre o processo imediato de trabalho, o sentimento de perda das tarefas e o isolamento (REGO; PALÁCIOS, 1996 p. 97-98 apud MACHADO, 1997, p. 167).

A análise do contexto de trabalho dos médicos é importante para a avaliação dos riscos de problemas de saúde. Assim, "o contexto do trabalho médico é estressante e, portanto, que concorre efetivamente para gênese de distúrbios fisiológicos ou psicológicos" (GOUVEIA, BARBOSA MASSUD, 2007, p. 32). A falta de autonomia para "organizar o seu próprio trabalho" (CHIAVEGATO FILHO, 2011, p. 1) é citada em outra pesquisa. Duas médicas falaram sobre esse contexto. Assim disseram as médicas:

Dentro da consulta de clínica médica precisaria de um pouco mais de tempo porque acaba sendo muito corrido mesmo. Você acaba, às vezes, não conseguindo dar aquela atenção toda que você precisa. Eu não vou terminar nunca a consulta sem resolver e fazer o diagnóstico. Tem paciente que quer morrer lá fora, mas eu fico uma hora com o paciente, até resolver mesmo. Me estressa o resto do dia, porque atrasa tudo (Médico G) (CHIAVEGATO FILHO, 2011, p. 12).

Hoje em dia a gente tenta (trabalhar) (...) na verdade, acaba tendo que se adaptar. Um dos problemas aqui dá para eu falar sem problemas porque é nítido, é a questão tempo, principalmente se você faz clínica médica, porque clínica médica é assim: acaba sendo muito estressante, demais (Médica C) CHIAVEGATO FILHO, 2011, p. 12-13).

O autor ainda aponta a submissão a processo de trabalho, à medicina tecnológica, que tolhe a autonomia no trabalho (CHIAVEGATO FILHO, 2011, p. 8). Vivem-se faltas, seja de apoio de colegas médicos, seja na execução das tarefas, seja de reconhecimento das chefias e pacientes (CHIAVEGATO FILHO, 2011, p. 166), que, segundo o autor, levaria a um empobrecimento da identidade profissional. Isso faria com que o médico vivesse "uma atividade contrariada, ou até mesmo suspensa, que enfraquece o gênero profissional e

desvitaliza o ofício" (CHIAVEGATO FILHO, 2011, p. 156).

Ao mesmo tempo em que há percepção de que o trabalho pode proporcionar satisfação com a vida, o *burnout* representa o contraditório de que é o "deterioro psicológico em razão do trabalho exercido" (OLIVEIRA, 2008, p. 7). O *burnout* teria alta incidência em médicos, porque as características dos fatores para o *burnout* seriam a quinta-essência do trabalho da categoria médica, que assim foi descrito:

sobrecarga de trabalho, falta de reconhecimento da atividade profissional, escasso controle do ambiente de trabalho, ambiguidade e incerteza do papel profissional, falta de preparo para lidar com as demandas emocionais de pacientes, falta de autonomia, contato com os pacientes e a gravidade de seus quadros (SCHAUFELI, 1999; TAMAYO, ARGOLO e BORGES, 2005 apud GOUVEIA; BARBOSA; MASSUD, 2007, p. 42).

Pesquisa amostral em todos os estados brasileiros indicou patamares de adoecimento, quando 57% tinham "algum grau preocupante de *burnout*" (MASSUD; BARBOSA; GOUVEIA, 2007, p. 145), sendo que 33,9% apresentam um *burnout* moderado e 23,1% um nível grave (MASSUD; BARBOSA; GOUVEIA, 2007, p. 145). Para esses autores, "o trabalho médico é esgotador" (MASSUD; BARBOSA; GOUVEIA, 2007, p. 146) e o *burnout*, assim como a fadiga "concorrem na caracterização de um quadro ou contexto de trabalho nefasto no âmbito da Medicina" (MASSUD; BARBOSA; GOUVEIA, 2007, p. 153). Na pesquisa nacional dos autores, a síndrome de *burnout* esteve relacionada principalmente à exaustão emocional, "seguido de baixa realização pessoal" (MASSUD; BARBOSA; GOUVEIA, 2007, p. 149).

A literatura permite identificar características do perfil médico no Brasil estudado sobre o *burnout*. Pesquisaram-se "professores/médicos de instituições públicas de ensino superior de Maceió - AL" (MENDONÇA; COELHO; JÚCA, 2012, p. 90), "anestesiologistas de Maceió/AL" (BARBOSA et al., 2017, p. 115), uma médica em uma unidade da Estratégia de Saúde da Família de Santa Maria (RS) (TRINDADE; LAUTERT, 2010, p. 277) e foi constatado em 26% de uma amostra, com maior frequência em médicos jovens e generalistas (SCHWARTZ, 2019).

Estudo que identificou a síndrome de *burnout* também constatou outros transtornos, que foram problemas de "estresse, depressão, fadiga e sono entre residentes" (LOURENÇÃO; MOSCARDINI; SOLER, 2010, p. 81). Segundo esse autor, há dificuldade de enfrentamento do *burnout* porque ela está relacionada à carga horária de trabalho (LOURENÇÃO;

MOSCARDINI; SOLER, 2010, p. 81). O estresse no trabalho pode implicar em *burnout* e na fadiga (MENDONÇA; COELHO; JÚCA, 2012, p. 90).

Pesquisa do Medscape com médicos coletou informações sobre o *burnout* em médicos no Brasil e apresentou dados quantitativos sobre este público⁴⁰. Os fatores indicados para o *burnout* foram (SCHWARTZ, 2019): baixa remuneração (50% das respostas), tamanho da jornada excessiva (46%), desrespeito de chefes e empregados (44%), desrespeito de pacientes (33%), excesso de burocracia (31%), diminuição de pagamentos de operadoras (18%), ênfase no lucro em detrimento do paciente (14%), falta de controle e autonomia (14%), sensação de ser só uma peça (10%), regulamentação governamental (10%), aumento de informatização (4%), manutenção de certificado de especialidade (2%). Perguntou-se, em seguida, sobre o que foi feito para se enfrentar o *burnout*, e se obtiveram as seguintes respostas (SCHWARTZ, 2019): dormir (46%), isolar-se dos outros (40%), comer em excesso ou compulsivamente (39%), faziam-se exercícios físicos (35%), conversa-se com familiares ou amigos (33%), tocar ou escutar música (26%), álcool (26%), comer *junk food* (23%), usar medicamentos de uso controlado (22%), uso de produtos com nicotina (6%), maconha ou derivados (3%), outros (8%). Os respondentes foram perguntados se sentiam felicidade fora da medicina, quando 13% se disseram um pouco infelizes, "7% muito infelizes e 3% extremamente infelizes" (SCHWARTZ, 2019).

Pesquisa realizada com anestesiólogos na capital de Alagoas não encontrou correlação entre a jornada de trabalho semanal com as três dimensões do *burnout* estudadas, cf. o *Maslach Burnout Inventory* (MBI) (BARBOSA et al., 2017, p. 115). A jornada semanal de trabalho foi de 69,27 +- 22,39 horas (BARBOSA et al., 2017, p. 115) no grupo de médicos estudado. Em outra pesquisa, encontraram-se como efeitos do *burnout* que os médicos afetados choravam com mais frequência, insatisfação nas atividades diárias, perda de interesse pelas coisas e cansaço (PASCOAL, 2008, p. 81).

A mesma pesquisa patrocinada pelo CFM que mediu o número de médicos com síndrome de *burnout*, perguntou sobre a sensação de fadiga, quando chegou a 14,8% da amostra da população médica nacional (MASSUD; BARBOSA; GOUVEIA, 2007, p. 152). Duas pesquisas acadêmicas contribuíram com o estudo sobre a fadiga nessa categoria no Brasil. Enquanto o primeiro estudo chega ao conceito de "fadiga por paixão" (LAGO, 2013, p. 69 passim) para compreender os profissionais de saúde (LAGO, 2008, p. 69 passim),

40 Não se dispôs de informações sobre o método da pesquisa do Medscape; por exemplo, se o preenchimento foi espontâneo para quem frequenta o portal, ou se deu através de e-mail previamente enviado, entre outros dados.

o segundo argumenta que o sofrimento entre os médicos é "mais mental que físico" (CHIAVEGATO FILHO, 2011, p. 103; p. 159). Nessa pesquisa, a "inadequação das condições materiais e organizacionais do trabalho nos estabelecimentos de saúde" (MURRAY; MONTGOMERY; CHANG, 2001; NOGUEIRA-MARTINS, 2003; NASCIMENTO SOBRINHO et al., 2006; MELO; ASSUNÇÃO; FERREIRA, 2007; BARBOSA; ANDRADE; CARNEIRO; GOUVEIA, 2007; OLIVEIRA, 2008; FRANCO; DRUCK; SELIGMANN-SILVA, 2010 apud CHIAVEGATO FILHO, 2011, p. 37) foi relacionada à:

fadiga, crescente insatisfação no trabalho, diminuição do bem-estar subjetivo e problemas de saúde mental, traduzidos em transtornos psíquicos comuns, fragilização das instâncias coletivas nos ambientes de trabalho e empobrecimento da identidade profissional e do sentido do trabalho (MURRAY; MONTGOMERY; CHANG, 2001; NOGUEIRA-MARTINS, 2003; NASCIMENTO SOBRINHO et al., 2006; MELO; ASSUNÇÃO; FERREIRA, 2007; BARBOSA; ANDRADE; CARNEIRO; GOUVEIA, 2007; OLIVEIRA, 2008; FRANCO; DRUCK; SELIGMANN-SILVA, 2010 apud CHIAVEGATO FILHO, 2011, p. 37).

Outra pesquisa apontou que a satisfação era significativamente menor em quem tinha transtornos mentais ou sob condições de alta pressão (RIBEIRO; ASSUNÇÃO; ARAÚJO, 2014, p. 787). Por sua vez, a satisfação "era significativamente maior naqueles que tinham maior suporte social no trabalho" (RIBEIRO; ASSUNÇÃO; ARAÚJO, 2014, p. 787).

Diminuições da remuneração de médicos levaram a terem que trabalhar mais, com aumento da jornada, com sobrecarga, o que gera insegurança e angústia (SAMPAIO, 2005, p. 14). Sobre esse contexto, assim o autor escreveu:

as condições desfavoráveis para o exercício das funções, o que contribui para criar um clima de ameaça diante da possibilidade de erro médico. É a face mais cruel do "paradoxo médico" - uma medicina altamente qualificada, mas não só provoca sucessivas manifestações de desagrado dos pacientes, intensa pressão e cobrança da sociedade, como dilacera o seu próprio tecido, o que se exprime no desencanto e insatisfação do próprio médico (SAMPAIO, 2005, p. 14).

A depressão em médicos brasileiros foi também estudada. Nacionalmente, foi avaliada em conjunto com a ansiedade, quando havia uma "predominância dos estados depressivos" (MASSUD; BARBOSA, p. 186). A média geral em 15 países seria de 19,5%, enquanto no Brasil se chegou a 33,4% de ansiedade e depressão entre médicos (MASSUD; BARBOSA; GOUVEIA, 2007, p. 149).

Na já referida pesquisa do Medscape, a depressão foi reportada por 19% dos médicos e foi mais frequente em jovens e generalistas (SCHWARTZ, 2019). Já em ambulatórios no estado de São Paulo, estimou-se que a incidência de depressão era de 8% em homens e 2%

em mulher (CAPITÃO; ALMEIDA, 2006, p. 1). Pesquisa conduzida no campo da radiologia e diagnóstico por imagem em residentes e estudantes de internato, revelou que 54,8% tinham depressão, 51,1%, ansiedade e 44,8% do total da amostra gostariam de ter assistência psicológica (SILVA et al., 2011, p. 81). Em médicos do Programa Saúde da Família, a incidência de depressão foi de 27,7%, quando se concluiu que provavelmente esteve "associada ao trabalho e a problemas de relacionamento" (ARAGÃO et al., 2014. p. 341).

A depressão foi também relacionada ao curso de medicina, com impacto por toda a vida do médico (ANDRADE; SAMPAIO, 2016). Relacionou-se a profissão médica a uma forma de "capacidade de se deprimir" (LACAZ, 1997; ZIMERMAN, 1992 apud CAPITÃO; ALMEIDA, 2006, p. 9), que chegou inclusive a ser compreendida com uma condição para o exercício da medicina ("condição médica"). Tal classificação foi assim justificada:

verdadeiro médico é aquele que compreende a linguagem da dor, da angústia, do medo, da desesperança e do sofrimento, para que possa falar à alma de seus pacientes, o que só se torna possível se possuir toda a sensibilidade que o ser humano pode abrigar (LACAZ, 1997; ZIMERMAN, 1992 apud CAPITÃO; ALMEIDA, 2006, p. 9).

Em outra pesquisa, "mais da metade dos deprimidos informou sentir depressão situacional (tristeza)" (SCHWARTZ, 2019) e o impacto, nos médicos, para a relação com os pacientes foi (SCHWARTZ, 2019): 34% estiveram menos motivados nas anotações; 33% estiveram menos engajados com os pacientes; 29% foram menos amigáveis; 20% se irritaram mais facilmente; 12% demonstraram irritação; e 11% cometeram erros que não cometeriam. Já 36% dos respondentes com depressão, essa doença "não interfere na relação" médico-paciente (SCHWARTZ, 2019).

Esse estudo também auferiu o "impacto da depressão no trabalho" (SCHWARTZ, 2019), quando chegou aos seguintes resultados (SCHWARTZ, 2019): 35% foram menos amigáveis com funcionários e colegas; 33% foram menos comprometidos com os funcionários e colegas (escuta e resposta atenta); 26% reportaram atrasos; 24% se irritavam mais facilmente; 23% demonstra irritação na equipe; 8% cometem erros não usuais; e 6% têm almoços mais longos. Para 26% dos deprimidos, a depressão não interfere no comportamento de si próprios (SCHWARTZ, 2019).

A pesquisa perguntou o porquê de médicos com depressão não procurarem ajuda, ao que foi respondido pelos médicos? As respostas assinaladas foram: para 49%, os sintomas não eram graves, 38% conseguiam lidar sem ajuda, 31% estavam ocupados demais, 7% não confiavam em profissionais da saúde mental, 3% não queriam se expor (SCHWARTZ, 2019).

A pesquisa revelou ainda que 86% dos empregadores não dispunham de "um programa de redução do estresse ou *burnout*" (SCHWARTZ, 2019).

A literatura sobre o adoecimento mental em médicos trouxe os chamados "Transtornos Mentais Comuns" (TMC), quando se utilizou um instrumento para medir tais TMC, que foram "um questionário sobre o Cotidiano de Trabalho Médico e o *Self Reporting Questionnaire* (SRQ-20)" (CABANA et al., 2007 p. 33). Foram pesquisados diferentes setores de um hospital em Recife, em chamada "rede básica de saúde" de Botucatu (SP) e médicos residentes. No estudo do hospital (CABANA et al., 2007, p. 33), as autoras verificaram uma prevalência de TMC superior na emergência (32,00%), comparada à UTI (17,65%) e enfermarias (17,54%). Em outro artigo, que reportou o estudo acima citado, em um hospital geral de Recife (CABANA et al., 2007 apud BÁRBARO et al., 2009), referiu-se aos fatores para problema de saúde mental na ala de emergência hospitalar. Trataram de jornada e sobrecarga de trabalho. Assim escreveu o artigo:

os que atuavam na emergência apresentavam carga horária semanal superior a 70 horas, e assumiram que o trabalho causa sofrimento. A sensação de sobrecarga no trabalho foi referida por expressivo percentual dos sujeitos (CABANA et al., 2007 apud BÁRBARO et al., 2009, p. 12).

O texto também abordou condições de trabalho e comportamento. Assim se escreveu: "A emergência foi o setor com maior prevalência de TMC (...), com médicos vivenciando as piores condições laborais; eles utilizam mecanismos psíquicos de defesa como a impessoalidade e frieza afetiva no trato com os pacientes" (CABANA et al., 2007 apud BÁRBARO et al., 2009, p. 12).

Na rede básica de saúde do município de Botucatu, trabalhadores de saúde em geral tiveram incidência de 42,6% em TMC, enquanto em médicos era de 33,3% (BRAGA; CARVALHO; BLINDER, 2010, p. 1593). As autoras assim justificaram a diferença, mesmo que, segundo elas, não estatisticamente significativa:

a posição de destaque na equipe de saúde e a possibilidade de ter outros vínculos de trabalho e maior remuneração poderiam explicar ocorrência de menor número de casos de TMC entre os médicos (BRAGA; CARVALHO; BLINDER, 2010, p. 1593).

O texto escreve que faltou reconhecimento aos TMC - para sintomas como "insônia, fadiga, irritabilidade, esquecimento, dificuldade de concentração e queixas somáticas" (BRAGA; CARVALHO; BLINDER, 2010, p. 1586) - na "10ª Classificação Internacional de Doenças (CID-10), bem como dos Manuais de Diagnóstico e Estatística (DSM) da Associação

Psiquiátrica Americana" (BRAGA; CARVALHO; BLINDER, 2010, p. 1586). Socialmente, esses transtornos são um problema de "saúde pública e apresentam impactos econômicos relevantes em função das demandas geradas aos serviços de saúde e do absenteísmo no trabalho" (COUTINHO; ALMEIDA-FILHO; MARI, 1999 apud BRAGA; CARVALHO; BLINDER, 2010, p. 1586).

A incidência de TMC se inverteu em outra pesquisa: ela foi "39% maior nos médicos que nos não médicos" (CARVALHO et al., 2013, p. 41) e 46% maior em residentes médicos das especialidades cirúrgicas que entre os "residentes de enfermagem, nutrição e saúde coletiva" (CARVALHO et al., 2013, p. 41).

Finalmente, a literatura abordou "transtornos psíquicos menores", quando citou "ansiedade, depressão, distúrbios de sono". Associou esses transtornos aos seguintes fatores:

qualidade de vida relacionada à saúde dos profissionais que atuam nos hospitais investigados esteve associada a fatores sociodemográficos, hábitos de vida e fatores atinentes à inserção destes no mundo do trabalho e no contexto institucional particularizado no estudo, com destaque para a satisfação com a profissão (ROSADO, 2015, p. viii).

Análise da literatura nacional

Foram sete temas em saúde mental dos médicos que tiveram maior concentração na literatura nacional revisada. Esses consistiram no estresse, *burnout*, depressão, adição, alcoolismo, suicídio e fadiga. No total, foram estudados 31 problemas de saúde mental. Praticamente todos os estudos que abordaram o estresse o tiveram como efeito, com uma exceção única, que o considerou como um fator causal de outros problemas de saúde mental (MENDONÇA; COELHO; JÚCA, 2012, p. 90). Em toda a literatura que toma o estresse como efeito, as relações de trabalho são um fator causal (SANTOS et al., 2012, p. 85-87; PALHARES-ALVES, 2005 apud SANTOS et al., 2012, p. 85; MACHADO, 1997, p. 74; p. 167 passim; p. 201; NOGUEIRA-MARTINS, 2003, p. 63; SANTOS, 2005, p. 10; MACHADO, 1997, p. 182-184; FOGAÇA et al., 2009, p. 303; (GOUVEIA, BARBOSA MASSUD, 2007, p. 32; CHIAVEGATO FILHO, 2011, p. 1; p. 12-13; ANDRADE; SAMPAIO, 2016). Também foram considerados fatores para o estresse as questões familiares (NOGUEIRA-MARTINS, 2003, p. 63; PALHARES-ALVES, 2005 apud SANTOS et al., 2012, p. 85; MACHADO, 1997, p. 171), questões pessoais (NOGUEIRA-MARTINS, 2003,

p. 63; JOHNSON, 1991 apud NOGUEIRA-MARTINS, 2003, p. 64; MACHADO, 1997, p. 171) e ideológicas (ANDRADE; SAMPAIO, 2016).

O *burnout* também foi mais estudado como consequência do que como causa, mas não na mesma proporção do tema do estresse. O impacto descrito (PASCOAL, 2008, p. 81) e a forma de lidar (SCHWARTZ, 2019) se deram principalmente no âmbito da vida pessoal do médico, também com familiares e amigos. Foram mais de vinte os aspectos relacionados ao trabalho elencados como fatores para o *burnout* (SCHWARTZ, 2019; MENDONÇA; COELHO; JÚCA, 2012, p. 90; MENDONÇA; COELHO; JÚCA, 2012, p. 90; SCHAUFELI, 1999; TAMAYO, ARGOLO e BORGES, 2005 apud GOUVEIA; BARBOSA; MASSUD, 2007, p. 42; MASSUD; BARBOSA; GOUVEIA, 2007, p. 145; p. 149). Sobre o suicídio de médico, não se localizaram outras considerações, além do aspecto financeiro (MELEIRO, 2017). Nos fatores causais, relacionou-se ao gênero (PALHARES-ALVES, et al., 2015, p. 146), conhecimentos, adição (SAKINOFSKY, 1980 apud MELEIRO, 2013) e estado civil (PALHARES-ALVES, 2015, p. 148). Por meio dos três problemas mais estudados em saúde mental de médicos brasileiros, pode-se verificar que as causas são bem mais estudadas do que os impactos.

A literatura nacional sobre os médicos aponta as relações de trabalho como fator causal de distúrbios emocionais, drogadição, alcoolismo, desgaste, cansaço físico, deterioração psicológica, *burnout*, estresse, distúrbios fisiológicos ou psicológicos, depressão, ansiedade, depressão, distúrbios de sono, isolamento, irritação ou impaciência, desânimo/desmotivação, dificuldade de concentração, melancolia, esquecimento, excesso de apetite, medo, cansaço físico, impessoalidade e frieza afetiva com pacientes, fadiga, insatisfação, diminuição do bem-estar subjetivo e transtornos psíquicos comuns.

Nas consequências dos problemas de saúde mental para as relações de trabalho, a literatura nacional apontou riscos para o paciente e o próprio médico (GONÇALVES-ESTELLA et al., 2002, p. 278 apud CARNEIRO; GOUVEIA, 2004, p. 148), o uso de medicação controlada (SCHWARTZ, 2019), cansaço e choro mais frequente (PASCOAL, 2008, p. 81), tristeza, pioras para o paciente (SCHWARTZ, 2019), pioras na qualidade das relações de trabalho, com impacto negativo para a organização (SCHWARTZ, 2019) e para a ordenação do trabalho (SCHWARTZ, 2019; COUTINHO; ALMEIDA-FILHO; MARI, 1999 apud BRAGA; CARVALHO; BLINDER, 2010, p. 1586).

As condições de trabalho são o fator individual que apresenta o maior número de

referências na literatura brasileira (SANTOS et al., 2012, p. 87; PALHARES-ALVES, 2005 apud SANTOS et al., 2012, p. 85; REGO; PALÁCIOS, 1996 p. 97-98 apud Machado, 1997, p. 167; CABANA et al., 2007 apud BÁRBARO et al., 2009, p. 12; MACHADO, 1997, p. 201; p. 176-177; MASSUD; BARBOSA, 2007, p. 187; ANDRADE, 2007, p. 12-13; RIBEIRO; ASSUNÇÃO; ARAÚJO, 2014, p. 787; NASCIMENTO SOBRINHO et al., 2006 apud LAGO, 2013, p. 49; SANTOS et al., 2012, p. 85-86; FOGAÇA et al., 2009, p. 303; NOGUEIRA-MARTINS, 2003, p. 63). Contudo, tanto essas condições de trabalho, quanto várias outros fatores, constituem-se em torno da ordenação do trabalho, que é citada como organização do trabalho (MURRAY; MONTGOMERY; CHANG, 2001; NOGUEIRA-MARTINS, 2003; NASCIMENTO SOBRINHO et al., 2006; MELO; ASSUNÇÃO; FERREIRA, 2007; BARBOSA; ANDRADE; CARNEIRO; GOUVEIA, 2007; OLIVEIRA, 2008; FRANCO; DRUCK; SELIGMANN-SILVA, 2010 apud CHIAVEGATO FILHO, 2011, p. 37), na relação do médico com a chefia, relações com a burocracia, informatização (SCHWARTZ, 2019), normas e órgãos de controle e regulação (SCHWARTZ, 2019; PALHARES-ALVES et al., 2005, p. 139), em um determinado modelo de medicina (SCHWARTZ, 2019; CHIAVEGATO FILHO, 2011, p. 8; MACHADO, 1997, p. 177; SCHAUFELI, 1999; TAMAYO, ARGOLO e BORGES, 2005 apud GOUVEIA; BARBOSA; MASSUD, 2007, p. 42; SANTA; CANTILINO, 2016, p. 772; NOGUEIRA-MARTINS, 2003, p. 63; MASSUD; BARBOSA, 2007, p. 189), submetido a crescente controle, com baixo grau de autonomia do trabalho médico (CHIAVEGATO FILHO, 2011, p. 1; p. 12-13; p. 8; SCHAUFELI, 1999; TAMAYO, ARGOLO e BORGES, 2005 apud GOUVEIA; BARBOSA; MASSUD, 2007, p. 42; SCHWARTZ, 2019; SCHAUFELI, 1999; TAMAYO, ARGOLO e BORGES, 2005 apud GOUVEIA; BARBOSA; MASSUD, 2007, p. 42; NOGUEIRA-MARTINS, 2003, p. 63).

Outro aspecto relacionado à ordenação do trabalho com número significativo de referências foram as ideologias existentes na categoria médica, e que se relacionam a expectativas sociais sobre os médicos (MELEIRO, 2005, p. 133; SIMON; LUMRY, 1968 apud MELEIRO, 1998, p. 135; LACAZ, 1997; ZIMERMAN, 1992 apud CAPITÃO; ALMEIDA, 2006, p. 9; LAGO, 2013, p. 44; p. 87-88; NOGUEIRA-MARTINS, 2003, p. 63; NOGUEIRA-MARTINS, 1990 apud NOGUEIRA-MARTINS, 2003, p. 63-64). Também foram citados impactos, em ordem decrescente de referências: relação médico-paciente (LAGO, 2013, p. 43; SCHAUFELI, 1999; TAMAYO, ARGOLO e BORGES, 2005 apud Gouveia; BARBOSA; MASSUD, 2007, p. 42; SANTA; CANTILINO, 2016, p. 772),

sobrecarga de trabalho (MODLIN; MONTES, 1964 apud NOGUEIRA-MARTINS, 1996; CABANA et al., 2007 apud BÁRBARO et al., 2009, p. 12; LOURENÇÃO; MOSCARDINI; SOLER, 2010, p. 81; SAMPAIO, 2005, p. 14; SCHAUFELI, 1999; TAMAYO, ARGOLO e BORGES, 2005 apud Gouveia; BARBOSA; MASSUD, 2007, p. 42; SANTA; CANTILINO, 2016, p. 772), diminuição da remuneração e questões financeiras (SANTA; CANTILINO, 2016, p. 772; MACHADO, 1997, p. 177; SCHWARTZ, 2019; SAMPAIO, 2005, p. 14), tamanho da jornadas de trabalho (MACHADO, 1997, p. 177; p. 74; p. 171; SAMPAIO, 2005, p. 14; SCHWARTZ, 2019), especialidade médica (POMPERMAIER, 2009, p. 3; MACHADO, 1997, p. 184; SCHWARTZ, 2019), ser médico residente (MACHADO, 1997, p. 74; Nogueira-Martins, 2003, p. 63), falta de reconhecimento (ARAÚJO; PALHARES-ALVES, 2007, p. 3; SCHAUFELI, 1999; TAMAYO, ARGOLO e BORGES, 2005 apud Gouveia; BARBOSA; MASSUD, 2007, p. 42), insegurança (Fogaça et al., 2009, p. 303; SAMPAIO, 2005, p. 14), ordenação da formação (SCHAUFELI, 1999; TAMAYO, ARGOLO e BORGES, 2005 apud GOUVEIA; BARBOSA; MASSUD, 2007, p. 42), risco (SANTOS, 2005, p. 10), questões de gênero (MACHADO, 1997, p. 171), condições de emprego - desemprego (PALHARES-ALVES et al., 2005, p. 139), relações pobres com colegas médicos (SIMON; LUMRY, 1968 apud MELEIRO, 1998, p. 135), problemas do sono (SANTA; CANTILINO, 2016, p. 772), falta de apoio (SCHWARTZ, 2019), contexto do trabalho médico (GOUVEIA, BARBOSA MASSUD, 2007, p. 32), ambiente de trabalho (SANTA; CANTILINO, 2016, p. 772) e sobrecarga de informações (SANTA; CANTILINO, 2016, p. 772).

2.2.3 Problemas na saúde mental de médicos do DF

Os estudos localizados sobre a saúde mental de médicos do DF se iniciaram em 1991. Pesquisa sobre tabagismo de 1991 diz da influência social do médico (CAMPOS; BARRA SOBRINHO, 1991, p. 136), quando mostra o poder médico, como "o mais importante agente modificador do comportamento no que se refere à saúde; sua opinião é respeitada e, quando possível, acatada" (CAMPOS; BARRA SOBRINHO, 1991, p. 136). Em paralelo, médicos relatavam desconhecer a dependência causada pelo tabaco (CAMPOS; BARRA SOBRINHO, 1991, p. 139). Já em 1993 se avaliou que mais de ¼ dos médicos não aconselhavam rotineiramente fumantes a pararem de fumar (CAMPOS, 1993, p. 26). Na

última pesquisa sobre o tabagismo entre os médicos, o autor e as duas coautoras refletem sobre a relação médico-paciente e concluem que os "médicos não adotam os conselhos e orientações que dão" (VIEGAS; ANDRADE; SILVESTRE, 2007, p. 78) e há "negligência quanto aos malefícios" (VIEGAS; ANDRADE; SILVESTRE, 2007, p. 78). Em relação aos cuidados consigo próprios, apesar de cerca de 75% dos médicos fumantes já terem sido "aconselhados, por médico, a pararem de fumar (...), apenas 34,9% da parcela médica fumante tentou parar de fumar no último ano" (VIEGAS; ANDRADE; SILVESTRE, 2007, p. 78). Dentre os médicos, 57,1% "admitiam que o cigarro faz mal à saúde" (VIEGAS; ANDRADE; SILVESTRE, 2007, p. 78) e "26,3% referiram fumar em hospitais e/ou consultórios" (VIEGAS; ANDRADE; SILVESTRE, 2007, p. 78).

Em 2004 foi realizada pesquisa acadêmica sobre o trabalho noturno de médicas do DF, quando se verificou que 56,5% tinham alterações no sono devido a esse caráter da jornada (HECKSHER, 2004, p. x). A autora descobriu que a preocupação financeira foi a principal razão para a perda na qualidade do sono, em todos os graus de mudanças. Os outros fatores foram: "consumo habitual de bebidas alcoólicas e a idade para sono levemente alterado" (HECKSHER, 2004, p. x) e "satisfação com o trabalho e tabagismo para sono muito alterado" (HECKSHER, 2004, p. x), para a relação entre trabalho e problema de saúde mental. Em 2010, escreveu-se uma monografia, a partir da aplicação de um roteiro de entrevista com 100 médicas que trabalhavam à noite na chamada Fundação Hospitalar do Distrito Federal (FHDF), subordinada à Secretaria de Saúde do DF (SES/DF). As consequências desse trabalho noturno para a saúde mental foram o estresse, a necessidade de se ausentar em pelo menos um dia nos últimos seis meses, a queda na qualidade de vida, que incidiu "no desenvolvimento profissional e da família" (ALVES; BRUNELLI, 2010, p. viii).

O estudo mais recente do DF a que se teve acesso foi sobre a chamada "síndrome de *burnout*", que atingiu 33,3% dos respondentes (SILVA, 2018, p. 5), que tem exclusivamente o trabalho como fator causal. Os fatores para o *burnout* apontados em maior grau foram a "alta exaustão emocional e baixa realização profissional" (SILVA, 2018, p. 20) e o fato de quanto mais novo era o médico da atenção primária da Secretaria de Estado da Saúde, do GDF, maior a tendência a ter o transtorno (SILVA, 2018, p. 20). No lado oposto, da menor ocorrência do *burnout*, ocorreu em médicos especialistas em medicina de família, e em médicos residentes (SILVA, 2018, p. 5).

O tabagismo foi o tema de saúde mental de médicos no DF mais tratado na literatura. Foram três artigos, de um total de seis⁴¹. Contudo, a prevalência da discussão se deu nos anos de 1990, quando foi o tópico único estudado na área da saúde mental. Ele reaparece nos anos 2000, mas não mais na década de 2010. Aparentemente, o movimento dos estudos acompanha a queda da incidência do tabagismo na sociedade brasileira e brasileira em geral. No novo século, outros problemas de saúde mental da categoria médica aparecem, que foram alterações no sono devido ao trabalho noturno e o *burnout*. O interesse científico se modificou ao longo do tempo, com as mudanças na sociedade. Apesar de os artigos não explicitarem a motivação pessoal dos autores, é possível que o tabagismo tenha despertado mais interesse de pesquisa quando se percebeu que se tratava de um transtorno que representava um problema maior no interior da categoria. Os autores desses textos pertenciam à área da saúde - e apenas uma das autoras não é médica⁴². A mudança de temática abordada representa também a emergência de novos problemas enfrentados em saúde mental - mesmo porque o tabagismo não desaparece de todo da agenda de pesquisa - e é também uma forma de reconhecimento da existência de outros transtornos na categoria médica do DF. Finalmente, a questão de gênero esteve colocada: nos estudos e todos os artigos que versaram sobre o sono tiveram exclusivamente as médicas como objeto de pesquisa. A literatura sobre os médicos do DF abordou o tema da relação entre relações de trabalho e saúde mental quando estudou o trabalho noturno e o *burnout*, que concentraram as temáticas abordadas nessa literatura.

41 A lógica da superioridade do número de médicos especialistas no DF, em relação ao Brasil, pode ser analisada pelos ensinamentos de García, que vincula mais especialização dos médicos à existência de grupos mais ricos. O que se pode acrescentar a essa teoria é que prioritariamente não se trata de um número absoluto maior, mas de um número relativo. Em outras palavras, a condição para o número de especialistas superior foi a renda *per capita* proporcional à população, ou seja, em uma unidade da federação com grande contingente populacional, que é o DF. Assim escreveu o autor: "O modo dominante de produção de serviços em uma economia de mercado competitivo requer médicos especializados. Isso ocorre porque a demanda procede dos grupos mais fortes economicamente. (...) os estudantes, pressionados pelo mercado de trabalho, inclinam-se prematuramente para uma especialidade" (GARCÍA, 1989b, p. 65-66). Uma outra referência bibliográfica foi identificada, intitulada "O tabagismo no Hospital Geral de Brasília", de "Diniz, G. A" (apud VIEGAS; ANDRADE; SILVESTRE, 2007), do ano de 1991. Contudo, após extensas buscas, em que se recorreu inclusive a uma rede utilizada por bibliotecários, o Programa de Comutação Bibliográfica (COMUT), não se conseguiu obter o artigo, nem sequer mais informações, seja sobre o texto ou mesmo o periódico, citado como "Rev Méd Milit".

42 Coautora com Viegas & Silvestre (VIEGAS; ANDRADE; SILVESTRE, 2007), Ana Paula Alves de Andrade Cabral é fisioterapeuta, com mestrado em Ciências da Saúde pela UnB (PLATAFORMA LATTES, 2019).

2.2.4 Análise da literatura sobre problemas de saúde mental na categoria médica

Esta parte sintetiza os resultados encontrados na seção 2.2 da tese e discute os resultados. Analisa-se conjuntamente as literaturas nas escalas internacional, nacional e local (DF) em relação aos problemas de saúde mental enfrentados pelos médicos. A Tabela 3, abaixo, resume os temas encontrados na literatura.

Tabela 3 - Número de citações e participação de problemas de saúde mental na categoria médica, relatados nas literaturas internacional, nacional e do DF.

Tema de saúde mental	Internacional (%)	Nacional (%)	DF (%)	Total
Estresse	14 (16,1%)	15 (10,6%)	0	29
Síndrome de <i>burnout</i>	12 (13,8%)	15 (10,6%)	1 (16,7%)	28
Depressão	4 (4,6%)	15 (10,6%)	0	19
Narcóticos / drogas legais e ilícitas / dependência de substâncias / química	3 (3,4%)	15 (10,6%)	0	18
Suicídio	9 (10,3%)	9 (6,4%)	0	18
Alcoolismo	2 (2,3%)	10 (7,1%)	0	12
Fadiga	1 (1,1%)	9 (6,4%)	0	10
Ansiedade	1 (1,1%)	7 (5%)	0	8
Sofrimento / sofrimento psíquico	0	7 (5%)	0	7
Médico enquanto paciente	5 (5,7%)	2 (1,4%)	0	7
Tabagismo / Uso de nicotina	0	3 (3,1%)	3 (50%)	6
Alterações/distúrbios/privação no sono	0	5 (3,5%)	2 (33,3%)	6
Insatisfação	2 (2,3%)	3 (2,1%)	0	5
Ideação suicida	3 (3,4%)	2 (1,4%)	0	5
Médico doente / Adoecimento médico	3 (3,4%)	1 (0,7%)	0	5
Autoprescrição / automedicação	2 (2,3%)	2 (1,4%)	0	5
Angústia	3 (3,4%)	1 (0,7%)	0	4
Transtornos mentais comuns (TMC)	0	4 (2,8%)	0	4
Problemas na saúde mental / Desordem mental / saúde mental	2 (2,3%)	2 (1,4%)	0	4
Doença mental / mentalmente doentes / adoecimento mental	3 (3,4%)	0	0	3
Distúrbios conjugais	0	2 (1,4%)	0	2
Mal-estar	2 (2,3%)	0	0	2
Transtornos mentais e comportamentais	2 (2,3%)	0	0	2
Distúrbios psiquiátricos	0	2 (1,4%)	0	2
Exaustão emocional	1 (1,1%)	0	0	1
Aflição	1 (1,1%)	0	0	1
Desordens psiquiátricas	1 (1,1%)	0	0	1

Homicídio	1 (1,1%)	0	0	1
Isolamento	1 (1,1%)	0	0	1
Transtornos	1 (1,1%)	0		1
Infelicidade	1 (1,1%)	0	0	1
Problemas psicológicos	1 (1,1%)	0	0	1
Transtorno bipolar	1 (1,1%)	0	0	1
Trabalhando doente ou incapacitado	1 (1,1%)	0	0	1
Desordens de personalidade	1 (1,1%)	0	0	1
Raiva	0	1 (0,7%)	0	1
Transtornos psíquicos menores - p. e. ansiedade, repressão, distúrbios de sono	0	1 (0,7%)	0	1
Disfunções profissionais	0	1 (0,7%)	0	1
Emocionalmente perturbados	0	1 (0,7%)	0	1
Adoecimento psiquiátrico	0	1 (0,7%)	0	1
Transtorno psiquiátrico	0	1 (0,7%)	0	1
Distúrbios emocionais	0	1 (0,7%)	0	1
Doença/s psiquiátrica/s	0	1 (0,7%)	0	1
Doença mental	0	1 (0,7%)	0	1
Mortalidade	0	1 (0,7%)	0	1
"Traços paranoicos"	1 (1,1%)	0	0	1
Desordens obsessivas	1 (1,1%)	0	0	1
<i>Borderline</i>	1 (1,1%)	0	0	1
Total	87 (100%)	141 (100%)	6 (100%)	

A literatura internacional sobre médicos teve uma concentração maior nos estudos do que a literatura nacional. Contudo, os três temas mais estudados internacionalmente estiveram entre os mais estudados também no Brasil. Dois problemas lideraram ambas as listas, que foram o estresse e a síndrome de *burnout*, que estão estreitamente vinculados às relações de trabalho como fator causal. O suicídio foi o terceiro assunto mais estudado nas escalas internacional e também nacional, mas apesar de haver literatura brasileira sobre o tema, grande parte das referências bibliográficas são internacionais. Nesses três temas de saúde mental, a literatura internacional abordou relativamente mais os impactos do que a nacional, que se concentrou nas causas. Mesmo assim, em relação a todos os problemas mentais, ambas literaturas deram ênfase aos fatores causais em detrimento dos impactos.

A quantidade de problemas estudados pelas literaturas internacional e nacional foi praticamente a mesma, em torno de 30. Cerca de 1/3 desse total de temas foi estudado ou só na literatura nacional, ou só na internacional. Isso indica que há uma especificidade geográfica nos problemas vividos pelos médicos. Em outras palavras, não é possível dizer que

o problema vivido nacionalmente pelos médicos é igual ao vivenciado pelos de outros países. Haveria uma tipicidade nacional.

Há também problemas estudados muito mais na escala nacional, do que na internacional. A literatura nacional estudou significativamente mais os seguintes temas do que a internacional: sofrimento, problemas no sono, alcoolismo, fadiga e transtornos mentais comuns (TMC). Não houve assuntos muito mais estudados na literatura internacional do que na nacional. Portanto, a diferença na literatura internacional está em temas apenas um pouco mais estudados.

As relações de trabalho são o principal fator causal dos três principais problemas de saúde mental na literatura. As literaturas internacional e nacional concordam que as relações de trabalho são um fator causal para estresse e *burnout*, mas discordam para o suicídio, em que só a internacional assim concluiu. Note-se que, comparativamente, quase não há pesquisa empírica sobre o suicídio de médicos brasileiros. A quantidade de estudos que indica as relações de trabalho como causa dos três problemas é bem superior do que para outras relações sociais, ocorrendo cinco vezes, cf. se observa na Tabela 4, na continuação do texto. Contudo, as questões familiares também foram fator causal do estresse na literatura nacional e do suicídio na internacional. A maior quantidade de fatores causais ocorre no suicídio.

As literaturas nacional e internacional apresentam consequências comuns para médicos com o estresse, que redundam em problemas de saúde mental, e com o *burnout*, que impacta a vida do médico doente - a literatura nacional frisa a vida pessoal e a internacional, a vida profissional. As literaturas divergiram totalmente nos impactos do suicídio, cf. a Tabela 4, a seguir. Os pacientes sofrem as consequências com o estresse e o *burnout* do médico. Enquanto os médicos são o ator que mais sofre as consequências dos três problemas de saúde analisados. A Tabela 4, a seguir, resume os resultados encontrados para os três principais problemas de saúde mental dos médicos, a partir da quantidade de estudos feitos pela literatura.

Tabela 4 - Fatores causais e consequências dos três principais problemas de saúde mental na categoria médica, a partir das literaturas internacional e nacional.

	Internacional	Nacional
Fator causal para o estresse	Relações de trabalho	Relações de trabalho, questões de família e pessoais, ideológicas
Consequência do estresse	Problemas de saúde mental, riscos de suicídio e riscos para o paciente	Problemas de saúde mental
Fator causal para o <i>burnout</i>	Relações de trabalho	Relações de trabalho
Consequência do <i>burnout</i>	Riscos para o paciente e impactos profissionais.	Impactos na vida pessoal do médico, também com família e amigos
Fator causal para o suicídio	Relações de trabalho, problemas pessoais, de saúde mental e na família	Gênero, conhecimentos, adição e estado civil
Consequência do suicídio	Impacto na equipe médica e problemas na saúde mental dos médicos	Aspectos financeiros

A relação entre problemas de saúde mental e relações de trabalho mostra diferenças nas literaturas nacional e internacional. A literatura nacional descreve mais exaustiva e detalhadamente o impacto das relações de trabalho para os problemas de saúde mental dos médicos. Contudo, nem todos os efeitos deletérios das relações de trabalho descritos internacionalmente aparecem na literatura nacional também. Constataram só naquela primeira, estigma, angústia e pouca realização pessoal. As literaturas nacional e internacional concordam sobre a existência de riscos para o paciente e o médico doente, dado o problema de saúde mental. Apenas os textos estrangeiros destacam o papel da psicoterapia, que foi muito positivo, e só nos conteúdos brasileiros se escreve em impacto para as relações com colegas de trabalho e para a ordenação do trabalho médico.

Examinou-se um fator causal específico, as relações de trabalho. A literatura brasileira discutiu bem mais esse assunto, com mais fatores relacionados listados. A diferença mais importante se deu no tema das condições de trabalho, que liderou os fatores causais na literatura brasileira, e foi tratado marginalmente na internacional, que ocorreu na forma de condições de emprego, em um texto apenas. Outra diferença significativa se deu no tema das ideologias, que sequer foi tratado nos textos internacionais, e também no modelo de medicina, bem mais abordado na literatura brasileira. O tema da ordenação do trabalho médico, tratado nos textos estrangeiros, foi mais estudado nos nacionais. Houve também inúmeros assuntos

que foram abordados apenas na literatura brasileira, como relação médico-paciente, sobrecarga de trabalho, especialidade médica, falta de reconhecimento, insegurança, risco, questões de gênero, problemas do sono, falta de apoio, ambiente de trabalho e sobrecarga de informações. À parte os temas já citados, trataram-se em ambas as literaturas: ordenação da formação médica, pobreza no relacionamento entre colegas médicos, tamanho da jornada, carga de trabalho, relações com instituição reguladora, controle/autonomia do trabalho médico, ambiente de trabalho, contexto do trabalho médico e diminuição da renda.

Houve uma especificidade dos estudos do DF, com alguma correspondência em relação à literatura nacional, mas com divergência significativa *vis-à-vis* a literatura internacional. Com exceção do *burnout*, os temas mais estudados no DF - o tabagismo e problemas no sono - não foram examinados na literatura internacional revisada. Se for possível fazer qualquer inferência nesse sentido, os estudos sobre médicos do DF respondem muito mais a uma lógica nacional do que internacional. A centralidade em alguns temas no estudo sobre os médicos do DF também pode indicar para uma especificidade dos problemas vivenciados pelos médicos do Distrito Federal, em relação aos do restante do Brasil, o que ajuda a reforçar a necessidade e a justificativa do estudo específico sobre esses médicos, no âmbito local.

A análise combinada das literaturas internacional, nacional e local (DF) indica a existência de especificidades nessas três escalas geográficas. As diferenças vivenciadas nos diferentes espaços territoriais não foram insignificantes, desprezíveis. Esse resultado indica a necessidade de se estudar o problema dos médicos nas diferentes escalas.

Abaixo se apresentam duas tabelas que sintetizam os resultados da revisão de literatura desta seção (2.2) da tese. A Tabela 5, a seguir, traz os fatores relacionados a problemas de saúde mental.

Tabela 5 - Fatores causais para problemas de saúde mental em médicos na análise das literaturas internacional, nacional e do DF, contidas nesta seção (2.2).

Problemas relacionados ao trabalho:

- Falta de controle e de autonomia no trabalho
- Ordenação do trabalho: com organização do trabalho e modelo de trabalho médico
- Condições de trabalho
- Jornada de trabalho
- Relacionamentos no trabalho
- Relação com pacientes
- Ambiente de trabalho: condições físicas de trabalho, insalubridade, violência, pressão e cobranças
- Questões de remuneração e financeiras
- Regulamentação governamental
- Setor (Ala) hospitalar
- O trabalho médico de fato exercido
- Área/especialidade médica
- Questões etárias
- Mudanças de condições de saúde
- Diferentes riscos
- Tecnologia

Questões pessoais e familiares:

- Problemas com a família
- Problemas de emoções
- Questões de gênero
- Problemas de qualidade de vida
- Falta de tempo
- Estado civil
- Hábitos de vida ou culturais

Em torno dos problemas de saúde mental:

- Doenças correlacionadas (comorbidade)
- Dificuldade para o tratamento
- Sofrimentos psíquicos
- Isolamento

Formação médica:

- Questões em torno do conhecimento
- Ideologias
- Médicos residentes
- Curso de medicina

Questões socioculturais:

- Falta de reconhecimento no meio laboral sobre os problemas de saúde mental
- Estigma
- Hábitos culturais

História de vida:

- Infância
 - Experiências de vida
-

O próprio médico doente foi quem mais sofreu a consequência dos problemas de saúde mental que vivencia, cf. o conjunto da literatura, citado em 14 problemas de saúde mental, cujos resultados estão sumarizados na Tabela abaixo. Os outros atores foram bem menos impactados, em ordem decrescente, por citação nos transtornos estudados na literatura: paciente (7), colega médico (5), relação médico-paciente (4), ordenação do trabalho (4), relações sociais do médico (4), população (4), família (3), público (2), profissionais não-médicos (2), equipe (2), cônjuge (1), instituição psiquiátrica (1), médico que trata do médico (1) e categoria médica (1). A Tabela 6, abaixo, identifica os atores ou relações que são impactadas por problemas de saúde mental, no conjunto da literatura sobre o problema de saúde mental dos médicos.

Tabela 6 - Atores (ou relações) impactados com os problemas de saúde mental dos médicos, na análise de literatura internacional, nacional e de DF, contida nesta seção (2.2).

- *Autoprescrição / automedicação*: relação médico-paciente, próprio médico, categoria médica, paciente, colegas médicos.
 - *Estresse*: próprio médico com estresse, ordenação do trabalho, relação médico-paciente, população, colegas médicos e não-médicos, relações sociais do médico.
 - *Narcóticos / drogas legais e ilícitas / dependência de substâncias / química*: no próprio médico, na família, CRM, população.
 - *Trabalhando doente ou incapacitado*: próprio médico.
 - *Síndrome de burnout*: próprio médico, ordenação do trabalho, relação médico-paciente, paciente.
 - *Suicídio de médico*: médico que trata do médico, equipe médica, população.
 - *Tabagismo / Uso de nicotina*: próprio médico, relações sociais no trabalho.
 - *Alterações/Distúrbios/Privação no sono*: próprio médico, ordenação do trabalho, colegas médicos, pacientes, público, família.
 - *Depressão*: relação médico-paciente, profissionais de saúde não-médicos, colegas médicos, equipe de trabalho
 - *Alcoolismo*: cônjuge, família, instituição psiquiátrica.
 - *Transtornos mentais comuns (TMC)*: população, público, Estado
 - *Fadiga*: próprio médico, paciente.
 - *Ideação suicida*: próprio médico.
 - *Doença mental / mentalmente doentes / Adoecimento mental*: próprio médico.
 - *Mal-estar*: próprio médico.
 - *Desordens psiquiátricas*: próprio médico, relações sociais do médico doente.
 - *Transtorno bipolar*: paciente, próprio médico.
 - *Emocionalmente perturbados*: paciente, próprio médico.
 - *Traços paranoicos, desordens obsessivas e borderline*: relações sociais do médico, ordenação do trabalho, paciente, colega médico.
-

3. Campo de pesquisa e metodologia

"Existe algum modelo explicativo sobre as causas e as consequências dessa doença específica?" (FLICK, 2009, p. 62).

A presente pesquisa tem caráter exploratório. Ao invés das causas e consequências dos transtornos, pesquisaram-se as percepções sobre elas, interpretando-se os sentidos das falas. O método usado foi a análise do conteúdo dos discursos, quando se usou tanto uma técnica tradicional - com uso de tabelas -, como também com um programa de computador, o Iramuteq (RATINAUD, 2014). Trata-se de uma pesquisa historicamente pontual, que coletou e analisou as falas dos médicos em determinado ponto no tempo. Assim, é uma pesquisa situacional, e não de cunho histórico. A coleta de dados se deu em local de trabalho dos entrevistados, com perguntas sobre os membros da categoria médica. É possível supor que haja algum desvio nas respostas, com certo peso, em determinada tendência positiva a respostas que enfatizem a relação entre trabalho e os problemas de saúde vividos.

Este é um estudo de caso. Ele é interessante pelas especificidades que aborda: entrevista médicos que lidam com pacientes que entram no hospital, o que se dá geralmente por meio de um pronto-socorro. O fato de serem pediatras, que se constitui como a especialidade com o segundo maior contingente de médicos no DF, também confere interesse público ao objeto. O público-alvo ser constituído por crianças é mais um elemento de interesse, pela necessidade de reprodução da sociedade, com a sensibilidade das famílias, dos meios de comunicação, da política a esse grupo específico da população, dado o baixo grau de autonomia das crianças e a responsabilização dos pais e mãos com os cuidados conferidos a elas.

Um estudo de caso tem limites para a possibilidade de generalização dele. Como esta pesquisa pode contribuir para o conhecimento da relação entre trabalho e saúde mental de médicos em geral? Um estudo de caso responde à pergunta de pesquisa de uma realidade específica, de uma dada população. Contudo, pode ajudar na compreensão mais geral como uma referência que pode inspirar outros estudos, seja com o mesmo instrumental de pesquisa, seja com outras técnicas. O estudo de caso oferece elementos para a reflexão e traz

inquietações que possam levar a suscitar novas pesquisas, em relação ao mesmo objeto ou outros.

O caso estudado apresentou um resultado sobre fatores causais que já haviam sido identificados na análise da literatura. Como nessas, relações sociais de trabalho e, mais especificamente, relações com o modo de desenvolvimento do trabalho médico, que se chamou de ordenação do trabalho médico, foram percebidas como o fator mais impactante para que ocorra problemas de saúde mental na categoria médica. Quando se analisam as percepções dos fatores causais, tendo em vista as percepções das consequências, verificou-se uma inversão entre atores individuais e atores coletivos; por sua vez esse resultado não havia sido identificado pela literatura. Futuras pesquisas poderão confirmar, ou não, tais achados.

O tema da pesquisa e, sobretudo, o trabalho de campo tem relação com o campo médico e mesmo o campo da saúde no DF, a pediatria, a história da medicina e tendências demográficas. Contudo, este trabalho mantém o foco sobre as percepções de causas e consequências dos problemas de saúde mental da categoria médica. Outro limite para esta tese foram os recortes de gênero, raça e etário. Ciente da relevância de estudos que abarquem essas variáveis, as limitações da tese impuseram esse recorte. Outros estudos se fazem necessários para se responder o que este não conseguiu alcançar.

Esta seção contém diferentes partes. A primeira aborda a demografia sobre a categoria médica, o itinerário para se poder fazer a coleta de dados primários, com os diálogos e entendimentos estabelecidos para se pesquisar o PS do Hospital. O segundo trata do desenho de pesquisa, dados da pesquisa de campo e instrumentos usados. O terceiro, aspectos da execução da pesquisa, com notas sobre as dificuldades encontradas no campo, além do tratamento e análise dos dados.

Dados demográficos ajudam a apresentar um painel da categoria médica no Distrito Federal, em relação ao restante do Brasil. Havia 11.951 médicos no Distrito Federal (DF) registrados como ativos em 2014, para um total de 419.224 no Brasil e 33.035 na região Centro-Oeste do país (SCHEFFER; BIANCARELLI; CASSENOTE, 2015, p. 48). O DF conta com 2,9% dos profissionais do país (SCHEFFER; BIANCARELLI; CASSENOTE, 2015, p. 48).

Quando se relaciona o número de médicos com o total da população local, o DF tem 4,28 médicos a cada 1.000 habitantes, o que representa a mais alta quantidade do país (SCHEFFER; BIANCARELLI; CASSENOTE, 2015, p. 48). O Rio de Janeiro está em

segundo lugar nesse indicador, com 3,75, seguido de São Paulo (2,7) e Rio Grande do Sul (2,46) (SCHEFFER; BIANCARELLI; CASSENOTE, 2015, p. 47). Regionalmente, o Sudeste tem 2,75 e o Centro-Oeste, 2,20. Os índices cresceram em todas essas Unidades da Federação (UFs), entre 2011 e 2014 (SCHEFFER; BIANCARELLI; CASSENOTE, 2011, p. 30; SCHEFFER; BIANCARELLI; CASSENOTE, 2013, p. 37; SCHEFFER; BIANCARELLI; CASSENOTE, 2015, p. 48).

O DF é também a Unidade da Federação com a maior proporção de médicos especialistas em relação a generalistas, na razão de 2,72 para 1 (2015, p. 63). Há 7.438 especialistas (73,1%) e 2.735 generalistas (26,9%), nos números disponíveis (SCHEFFER; BIANCARELLI; CASSENOTE, 2015, p. 63). A maior proporção de médico especialista em relação a generalista se relaciona a uma maior renda da população, o que se verifica no DF, em comparação ao restante do Brasil⁴³. Há uma grande quantidade de pediatras no DF, em comparação a outras especialidades, como se pode observar na tabela abaixo. Isso contribui para justificar os médicos do PS do Hospital como objeto. Quase a totalidade dos entrevistados tem essa especialização. Médicos do DF distribuem-se, nas especialidades médicas, de acordo com a Tabela 7, abaixo.

Tabela 7 - Quantidade de médicos especialistas no DF, em ordem alfabética por especialidade, 2014/2015.

Acupuntura	106
Alergia e Imunologia	67
Anestesiologia	706
Angiologia	48
Cancerologia	123
Cardiologia	520
Cirurgia Cardiovascular	73
Cirurgia da Mão	20
Cirurgia de Cabeça e Pescoço	23
Cirurgia do Aparelho Digestivo	42
Cirurgia Geral	988
Cirurgia Pediátrica	57
Cirurgia Plástica	198
Cirurgia Torácica	33

43 A lógica da superioridade do número de médicos especialistas no DF, em relação ao Brasil, pode ser analisada pelos ensinamentos de García, que vincula mais especialização dos médicos à existência de grupos mais ricos. O que se pode acrescentar a essa teoria é que prioritariamente não se trata de um número absoluto maior, mas de um número relativo. Em outras palavras, a condição para o número de especialistas superior foi a renda *per capita* proporcional à população, ou seja, em uma unidade da federação com grande contingente populacional, que é o DF. Assim escreveu o autor: "O modo dominante de produção de serviços em uma economia de mercado competitivo requer médicos especializados. Isso ocorre porque a demanda procede dos grupos mais fortes economicamente. (...) os estudantes, pressionados pelo mercado de trabalho, inclinam-se prematuramente para uma especialidade" (GARCÍA, 1989b, p. 65-66).

Cirurgia Vascular 110
Clínica Médica 1.557
Coloproctologia 82
Dermatologia 208
Endocrinologia e Metabologia 187
Endoscopia 73
Gastroenterologia 169
Genética Médica 14
Geriatria 40
Ginecologia e Obstetrícia 1.016
Hematologia e Hemoterapia 87
Homeopatia 67
Infectologia 91
Mastologia 75
Medicina de Família e Comunidade 72
Medicina de Trabalho 421
Medicina de Tráfego 60
Medicina Esportiva 28
Medicina Física e Reabilitação 30
Medicina Intensiva 168
Medicina Legal e Perícia Médica 38
Medicina Nuclear 39
Medicina Preventiva e Social 63
Nefrologia 155
Neurocirurgia 94
Neurologia 174
Nutrologia 59
Oftalmologia 405
Ortopedia e Traumatologia 432
Otorrinolaringologia 184
Patologia 131
Patologia Clínica/Medicina Laboratorial 58
Pediatria 1.347
Pneumologia 128
Psiquiatria 287
Radiologia e Diagnóstico por Imagem 345
Radioterapia 17
Reumatologia 94
Urologia 165

Fonte: SCHEFFER; BIANCARELLI; CASSENOTE, 2015, p. 156.

Verifica-se que duas das três especialidades médicas com maior quantidade de médicos no DF são respectivamente a pediatria e a ginecologia e obstetrícia, em 2014/2015. No ano de 2017, a pediatria continuou sendo a segunda especialidade com o maior número de médicos no DF, com 1.508 médicos, e ginecologia e obstetrícia passou a ser a quarta maior especialidade, com 1.103 médicos, atrás da clínica médica (1.904 médicos) e clínica geral (1.148) (SCHEFFER et al., 2018, p. 156).

São 6.553 médicos e 5.398 médicas no DF (SCHEFFER; BIANCARELLI; CASSENOTE, 2015, p. 156), o que equivale a uma mulher para 1,21 homens, enquanto nacionalmente a taxa é de 1,39 (SCHEFFER; BIANCARELLI; CASSENOTE, 2015, p. 148). Observa-se, assim, que o DF tem proporcionalmente mais mulheres médicas do que na média do Brasil. Por sua vez, não há dados demográficos raciais no estudo publicado pelos CFM e CREMESP (SCHEFFER; BIANCARELLI; CASSENOTE, 2015).

Na diferença etária, 57,6% de médicos têm menos que 45 anos no DF, enquanto no Brasil são 52,2% (SCHEFFER; BIANCARELLI; CASSENOTE, 2015, p. 148). A idade média de médicos no DF é de 44,5 anos e no Brasil é de 45,7 anos (SCHEFFER; BIANCARELLI; CASSENOTE, 2015, p. 148), cf. se verá na Tabela 9, mais a frente. Assim, trata-se de uma categoria um pouco mais jovem no DF do que na média do Brasil, em uma diferença de um pouco mais de um ano. Em todas as faixas etárias mais velhas, a partir dos 45 anos, há menor quantidade no DF do que na média do Brasil. A distribuição etária da população médica no DF e no Brasil se mostra na Tabela 8, abaixo.

Tabela 8 - Estrutura etária da população médica e participação da faixa etária no DF e no Brasil, 2014/2015.

Faixa etária	Nº de médicos no DF*	%	Nº de médicos no Brasil**	%
≤ 29 anos	1.674	14	61.688	14,7
30 - 34 anos	2.115	17,7	64.646	15,4
35 - 39 anos	1.815	15,2	51.906	12,4
40 - 44 anos	1.282	10,7	40.120	9,6
45 - 49 anos	1.019	8,5	37.179	8,9
50 - 54 anos	898	7,5	36.920	8,8
55 - 59 anos	921	7,7	37.170	8,9
60 - 64 anos	901	7,5	37.813	9
65 - 69 anos	597	5	24.109	5,8
≥ 70 anos	728	6,1	26.892	6,4

Fonte: elaboração própria a partir de: *SCHEFFER; BIANCARELLI; CASSENOTE, 2015, p. 156. **SCHEFFER; BIANCARELLI; CASSENOTE, 2015, p. 148.

A diferença entre médicos do DF e do Brasil se mostra maior no tempo médio de formados. No DF, formaram-se há 19,3 anos, enquanto na média do Brasil, há 24,5 anos (SCHEFFER; BIANCARELLI; CASSENOTE, 2015), cf. Tabela 9, a seguir. Portanto, é uma população médica no DF com menos tempo de formação na profissão, com mais de cinco anos de diferença em relação ao país⁴⁴.

44 Enquanto a idade média dos médicos do DF e do Brasil tem pequena diferença, os primeiros estão formados há menos tempo com certa significância. Não se obteve uma resposta do porquê disso.

Tabela 9 - Idade média e tempo de formado de médicos do DF, 2014/2015.

	Média/anos DF*	Média/anos Brasil**
Idade	44,5	45,7
Há quanto tempo está formado (Tempo de formado do médico)?	19,3	24,5

Fonte: elaboração própria a partir de: * SCHEFFER; BIANCARELLI; CASSENOTE, 2015, p. 156. ** SCHEFFER; BIANCARELLI; CASSENOTE, 2015, p. 148.

Em suma, o DF tem população médica uma pouco mais jovem e com menos tempo de formação na profissão, ao se comparar com a média do Brasil. Interessa finalmente localizar o trabalho médico no Brasil. Senão, veja-se: o trabalho médico é ordenado em uma diversidade de formas, em hospital público e privado, consultório, clínica, ambulatório, laboratório, postos de atendimento, repartição pública, empresa privada e pública - serviço médico de órgão ou empresa -, órgão e gestão públicos, sala de aula, "serviços de apoio diagnóstico e terapêutico", "atendimento pré-hospitalar (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU e Resgate)", "Atenção primária: inclui Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Estratégia Saúde da Família" (SCHEFFER; BIANCARELLI; CASSENOTE, 2015, p. 112), "Atenção secundária: inclui ambulatório de especialidades, Assistência Médica Ambulatorial (AMA), Unidade de Pronto Atendimento (UPA), Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), e serviços especializados (Centro de Referência de Aids, Hemocentro e Hemoterapia, Saúde do Trabalhador etc.)" (SCHEFFER; BIANCARELLI; CASSENOTE, 2015, p. 112)⁴⁵. A maior concentração da totalidade de médicos está em hospitais (SCHEFFER; BIANCARELLI; CASSENOTE, 2015, p. 112), mas isso se dá de maneira desigual na área pública e privada. Em local de trabalho privado, o hospital está na segunda colocação, atrás de consultório particular, enquanto no setor público, é a primeira (SCHEFFER; BIANCARELLI; CASSENOTE, 2015, p. 112).

Aponte-se que no próprio interior de um hospital, há diversidade para e do trabalho médico. Isso se mostrou na pesquisa de campo, por exemplo, no número diferente de pacientes e acompanhantes nos corredores da Emergência Pediátrica e nas diferentes alas do Hospital, assim como na tensão nos rostos, no silêncio e no barulho em uns ou outros ambientes. Após um painel sobre a categoria médica no DF, *vis-à-vis* a realidade brasileira, a seguir se descreve sobre o itinerário percorrido no interior do Hospital, para a viabilização da pesquisa.

45 Pesquisa Pesquisa amostral do CFM teve o seguinte perfil de participantes: hospitais (57,5%), posto de saúde (27%), ambulatório (16,5), clínica particular (36,4%), empresa privada (10%), ensino (8,8%), consultório (42,7%), outro lugar (10,6%) (CARNEIRO; BARBOSA, 2007, p. 131).

Percurso para viabilizar a realização da pesquisa na Emergência Pediátrica

Os médicos entrevistados são, em grande maioria pediatras emergencistas, isto é, médicos pediatras que trabalham em emergência. Não houve uma decisão *a priori* de se pesquisar o Hospital, a Emergência Pediátrica ou pediatras. Uma área desse hospital foi estudada, porque foi nela que se abriu uma possibilidade de se fazer a pesquisa. Um médico apresentou o pesquisador à direção do Hospital.

Reunião com uma médica da direção do Hospital foi determinante para a definição dos médicos de uma área hospitalar como unidade de análise de tese. A possibilidade de recensear o quadro completo do Hospital é inviável, dado o número de trabalhadores se situar na casa de milhares. Surgiu assim a alternativa de se recensear um setor do hospital. Quais foram as características justificadoras dadas pela médica para se pesquisar determinado setor? A pesquisa no Hospital se viabiliza com a identificação do interesse pelo estudo, seguindo-se a ordem citada pela médica responsável: em primeiro lugar, precisa haver o interesse da unidade e, em segundo lugar, contemplar-se os interesses do Hospital.

A indicação do interesse da Emergência Pediátrica pela médica da direção ocorreu sob as seguintes justificativas: a emergência pediátrica não tem portas e "ninguém olha". Nesse sentido, poder-se-ia interpretar como a existência de uma carência de recursos para o setor, sejam institucionais, com falta de atenção necessária, seja até falta de pesquisas. Por sua vez, a médica também sublinhou que pequenas ações poderiam gerar grandes impactos, referindo-se à ala da Emergência Pediátrica.

Em outra conversa em torno dessa direção hospitalar, mencionou-se que em qualquer setor do Hospital que se pesquisasse, haveria muitos casos. Contudo, em um segundo setor aventado do Hospital, haveria restrições a estudos de pesquisadores de fora do hospital. Assim que se verificou a possibilidade e oportunidade de se pesquisar o setor de Emergência Pediátrica, o que garantiu a viabilização da pesquisa. É no pronto-socorro que se costuma haver o atendimento inicial em um hospital. É a emergência que antecede o cuidado intensivo, se se fizer necessário.

Desenho da pesquisa

As unidades de análise da pesquisa com os dados primários da tese são os médicos e as médicas do Pronto-Socorro do Hospital. A pesquisa foi do tipo observacional, interseccional, sem intervenção direta sobre esse médico, que foi informado pela direção do PS que a pesquisa transcorreria em dada semana. Solicitado, o pesquisador encaminhou um breve texto, que indicava os aspectos mais importantes da coleta de dados.

A pesquisa de campo se configurou em um processo permanente de reflexão, com desconstrução e reconstrução contínuas da problemática em estudo. Esse movimento aconteceu devido à combinação de duas razões principais, no processo de construção do objeto: resultados encontrados na pesquisa de campo mostravam outros caminhos, por vezes divergentes do que se imaginava, e a necessidade de se construir finalmente um desenho de pesquisa que tornasse possível a realização da pesquisa, para se concretizar a tese. De modo central, inicialmente, o sentido do que se pretendeu fazer foi uma pesquisa experimental, em que se compararia o grupo de médicos autodeclarados com e sem transtornos mentais e comportamentais. Contudo, como os resultados apareciam e não se mostrava uma diferença significativa entre os dois grupos, migrou-se então para uma outra abordagem.

Uma pesquisa que verificasse as percepções dos médicos sobre as causas e efeitos dos transtornos por que passavam, em um olhar que pudesse observar esses ambos aspectos de modo integrado, tinha na análise dos discursos e na interpretação do sentido (hermenêutica) uma forma de responder tanto à necessidade de uma pesquisa desse gênero na sociologia, como tornava exequível a pesquisa, diante de prazos e demais condições para a realização da pesquisa. Foram sete as instituições a que o pesquisador precisou receber autorização, além de diferentes orientadores para viabilizar a pesquisa, informações que serão mais detalhadas no item Considerações sobre o pesquisador e desafios/dificuldades da pesquisa de campo, mais a seguir neste mesmo capítulo 3. O desenho adotado de pesquisa devia atender a todas as instituições para que a pesquisa fosse realizada e concluída. Isso significa que outros desenhos de pesquisas podem vir a ser adotados, sob outras condições, para se ter mais elementos sobre fatores e efeitos de transtornos mentais em médicos, que vão além da percepção.

Dados da pesquisa de campo e instrumentos de coleta

A pesquisa de campo coletou um conjunto de dados secundários que ajudou a construir o objeto de pesquisa e o instrumento de coleta de dados primários. O primeiro conjunto de dados foi o de pesquisas bibliográficas. O segundo, de informações públicas e documentos coletados ao longo da pesquisa e que tem natureza tanto quantitativa, como qualitativa⁴⁶. A maior limitação para o uso desse material foi a exigência feita pelo CEP de que houvesse uma descrição *a priori* de todos os materiais que seriam usados na bibliografia da tese. A consequência prática, para efeito desta tese, foi a exclusão de materiais secundários, o que representou uma restrição à pesquisa; até os momentos finais de redação e revisão da tese, esse constrangimento se fez presente. Outro desdobramento disso é que os dados usados pela tese são praticamente aqueles coletados em exclusividade para a tese, ou seja, os dados primários. Esses são o terceiro e quarto grupo de dados da pesquisa desta tese. Assim, o terceiro conjunto advém das respostas a um questionário (*survey*) submetido aos médicos que estavam trabalhando no Pronto-Socorro no período da pesquisa e que aceitaram participar da pesquisa. E o quarto, e último, conjunto de dados advém de entrevistas realizadas com esses médicos do PS, coletadas na continuação ao preenchimento do *survey*. Nesses dois conjuntos, os dados foram também usados parcialmente, devido às condições de pesquisa.

Trabalharam-se em cerca de um ano e meio nos instrumentos de coletas de dados - do terceiro e quarto conjunto de dados acima descritos -, até a construção do projeto submetido às instituições que avaliaram e autorizaram a execução da pesquisa de tese. Foram dois os instrumentos de coleta de dados, um questionário de pesquisa e um roteiro de entrevista. Como a própria tese, eles se localizam na área da saúde do trabalhador e da trabalhadora, em abordagem da sociologia dos médicos. Foram construídos a partir de dois elementos principais: a revisão de literatura e a pesquisa de campo, realizadas ao longo dos anos de 2017 e 2018.

Inicialmente foram escritas perguntas as quais se queria saber sobre os médicos. Às questões originais, foram adicionadas outras que emanaram de documentos coletados na pesquisa de campo, principalmente aqueles cedidos pelo MPT. Finalmente foram

46 Na pesquisa de campo se teve acesso a documentos em que médicos relatam as condições de trabalho por que passam, do período entre 05 de janeiro de 2014 e 15 de dezembro de 2015 e um de 4 de outubro de 2016, no que os médicos descrevem como o "caos na saúde" do DF. Esse conteúdo é composto por um conjunto de documentos (cartas, e-mails e ofícios) escritos por médicos e enviados a autoridades públicas do DF, associações e sindicato de médicos do DF. Tais documentos mostram a relação entre trabalho, condições de trabalho e problemas na saúde mental de médicos.

acrescentadas perguntas a partir da revisão de literatura. O conjunto das perguntas foi depois separado entre um questionário e um roteiro de entrevista, de acordo com o tipo de resposta. Quando era uma questão mais pontual, ou que podia ser respondida mais facilmente, foi colocada no *survey* (Apêndice A), quando era algo que precisava de mais palavras para se responder, foi colocado no roteiro de entrevista (Apêndice B).

Uma decisão deve ser sublinhada porque impacta o resultado da pesquisa, assim como a qualidade das respostas. Usaram-se instrumentos de pesquisa distintos para se coletarem informações de duas naturezas: no questionário, a autodeclaração de algum transtorno mental ou comportamental, ou não, e, no roteiro de entrevista, as razões e consequências dos transtornos na categoria médica. Essa solução foi encontrada, primeiro, para se buscar resguardar o anonimato do médico e, segundo, para se tentar deixá-lo mais à vontade para falar tanto do caso pessoal dele, quanto falar de médicos em geral. Os resultados podem vir a ser confirmados, ou negados, por futuras pesquisas, com esse ou outros métodos. Um segundo método que se propôs para a preservação do caráter anônimo do médico participante foi o uso de uma urna, onde ele depositaria o questionário preenchido. Contudo, não se fez uso desse instrumento, dadas mudanças de ordem prática na coleta de dados, quando se fizeram as entrevistas. O que de fato aconteceu, tendo em vista o planejado, será descrito no item *Coleta de dados*, neste capítulo.

Após a confecção da primeira versão dos instrumentos⁴⁷, eles foram retrabalhados com o coorientador do PPGSOL/UnB. Com o primeiro, foi suprimido o item renda, para se evitar o risco de animosidade em relação à pesquisa, e ainda mais que não era um dado principal para a pergunta de pesquisa. Com o segundo, as questões do roteiro de entrevista foram reescritas com frases mais longas, que brevemente explicassem a pergunta, objetivando-se torná-la mais compreensível ao entrevistado. O questionário foi levado à Banca de Qualificação do Projeto, em 26 de novembro de 2018, quando sofreu novas modificações. Tais mudanças aumentavam o grau de anonimato dos respondentes, estabelecendo-se faixas etárias para o ano de nascimento e começo do curso de medicina, respectivamente itens 1.2 e 3.2 do *survey* aplicado (Apêndice C) e coletavam-se uma nova informação, qual seja, a jornada máxima ininterrupta, item 4.3 desse *survey*.

47 Uma decisão foi a de se retirar o item renda, que se demonstrou acertada. Não se faria maior uso dessa informação e poderia vir a dificultar a coleta de dados, pela possibilidade de se criar um clima de desconfiança. Talvez valha supor que é 'melhor perder uma resposta importante e ter o resto da pesquisa, do que ter essa resposta e prejudicar a pesquisa toda'.

Com a aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais da UnB (CEP/CHS) e posteriormente pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Fepecs, o pesquisador se dirigiu ao Hospital. Nas tratativas para se aplicarem os instrumentos na Emergência Pediátrica, a direção dessa ala hospitalar requereu a redução do tempo previamente acordado de coleta de dados, quando reduziu de uma hora para vinte (20) minutos e de duas semanas para uma semana para se coletarem os dados. O argumento girou em torno da escassez de médicos, em um contexto de significativo aumento do número de pacientes que procuram o Pronto-Socorro do Hospital, durante a chamada sazonalidade, que será brevemente detalhada no item Coleta de dados, mais a frente.

Dada essa nova condição, os dados coletados nas entrevistas de pré-teste foram rapidamente analisados, quando se identificaram as perguntas que deram um melhor retorno - em um misto de quantidade e qualidade de fala⁴⁸. Essas questões foram então mantidas no Roteiro de entrevista aplicado (Apêndice D) - e continuaram rendendo os melhores resultados na efetiva coleta realizada na Emergência Pediátrica do Hospital -, além de outras questões que foram reformuladas e aglutinadas para que pudessem sintetizar de alguma maneira um roteiro anteriormente muito maior.

O trabalho de reelaboração do roteiro de entrevista teve de ser feito na véspera da aplicação do questionário, tendo em vista que a posição da chefia da medicina da Emergência Pediátrica do hospital foi dada dois dias antes do início da coleta de dados. O doutorando reuniu-se com o coorientador no dia anterior da coleta para reelaborar o instrumento (roteiro de entrevista) e redefinir as perguntas que pudessem ser aplicadas no tempo concedido.

Ao final, o roteiro se constituiu em três blocos: relações de trabalho, percepções sobre os fatores e efeitos de transtornos mentais e comportamentais nos médicos e questões sobre emoções e situação no trabalho. Em suma, o roteiro de entrevista foi reduzido de modo a atender a nova determinação da direção da Emergência Pediátrica. Além de inúmeros depoimentos que expressaram a relevância de se fazer esta pesquisa, o consumo de um tempo superior àquele finalmente estabelecido pode também ser considerado como um indicativo da importância do tema estudado para os médicos daquele setor.

48 Os dois instrumentos originais de coleta de dados (nos Apêndices A e B) foram testados previamente. Com a redução do tempo para a coleta de dados com as entrevistas, não se fez pré-teste do Roteiro de entrevista efetivamente aplicado (Apêndice D). Dado o pré-teste do questionário original (no Apêndice A), ele sofreu duas pequenas alterações, devido às observações feitas no pré-teste. A primeira alteração, incluiu a pergunta de altura e peso do entrevistado e, a segunda, se o entrevistado tinha ou não religião e qual. Ambas incluídas no final da Parte I do *survey* (Bloco de características pessoais), no Apêndice C.

Foram alterados os três aspectos centrais da hipótese que seriam estudados com os dados coletados nas entrevistas, quais sejam, o cotidiano da pessoa do médico, o trabalho profissional e o afeto dele. A coleta de dados se centrou no trabalho profissional e, de alguma maneira, nos afetos, com maior redução em relação à vida cotidiana desse profissional.

O roteiro original de entrevista, com a totalidade das questões, encontra-se no Apêndice B. Como o nome indica, tratava-se tão somente de um roteiro de questões, isto é, essas perguntas não seriam todas feitas aos entrevistados. O roteiro tem a utilidade de definir um campo de perguntas que podem ser realizadas no momento da entrevista. Contudo, podem ser feitas também perguntas que não estão elencadas no instrumento. Tratou-se, assim, de um instrumento de pesquisa semiestruturada.

Considerações sobre o pesquisador e desafios/dificuldades da pesquisa de campo

Pesquisador desde 1992, egresso dos estudos da ciência e tecnologia, a vida no trabalho como servidor público, após concurso público, levou-o à problemática do trabalhador e da trabalhadora, com a preocupação da saúde consigo próprio e dessas pessoas. A existência de problemas com a saúde mental na família e no meio laboral levou ao aprofundamento de pesquisas na área, quando se recorreu a diversos meios, inclusive a imprensa.

Foi quando o pesquisador se deparou com uma matéria do jornal O Globo impresso, que trazia uma lista de ocupações laborais com mais incidência de transtornos mentais e comportamentais, incluídos os médicos (NASCIMENTO, 2017, p. 22). Apesar de apresentada como listagem, a matéria não identificava um ranqueamento com maior proporção de número de casos, ou mesmo a quantidade total. Tentar entender o porquê de uma categoria com um alto grau de reconhecimento social (CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO DISTRITO FEDERAL, 2017, p. 6) e relevante para a população lidar com os problemas de saúde levaram a se centrarem esforços de pesquisa na categoria médica. Foram feitas buscas de informações na internet, leitura de artigos e livros, participação em eventos, contatos com médicos e pessoas da área médica. Contudo, especificamente sobre o tema da saúde mental de médicos no DF, acreditou-se não haver quantidade muito grande de material.

Buscou-se assim frequentar eventos correlatos ao tema, como de segurança e saúde do trabalhador e da trabalhadora ou de humanidades médicas, por exemplo, quando também

se tentou entender mais o contexto do mundo da categoria médica, seja no trabalho, na formação continuada, ou na pesquisa. À medida que se avançavam nas participações, observações e, mormente, em pesquisa sobre os aspectos éticos da pesquisa em saúde humana (com literatura, legislação e contato com outros pesquisadores) surgiram novas dúvidas e questões, quando se pensavam formas de respondê-las. Foram assim várias idas e vindas entre perguntas e métodos. Foi o corpo do doutorando o próprio instrumento de pesquisa, em que por algumas vezes uma antiga Lesão por Esforço Repetitivo (LER) no braço e mão direito retornou, e o estudo via computador ou celular teve que ser suspenso. Esse era o sinal para se voltar aos livros. Nas pesquisas de literatura, localizaram-se, no geral, mais pesquisas que apresentavam resultados empíricos do que explicação ou literatura teóricas. As mudanças de questões levavam a mudanças interpretativas, sendo que não se conseguiu obter teorias grandemente explicativas dos fenômenos observados.

Na continuação deste item se escreverão algumas notas das dificuldades operacionais encontradas no campo de pesquisa.

Para pesquisas na saúde, faz-se necessária a aprovação de entidades do Sistema CEP/ CONEP. Diante das dificuldades que se mencionavam para a aprovação de uma pesquisa nesse sistema, adotou-se a estratégia de se submeter o projeto apenas quando se considerasse que estaria impecável e que, portanto, não se poderia negar a aprovação a ele. Para isso, o caminho então seria primeiro aprová-lo na Qualificação do Projeto de Tese, o que demorou a acontecer, devido a dificuldades de orientação. Assim, a defesa ocorreu apenas no final do terceiro ano de doutorado.

Ao longo da pesquisa de campo, chegou-se a um Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Ciências Humanas (CEP/IH). Coletaram-se modelos de documentos e normas apontadas por esse CEP. Contudo, quando se foi submeter o projeto em sistema na internet de cadastramento de propostas de pesquisa na área da saúde, a Plataforma Brasil, não se localizou tal CEP. Isso significou que esta pesquisa seguiu informações de um CEP ou inexistente, ou não apto. Um retrabalho na produção de documentos e com outras regras teve que ser feito, diante de um CEP da UnB a que de fato se deveria submeter, o Comitê de Ética em Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais (CEP/CHS) da Universidade de Brasília⁴⁹. A estratégia adotada inicialmente acabou por consumir muito tempo, o que atrasou também a entrada na citada Plataforma.

49 A Plataforma Brasil não garante que o projeto seja enviado a determinado CEP; contudo, há uma pergunta em formulário eletrônico da plataforma para qual CEP se gostaria que o projeto fosse direcionado.

Feito o contato com um médico, ele apresentou o pesquisador à direção do Hospital. Obteve-se a informação que além do CEP da UnB, por mais um CEP deveria tramitar o projeto, da Fepecs⁵⁰. Os passos para a pesquisa então seriam: o CEP da UnB avaliaria e o CEP da Fepecs autorizaria a execução da pesquisa, ou não. A prática vivenciada é que os dois CEPs analisaram e autorizaram a pesquisa e, portanto, não houve aquela suposta divisão de papéis inicialmente aventada. A realidade observada na prática desta pesquisa é que mesmo o projeto tendo sido aprovado por dois CEPs (CHS/UnB e Fepecs), em ambos foram requisitadas alterações no projeto.

Para fazer o processo tramitar com celeridade, foi necessário ir frequentemente ao local onde estava o processo, apesar de ele receber entrada por meios digitais, via Plataforma Brasil. Executou-se o papel de despachante. Foi necessária uma escuta atenta, quando as observações eram anotadas para a posterior modificação do projeto, inclusão ou alteração de documentos, e assim por diante. Isso precisava ter celeridade, dados os prazos existentes.

Como a defesa do projeto na UnB ocorreu no final do ano, o projeto entraria na Plataforma Brasil em período de férias nas instituições de ensino requisitadas para a análise e avaliação. Depois do médico contatado, essa foi uma outra rede acessada. Graças à professora da antropologia com quem se teve aula como aluno especial, obteve-se o contato da coordenadora do CEP da UnB, que era também professora de antropologia. Mesmo estando em outro estado com familiar doente, a coordenadora andou com o processo, e que contou ainda com ligações posteriores do pesquisador.

Este pesquisador é servidor público originário do antigo Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão (MPDG), entidade atualmente integrada ao Ministério da Economia, e se encontra lotado no Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea). Para a viabilização desta pesquisa de tese, precisou submeter projeto de tese para ambos esses órgãos, com o objetivo de inclusão em programa de capacitação, denominado Programa de Capacitação de Média Duração (PCMD). Para efeitos práticos, isso significou que, por inúmeras vezes, trabalhou-se com três versões do mesmo projeto de pesquisa, de acordo com as regras de sete diferentes instituições, quais sejam, PPGSOL/UnB, MPDG e Ipea, Hospital, CEP CHS/UnB e CEP Fepecs/GDF, Plataforma Brasil. Houve períodos em que versões do projeto de pesquisa estavam simultaneamente submetidas a processos de três diferentes instituições. Outro elemento de complexificação para a realização desta tese foi a requisição

50 Tendo em vista as regras do CEP Fepecs, o Hospital prestou informações e apoio a esta pesquisa para se evitar que o projeto de pesquisa ficasse com "Pendência".

de diferentes orientadores. Apesar dos orientadores se constituírem como apoiadores e facilitadores da pesquisa, também se configuraram como um elemento de complexificação, tendo em vista a requisição institucional.

Quando o projeto de tese foi aprovado por essas sete instituições, e procurou-se o Hospital para se aplicar os instrumentos de coleta de dados, foi oferecido um período de tempo distante, que tornaria virtualmente inviável a pesquisa, com curto prazo para se escrever a tese. Nesse momento, as redes se fizeram novamente úteis e uma médica sênior conversou com a chefe da Emergência Pediátrica. Isso viabilizou a coleta em período exequível para a consecução da tese.

Finalmente, houve dificuldade na coleta de materiais para a revisão bibliográfica do problema de pesquisa, dado que se buscavam textos sobre a saúde mental dos médicos, mas se localizavam sobretudo materiais com médicos como atores que tratam de pacientes. A prática de busca, o uso de palavras-chave específicas e a leitura com a revisão dos conteúdos foram as formas utilizadas para se superar a dificuldade inicial e localizarem-se textos de médicos como pacientes.

Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada em um período chamado de "sazonalidade" pelos médicos e pelo hospital. Na sazonalidade, há um crescimento da demanda dos serviços do Pronto-Socorro. A sazonalidade se configurou então como parte do ambiente específico de trabalho enfrentado pelos médicos durante a coleta dos dados desta tese.

No total, foram realizadas 46 entrevistas entre médicos *staffs* e médicos residentes, e 16 automdeclararam algum transtorno mental ou comportamental, o que correspondeu a um pouco mais de 1/3 da amostra. Resultado semelhante foi encontrado também em outra pesquisa (LEARNER, 2011, p. d1708). Alguns médicos que constavam na escala semanal estavam de licença no período em tela e, portanto, não puderam ser entrevistados. Foi feita análise da ocorrência por gênero em entrevistados autodeclarados com e sem problemas de transtornos mentais ou comportamentais, nos grupos de residentes e *staff*. Contudo, inversões

no número de homens e mulheres nesses dois grupos não permitiram maiores conclusões sobre uma prevalência de gênero para os problemas de saúde mental⁵¹.

Como os médicos foram contatados? Já previamente informado sobre a pesquisa pela chefia, o médico foi abordado no interior do PS, quando o pesquisador se identificava e brevemente explicava o estudo. Perguntava da possibilidade de participação dele. Ao médico era informado que podia declinar da participação a qualquer momento, e inclusive nem aceitar participar da pesquisa.

Dois médicos de plantões noturnos se recusaram a participar da pesquisa, um do sexo masculino e outro, do feminino, quando argumentaram em relação à quantidade de pacientes que esperavam o atendimento; perfazem um número baixo de não entrevistados, diante do total de abordados. Por sua vez, sabe-se que não são atendidos todos os pacientes, devido ao período da sazonalidade, mas apenas aqueles com classificação mais alta. Durante a semana em que se permaneceu na Emergência Pediátrica, atenderam-se apenas aqueles com a classificação vermelha e, em diferentes ocasiões se parou o atendimento, devido à falta de local físico (infraestrutura) onde pudessem ficar os pacientes. Em diversas vezes, ficaram deitados pacientes nas saletas de atendimento clínico e, em algumas ocasiões, pelos corredores. Tudo isso era alvo de críticas dos médicos.

Ao aceitar participar da pesquisa, o pesquisador e o médico se dirigiam a um local apropriado, onde se seguia o protocolo de entrevista aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa. Grande parte das entrevistas foi realizada nas salas de repouso médico feminina e masculina, com as presenças exclusivamente do entrevistador e do entrevistado. Para todas as entrevistas, o pesquisador convidava para que ocorresse em uma daquelas salas, mas isso nem sempre foi possível, dada a dinâmica de funcionamento daquele Pronto-Socorro. Assim, foram realizadas também entrevistas em outras salas, em cerca de 15% do total, em salas de consultório. No entanto, em todas as ocasiões em que chegava uma terceira pessoa, o entrevistador interrompia a entrevista para preservar a intimidade, a privacidade e o anonimato do entrevistado. A entrevista assumiu um caráter de conversa mais informal, contudo, com um objetivo transparente: coletar dados para a tese. Findada a coleta de dados, o médico entrevistado seguia normalmente no trabalho corrente do cotidiano.

Para proporcionar suporte psicológico à realização das entrevistas, caso necessário, em disparo de algum gatilho, foram contratadas quatro (4) psicólogas que cobriram todos os

51 Com o objetivo de se preservar o anonimato, não se explicitaram os números de entrevistados entre residentes e *staffs* por gênero.

períodos - manhã, tarde e noite -, no período de 2019 supracitado. Não houve a necessidade do uso do apoio psicológico.

Para preenchimento dos formulários e realização das entrevistas, sem identificação, buscou-se seguir os procedimentos aprovados pelos CEPs. Antes de começar a coleta de dados propriamente dita, o pesquisador lia o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em voz alta para o médico entrevistado. No TCLE efetivamente aplicado consta o acréscimo sugerido pelo CEP Fepecs, de inclusão dos dados de contato desse. Finalmente, o TCLE era assinado e um questionário era entregue ao participante.

Os questionários haviam sido previamente numerados e, no momento do preenchimento, um dos questionários era selecionado aleatoriamente, sendo em seguida entregue ao entrevistado. Os entrevistados preencheram o formulário em um período de 7 a 10 minutos e, na sequência, passava-se à segunda e última fase da coleta de dados, que foi a entrevista. A entrevista começava com o número do questionário, para se ter a preservação do anonimato do médico entrevistado - em nenhum espaço o pesquisador registrava o nome do médico, ou da médica, a fim de preservar a identificação dele.

Para o registro das entrevistas foi utilizado um gravador da marca Sony, modelo ICD-PX240, sem qualquer acesso à internet. O trabalho de coleta dos dados iniciava-se às 7 horas da manhã, hora do início da primeira escala de plantão médico, e se estendia até a noite. A hora de término da coleta variou dia a dia, dependendo do número de médicos da escala noturna para a coleta de dados, assim como a disponibilidade para a participação na entrevista. As gravações das entrevistas eram diretamente recolhidas em um computador sem acesso à internet e imediatamente salvas em dois HDs externos, também sem acesso à internet. Esses HDs eram em seguida bloqueados com senhas, que eram então deletadas. Tais senhas eram também excluídas da lixeira do computador. Para que se tivesse mais um *back-up* desses dados, fez-se a gravação de todas as entrevistas em um dispositivo externo (*pen-drive*), depositado em um cofre.

Além da já comentada redução do tempo de entrevista, a ausência de uma sala destinada à coleta de dados no interior do Pronto-Socorro impôs modificações ao procedimento previamente planejado para a coleta de dados. As salas disponibilizadas não se localizavam nem no interior da Emergência Pediátrica, nem nas imediações. Elas ficavam bastante distantes, o que consumiria bastante tempo para o médico se deslocar até elas, sob os riscos de se consumir todo o tempo reservado para a entrevista - já diminuído em 2/3, de 1

hora para 20 minutos - e da própria não-participação da equipe médica na entrevista. Assim, a coleta de dados teve que ocorrer no próprio Pronto-Socorro, o que acabou implicando em modificações na logística de entrevista, pois a proposta inicial incluía uma sala privativa no interior do setor. Assim, uma urna, que seria utilizada para a coleta dos questionários, não o foi, devido ao transtorno de carregá-la pelo interior do Pronto-Socorro durante os três turnos de 7 dias. Após o preenchimento do *survey*, esse era devolvido ao entrevistador, e armazenado junto com outros questionários do dia, em pasta do pesquisador, que ficava dentro de uma mochila. Os médicos entrevistados não eram identificados e os questionários eram diariamente recolhidos e guardados. O vínculo entre o questionário e a entrevista ocorre por código aleatoriamente escolhido, assim: formulário 1, com entrevista 1, e assim por diante.

Transcrição e tratamento dos dados

As entrevistas gravadas foram transcritas e formatadas em programa de processamento de texto. Cada entrevista virou um documento de transcrição e foi arquivado em pasta com o número de cada entrevistado, sem a identificação do nome dele. Inconsistências foram corrigidas ao final da transcrição ou retiradas quando não houve a possibilidade de compreensão das falas.

A fim de se tratarem os dados, com o objetivo de auxiliarem a análise dos conteúdos, usaram-se dois programas de computador, o que ocorreu de modo desigual. Esses foram o Iramuteq (RATINAUD, 2014) e o LibreOffice Calc (THE DOCUMENT FOUNDATION, 2019).

Os trabalhos nestes programas - assim como o processo de tratamento e análise dos dados - ocorreram em computador desconectado da rede de internet. Os dois primeiros programas estão livre e gratuitamente disponíveis na internet. Já o terceiro foi franqueado ao doutorando pelo órgão em que trabalha, o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea).

Análise de dados

Os dados desta tese são as falas dos entrevistados em resposta às questões a eles dirigidas, cf. o Roteiro de entrevista (Apêndice D). Foram duas as análises de dados qualitativos feitas nesta tese, e recorreram-se a técnicas diferentes. A primeira análise, com o conjunto das 46 entrevistas⁵², contou com o apoio de um programa de computador denominado Iramuteq. A segunda análise usou LibreOffice Calc para se tabularem as respostas dadas pelos 46 entrevistados a duas perguntas específicas: sobre as razões para transtornos mentais e comportamentais de médicos e as consequências de adoecimento mental na categoria médica, respectivamente, perguntas 2.1 e 2.3 do Roteiro de entrevista (Apêndice D). A análise da percepção consistiu em um estudo das percepções dos médicos sobre os transtornos na categoria médica.

Houve um certo arranjo no uso dos dois primeiros programas: as tabelas em programa de planilha (LibreOffice Calc) e o programa de análise de texto (Iramuteq). Algumas vezes, certas informações eram obtidas no primeiro e verificações eram realizadas com o segundo instrumento. Nas vezes em que isso ocorreu, foi possível haver um refinamento da análise, com melhora da qualidade do texto feito só a partir da primeira ferramenta.

O programa de computador Iramuteq foi usado como uma técnica exploratória na análise de dados. A unidade de análise foi um segmento do texto da fala. Não se tomou o indivíduo como unidade de análise, mas, a partir do conjunto das falas dos médicos entrevistados, os segmentos de texto automaticamente criados, conforme classes gramaticais pré-selecionadas. Optou-se por manter aquelas que são tomadas como padrão pelo programa, quais sejam, as com funções sintáticas de substantivo, advérbio, adjetivo e verbo⁵³.

Com o método usado, a ferramenta de análise de conteúdo dos discursos levou em conta não apenas a quantidade de determinada palavra, mas a coocorrência de palavras - ou

52 A palavra "corpus" é comumente usada para designar tal conjunto. Contudo, em uma tentativa de uso de um linguajar próprio para a especificidade do objeto de pesquisa da sociologia, *vis-à-vis* as assimetrias de poder perante os campos biológico, médico e biomédico, optou-se pela palavra conjunto.

53 No programa de computador Iramuteq (RATINAUD, 2014), após a abertura do conjunto das entrevistas tratadas, isto é, com a formatação para que o programa de análise de texto possa lê-las, dá-se então o comando "Abrir um corpus textual". Feito o processamento, segue-se ao item "Análise de texto" com "Classificação". Nessa seção, vai-se ao comando "Método de Reinert". Abre-se o item "Definições" e, em "propriedades-chave", clica-se então em "propriedades". Na janela que se abre, há as classes gramaticais incluídas no sistema, onde se "escolhe as chaves de análise" (RATINAUD, 2014, tradução nossa). As quatro classes gramaticais supracitadas foram escolhidas, o que seguiu o padrão do programa.

seja, uma palavra em relação a cada uma das outras palavras. Utilizou-se o padrão do programa para o seccionamento do texto das entrevistas, com a segmentação dos trechos delas⁵⁴. Obteve-se 89,02% de padronagem na formação dessa unidade de análise, com o chamado "Método de Reinert" (REINERT, 1983), que "consistiu na análise de conteúdo assistida pela classificação hierárquica descendente" (ROCHA, 2017, p. 21). Com esse método, foram classificados 2.960 segmentos, sob um total de 3.325 segmentos. As unidades de análise são também visualizadas para se interpretar o sentido do mapa de palavras gerado. Por que o número dessas unidades mostradas é 1) menor do que 40 e 2) varia entre cada unidade, por exemplo, uma unidade pode aparecer com 15 palavras, outra com 28 e assim por diante? Porque há uma seleção de palavras com as quatro funções sintáticas especificadas no parágrafo anterior.

A técnica de análise resultou em três classes no total. As classes são formadas a partir de certa tipicidade de palavras, que significa uma associação típica entre palavras. Uma classe é uma unidade de sentido, formada a partir da relação entre palavras do discurso. Possibilita-se, assim, a interpretação do sentido da classe.

Tentou-se, inicialmente, responder a pergunta sobre percepção de fatores e efeitos dos transtornos mentais e comportamentais em médicos com o Iramuteq. Dado que não se obteve resposta nessa primeira análise, recorreu-se ao método tradicional, quando se criaram categorias, em um processo de "categorização" (BARDIN, 2002, p. 117 *passim*). Como um teste comparativo, compararam-se os segmentos de texto fornecidos pelo Iramuteq às respostas de perguntas específicas de fatores causais e efeitos dos problemas de saúde mental. Observou-se grande discrepância entre os resultados de cada ferramenta.

Enquanto o Iramuteq formava o segmento de texto de uma forma automatizada, no método tradicional, lia-se a resposta dada pelo entrevistado, e cada segmento de texto (trecho da fala) que tivesse um sentido era separado do segmento seguinte, quando se repetia o mesmo procedimento. Enquanto com o programa, os segmentos são definidos automaticamente, a leitura e a análise das respostas levaram à compreensão da existência do que se considerou como segmentos de sentidos, ou seja, o segmento guardava um sentido, isto é, um significado e implicação/implicações. Escrevia-se então na tabela esses sentido e implicação/implicações, para cada segmento de sentido. Esse método foi usado tanto para as causas, como para os efeitos.

54 Rocha (2017, p. 21) foi uma referência para a compreensão de como o programa Iramuteq efetivava os mecanismos internos ao sistema, quando estudou temas correlatos a percepções sobre condições de vida.

Ao final da análise de conteúdo tradicional sobre os fatores causais dos transtornos, em tabela, chegou-se a 622ª coluna. Esse correspondeu a um número mínimo de segmentos de sentido encontrados, pois houve alguns poucos casos em que se usou a mesma coluna para segmentos com o mesmo sentido. Isso só para dizer que esse não é um número absoluto, mas apenas uma referência para raciocínio.

Ao final, tanto o sentido, quanto as implicações foram contabilizadas. Esse trabalho não foi simples, fácil ou trivial, mas se entendeu como necessário para ajudar na compreensão da problemática dos médicos em relação à saúde mental deles. Tratava-se de dar forma a uma massa de informações, que se precisava analisar para a busca de algum sentido interpretativo; trabalhar nesse conjunto de dados foi parte da criação desta tese. Além disso, a dificuldade também de se contabilizar imputa o sentido de que as conclusões da questão de pesquisa - a saúde mental de médicos da Emergência Pediátrica - são uma indicação, a partir das percepções dos médicos entrevistados.

Em seguida, as categorias de causas foram agrupadas em categorias explicativas mais amplas. Essa foi uma segunda dificuldade: a criação de tais categorias, com certa discricionariedade na seleção de itens que vão formá-las, o que, contudo, se entende eminentemente como trabalho heurístico de pesquisador. De toda sorte, explicitaram-se quais categorias foram agregadas para compor uma categoria mais ampla. Isso é mais um elemento para se tratarem as conclusões como indicações tendenciais, ou seja, como pesquisa exploratória. Outros estudos são necessários para se confirmarem, ou não, os resultados.

A quantidade de itens de causa na resposta à pergunta sobre a consequência, e vice-versa, é uma mostra de que há uma certa mistura, algum imbricamento nas percepções de causa e efeito. Isso não pode levar, contudo, a se confundirem fatores e efeitos. Esses são muito efetivos, inclusive com a existência de uma hierarquia entre eles. Qual o procedimento adotado nesta pesquisa para tal mistura? Itens "trocados" não foram realocados no "lugar correto". Entende-se que isso poderia talvez ser considerada como uma possível prática antropocêntrica, com a imposição do sentido do pesquisador ao objeto, ainda mais que ambas as perguntas, sobre causa e efeito, foram feitas ao entrevistado. Posto em miúdos, quando a fala tinha a ver com a questão posta, então ela era classificada. Quando não, ela era excluída de interpretação e categorização - esse foi o procedimento adotado.

Um ponto que se destaca na sociologia é a preocupação com o uso das palavras, ao se usar uma, deixa-se de se usarem outras. Por que usar aquela palavra e não essa? Com esse

problema material, de escolha e troca - e de precisão, já mencionado, pode-se falar de uma desconfiança sociológica diante das palavras, que corresponde a certo ceticismo da ciência. Tal característica se volta às próprias coisas, não apenas aos nomes.

Inicialmente se trabalhava com a expressão organização do trabalho. Dada a origem biomédica, com a palavra órgão, e forma específica de funcionamento da sociedade, em relação à natureza, inferiu-se que essa expressão não era a mais precisa para significar o que se observou nas entrevistas. Ao invés de organicidade nas relações dos médicos com as estruturas sociais, a organização era condição para o adoecimento deles. Avaliaram-se então outras possibilidades, como a palavra estrutura. Essa palavra tem um uso preciso na teoria marxista - enquanto a organização como fator causal se localiza na superestrutura da teoria marxista -, de onde herda uma marca e trajetória, apesar dos múltiplos usos que já teve. A utilização frequente e polissêmica acabou por esvaziar a própria palavra. O termo ordenação surgiu ao longo da revisão de literatura, da pesquisa e da reflexão. Sem as características das expressões anteriores, a palavra indica que há uma centralidade de comando, há o tema do poder, sob uma determinada forma de fazer com que o trabalho médico seja executado. Diante dos termos concorrentes, mostrou-se a mais precisa. Finalmente, um elemento da ordenação do trabalho médico observado nas percepções dos médicos do PS foi a existência de inúmeras hierarquias entre os médicos do Hospital, e mesmo de uma hierarquia de fatores e consequências percebidos de problemas mentais. Antes já se identificara uma hierarquia desses fatores na revisão de literatura sistemática sobre doenças mentais. Ademais, esses são traços de uma sociedade hierárquica⁵⁵, na qual está inserido o trabalho médico examinado.

Sobre o uso do programa Iramuteq para a análise dos conteúdos dos discursos, pode-se resumir a utilização efetivamente dada. Por mais que ele não tenha sido útil para a análise da percepção de fatores e efeitos de problemas de saúde mental dos médicos, o sistema possibilitou a identificação de padrões que correspondiam aos blocos temáticos do Roteiro de entrevista. Assim, cada classe formada se baseou em um bloco diferente do Roteiro de entrevista (cf. Apêndice D). O bloco 1, de relações de trabalho, correspondeu à Classe 2; o bloco 2, de percepções, à Classe 1; o bloco 3, de extras, à Classe 3. Isso indicou consistência no funcionamento do instrumento.

A expressão transtorno mental e comportamental designa um conjunto de classificações a problemas de saúde mental, tais como depressão, ansiedade, transtorno

55 Em outro objeto monográfico, as relações raciais na classe rica da sociedade brasileira, também se encontraram "hierarquias quase perpétuas" (ROCHA, 2019 apud MEDEIROS, 2019, p. 11).

maníaco-depressivo ("bipolaridade"), dentre outros, que constam na CID (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE/OMS, 2011). Assumiu-se o uso dessa expressão com uma dupla função: possibilitar uma forma de diálogo com a categoria médica e inserção no campo médico, dado que é uma categoria nativa e estabelecer um limite para esta pesquisa de tese, com delimitação do objeto⁵⁶, por meio da autodeclaração dos médicos entrevistados, quando se puderam formar dois grupos. O primeiro, com médicos autodeclarados portadores de transtornos mentais e comportamentais e, o segundo, com médicos autodeclarados sem esses transtornos.

Achado de pesquisa diz respeito a essa expressão presumida do campo, que não se sustentou com a análise de conteúdo proporcionada pelo Iramuteq. Expõe-se então, a seguir, como ocorreu nesta tese o uso da expressão "problema de saúde mental", *vis-à-vis* transtorno mental e comportamental. Isso se refere à ação de nomear, que diz respeito ao poder que o cientista tem de dar nomes às coisas, no poder de nomear. Esta pesquisa assume como um pressuposto de pesquisa o respeito ao sujeito. O início desta pesquisa de tese usou a expressão doença mental e, após leituras e reflexões, questionou-se o uso dela. O próprio instrumento classificatório da medicina já a havia substituído por transtorno mental e comportamental. A continuação dos estudos e do diálogo com a orientação levaram a se questionar também essa expressão. Contudo, avaliou-se como oportuno o uso no campo, na forma de pergunta em questionário de pesquisa. Era uma forma, tanto de reconhecimento da expressão, como de apoio para a entrada no campo, por ser uma palavra usada no campo médico, cf. descrito no parágrafo anterior.

À hipótese inicial de transtornos mentais, inclusive expressa no questionário de coleta de dados e no roteiro de entrevista (cf. Apêndices C e D), a tendência foi a dos médicos se saírem com a expressão "problemas de saúde mental". A coleta de dados surpreendeu o pesquisador pelo fato de os médicos se saírem com essa expressão, que se demonstrou mais precisa e adequada ao que eles vivenciam, que são problemas de saúde mental. A precisão das palavras, evitando-se metáforas, parece útil para se fazer sociologia e ainda mais uma tese. Dizer as coisas como são, assim se ensaiou nesta tese. Neste trabalho final de redação, verificou-se o título da CID - a classificação da OMS (2003) -, quando se observou a menção a problemas relacionados à saúde. Ou seja, os médicos acompanham esse modelo oficial. Do ponto de vista do pesquisador, feitas as considerações de que se trata tanto de uma expressão

56 Considera-se como parte do trabalho científico em sociologia, o estabelecimento de limites, tal que haja uma delimitação do problema de pesquisa. Os chamados transtornos mentais e comportamentais assumiram essa função.

nativa dos médicos, como de um uso oficial da expressão, decidiu-se por adotar a expressão em tela. Uma medida adotada para a proteção dos médicos foi a de não se usarem os transtornos específicos autodeclarados⁵⁷. Esse foi um cuidado adicional para se evitar exposição maior e risco de identificação, com aumento da vulnerabilidade deles. Ao invés disso, usou-se a expressão problemas de saúde mental, como uma categoria englobadora desses transtornos, como já explicado.

Finalmente, enquanto a sociologia optou por tratar a medicina, e deu ensejo à sociologia da medicina, esta tese se preocupou com a subjetividade dos médicos. Faz parte, assim, da sociologia dos médicos, que se ocupa tanto da individualidade deste profissional, como da categoria médica. Uma justificativa para a abordagem empregada nesta tese foi dada por um médico-sociólogo, que identificou uma necessidade no campo da saúde. Assim o autor escreveu: "Outro campo de interesse que a sociologia pode ajudar a esclarecer é o grupo de teorias que se referem à relação entre doenças e fatores socioculturais" (GARCÍA, 1989c, p. 48). No próximo capítulo se encontram os dados primários da tese, base da abordagem interpretativa e hermenêutica empregada.

57 Essa decisão levou a não se usar a literatura sobre transtornos específicos.

4. Percepções dos médicos da Emergência Pediátrica

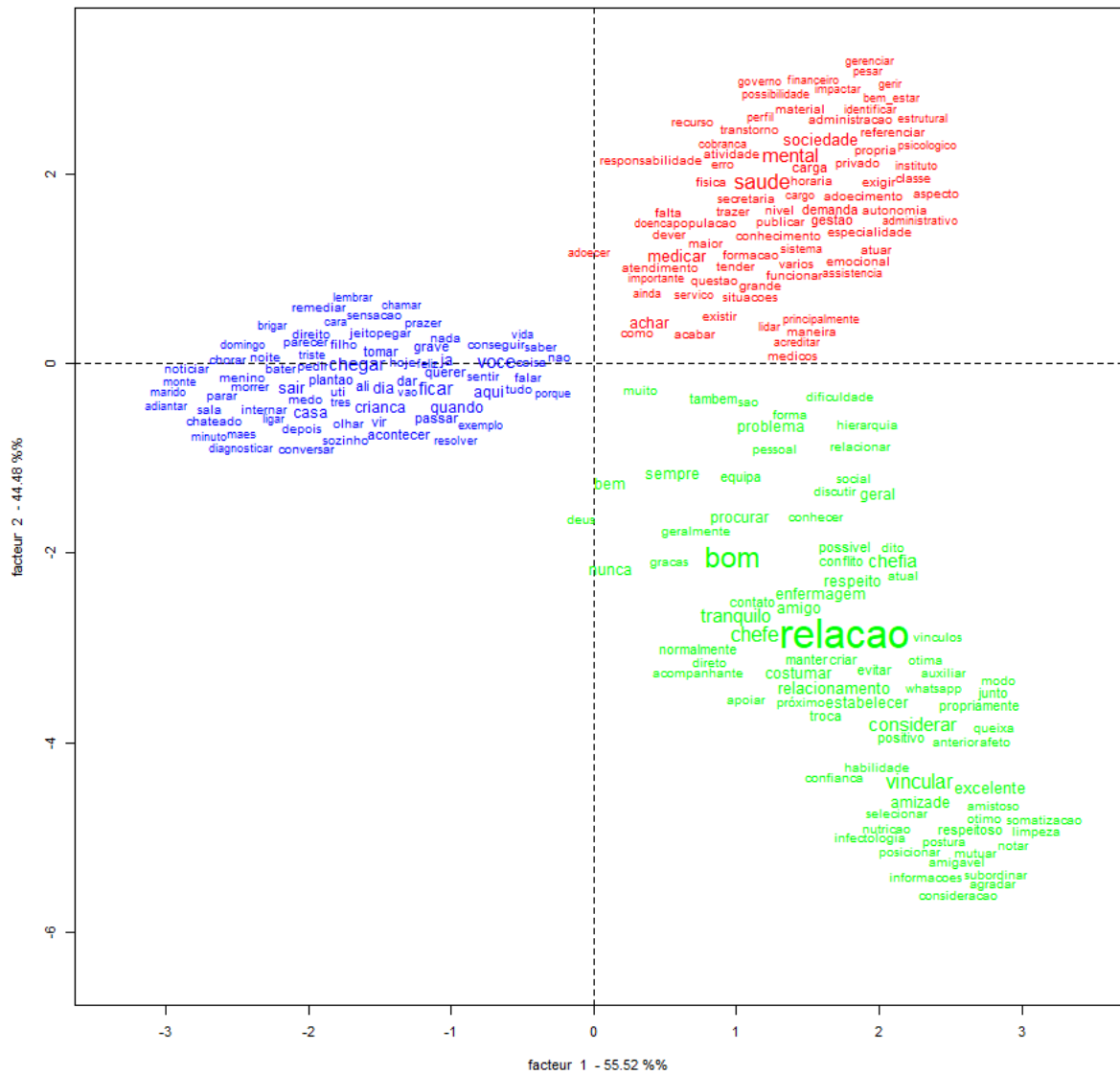
Este capítulo e o próximo trazem os dados primários desta pesquisa de tese, quais sejam, as entrevistas de 46 médicos da Emergência Pediátrica. O nome de uma flor representou os entrevistados, mas foi necessário omiti-lo tantas vezes para se evitar a identificação do médico. Ainda, partes de algumas falas foram alteradas e, toda vez que isso ocorreu, esses trechos alterados estão dentro de colchetes.

No presente capítulo, as entrevistas foram analisadas a partir dos trechos mais típicos de todo o conteúdo dos discursos. Essas entrevistas permitiram a construção de três classes (*clusters*⁵⁸) no discurso desses médicos, que foram assim intituladas: a Classe 1 (cor vermelha na figura abaixo) - *Dificuldades para a saúde mental*, sobre a problemática em torno dos transtornos de saúde mental, discute a vivência e experiência com os problemas de saúde mental, com percepções de tabu, estigma, dissimulação, falta de reconhecimento e dificuldades para lidar e tratar; a Classe 2 (verde) - *A fachada da positividade* - aborda a relação indivíduo-sociedade e a construção social da realidade; a Classe 3 (azul) - *As tensões nos bastidores*: mostra o médico e a organização do trabalho da saúde, quando narra o trabalho do médico desde a expectativa pelo dia do plantão na Emergência Pediátrica, o acesso ao local de trabalho até o ir embora, e tem como centralidade o trabalho no interior do hospital.

As três classes foram dispostas graficamente e formaram uma figura com um mapa contendo as palavras hierarquicamente mais significativas de cada classe, e que ocupam partes do gráfico. Essa imagem é a Figura 2, que está a seguir.

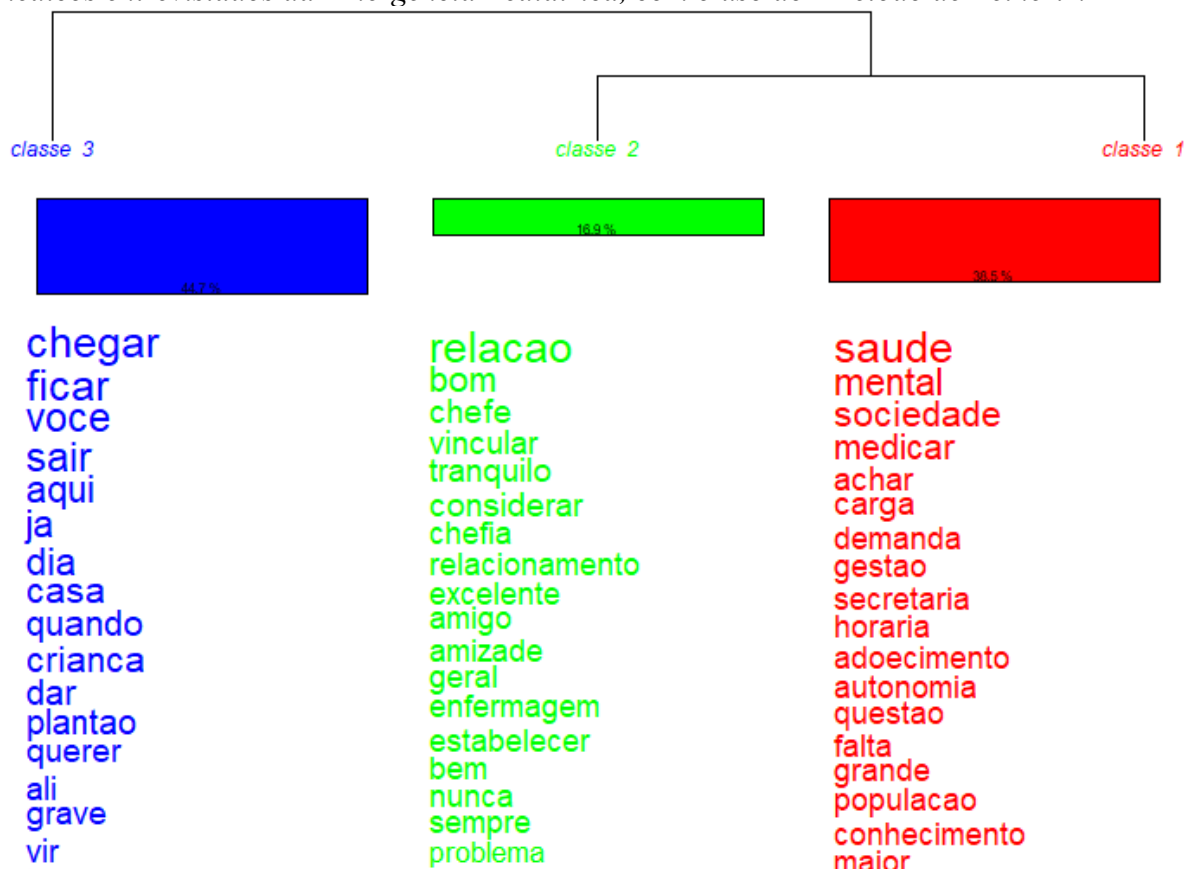
58 Cada um recebe o nome de *cluster* pelo programa Iramuteq, sendo que literatura que utiliza esse sistema nomeia o *cluster* da língua inglesa como classe (ROCHA, 2017, p. 22; 33 passim), no idioma português.

Figura 2 - Mapa das três classes formadas com o conjunto dos discursos dos médicos da Emergência Pediátrica, com o uso do "Método de Reinert".



As palavras mais relevantes em cada uma das classes - segundo o "Método de Reinert" (REINERT, 1983) - estão expressas na Figura 3, abaixo.

Figura 3 - Palavras mais relevantes nas três classes formadas com os discursos dos 46 médicos entrevistados da Emergência Pediátrica, com o uso do "Método de Reinert".



O programa Iramuteq dispõe de inúmeras ferramentas analíticas, que foram estudadas e testadas. Contudo, não se conseguiu efetivar uma análise e se materializar um texto a partir dessas palavras. O que de fato forneceu insumo para a análise foram os segmentos mais típicos de texto fornecidos pelo sistema. A análise exclusivamente por palavras permitiu uma noção correta do tema da classe, ou seja, desvendar o sentido. Contudo, foram os segmentos de texto mais típicos que permitiram o refinamento do tema, precisando-o e a escrita do texto sobre cada classe.

Os segmentos (trechos) de discurso a seguir analisados foram aqueles que continham as palavras mais correlacionadas com as outras palavras do conjunto das palavras das

entrevistas, usando-se automaticamente cálculo estatístico⁵⁹ (CAMARGO; JUSTO, 2018, p. 15). O programa forneceu os trechos com as palavras mais relacionadas, ou seja, com maior coocorrência (correlação) de palavras. Para a construção dos argumentos das três classes a seguir, utilizaram-se os 25 trechos com a maior tipicidade desta classe.

Um conceito central nesta tese é ordenação de trabalho médico, que se pode entender como o conjunto de instituições, entidades, organizações, empresas, órgãos que empregam, normatizam, proveem infraestrutura, recursos e condições de trabalho para médico, com responsabilidade por lidar com os dispositivos e regulação diante do ambiente de e para o trabalho. As características de hierarquia e de disciplina médica constituem e reforçam os traços da ordenação do trabalho médico. Apesar do sacerdócio ter sido falado em entrevistas (LÍRIO; MAGNÓLIA) e na literatura (BUENO; PIERUCCINI, 2004, p. 39 apud MOLIANI, 2010, p. 170; SCHRAIBER, 1993, p. 167; REGO, 2011, p. 395), a ordenação em tela é especificamente médica. Pode eventualmente guardar alguma correspondência com a ordenação religiosa, mas isso não é objeto desta tese, e pode ser tema de outras pesquisas. Uma nota é que a organização do trabalho foi descrita como o principal conceito da Psicodinâmica do Trabalho (ANJOS, 2013, p. 270), corrente do tema da saúde do trabalhador. Destaque-se que a palavra "biológico" sequer apareceu em qualquer correlação de palavras mais importantes das classes, ou mesmo em qualquer um dos três *clusters*. O mesmo vale para as palavras "orgânico" e "natural".

Na descrição das classes, toda vez que se verificaram diferenças significativas entre os grupos de médicos autodeclarados com e sem problemas de saúde mental, elas foram apontadas. Essas diferenças foram, contudo, bem menores do que inicialmente se supunha.

4.1 Dificuldades para a saúde mental

O centro da discussão da primeira classe são os problemas de saúde mental. Reitere-se que os médicos têm uma percepção socialmente situada. Isso é importante porque circunscreve e situa a questão. Percebem os problemas de saúde mental primeiro como um problema mais amplamente social e, segundo, como também de outras categorias do campo da saúde, como os profissionais da enfermagem, além de pacientes e servidores públicos. Em

⁵⁹ Esse cálculo é chamado de "qui-quadrado" (CAMARGO; JUSTO, 2018, p. 15).

outras palavras, há a percepção de um problema existente na categoria médica, que precisa ser estudado, mas que não é exclusivo dos médicos.

O discurso dos médicos é informado e contextualizado, mesmo que não cheguem a deter os dados estatísticos, ou a análise minuciosa. Além disso, coerente com a formação científica que recebem como médicos e com a formação permanente preconizada pelo Código de Ética Médica, compreendem a fala de si próprios como sendo percepções. O discurso que tem o trecho com as palavras mais típicas desta classe é o de uma médica residente, portadora de diferentes problemas de saúde mental. Assim disse uma médica:

é uma coisa que ainda tá muito arraigada na sociedade: isso da dificuldade de lidar com a saúde mental, de identificar quadros depressivos, ansiosos, e ainda achar que depressão é frescura, que ansiedade, de falar "assim, é *piti*".

Ela situa a problemática na história. Uma médica do *staff* corroborou essa posição, e traz a percepção de que se trata de um problema mais geracional, o que atingiria mais as gerações mais velhas. Assim disse uma médica:

Na minha cabeça a ordem mudou. Eu acho que ainda existe muito preconceito mesmo. Saúde mental é uma doença invisível, né? Então tem muito julgamento. Mas é interessante: principalmente entre os colegas mais velhos, acho que de outra geração.

Ambas as médicas reiteram a percepção de preconceito em relação aos transtornos mentais e comportamentais, além de acentuarem outros problemas que se relacionam com o preconceito. O estigma, com preconceitos e discriminações, dificuldade e falta de reconhecimento, para se lidar e tratar de problemas com a saúde mental. Nesse sentido, há também médico autodeclarado sem transtorno, de faixa etária com cinco a dez anos de diferença à da médica, que coloca o problema como sendo geracional.

Em um campo com percepção de existência de estigma sobre o problema de saúde mental, acompanhado de tabu, e outras dificuldades, a capacidade do médico é debilitada. Então, a condição individual e coletiva de ele buscar tratamento seria baixa, na percepção que tem um médico. Assim, se for verdade que as gerações mais velhas tiveram mais dificuldades de lidarem com problemas de saúde mental, então a realidade concreta é que ela perdura. Dessa maneira, ela não foi um problema apenas para as velhas gerações, mas continua sendo para as gerações atuais. Sobre a capacidade de se falar do assunto mais hoje do que no passado, por um lado, não há elementos suficientes para se afirmar que hoje o estigma e o tabu sejam menores atualmente por supostamente se falar mais, por outro lado. É possível que se fale mais também por haver maior ocorrência do problema, matéria quantitativa que esta tese não se propôs a responder. Assim disse um médico:

eu acho que o médico tem muito pouca capacidade de lidar com isso. Eu acho que ele... não dá para esperar que ele - ah! - vai cuidar da sua saúde mental.

O que se pode mapear melhor é sobre o presente - ao que esta tese se propôs. Na relação entre os pares médicos, no diálogo se verifica que sim a saúde mental é uma questão premente e relevante. Assim disse uma médica:

em termos de quantificar é difícil, sabe? De ter uma estatística, mas a gente percebe, conversando com os colegas, a gente percebe que realmente existe essa questão, é significativa, essa questão da saúde mental, entre os médicos (OLEANDRO).

Um ponto que se coloca é identificar quem é o ator central para a questão da saúde mental dos médicos atuantes na saúde do DF. Um médico entrevistado indicou tanto ator principal na problemática, quanto discutiu um problema específico percebido na Emergência Pediátrica do Hospital, e que perdura ao longo do tempo, a sazonalidade. Na percepção dele, já se sabe amplamente dessa situação, contudo, ela permanece sem solução.

Para o médico, a centralidade do problema percebido está na Secretaria de Saúde do GDF, instituição central da ordenação do trabalho médico e em saúde. Assim, percebe a gestão como responsável pelo quadro em que vivem os médicos, proporcionando determinadas condições de trabalho médico, em determinado ambiente de trabalho. Percebe-se o sofrimento a que está submetido, o que afeta as relações trabalho dele, dadas as mudanças percebidas nas condições de trabalho. Assim disse um médico:

A Secretaria de Saúde é muito estressante. Existe um grande problema de gestão, eu acho por exemplo [com] a sazonalidade, que ninguém se programa para isso. E acaba que vira uma coisa muito estressante. E a gente que está na linha de frente sofre muito (Médico autodeclarado sem transtorno mental ou comportamental).

Em meio ao tabu, estigma, dificuldade de se reconhecer o transtorno, lidar com ele, tratá-lo e a capacidade débil do médico doente, outro elemento é percebido pelas entrevistas: a dissimulação. Essa última disposição se combina com os três primeiros problemas descritos e impulsiona os três seguintes, e coloca o médico com a saúde mental debilitada em um quadro individual e coletivo cada vez mais difícil, no ambiente da saúde e da sociedade. Portanto, trata-se de um problema amplo ("social"), guardadas as devidas peculiaridades dos médicos - que também podem vir a ser compreendidas de acordo com cada especialidade médica, locais de trabalho, dentre outras características. Assim disse um médico:

Na verdade, acho que acaba que finge que o problema não está aí, para não ter que falar ou resolver sobre o problema. Mas [há] transtorno mental na rede de saúde, seja ela médica, equipe multidisciplinar, enfermagem (Médico autodeclarado sem transtorno mental ou comportamental).

Não reconhecer o problema é uma forma de se lidar com ele, mas pela negativa. Ou seja, não chegar a resolvê-lo, mas muito antes: sequer falar dele. O reconhecimento passa pela fala, e silenciá-lo é negar reconhecimento ao problema. Ainda antes, é mesmo negar que o problema exista. Médicos autodeclarados sem problemas de saúde mental, por sua vez, reconhecem a existência do problema. Mas não apenas. Entendem que os transtornos afligem a categoria médica, mas também os profissionais da saúde e a população brasileira, de modo crescente, com aumento do índice de suicídio (ÍRIS). Na percepção do médico, o problema se agrava ainda mais devido à negligência. Assim disse um médico:

Mas é uma coisa que nossa população médica e a população em geral do Brasil precisa muito. E é negligenciada a saúde mental, a saúde em geral, e a saúde mental mais ainda (GERÂNIO).

Um tema recorrente na análise das falas foi a relação entre indivíduo e sociedade, que, ao versarem sobre variados aspectos, não possibilitaram uma síntese. Finalmente, para a problemática levantada nesta classe, pode-se dizer que não se verificaram maiores diferenças entre as percepções dos médicos autodeclarados com e sem transtornos mentais e comportamentais.

4.2 A fachada da positividade

Esta segunda classe de frases aborda as relações de trabalho dos médicos do PS. Examinam-se as percepções dos médicos sobre as relações de trabalho que têm? Todas os segmentos de falas dos médicos expressam boas relações. A palavra boa é dita em todas as 25 falas selecionadas, o que empresta, *a priori*, uma conotação positiva às relações que têm. São falas referentes à primeira parte da entrevista. À medida que a entrevista prosseguia, pelos blocos seguintes, outras informações eram colocadas, e que se contradiziam às respostas iniciais. A seguir se faz um interlúdio que discute as teorias de Erving Goffman e Pierre Bourdieu, para justificar o uso delas nesta classe.

Goffman (2002) desenvolveu uma abordagem específica, no interior da corrente do Interacionismo simbólico, chamada Dramaturgismo social. O interacionismo auxilia esta pesquisa, pois valoriza o que se encontra na superfície, no gesto, na interação social. Essa interação é reveladora. E o que revela a expressão da positividade dos médicos da Emergência Pediátrica? Que há uma uniformidade expressiva em torno de relações, uma conformidade,

um consenso, uma unanimidade do que seria bom (positivo) nas relações, e do próprio desejo - o desejável - de que sejam boas as relações de trabalho de todos os médicos. Ou seja, pode-se interpretar da existência de um poder de coesão, que tende a nivelar e uniformizar as diferenças. De alguma maneira, essas diferenças se misturam, e se proporciona uma unidade do discurso. Assim, tais diferenças não são excluídas, e sim diluídas.

O dramaturgismo social (GOFFMAN, 2002) mostra-se importante, pois ajuda a dar materialidade ao papel desempenhado pelo ator, o que visibiliza e ajuda a conferir reconhecimento aos papéis sociais. Ao proporcionar a moldura e o posicionamento de um ator em uma cena, a representação assume tanto uma característica concreta, como se torna mais fácil reconhecê-la como uma deliberada construção humana. São relações com outros atores, em um palco, com um determinado cenário. Trata-se do teatro do social. Raciocinar dessa maneira ajuda a materializar as relações e reconhecê-las como construtos das sociedades. O dramaturgismo social auxilia a identificação de bases sociais do teatro social, com as representações inerentes a esse teatro. A fala como representação e construções, tendo em vista as relações sociais, oferece dois instrumentos para a compreensão do discurso dos médicos sobre as relações de trabalho deles.

Dado que, no teatro, os passos, as ações e o cenário são previamente construídos, ensaiados e treinados, então qual é o papel do ator? Representar, acima de tudo. Assim como nessa elaboração, o social ganha um peso extraordinário, a margem para o indivíduo é pequena, pois grande parte do trabalho já foi preparado. Contudo, como no teatro artístico, onde grandes atores se sobressaem, observam-se diferenças entre os atores da vida cotidiana. Assim, nessa abordagem, é possível vislumbrar as diferenças nas atuações, nos repertórios, em diferentes talentos.

Puxar pela diferença foi um artifício? Entende-se que não. Compreende-se que se tratou de analisar os conteúdos dos discursos e se perceber o que queriam dizer, o sentido em que foram usados. Neste momento, o segundo sociólogo entrou em cena, Pierre Bourdieu. O arcabouço proporcionado pelo francês contribui para a percepção das sutilezas que o discurso traz, e como o social incide sobre o discurso (BOURDIEU, 1998). Confere bases sociais ao discurso e condições sociais para determinados discursos. Como que a sociedade pode ser revelada nos discursos, com as tensões das relações sociais e do indivíduo inserido em tais relações? Bourdieu dispõe de instrumentos para se analisar indivíduo e sociedade por meio da fala, no interior das relações em que o indivíduo está perpassado, em relações e instituições socialmente construídas. Em suma, Goffman e Bourdieu foram combinados para se

desnaturalizarem as relações sociais subjacentes às falas dos médicos. Se, no primeiro, por meio de um método que desloca o social da reprodução em moto-contínuo do cotidiano, no segundo, com um ferramental para a compreensão, composto por conceitos, ideias e perspectiva (PINTO, 2017, p. 234).

A análise a seguir buscará identificar se há diferenças entre os segmentos de frases dos médicos que autodeclaram transtornos mentais e comportamentais e dos que não, em como ambos os grupos descrevem as relações de trabalho. Neste ponto, na prática, é que se recorre a Pierre Bourdieu (1998), para a economia das trocas linguísticas, em o que falar que dizer.

Serão analisados os dois trechos mais típicos de cada grupo, que foram ambos de mulheres médicas, e referem-se à relação com paciente e a família deste. Ambas igualmente reportam uma boa relação, o que é mencionado no mesmo número de vezes. Esta primeira frase é a mais típica de toda esta classe. Assim disse uma médica:

Uma relação boa, agradável, nunca tive nenhum problema com nenhum paciente grave que possa ser considerado ruim. O vínculo é bom. Na maioria das vezes, eu busco sempre orientar o paciente ou, no caso da pediatria, o acompanhante, mãe e pai (Médica autodeclarada com transtorno mental ou comportamental).

Essa primeira médica fala sobre as orientações que são dadas à família ou à pessoa que acompanhou o paciente. A segunda médica aponta a percepção dela sobre uma unanimidade de atores em prol da recuperação de paciente, quando é uma criança. Isso proporciona uma característica distintiva da pediatria em relação a outras especialidades médicas, o que indica no sentido de um interesse social superior na melhora do estado de saúde de criança. A literatura notou algo que tem o mesmo sentido (AREDES; GIACOMIN; FIRMO, 2018). Assim disse uma médica:

Eu considero que até a relação que a gente tem é boa, porque quando você cuida de crianças, eu acho que todo mundo quer que aquela criança melhore, que ela tenha o melhor vínculo possível com os pais e com a equipe. Então eu considero boa também (GARDÊNIA).

No cenário das interações no hospital, há, pelo menos de acordo com o discurso manifesto dos médicos, uma tendência à representação da positividade. A positividade geral encontrada pode ser interpretada como uma fachada. O conceito de fachada está dentro da abordagem da dramaturgia social de Goffman. Assim escreve o autor: "fachada, portanto, é o equipamento expressivo de tipo padronizado intencional ou inconscientemente empregado pelo indivíduo durante sua representação" (GOFFMAN, 2002, p. 29).

Verificam-se diferenças nos discursos. Um elemento de diferenciação entre as falas das duas médicas é que a primeira traz elementos da língua de expressão pela negativa - nenhum, ruim. Essas palavras, no discurso, podem se combinar aos pares simétricos do segundo discurso - nenhum/sempre, ruim/boa.

A positividade geral encontrada no conjunto dos discursos pode ser explicada pelo peso das relações sociais. Os dois grupos de médicos reportam boas relações. A fachada da positividade representaria o peso do social. Ambos os grupos percebem como boas as relações com pacientes, médicos, não-médicos e chefia. Será que são mesmo uniformemente boas as relações em ambos os grupos de médicos, com e sem problemas de saúde mental? A análise acima mostra que, mesmo diante da representação positiva da realidade, o exame das representações também revela que há diferenças. Então, à positividade (o discurso geral das boas relações de trabalho), que será contrariada em outros blocos da entrevista, revela-se como uma fachada.

Na comparação do discurso dos dois grupos, o discurso afirmativo - isto é, sem senões, sem maiores mediações - é o discurso do grupo com médicos autodeclarados sem problemas de saúde mental em relação ao grupo com problemas. Tomando-se a prática da fachada como uma manifestação da dominação, ela iria do primeiro grupo para o segundo. Em outras palavras, diante do discurso dominante, o discurso que se submete à ordem da dominação ruma para a ponderação, tende a ir para a complexificação. Outro elemento do discurso de quem autodeclarou transtorno é falar pela negativa. Então se observa uma grande quantidade de "nãos". A fachada da positividade observada resguardou discursos negativos. O aparente paradoxo da positividade, com a presença da negatividade, é resolvido com o conceito de fachada.

A diferenciação do indivíduo pode ser observada na discordância, na dissonância, na contrariedade, no conflito ou no recalçamento. Quando o peso da sociedade é muito forte, a individualidade tende a ser percebida na entrelinha. Em outras palavras, mesmo quando se percebeu o poder de coação do coletivo, foi possível se localizarem elementos para alguma reflexão sobre o sujeito⁶⁰. Assim, diante do peso e da força do social, o sujeito pode se revelar nas disjunções. Interpreta-se, das falas mais típicas das entrevistas, uma situação de força coesiva do coletivo perante o indivíduo. O peso da sociedade sobre o indivíduo é justificado

60 Serão postos mais elementos para a reflexão sobre a individualidade na próxima seção (4.3, no Capítulo 4, Classe 3). Falas com representações de médicos indicam no sentido da existência de diversidade nos comportamentos individuais, inclusive com a possibilidade de variação em base diária.

por Goffman em livro sobre instituições totais, ao concluir capítulo sobre manicômio, cf. observado na revisão de literatura, no Capítulo 1 (Seção 1.3).

À medida que se desenrolava a entrevista com os médicos, as disjunções se adensaram. É possível que os entrevistados tenham ficado mais à vontade no transcorrer das perguntas do Roteiro de entrevista. O fato é que após o primeiro bloco do Roteiro de entrevista (cf. Apêndice D), nos seguintes, os médicos se soltaram mais, talvez com mais confiança na entrevista. Mais elementos sobre as relações de trabalho se manifestam, indo além da fachada da positividade. Assim se revelam mais representações das relações: com pacientes, os desentendimentos são excepcionais e, quando ocorrem, devem-se às condições de trabalho reais providas pela ordenação para o trabalho médico (AGAPANTO); com não-médicos, dificuldade de se impor; nas relações hierárquicas, há conflitos, mas se evitam (JASMIM); entre colegas médicos, ocorrem brigas e assédio, mas nunca se envolve (AMARÍLIS). Assim, vê-se que há algo explicitado, mas que é, contudo, renegado.

Essas representações de médicos autodeclarados com transtornos levam à concepção de diluição da diferença, ao invés da exclusão dessa. No lado do grupo dos médicos autodeclarados sem transtornos, um médico reconheceu um caso de discordância com a chefia dele, o que levou à modificação do locus institucional dele. Diante da exclusão proporcionada pela explicitação da opinião, a disposição assumida por esse médico foi a da diluição e mistura, com expressão do discurso positivo, e reforço da fachada da positividade.

Foram analisados também os discursos pela negativa. No grupo com transtorno mental ou comportamental autodeclarado, negou-se a existência de problemas junto a pacientes, colegas médicos e chefia. No grupo sem transtorno mental ou comportamental autodeclarado, todas as expressões pela negativa foram feitas por médicos residentes. Já naquele grupo anterior - nesta classe analítica - metade era residente. No interior da Emergência Pediátrica, os médicos são classificados em *staffs* ou residentes. Desses, a maior parte era em pediatria, mas também há outras especialidades em formação no PS e no Hospital⁶¹.

No grupo sem transtornos autodeclarados, negou-se a existência de problema com não-médicos (PAPOULA) e o pouco contato com a chefia (GERÂNIO). A riqueza das representações, que revela um processo de formação, contribui para a reflexão sobre as tensões em torno do controle e do autocontrole a que os médicos estão expostos e dispostos. É possível que isso tenda a se explicitar mais durante a formação. As emoções são o elemento

61 O sentido que se depreendeu do trabalho dos residentes no PS foi o de um trabalho em escala de rodízio.

central nessa disposição, em relação com o paciente, como um objeto. O sentimento que emerge, acima dos explicitados, é o da angústia. Na relação com o paciente, busca-se achar um determinado "ponto de equilíbrio", entre os polos a que a sociedade moderna ocidental chama de razão e emoção. Assim disse uma médica:

Eu costumo tentar não ser muito afetiva com eles para não ter aquele apego, mas também não ser muito fria. Tento ser imparcial.

Depois da representação da positividade, que revelou o peso da sociedade sobre o indivíduo, observou-se diferenças entre os dois grupos. Enquanto o grupo com transtornos autodeclarados expressou as diferenças, seja renegando-as, seja pelo discurso negativo, o outro grupo também o fez, mas em quantidade consideravelmente menor. Na comparação, a dissonância, a discordância e o recalçamento foram interpretados como mecanismos de autoproteção.

Finalmente, um traço diferenciador dos dois grupos foi o do vínculo de amizade. No grupo dos médicos autodeclarados com debilidade da saúde mental, foi enunciado o vínculo de amizade do médico com os colegas médicos da Emergência Pediátrica. A relação de amizade é pontuada como sendo uma de grande proximidade, respeito e mesmo de cumplicidade. Um médico autodeclarado sem transtorno mental ou comportamental diz que são poucos os amigos, considerado o número de médicos na Emergência Pediátrica. No caso dos médicos autodeclarados sem transtornos, o vínculo foi mencionado quatro vezes: três em relação à chefia (dois de *staffs* e um de residentes) e um em relação a colega médico.

A posição formativa do médico residente permite apreender elementos que, nos *staffs*, ou já foram naturalizados (como no caso das emoções, do tópico anterior), ou foram subsumidos nas relações (naturalizadas). Portanto, interpretou-se como tendo uma disposição especial para a compreensão da economia das trocas linguísticas, cf. o enunciado de Bourdieu (1998). O médico residente, apesar de médico, ocupa um lugar subordinado na ordenação do trabalho médico, a partir da leitura da percepção dos médicos entrevistados. Inclusive tem uma chefia própria, que não é a mesma do restante dos médicos (chamados de *staffs*, pelos residentes). Assim disse uma médica:

Ainda mais eu [, que] estou começando agora. Eles são muito mais experientes que eu. Tento sempre manter uma boa relação de amizade, porque a gente precisa muito deles. Ajo normalmente de igual para igual.

A fala anterior da médica mostra o valor da experiência, que é apresentada em uma hierarquia. Ao valor da experiência se intercambia a necessidade ("a gente precisa muito deles"). Assim, socialmente, a médica busca a manutenção de uma boa relação. Na

representação da palavra, identifica-se a existência de uma economia de trocas, no interior da qual o vínculo da amizade está colocado. Pode-se interpretar a dádiva como sendo troca ou gratuidade. Nesse caso, observa-se uma determinada economia, que é a da dádiva como troca. Nesta disposição, o carisma e o papel do médico podem ser questionados, em prol da posição hierárquica (burocrática, técnica e legal) no interior da ordenação do trabalho médico.

Dois *staffs*, um médico e uma médica mencionaram a relação de amizade com a chefia. O médico fala das mudanças de chefia do PS nos últimos anos. Isso é importante, porque outras representações deram conta de que houve dificuldade generalizada com determinada chefia no passado. Há a percepção de que a existência de um vínculo de amizade historicamente anterior a se assumir o cargo de chefia médica representa uma predisposição favorável às boas relações com o médico (JACINTO). A médica que expressa a existência do vínculo de amizade também relaciona o antes e o depois do posto de chefia. No todo da relação entre ambas, percebe o vínculo de amizade como sendo mais significativo do que o de chefia. A relação delas tem uma história quantitativa, com o tamanho do período de tempo, e qualitativa, no plantão noturno. Assim disse uma médica:

[Com] a chefia atual, a relação é de extrema amizade. Então quem é chefe atualmente é uma amiga de plantão, que ficou, durante muito tempo, [em] plantões noturnos diários quase. Então o relacionamento interpessoal, acho que [se] sobrepõe ao relacionamento profissional nesse caso.

Essa fala traz mais elementos de uma dádiva de gratuidade do que as anteriores. No entanto, a relação é perpassada pela história e a médica-chefa ocupa um espaço específico de poder na ordenação do trabalho médico. Então, uma relação construída ao longo do tempo tem um determinado peso diante da outra médica, quando virou chefe. A historicidade e o contexto são necessários para a compreensão do vínculo de amizade, elo esse que permite estudar diferentes relações na vida dos médicos. Mostra a mistura do profissional com o pessoal, já que esses campos não são exatamente isolados. Em outras palavras, as relações de trabalho não são puramente utilitárias, com uma troca exclusivamente por necessidade material, transmutada no intercâmbio do número de horas da vida do médico por uma dada remuneração monetária. Pode haver, por exemplo, a constituição de relações pessoais, como vínculos de amizade, solidariedade e companheirismo, com a circulação de afetos, que se verificaram nesta tese. Propriamente, uma economia das emoções pode ser objeto de outros pesquisadores.

Em síntese, a fachada da positividade se explica pelo peso da sociedade sobre o indivíduo, quando diferenças individuais se diluíram na totalidade do social. A diferença não

foi expulsa e nem liquidada, e sim diluída. O peso da sociedade aparece porque os problemas percebidos não são explicitados de modo transparente, eles se expressam nas entrelinhas, atrás de uma fachada de positividade. Isso ocorreu em medida significativamente maior nas representações dos médicos autodeclarados como portadores de transtornos mentais ou comportamentais. Utilizaram-se dois instrumentos para a compreensão desta classe: no primeiro caso, a teoria das representações de Goffman (2002; 1974) e, no segundo, o que falar quer dizer, de Bourdieu (1998). A economia de trocas linguísticas permitiu revelar uma economia de trocas simbólicas, com a função sociológica de se desnaturalizar as relações sociais, como instrumento que desnuda a construção social da realidade.

4.3 As tensões nos bastidores

Esta classe será descrita na forma de um roteiro, que ocorre em torno do médico do Pronto-Socorro. O centro da narrativa é o interior do hospital, com o ambiente de trabalho em que o médico se depara. O assunto central abordado é o poder médico. O formato deste texto começou a ser definido quando foram lidas as 25 frases mais típicas da classe e identificou que elas poderiam ser encadeadas como uma narrativa. Nessa leitura identificaram-se muitos verbos⁶², classe gramatical essa que traz a noção de ação, mas também de processo e estado (HOUAISS; VILLAR, 2009, p. 1933). Portanto, essa categoria vocabular ajudou a identificar a possibilidade desse modo textual, quando se identifica o trabalho médico com a ação e o processo. Essa forma de escrita não é comum na sociologia⁶³, pois o texto científico tende a lidar com categorias e ideias abstratas. Contudo, ao se deparar com o trabalho prático dos médicos em um Pronto-Socorro, com um objeto precípuo: o paciente, essa forma literária foi a que representava o conteúdo analisado⁶⁴.

62 Levantamento contabilizou 110 verbos nesta classe (3), 55 verbos na Classe 2 e 110 verbos na Classe 1.

63 Bruno Latour, em *Ciência em ação* (2000), representa um caso em que esse gênero é usado, mesmo que em vários trechos da obra, alterne expressões linguísticas diferentes, como acontece também na presente tese. Em obra anterior do autor, *A vida de laboratório* (1997), já se encontravam elementos narrativos, mas também principalmente descritivos. Em textos posteriores, tornar-se-á mais rara a prática narrativa para o autor. Contudo, ocasionalmente, ele fará alusão à técnica, que encontra correlação com a prática etnográfica de pesquisa.

64 A existência de tantos verbos, combinada ao título de Latour (2000), poder-se-ia levar a se nomear o texto como medicina em ação. Contudo, por um lado, não se localiza aqui a medicina como um ente abstrato, em outras palavras: o concreto da medicina é o médico, que opera a medicina. E, por outro lado, os verbos não foram usados na fala dos médicos para representar exclusivamente ações, mas também processos e estados, também função vernacular do verbo.

O trecho mais típico de palavras nesta classe se refere às expectativas em torno do trabalho. Traz a representação da percepção e emoção do médico antes de ir ao trabalho e quando está trabalhando. Assim disse uma médica que autodeclarou não ter transtorno mental ou comportamental:

não é saudável: a gente não vê a hora de acabar, a gente fica estressada quando chega no dia do plantão. Então [é] assim em relação ao trabalho.

Isso se configura como um paradoxo, pois uma ordenação do trabalho, que trata da saúde humana, pode se configurar como um fator de debilitação da saúde dos operadores dela. É isso o que a médica expressa: a ansiedade pelo fim do plantão e o estresse no dia dele, dois quadros de problemas com a saúde mental, ainda maiores se patológicos.

O dia do plantão chegou. Então o médico se dirige ao local de trabalho dele. Um médico também não portador de transtorno relata um duplo estresse: no trânsito, que enfrentava às 7 da manhã, e ao chegar, dado o trânsito que enfrentara. Trabalhava também em outra cidade do DF, que tomava uma hora de retorno para casa. Tomou então duas decisões: saiu desse trabalho e vendeu o carro. Ficou só no Hospital e usa o serviço de uma empresa de transporte. Dada a privação de sono enfrentada por médicos com o trabalho noturno, que os levam a incorrerem em riscos de acidente no trajeto casa-trabalho/trabalho-casa, a decisão dele contornou esse problema. Além disso, ganhou tempo em casa, ao invés de no trânsito.

Algo que ajuda o médico a escolher onde quer trabalhar é a demanda por força de trabalho médico, que é maior do que a quantidade de médicos disponível. Isso o remunera a valores atraentes. Assim disse uma médica:

Sabe o que que acontece no hospital particular? Tem o tempo todo assim: você não quer pegar um plantão? São 1.800 reais, entendeu? Se você sai da sua casa para dar um plantão de 12 horas (PRÍMULA).

Essa é uma realidade de mercado, obtida graças à regulação desse. Há um campo político em torno da regulação do número de formandos em medicina, *vis-à-vis* o interesse econômico de abertura de faculdades privadas. Dada a realidade representada sobre o mercado de força de trabalho médico, é possível indicar como sendo uma face do poder médico, proveniente da estruturação da categoria médica. Contudo, observa-se o aumento de faculdades nos últimos anos, com uma certa "liberalização", o que preocupou essa categoria. Diante da ordenação do trabalho médico, esse é um aspecto em que a categoria médica conseguiu relativamente manter controle. Nesse caso, é de se supor que o principal ator institucional dessa categoria para se lidar com a questão seja o CFM.

Passadas a expectativa pelo plantão e o trânsito, finalmente o médico chega ao local de trabalho dele. Está na porta da Emergência Pediátrica, e o que faz o médico? Assim disse um médico, autodeclarado sem transtorno:

Eu tento entrar dando bom dia para todo mundo. E saio dando boa noite e boa tarde para todo mundo. E assim, quando chegam pra mim, e pedem para [eu] ajudar em alguma coisa, se eu tenho condições.

O médico é quem lidera tecnicamente a equipe de trabalho do Pronto-Socorro e há uma chefia médica, que se responsabiliza pela equipe médica. Portanto, o médico é ator-chave na ordenação do trabalho da Emergência Pediátrica. Há uma economia de trocas simbólicas que se subentende. Ele age com boa educação, que é uma forma de reconhecimento dos outros trabalhadores, e pode receber em troca o respeito e a consideração do quadro de pessoal. Contudo, pela posição economicamente superior na hierarquia social, a economia das trocas também envolve uma correspondência material. Essa economia pode significar tantas outras possibilidades, e até eventualmente "favores sexuais", como se chegou a mencionar em entrevista. O funcionamento da ordenação do trabalho médico compreende uma economia de trocas simbólicas e materiais.

O médico entrou na Emergência Pediátrica. Agora ele vai lidar com o que está fora do PS, os pacientes e famílias que chegam. Obedecia-se a uma determinada lógica. Os dias começavam com poucos pacientes e, ao se passarem as horas, avolumava-se o público, de adultos, pais e mães com rostos cansados e tristes que ladeavam ou seguravam os filhos. O auge era à noite, com muita gente em pé, no interior da sala de espera e mesmo no lado de fora. Uma médica falou sobre o atendimento comum, na rotina do ciclo de uma semana. A médica contextualizou a caracterização da rotina semanal como de falta de condições de trabalho no PS, com uma demanda quantitativa e qualitativamente superior à infraestrutura disponibilizada pela ordenação do trabalho. Assim disse uma médica autodeclarada sem transtorno:

é quando chega paciente grave: sábado, domingo, todos os dias. O pior dia, como eu te falei, é segunda-feira (ÁSTER).

Emoções e percepções pairam entre os médicos sobre o que pode vir de fora da Emergência. Foram percebidas a diversidade do público e de gravidade dos pacientes, a insegurança e o medo, na falta de condições de trabalho, que não é devidamente provida pela ordenação do trabalho médico, o poder da internet e dos meios de comunicação. De fora vem também o desconhecido, mas que pode se transformar em aprendizado, a depender da disposição apresentada pelo médico.

Assim como os pacientes chegam como unidades - menos que em PS de adultos -, pois no Hospital estão geralmente acompanhados pela família, como indivíduos, há um medo difuso que paira no ar. Portanto, de maneira permanente. Esse é o ambiente de trabalho representado pelos médicos. Com o medo, há uma insegurança em relação ao ambiente de trabalho. Assim disse um médico autodeclarada sem transtorno:

Sabe essas coisas que acontecem assim, de uma pessoa sair atirando? Eu tenho... ah, não sei se você chegou a ficar sabendo de umas menções aí na internet, do pessoal: atira nesses médicos.

Um poder também se mostra presente neste caso, e que ajuda a sustentar o fantasma do medo que paira no ar: o poder das redes⁶⁵. Apesar de haver uma centralidade na difusão da veiculação da ação de *serial killers* nos Estados Unidos, com proporcionalmente baixo índice de psicopatas na sociedade nesse grau máximo, a violência, sob múltiplas formas faz-se presente no trabalho do médico. Portanto, as redes (como os meios de comunicação, mais amplamente) jogam um papel para a construção social de ambas as emoções: o medo e a insegurança. Não se trata de algo inventado ou criado pelas redes sociais, mas algo que elas exercem o papel de difusão. Assim, elas não servem apenas o papel de mostrar o que ocorre na sociedade, elas também têm o papel de difundir. Na difusão se amplia o impacto do caso específico e, em geral, sem um debate e uma reflexão sobre tal fenômeno. A realidade é que essas redes têm um papel, que se configura como o poder das redes (CASTELLS, 2005). Note-se ainda que há uma TV instalada na sala de recepção dos pacientes - permanente ou intermitentemente ligada, como se observou na semana de coleta de dados. Ao medo que emana da combinação do ambiente físico do trabalho médico e das redes de comunicações, o que se propõe? Já fora instalado um posto policial na entrada do PS. Uma médica autodeclarada com transtorno observa ainda, que sequer se coleta a identificação de acompanhante dos pacientes, o que então sugere? Assim disse uma médica:

Você vai ter que passar por detector de metais, não sei (MOREIA).

Equipamentos de detecção de metais são vistos em bancos, algumas repartições públicas, como tribunais e a presidência da República. Mas a médica fala com insegurança, tanto em relação ao ambiente de trabalho, como da possibilidade desses aparatos: ela não tem certeza de que essa é a melhor solução.

65 Na pesquisa de dissertação de mestrado do autor (BARRA, 2006), sobre um caso de incorporação da tecnologia da criptografia pelo Estado, em pesquisa empírica, verificou-se o surgimento de um determinado papel do Estado. A ele se chamou de Leviatã eletrônico, que emergiu em um ambiente de medo que pairava especialmente no setor bancário/financeiro.

Além do medo, que chega antes mesmo pelos meios de comunicação, chegam os pacientes. Esses vêm a procurar atendimento médico, por vezes sem terem encontrado apoio em outras unidades de saúde, o que acaba se configurando propriamente como um socorro médico, fazendo jus à unidade de Pronto-Socorro, como é popularmente mais conhecida. A médica que demonstra insegurança em relação à família dos pacientes, revela também o medo que vem com o paciente. Logo, o medo vem não só do ambiente de violência, mas também do quadro clínico do paciente. Assim disse uma médica:

Aqui pode chegar um paciente e ele ficar grave em algumas horas. Então chega, chega de tudo: recém-nascidos, criança grande, asma grave. Então é bem, realmente, é um ambiente que às vezes dá medo, sim (MOREIA).

Como é o interior do PS? A ordenação do trabalho médico conta com divisões do trabalho. Espacialmente se divide entre "porta" e "boxes". Os médicos da porta são os que recebem os pacientes. Não livremente, e nem no fluxo de chegada, mas de modo regulado e na ordem da fila. Contudo não recebem diretamente. Há uma chamada triagem antes.

A triagem é levada a cabo por profissionais da área da enfermagem. E, não raro, é um ponto de conflito entre médicos e enfermeiras ou técnicas de enfermagem, por discordâncias quanto ao diagnóstico de urgência. No período de coleta de dados, um cartaz fixado no portão de acesso de pacientes informava que apenas pacientes classificados com a cor vermelha seriam atendidos pelo PS, quando se dizia que tal fato se devia à sazonalidade, mas não se menciona à determinada orientação da ordenação do trabalho⁶⁶. Assim como há tensão na relação entre médicos e enfermeiras *vis-à-vis* a ordenação do trabalho, o ambiente de trabalho que emana entre médicos, enfermeiras e pacientes tem relação com o sistema de classificação em voga. Essa é a principal tensão na relação entre esses três atores na "Porta".

E nos boxes? O que vivem os médicos que trabalham no interior da Emergência pediátrica? Aparentemente estariam mais insulados do ambiente exterior ao PS. Contudo, a tensão da realidade de quem está fora, de alguma maneira se reflete no interior dele. Portanto, se há um insulamento entre essas duas funções, é um insulamento parcial e relativo. Em outras palavras, o trabalho médico é desigual nas funções, mas se combina no todo - apesar da possibilidade de enormes desigualdades no interior da categoria médica, toda ela está submetida a uma lógica que, de uma forma ou outra afeta a categoria como um todo. O

66 Na pesquisa de campo, teve-se acesso à apresentação (MORAIS, 2019) feita à ordenação do trabalho, quando se demonstraram outras maneiras de se lidar com o maior fluxo de pacientes no PS, no período da sazonalidade. Foi informado ao pesquisador que as esferas mais altas dessa ordenação têm pleno conhecimento do problema e das formas de resolvê-lo.

sentimento e a disposição de responsabilidade se mostraram presentes. Assim disse uma médica:

Então você fica responsável pelos três setores. Lá dentro, interno. Mas esses pacientes que estão aqui no boxe e os graves do 20, de dois plantonistas, é muito complicado. Mesmo plantão fechado, porque chega criança grave (MOREIA).

Em seguida se lidará mais diretamente com o tema do poder médico. Mas antes, um assunto que é afeito a esse é o do acesso ao paciente. Foucault (2008, p. 59; 1998, p. 80; p. 207) notou o acesso ao corpo humano como uma forma de poder, que levava ao saber, e que se constitui em um poder do saber. Nas entrevistas que se levou a cabo na Emergência Pediátrica do Hospital, uma característica que veio à tona foi a forma de se lidar com paciente, em um tópico muito específico, que pode se chamar de disposição diante do paciente.

Essa forma foi dividida entre uma empática e outra automatizada. No primeiro modo, há envolvimento do médico com o paciente - quando eventualmente um vínculo pode emergir, a despeito do PS ser um lugar de trânsito, como o próprio hospital - obtém-se informações fundamentais para o tratamento que se seguirá, através de uma anamnese com informações tanto do paciente, quanto das relações em que esse paciente está submetido, com a família, dentre outros atores⁶⁷. No segundo modo, o automatizado, este foi relacionado a dois quadros: 1) médicos com problemas de saúde mental, quanto à maneira em que a medicina vinha sendo praticada, 2) com a ordenação do trabalho atual. Àqueles médicos pertencentes ao primeiro grupo, o poder médico de acesso ao corpo humano franquearia algo específico e especial - algo positivo da ordenação do trabalho, perante condições de trabalho tão desfavoráveis. A percepção desse fator positivo para a saúde mental do médico, é o prazer de descobrir e de construir o saber médico. Nesse campo do aprendizado da prática, com a clínica médica, foi relatado que no caso do setor público se tem acesso a quadros clínicos que não se tem no setor privado, dada a divisão de acessos a esses dois serviços por classes sociais. No PS público, chegam casos clínicos diferentes permanentemente (KALANCHÊ).

Diante das percepções do ambiente de trabalho, do sentimento de medo, dos pacientes que chegam, das condições de trabalho, o centro das falas dos médicos foi o poder médico. O poder médico, diante da ordenação do trabalho em saúde, é relativizado. A autonomia médica esbarra na ordenação do trabalho. O poder médico tem gradações. Poder

⁶⁷ Não são poucos os casos reportados de violências contra crianças, inclusive sexual. A ordenação do trabalho sabe e, de alguma maneira, busca lidar com o problema. Na pesquisa de campo, em contato com a área de psicologia do Hospital soube-se que há um número muito pequeno de profissionais de psicologia, muito aquém do que seria necessário.

médico, sim, mas relativizado. Diferentemente de Foucault, para quem o poder médico é apresentado quase de modo absoluto, graças ao saber médico. Contudo, por sua vez, o corpo tratado como objeto tende ao modelo foucaultiano.

O poder médico é exercido como parte da ordenação do trabalho, nas relações trabalhistas, mas também com pacientes. Todavia, nos relatos mais típicos só houve caracterização das relações no interior das organizações do trabalho. Assim, tende-se ao modelo foucaultiano, das relações objetais. A configuração encontrada é do poder médico exercido nas equipes de trabalho como um meio, tendo por fim o paciente. O paciente pode ser entendido como objeto e objetivo da ação do poder médico. O poder médico, no interior da ordenação do trabalho, encontrou variações de meios e fins. Portanto, o poder médico é relativizado. Possivelmente entre outros elementos, existe uma economia de trocas simbólicas e materiais que foram só notificadas. A seguir fazem-se tipificações, de acordo com as falas dos médicos.

O poder médico é efetivo, isto é, o médico alcança os meios para realizar o fim. Neste tipo, o médico consegue fazer com que as orientações dele sejam executadas pelos membros da equipe de profissionais da saúde. Os desígnios do poder médico encontram desdobramentos - a ação -, quando também conta a velocidade de execução, no modo rápido. Assim disse uma médica:

Por exemplo, a equipe que estava aqui hoje, tudo que a gente tinha que fazer, deu supercerto. Todo mundo aberto com todo mundo, porque você pediu uma coisa, o negócio já estava ali, era rápido (CAPUCHINHA).

Os meios são atingidos para um determinado fim: o tratamento, a recuperação e a cura do paciente. Uma especificidade da pediatria é a velocidade maior de recuperação de paciente, em comparação à paciente adulto (ÁSTER). Isso se desdobra em uma velocidade maior de recompensa da efetividade do trabalho médico: em mais gratificação e compensações pelo bom sucesso no desempenho da ordenação do trabalho e, no interior dela, na efetividade do poder médico. A idade do paciente, como criança, tem um segundo impacto, além da velocidade de recuperação. Pelo fato de o paciente ser de tenra idade, há uma valorização maior na recuperação desse paciente (AREDES; GIACOMIN; FIRMO, 2018), o que remete à noção de valor de uso e valor (MARX, 2013, p. 113). Por sua vez, o fracasso nesse tratamento tem também um sofrimento superior; somado ao fato de que em geral a recuperação é mais rápida. Isso significa que o médico pediatra, ainda mais especificamente o do PS, está sujeito a recompensas mais rápidas, mas ao mesmo tempo, as quedas (frustrações)

tendem a ser mais profundas, que no PS não-pediátrico. Portanto, a saúde mental tende a estar mais sujeita aos abalos do exercício do trabalho médico. A expressão da palavra falada repercute a prática do trabalho. Assim disse uma médica:

isso quando as crianças ficam boas. (...) por exemplo, eu pego uma criança grave e depois ela sai andando feliz. Vai para casa saudável (PETÚNIA).

Observa-se um contraste quase barroco entre, de um lado, o estado grave da criança e, de outro lado, recuperada, "ela fica boa", "anda feliz". O próprio ordenamento das palavras encontra outra disposição: da "criança grave" para a transmissão da recuperação para a instituição social do lar ("casa"). É possível que o movimento das palavras tenda a guardar um significado interpretativo maior na pediatria, dados os aspectos da velocidade e dos maiores contrastes. Logo, do ponto de vista clínico, seria requerido que o médico lidasse melhor com as oscilações do trabalho médico, em prol da saúde dele próprio.

O poder médico sem potência (impotente). O poder médico não se transmuta em ação para se alcançar o fim determinado pelo médico. O poder não se transforma em ação. A falta de meios (ineficiência) leva à falta de resultados positivos (ineficácia). Logo, falta efetividade: a ordenação do trabalho não provê os meios que o médico necessita para que se possa atingir o sucesso pretendido. Os resultados positivos então não são alcançados. O médico tem a prerrogativa do poder de comando, mas esse não se concretiza. A ordenação não desempenha a ação desejada. Isso afeta as emoções do médico, o que se relaciona à irritação, frustração e incompreensão, e pode levar a um movimento de autocrítica. Assim disse um médico:

Porque eu não tenho a capacidade, eu não sou a pessoa de ficar impondo. Então, acaba que na medicina você tem que dizer, você vai fazer isso, você vai mandar, você precisa fazer isso. Eu não, eu peço. E quando você pede, duas vezes frustrado. Primeiro pediu, uma coisa que teoricamente não deveria, que é uma função sua de mandar e, segundo, fica irritado, porque o negócio não anda, a vida do paciente não resolve. Que nem hoje, eu tô assim... (...) é o paciente [que] chega grave, precisando de oxigênio, você prescreve, vai lá e fala: "olha, põe no oxigênio agora". 20 minutos você chega, o paciente está sem oxigênio. Então, a sensação: ou a pessoa não tá me respeitando para fazer o serviço, ou simplesmente sou eu que me importo demais, não sei.

Há um subtipo no interior desta categoria. O fim positivo não é alcançado pelo estado em que se encontra o médico. Ou seja, o restante da equipe pode trabalhar a contento, a ordenação do trabalho pode fornecer os meios necessários à consecução dos fins, mas o médico não consegue desempenhar para o fim almejado. Trata-se do poder médico ineficaz. Há eficiência em relação aos meios, mas o resultado da ordenação não é alcançado por conta

do quadro (situação/estado) do médico. Isso instaura um abalo no próprio ator detentor do poder médico, o médico. Ocorre tanto em médico com problema de saúde mental (maior probabilidade), quando em médico que não autodeclarou problema. Trata-se de um embotamento no trabalho. É a impotência médica. Assim disse uma médica:

e se chegar o momento que você não der conta de fazer aquilo que você sempre fez, e fez feliz? E tá num momento que nada mais te dá prazer. Nada mais te dá felicidade (CAMÉLIA).

Um paralelo na teoria sociológica pode ser encontrado na face dupla de Janus, apresentada por Bruno Latour (2000), como a face do cientista novo e do cientista doente. Neste ponto, é como se houvesse no Poder médico duas faces: uma face poderosa, e outra embotada e impotente. Essa figura simplificada serve somente para esse subtipo, já que considera apenas o Poder médico, e não leva em conta fins e meios do trabalho médico.

Há um tipo intermediário. Os meios para o objetivo do poder médico funcionam de modo irregular. Quanto aos resultados também não se sabe exatamente, não são precisos. Assim, o poder médico sofre uma bifurcação: pode alcançar o resultado, ou não. A incerteza do resultado guarda relação com a irregularidade dos meios. Portanto, esse tipo revela uma fragilidade do poder médico, em que esse se debilita. Neste tipo intermediário, o poder médico está sujeito a uma bifurcação: pode dar certo ou errado - pode-se conseguir o objetivo, ou não. Assim disse uma médica:

Eu gosto dessa, do paciente grave, me sinto confortável. Eu fico chateada porque não tem as coisas, as coisas necessárias que você precisa.

Novamente a ordenação do trabalho não proveio os meios necessários para a consecução dos fins, então as condições de trabalho são débeis para se alcançar o resultado desejado. Assim, trata-se de um poder médico débil, que não proporciona segurança para o trabalho médico. Isso provoca alterações no estado emocional do médico, que pode levar a distúrbios na saúde mental deste profissional. A ansiedade é um dos transtornos mais prováveis neste tipo, mas pode haver depressão, entre outros.

O outro tipo intermediário é o de ineficiência. O saber médico permite a previsibilidade. Assim, determinado tratamento, com aplicação de determinada técnica, estatística e experimentalmente testada, obteve-se então determinado resultado. Diante dos meios necessários, providas as condições do trabalho médico, o fim esperado é atingido. Porém, a ausência desses meios, não providos pela ordenação do trabalho, leva à imprevisibilidade dos resultados. Assim disse uma médica:

Você faz tudo para que o paciente estar bem; mas tem o outro que sai do que é o certo - você interna uma criança com pneumonia e sabe que daqui três dias ela vai embora para casa, no outro dia a criança está entubada, está na UTI, e morre; e aí? Foi sua culpa? Não! Envolve um monte de coisa, a imunidade do paciente, vários fatores, como está a alimentação. E então, você fica se cobrando aquilo ali. E às vezes eu vejo a turma aqui que não consegue esse tipo de coisa; falo "não, internei, fiz certo, mas evoluiu mal"; então não consegue conviver com isso. Acha, assim, que todos têm que dar certo! Assim, você atende 10 mil pacientes, 1 acontece alguma coisa, "acabou a sua vida" - isso que a maioria dos médicos pensa "acabou, eu sou um fracassado, eu não devia ter feito medicina, tinha que ter feito outra coisa"; eu vejo muito isso. E eu falo, "e os 999 que você curou? Não conta?" Isso que às vezes, essa turma mais nova não consegue; fracassou em um e já quer desistir de tudo. Aí começa a tomar remédio, começa....

A consequência percebida no caso anterior se repete: emoções são negativamente alteradas, dada a incerteza, e pode-se incorrer em transtornos para a saúde mental. É comum nesses tipos intermediários a relativização do poder médico, que se bifurca nos resultados e os resultados não garantidos.

Finalmente, há eficiência do Poder médico, mas o resultado é negativo. A equipe age (eficiente), mas o fim positivo não é alcançado. Portanto, não se trata de debilidade na efetividade do poder médico. É algo que foge ao controle do médico e à ordenação do trabalho, pois esta põe em execução os meios para se lidar com a situação. Contudo, não se atinge o resultado desejado, diante da gravidade do caso. Ao contrário do que se poderia supor, de que, por se tratar de algo que escapa ao controle médico, isso então eximiria de impacto emocional no médico, ao contrário, isso não ocorre. A situação afeta a emoção da médica. Um dos elementos explicativos é que, por se tratar do público infantil, o impacto do fracasso tende a ser maior (AREDES; GIACOMIN; FIRMO, 2018). Assim disse uma médica:

Uma fatalidade, entendeu? A paciente já chegou aqui realmente parada, os bombeiros tentaram reanimar na casa, não conseguiram, mas eu fiquei bastante abalada com essa situação, sabe?

As falas em geral escaparam ao poder carismático - ele não esteve entre os 25 discursos mais típicos⁶⁸. Contudo o carisma foi autorelatado em uma entrevista, e confirmados traços de simpatia no médico, além de receber uma determinada atenção especial e carinho. O "carisma", diferente do dom divino descrito por Weber (1991, p. 158 passim), parece ter resultado de trocas materiais e afetivas. Testemunhou-se o médico ficar 40 minutos a mais no plantão seguinte, até às 7h40 da manhã, esperando o outro médico plantonista rendê-lo. Em outra unidade de trabalho, de menor porte, o médico relatou disponibilizar o contato

68 Na pesquisa de campo, foi relatado o caso de um médico que entrou como médico residente no hospital e cativava as pessoas, tanto da equipe, quanto pacientes. Era querido por todos. Casou-se com uma enfermeira e chegou a diretor do hospital. Esse relato indica no sentido do carisma.

telefônico a qualquer hora do dia ou da noite, quando precisarem, em casos de emergência. Em grande medida, o que se observou foi o poder técnico, científico e da categoria profissional médica. Contudo, esse poder nem sempre se transformou em poder de ação, ou poder de procedimentos clínicos, médicos ou burocráticos.

O médico pediatra emergencista passou pelo clímax do trabalho na Emergência Pediátrica do Hospital. Acabou o plantão. Hora de ir embora. Ele pode tanto ir para outra unidade de saúde, como voltar para casa. Dados os tamanhos das jornadas, podem acontecer de fato essas duas possibilidades. Mas o sociólogo continua no encaixe do médico. Então que narrativa é consecutiva. Pelo que se descreveu anteriormente, o trabalho executado pelo médico leva a determinados estados. A seguir, um médico que representa relativamente a jornada média dos médicos do PS - com um viés um pouco para cima. O médico se divide entre consultório e PS. Depois da jornada no PS, dos casos clínicos, da oscilação dos meios, da irregularidade da ordenação do trabalho, das variações mais extremadas no caso de paciente criança, em fins que nem sempre são os esperados e os desejados, então o médico continuará em seguida a jornada dele. Faz o itinerário trabalho-trabalho. Assim disse um médico:

Eu saí porque, olha só: eu já tenho consultório e estou fazendo 40 horas aqui. Minha conta de atuação de horas semanais chega a quase 80 horas semanais, toda semana praticamente. Porque quando eu não estou aqui, eu estou no consultório. Fica uma semana até difícil pra ter outros horários, para fazer outras coisas; mas é bem barra pesada.

Em um determinado momento, o médico da Emergência Pediátrica chega na casa dele, após extensa e intensa jornada. Esse médico trabalhou por 36 horas ininterruptas - mas há caso extremo em que se chega a 72 horas sem interrupção. O médico que fala a seguir busca separar os âmbitos de casa e trabalho. O trabalho ficaria no trabalho. Após o trabalho não há mais trabalho, contudo, ele também continua a falar do trabalho. Por mais que o grau de controle e autocontrole ao longo dos anos, como demonstrou Elias (1993, p. 193 passim), e mesmo de expressões e comunicação humana avancem, não se trata de um processo simples, ou trivial. Assim disse um médico:

Eu até brinco com a minha esposa que é médica, que quando eu chego à casa, ou em qualquer outro ambiente, eu não falo de medicina, eu falo da vida cotidiana. O trabalho, quando saio daqui, fica aqui (CACTO).

Na coleta de dados, houve caso em que se explicitou conflito entre o médico e a esposa, pelo telefone dele tocar a qualquer momento, disponível que está para uma unidade de

Pronto-Socorro, dada a experiência, disponibilidade e confiança depositada nele, cf. relatou. O que se pode interpretar do médico que chega em casa, é de um sujeito cindido: dividido entre o trabalho e o lar; entre o desejo de se desligar do trabalho, diante da família, e a menção do trabalho em casa, em uma vida de contrastes. Nesta classe se utilizaram mais frases de médicos autodeclarados sem transtornos, porém, não foi possível se identificarem tendências discrepantes nos dois grupos.

Após se analisar o conjunto das entrevistas com as frases mais típicas, parte-se para a pergunta da pesquisa: quais as percepções dos fatores e dos efeitos dos problemas de saúde mental dos médicos da Emergência Pediátrica?

5. Percepções sobre fatores e efeitos dos problemas de saúde mental dos médicos

Os médicos da Emergência Pediátrica autodeclarados com algum transtorno mental ou comportamental falaram sobre a ocorrência desses problemas de saúde na categoria. A eles, assim se perguntou: "Você considera que, comparando com a população brasileira em geral, há muitos médicos passando por transtornos mentais e comportamentais? Se sim, quais as razões para isso?" As respostas foram identificadas, analisadas, com as percepções interpretadas nas implicações e tabuladas nos fatores causais para transtornos mentais e comportamentais de médicos. A Tabela 10, abaixo, mostra a totalidade de fatores percebidos. O Apêndice E descreve cada uma das categorias de fatores percebidos.

Tabela 10 - Percepção de fatores causais para transtornos mentais e comportamentais de médicos brasileiros, para médicos da Emergência Pediátrica autodeclarados com transtornos mentais e comportamentais.

Posição	Fatores percebidos	Participação*
1ª	Ordenação do trabalho	24,6%
2ª	Condições de trabalho	8,9%
3ª	Emoções	7,0%
4ª	Organização de formação médica	5,8%
5ª	Campo	5,4%
6ª	Relação com a população; Relação com o público; Relação com a sociedade	4,9%
7ª	Condições estruturais para a relação médico-paciente	4,9%
8ª	Ambiente de trabalho	4,0%
9ª	Disposição	3,6%
10ª	Categoria médica	3,2%
11ª	Ideologias	3,1%
12ª	Indivíduo	2,8%
13ª	Jornada de trabalho	2,6%
14ª	Relações entre médicos	2,5%
15ª	Família do médico	2,1%
16ª	Questões de conhecimento	1,8%
17ª	Relacionamentos no trabalho	1,7%
18ª	Relação com paciente (individual do médico)	1,6%

19 ^a	Controle/Autonomia/Impotência	1,4%
20 ^a	Trabalho noturno - com privação e dificuldades para o sono	1,2%
21 ^a	História	1,2%
22 ^a	<i>Habitus</i>	0,9%
23 ^a	Política governamental (Previdência Social)	0,7%
24 ^a	Comportamento do próprio médico doente	0,7%
25 ^a	Processualidade para cansaço, exaustão, estafa e esgotamento	0,6%
26 ^a	Privação do acesso à alimentação	0,5%
27 ^a	Perdas pessoais	0,5%
28 ^a	Valor do trabalho	0,3%
29 ^a	Questões além do trabalho	0,3%
30 ^a	Reconhecimento	0,3%
31 ^a	Relações com a equipe	0,2%
32 ^a	Mobilização	0,1%
33 ^a	Modo de vida	0,1%
34 ^a	Questões morais	0,1%
35 ^a	Aspectos financeiros	0,1%
36 ^a	Privação de necessidades fisiológicas básicas	0,1%
37 ^a	Adição	0,1%
38 ^a	"Favores sexuais"	0,1%

* Participação em n (n = segmentos de sentido); n = 1.373.

Um aspecto salta à vista: a inexistência da percepção de fatores genéticos e biológicos para a ocorrência de transtorno mental ou comportamental em médicos. Os médicos não percebiam a existência de fatores biológicos como condição para os problemas de saúde vividos pelos membros da categoria que fazem parte. Nenhum entrevistado atribuiu qualquer causa genética ou biológica quando perguntado sobre razões para transtorno mental ou comportamental. Na percepção dos próprios médicos que, em grande medida, se balizam pelo modelo biomédico na prática médica, são as relações sociais a condição para os transtornos mentais e comportamentais que acometem a categoria em Brasília.

O resultado é coerente com a revisão de literatura, que também atribuiu a doença mental a fatores sociais. Livros de psiquiatria também reconhecem a importância das relações sociais para a doença mental. Contudo, a tendência desses é colocarem os fatores sociais em um segundo plano, privilegiando os biológicos. Um artigo que causou impacto no campo da medicina e da saúde é o de Engel (1977). Nesse trabalho, o autor sugere um modelo

alternativo ao biomédico, que tem supremacia na medicina. Batizou o modelo sugerido como biopsicossocial (ENGEL, 1977, p. 129). Ainda, mais uma vez, as relações sociais são colocadas em um segundo plano.

A Tabela 10, acima, se refere aos médicos que autodeclararam ter transtornos. Contudo, os médicos autodeclarados sem transtornos também não mencionam genética ou biologia como razões para aqueles transtornos. Alguns médicos dizem que as causas dos transtornos são multifatoriais, mas mesmo esses, sequer citam um aspecto biológico. A análise da Tabela acima põe, assim, a problemática da saúde e dos transtornos mentais e comportamentais no terreno das relações sociais. No lado da sociologia, isso imputa ao campo sociológica a necessidade de mais reflexões sobre a especificidade do social, em relação à biologia. Em outras palavras, o social teria regras próprias, que não precisam e nem podem ser confundidas com regras "naturais" ou biologizantes. No mínimo, pode-se dizer que o social não é igual ao biológico. Ainda, isso coloca a necessidade de se pensar o que é o natural⁶⁹. Se o resultado desta tese vier a ser confirmado por outras pesquisas, isso pode colocar, quiçá, aos sociólogos a possibilidade de uma participação efetiva no campo da saúde mental.

A seguir, vão se examinar relações sociais específicas, a que se chamaram de "ordenação do trabalho". Ela foi escolhida por ter sido identificada como a principal razão para a percepção de fatores causais dos transtornos em médicos, o que se observa na Tabela 10, acima. Ela não só tende a ser o fator percebido como o mais determinante para os problemas de saúde mental dos médicos, como esteve bem à frente das outras razões, e representou cerca de ¼ do total das percepções. Os fatores percebidos seguintes foram as condições de trabalho e as emoções. Chamou também atenção a grande quantidade de fatores percebidos para o adoecimento, quando se contabilizaram 41.

5.1 Ordenação do trabalho médico

A reflexão sobre a ordenação do trabalho está contida em dois tópicos a seguir: o sistema de saúde e a história, apesar de essa ter sido bem menos representada nos discursos. Contudo, entende-se essa também como relevante, pois ajuda na interpretação do contexto da

⁶⁹ Pierre Bourdieu identifica aspectos em que o natural do corpo humano aparece antes mesmo da linguagem e da consciência (BOURDIEU, 1998, p. 133 apud MEDEIROS, 2017, p. 133).

situação em que se encontra a categoria médica. Sob pena de ficar diluída ao final, essa exposição começará pela história percebida pelos médicos. Um maior número de considerações sobre a ordenação ocorrerá só em ponto mais avançado desta seção.

Médicos que atuam na Emergência Pediátrica do Hospital podem trabalhar em outras unidades de saúde, seja no presente, ou já ter trabalhado no passado. Segundo uma médica, a quantidade de pacientes que acorrem ao PS é bem parecida com o de outros hospitais, contudo, a gravidade dos casos é maior⁷⁰.

É nesse contexto que se observa o que ocorreu em hospitais públicos, e configurou movimentos de desigualdade no espaço físico do DF, e em relação a Goiás, a partir de um centro de ordenação do trabalho médico, que se ramifica pelo território. Assim disse um médico:

Por uma questão de funcionamento do próprio GDF, a atenção com os hospitais regionais, é muito menor do que a atenção com os hospitais do Plano Piloto. Eu trabalhei [em um] que já teve, inclusive, residência de pediatria. Tem residência de clínica, de cirurgia, de ortopedia, mas que foi desmantelado de tal maneira, que sequer temos hoje um pronto-socorro de pediatria aberto lá, assim. E eu estava lá quando o serviço foi desaparecendo pouco a pouco, até fechar completamente. E é um hospital que é referência direta para Gama e Santa Maria, que são 300 mil habitantes e para uma região especialmente populosa do entorno, que vai desde Águas Lindas até Novo Gama, assim, tem o conjunto populacional da região sul chega a um milhão de habitantes. Então nós chegamos a ter oito pediatras para atender crianças, eles reabriram o sistema, eles reabriram o serviço em Santa Maria e o serviço, ele funciona, não todos os dias da semana, mas de qualquer maneira está funcionando precariamente, mas está funcionando.

Na pesquisa de campo, houve relatos de episódios relacionados ao ambiente de trabalho e que causaram impacto mais geral, recebendo uma dimensão de conhecimento público, via meios de comunicação. O que mais impacto teve na percepção dos médicos obtida nas entrevistas foi a violência ocorrida no PS contra colega médica. A isso, atribui-se à

70 As características de demanda e de oferta de serviço médico contêm elementos constitutivos, e que permitem analisá-los como uma mercadoria. Assim escreveu o autor: "Como uma mercadoria encerra ao mesmo tempo um valor de uso e um valor, o trabalho que a produz tem duplo caráter. Em primeiro lugar, qualquer ato de trabalho é uma 'atividade produtiva de um determinado tipo, que visa a um objetivo determinado' (*O Capital*, I, cap. I); assim considerado, é 'trabalho útil' ou 'trabalho concreto', cujo produto é um valor de uso. Esse aspecto da atividade de trabalho 'é uma condição da existência humana independentemente de qual seja a forma de sociedade; é uma necessidade natural eterna que medeia o metabolismo entre o homem e natureza e, portanto, a própria vida humana' (*ibid.*). Em segundo lugar, qualquer ato de trabalho pode ser considerado separadamente de suas características específicas, simplesmente como dispêndio de força de trabalho humana, 'o trabalho humano puro e simples, o dispêndio do trabalho humano em geral' (*ibid.*). O dispêndio de trabalho humano considerado sob esse aspecto cria valor e é chamado de 'trabalho abstrato'. O trabalho concreto e o trabalho abstrato não são atividades diferentes, mas sim a mesma atividade considerada em seus aspectos diferentes" ([BOTTOMORE; HARRIS; KIERNAN; MILIBAND?], 2013c, p. 599 apud BOTTOMORE; HARRIS; KIERNAN; MILIBAND, 2013a).

dimensão da violência aos quais os médicos do Pronto-Socorro estão expostos, quando se coloca um sentimento de medo.

O contexto situa o valor socialmente atribuído ao trabalho médico e é percebido como uma razão de transtornos dos médicos. Como resultado de determinada forma de sociedade, esse valor provavelmente perpassa os sistemas público e privado, no sistema de saúde em geral. É expressa a transformação social dos profissionais médicos do papel de profissionais liberais em trabalhadores. Assim disse uma médica:

a carga horária, o ambiente, as responsabilidades inerentes à profissão, a desvalorização, ultimamente da profissão liberal, dos profissionais médicos, no geral, pela sociedade, quanto por outros órgãos responsáveis (CRAVINA).

A perspectiva dos médicos entrevistados se situa em um contexto mais amplo. Nesse, percebem-se desigualdade e hierarquia de gênero, discriminação racial, e está a condição laboral do médico, com expectativa elevada. Assim disse uma médica:

Você pode ver que a gente tem um grande número de mulheres, mas as pessoas que ocupam posições estratégicas, em sua grande maioria, elas não são mulheres. Na pediatria também, elas não são mulheres. Você pode ver pelos nossos chefes; a quantidade de chefes que a gente tem que são mulheres, e a quantidade de chefes que tem que - exercem uma função mais administrativa -, ou uma função mais responsável por determinada área, que eles não são em sua maioria mulheres, são homens, você consegue ver isso.

Existe racismo entre os médicos também; eu acho que a quantidade de médicos negros que existem, ela é muito menor; a gente sabe disso. Existe um racismo, mas eu acho que ele é menor. Eu acho que ele é mais velado, eu acho que eles tendem a relevar mais isso, a amenizar mais a situação. Mas dizer também que também não existe, que ele não existe entre os médicos também não, não dá para dizer isso.

A demanda tem aumentado bastante, de uma forma que eu acho que o médico não consegue suprir aquela demanda. Então, eu acho que tem muitos médicos cansados, esgotados; além do que, há cobrança, né? Geralmente as pessoas que são médicas, elas têm um alto nível de cobrança pessoal: por uma excelência, por uma busca de fazer o melhor para as outras pessoas, acho que é meio que do perfil de uma pessoa que escolhe ser médica.

As representações reiteram a condição classista dos médicos, seja no pertencimento, seja em descrição de características comuns às condições de trabalho de outros trabalhadores. Outra médica reporta a situação em que se encontra hoje o paciente que ocorre ao hospital, e que leva a se modificar a disposição do médico diante da pessoa doente. Assim disse uma médica:

Por lidar, geralmente, [com] uma situação de vida mais delicada, então [tem] de ter mais responsabilidades no cuidado. [Há] uma tensão no ambiente de trabalho, no sentido de ter que fazer as coisas, às vezes sem os subsídios necessários, sem todo o suporte necessário, sem ter toda a estrutura e estar responsável ali por vidas.

A partir da primeira parte, sobre aspectos históricos da ordenação do trabalho, trata-se agora do sistema de saúde. É sob o eixo do choque entre o dever-ser e o real que se dá a narrativa dos médicos, clivado entre a normatividade da consciência que tem do ideal da prática médica e a realidade com que se defrontam - tal consciência não é uma forma de idealização romantizada do exercício da medicina, mas algo que sabem que os protegeria dos transtornos. Então o discurso é praticamente todo construindo nesse confronto entre como deveria ser o sistema de saúde, para que não adoecessem, e a prática cotidiana enfrentada.

O médico, psiquiatra e psicanalista Christophe Dejours tem obra em torno do tema do trabalho e saúde. Nas pesquisas dele, interpreta-se que o dever ser ocupa um polo negativo, impossível de se alcançar, enquanto a prática real do trabalho seria positiva, com a engenhosidade e astúcia do trabalhador para conseguir executar o trabalho (DEJOURS, 2006). No caso dos médicos da Emergência Pediátrica, entendem-se os sinais como invertidos: o prescrito seria o polo positivo, ou seja, a disposição para e do trabalho que os médicos gostariam de ter; já a realidade seria o polo negativo, isto é, como não desejavam que fosse o real do trabalho.

As condições para os transtornos mentais em médicos estão em todo o sistema de saúde. Na rede privada, onde eventualmente *a priori* se poderiam supor as melhores condições de trabalho, a realidade os submete a condições semelhantes, ou mesmo mais deterioradas. Isso estaria ligado à combinação do alto fluxo de pacientes, diante da capacidade de atendimento, vis-à-vis às características do atendimento privado, pelo grau de cobrança ao profissional médico, que para esse pode se transformar em mais danos à saúde mental. É assim que a situação para o trabalho médico chegou a ser referida como pior para a saúde mental do médico no Pronto-Socorro privado do que no privado. Assim disse uma médica:

E vou além: acredito que até na rede privada. As emergências da rede privada, em Brasília, também, e pelo menos em pediatria, a impressão que eu tenho é que não consegue atender a demanda da população. É sempre muita gente, muita pressão, cobrança na rede privada é ainda maior - em relação à agilidade, resolutividade.

Os médicos tratam agora mais detidamente do sistema público de saúde. É nesse âmbito que aparece referência ao que se chamou de "medicina de guerra", como sendo uma forma de prática médica em voga. Três entrevistados fizeram menções relacionadas a essa forma de medicina e outros dois médicos citaram a palavra guerra nas entrevistas, como em "guerra de vaidades". Desses cinco médicos, quatro são autodeclarados sem transtorno mental

ou comportamental e um, autodeclarado positivamente; três são médicas e dois médicos⁷¹. Assim disse uma médica:

É a faixa de Gaza, é uma guerra. Todo dia aqui a gente está lutando contra ela.

A prática da medicina de guerra pode ser perceptível nas condições de estrutura do Pronto-Socorro do Hospital. Uma delas é o sistema de triagem para o paciente ter acesso ao serviço de atendimento médico. Segundo um médico entrevistado, esse é um sistema usado em guerras e catástrofes, que exclui e inclui pacientes. Outro modo pelo qual poderia ser percebida uma medicina de guerra é a relação entre o espaço físico da Emergência e o número de pacientes, verificável tanto no interior, quanto no exterior desse setor hospitalar. Há um determinado ambiente de trabalho para a prática dessa medicina de guerra. Assim disse um médico:

Aqui os pacientes se amontoam, se acumulam (...). Então é bastante frustrante, você saber o que precisa ser feito, não poder fazer, porque o paciente, afinal de contas, ele não está internado.

Provavelmente o que se verifica no PS seja tributário a determinado contexto de uma rede de assistência à saúde. O hospital recebe pacientes de Goiás e, no período de observação no Hospital, observou-se veículo do Mato Grosso, com paciente. A isso se somou a sazonalidade. Ocorre então a percepção da prática de uma medicina de guerra. De um ponto de vista prático, para a família de criança doente, a falta de solução para ela em outros hospitais leva a procurar esse PS. À característica já apontada de amontoado de pacientes, outra apontada como problemática pelos médicos é a da necessidade de se fazerem escolhas entre pacientes⁷². Assim disse uma médica:

O ambiente de trabalho, as condições de trabalho não são adequadas. Apesar de ter boas relações com colegas, com paciente, com chefia, eu não acho que meu ambiente seja salutar, de trabalho. Eu tenho falado que a gente está fazendo medicina de guerra. Para mim, o pronto-socorro parece um campo de concentração. Falta tudo, falta remédio, falta ponto de oxigênio, falta pessoal de enfermagem para dar conta da quantidade de paciente que chega, falta às vezes paciência da população; e eu não acho que eles estejam errados - porque

71 Este resultado se refere ao conjunto das entrevistas, e não apenas às perguntas de razão e consequência de adoecimento mental dos médicos de Brasília.

72 A pesquisa de campo também trouxe elementos para a reflexão sobre uma medicina de guerra. Contatos com duas profissionais da enfermagem, uma técnica e a outra graduada na área, trouxeram espontaneamente o relato de vigência de uma medicina de guerra, quando os médicos teriam que decidir entre quem iria viver e, por consequência, quem iria morrer. Em uma conversa com uma médica cirurgiã e professora de medicina pelo programa de telefone celular WhatsApp, a partir de pergunta deste pesquisador, ela também confirmou a existência dessa prática de medicina. Matéria em página de sindicato médico do DF (SINDICATO DOS MÉDICOS DO DISTRITO FEDERAL, 2017; 2018, p. 14; 2019, p. 22; BISOL; SINDICATO DOS MÉDICOS DO DISTRITO FEDERAL, 2019 apud 2019 p. 8) também faz essa afirmação da prática da medicina de guerra. Entre outras falas das entrevistas, como desta médica: "escolhendo criança que vai atender, [pois] não dá para atender todo mundo" (CALÊNDULA).

de fato eles não têm a quem recorrer né, então, é isso. Eu entendo como medicina de guerra, quando você tem que escolher a qual paciente você vai dar mais atenção. Você vê que os dois precisam da sua atenção, dois ou três ou quatro ou dez, qual que merece ser visto primeiro, qual que merece ser atendido primeiro pela equipe de enfermagem, qual que merece ser internado, e qual que não merece - apesar de precisar. Por isso que eu acho que a gente está trabalhando num campo de concentração aqui.

A literatura revisada, seja geral ou sistemática, tende a indicar o trabalho em pronto-socorro como um objeto privilegiado de estudos. Assim, possivelmente receba uma atenção superior da literatura em relação a outros locais de trabalho médico. Durante a pesquisa de campo, o trabalho em pronto-socorro foi nomeado como um "castigo" para os médicos. Em entrevista, considerou-se a dificuldade do trabalho em unidade hospitalar de emergência hospitalar até para médicos sem problemas de saúde mental. Consideravam-se os plantões noturnos, as condições de trabalho, a sobrecarga de paciente, ao que se somava à conjuntura de votação no Congresso Nacional de uma reforma da Previdência Social, com aumento do número de anos para o trabalhador poder se aposentar (OLEANDRO).

O pronto-socorro tem uma especificidade na divisão do trabalho na ordenação do trabalho médico. No interior da unidade hospitalar, o PS é quem recebe o paciente e dá os primeiros atendimentos, os primeiros socorros. Quem continua com os cuidados é a Unidade de Terapia Intensiva (UTI) (AGAPANTO). Como uma correspondência ao caminho do paciente, o jovem médico teria, no PS, a porta de entrada na ordenação do trabalho hospitalar. Esse é o ideal almejado pelo médico doente. Assim disse um médico:

No mundo inteiro, a emergência é a porta de entrada da carreira. Você entra pela emergência e, conforme seus méritos e o seu tempo de casa, você iria ascendendo a lugares onde você vai ser melhor aproveitado, pelo seu conhecimento. Não faz sentido, você ter médicos com várias especializações, com brilhantismo acadêmico etc. e tal atendendo consulta no pronto-socorro, a consulta do pronto-socorro é para recém-formado, recém-saído da especialidade, que, após alguns anos, pagando esse pedágio, é substituído por outros, mais jovens, certo? E ele vai assumir posições em outros lugares. De maneira que, ao final da carreira, ele esteja naquele lugar que ele realmente almejava e onde ele vai poder render mais por ter mais conhecimento. Nós não temos Plano de Carreira, então você pode eventualmente ficar do primeiro ao último dia de trabalho, 25 anos, 30 anos atendendo consulta no pronto-socorro, mesmo que você tenha mestrado, doutorado etc. e tal, inclusive no mesmo hospital, assim, não existe mobilidade entre os hospitais, não existe mobilidade entre os diversos setores das unidades e de especialidade. Então a mobilidade do pronto-socorro para a enfermagem ou para postos de chefia é uma coisa que está baseada, em outras regras, e não em regras de antiguidade e mérito.

As representações expressas nas falas levam a se crer na existência de um problema de gestão. Discutem-se as percepções dos médicos sobre o papel da gestão na ordenação do trabalho médico e o impacto da gestão para a saúde mental dos médicos.

Pode-se considerar que a gestão é percebida como o centro da ordenação do trabalho. A gestão é o tópico em torno do qual há a maior quantidade de falas. Dessa maneira, a gestão seria determinante para a ordenação do trabalho médico, à luz da percepção dos médicos autodeclarados com transtornos da Emergência Pediátrica. O discurso sobre a gestão está dividido em duas partes: a macrogestão, com uma gestão superior (associada à Secretaria de Saúde do GDF), e uma microgestão, responsável diretamente por tocar o dia a dia do Pronto-Socorro. O discurso sobre a ordenação do trabalho é crítico. Na interpretação desse discurso, isso acontece por que se trata de uma relação de dominação, entre quem não detém os meios de produção da medicina ("dominados") e quem os detém ("dominantes"). Para fazer essa mercadoria única - porque é a única que cria valor - funcionar de modo satisfatório para a reprodução da dominação, é necessária a criação de uma instância específica, que é a ordenação do trabalho. A seguir são abordados os temas, no âmbito do GDF: carreira médica, médicos pediatras, outras especialidades médicas e médicos residentes, movimentação de médicos na rede (e plano de carreira) e a gestão contra os médicos doentes.

Há a percepção de que um problema de gestão que impacta a saúde mental dos médicos é a inefetividade de uma carreira médica no GDF e, por implicação, de um Plano de Carreira médica. Bastante sentido também pela população, outro problema percebido por médico é o número de pediatras na rede do GDF, que impacta as condições de atendimento médico pela população. Assim disse um médico:

Fala-se muito sobre a corrida pelos cargos públicos - assim, os concursos para médicos no GDF estão ficando cada vez menos concorridos, para médico pediatra, em especial. As pessoas sequer tomam posse; os aprovados, eles não querem nem ouvir falar de ir para um dos hospitais regionais, se não for para ficar no Plano, se não for para ir pra posto de saúde, não tem isso. E hoje, mesmo existindo a necessidade, a média dos pediatras hoje não chegamos a 600, mesmo existindo a necessidade. Não se vai conseguir colocar pediatra, em todos os lugares que necessita. O último concurso chamou 300 pediatras e não se fixaram nem 10.

Também se percebe como problemática a movimentação ("remoção") de médicos no interior da rede de saúde do GDF. Esse problema se vincula ao anterior: com a falta de uma efetiva carreira médica, que aja sobre fins e meios. Portanto, inexistente plano de carreira e outros instrumentos para a ordenação do trabalho. Este problema é de duas vias. Portanto, a solução de um lado ajuda a resolver o do outro: a criação desses instrumentos de gestão é

estrutural para a construção de uma carreira. Portanto, construir essas ferramentas são um caminho para a consolidação e estruturação de uma carreira. Mais um problema percebido da macrogestão é o de gerenciar as diferentes especialidades médicas, para dar conta da rede pública de saúde, do ponto de vista da defesa da saúde mental dos médicos. Outro problema é relativo aos médicos residentes, que compõem quadro indispensável para a ordenação do trabalho. A literatura reporta significativa existência de problemas de saúde mental entre residentes. Assim disse uma médica:

Existem especialidades com regime de trabalho, vamos dizer, grande. (...) especialidades com um caráter que você se expõe a risco, por exemplo, anestesia, por exemplo, radioterapia, medicina nuclear, até radiologia. E isso poderia interferir, não sei até que ponto. Agora, partindo para um outro tópico, seria a residência. Vamos dizer, existem resistências de até cinco ou seis anos. Como que vai ser o regime de trabalho para essa pessoa com a carga horária elevada, tendo que passar pelos problemas da hierarquia, durante tanto tempo até se estabelecer como especialista? E acho isso um problema.

Problema é também percebido na relação entre a macrogestão e os médicos adoecidos, cuja centralidade se dá em torno do trabalho. Enquanto ela teria uma carreira, eles não; aquela com as melhores condições, os doentes, em condições precárias. O centro seria a forma do trabalho: enquanto os médicos em PS são operadores, a macrogestão é percebida como insulada nos escritórios, fora da operação, distante dos problemas cotidianos, do contato com a população e a realidade social.

A microgestão é caracterizada por demandas e cobranças⁷³. Ideologias tendem a ser operadas na ponta, por essa parte da gestão, mas como um prolongamento - mais ou menos visível da macrogestão. Em outras palavras, a microgestão executa uma política formulada centralmente pela macrogestão, e que contém ideologias. São inúmeras as ideologias formuladas, como parte da ordenação do trabalho⁷⁴. Elas se expressam de várias maneiras. Aqui, destacam-se aquelas em torno da ideia de excelência e até de perfeição, em relação a uma terceira parte: a pessoa o paciente. Nesse sentido, a gestão, e mais especialmente a microgestão seria a porta-voz da sociedade, na forma do paciente. O médico pode adoecer sob pressão, quando não se valoriza a subjetividade dele, em determinado regime de dominação, tornado objeto da ideologia, com o peso que essa impõe. Assim disse um médico:

Pressão por resultado, pressão por estar sempre correto, fazer sempre certo. Não dá margem, assim, o mínimo, de..., não de erro, mas deee..., vamos dizer assim, de erro mesmo. Você não pode. Você tem que ser perfeito o tempo todo. É muita pressão.

73 Assim disse um médico: "Demanda da chefia". Sobre cobrança, assim disse uma médica: "Você é o tempo inteiro cobrado de excelência".

74 Strauss et al. (1964) estudaram o tema das ideologias em hospitais psiquiátricos.

O objeto ideologia é interessante pois opera uma inversão: o dever-ser do médico doente se transforma em deve-ser da gestão. Ou seja, é onde a gestão assume o locus discursivo do ideal do dever-ser. Aparentemente, acaba cumprindo um papel de reforço da força da normatividade, diante do mundo real, o que impacta os médicos doentes a continuarem persistindo com a visão normativa. De um ponto de vista mais geral, coloca o papel da normatividade em esferas ampliadas da ordenação do trabalho.

O conjunto de ideologia centralmente formulado, pela macrogestão, e as relações da gestão com os médicos na ponta (na operação), na microgestão, servem para atenuar o antagonismo do médico doente com a "gestão". Assim, há uma divisão na percepção sobre a microgestão, mas que, com o peso ideológico, tende a favorecer o apoio, em relação à oposição. A Tabela 11, abaixo, traz três falas que ilustram essa conclusão.

Tabela 11 - Frases com expressões de três diferentes médicos, as interpretações de relações vinculadas e uma lógica explicativa.

Frase	Relação	Lógica explicativa
"A gerência lá não parece ser tão boa quanto aqui"	Gerência de diferentes hospitais. Relação comparativa entre hospitais.	Geografia social da ordenação do trabalho
"tem muita proteção, tem muita coisinha assim, aqui"	Relação entre microgestão e os médicos	Ordem dos afetos e preferências em relações da ordenação do trabalho ("discricionariedade")
"eu também não posso culpar a instituição"	Ordenação do trabalho e médico doente (hiposuficiente) - para um valor econômico socialmente determinado	Ideologia da "livre escolha" ("livre arbítrio") da ordenação do trabalho

É possível que haja uma tendência, a de que a macrogerência seja mais impessoal, mas pela negativa: negar tudo a todos. Já a microgerência, pela proximidade, tende a ter mais vínculos pessoais. Contudo, isso está longe de ser aceito, pois há reclamações de médicos doentes. Contudo, o pano de fundo, o contexto é o da maior escassez e dificuldade do acesso aos recursos. A tendência do médico doente é querer ter um tratamento especial, discricionário. Então a discricionariedade tende a ser julgada positivamente quando se trata de obter benefícios pessoais. Ao contrário, a discricionariedade é criticada quando não proporciona um benefício ao indivíduo. Isso diz respeito à lógica econômica da escassez, já expressa por médico com problema de saúde mental autodeclarado.

O que não se pode perder de vista é o aspecto social, de que, por mais que sob contradições, continua em curso um determinado processo de individualização conectado às relações sociais (SIMMEL, 2006, p. 116-118; 1977, p. 422; 2009 apud ALVES; MACIEL, 2017, p. 271-272; ELIAS, 1994c, p. 28-29; p. 85; p. 120 passim; ELIAS, 1993, p. 61). Nesse processo, a discricionariedade pode ser entendida dentro da lógica dos afetos, que perfaz a ordem das preferências, quando se constitui um jogo entre o pessoal e o não pessoal, uma lógica de aproximação (amor/simpatia) e outra lógica de afastamento (desamor/antipatia). Dentro desse contexto, e sob essa lógica, que se pode entender um tratamento pessoal (pessoalizado) conferido aos amigos, e impessoal para os não amigos. Aos amigos, o benefício, as preferências; aos não amigos, as normas sociais. Contudo, a lógica do processo de individuação não pode também cegar quanto ao período histórico atual que leva ao isolamento (diferente de individualização), e o indivíduo é colocado em oposição ao coletivo, o que é condenado tanto por Bourdieu, como por Durkheim (PINTO, 2017, p. 234).

O debate da discricionariedade é da ordem das subjetividades, dada a ordem do afeto. Logo, a discricionariedade seria o reconhecimento da existência do sujeito. Contudo, como a discricionariedade é conferida a determinadas posições de poder, ela proporciona uma visão unilateral da questão do sujeito. É o sujeito em uma posição específica na estrutura da ordenação do trabalho. Pode-se simetricamente inverter a fala, concedendo-a à médica doente. Observa-se, assim, a ordenação do trabalho (na forma da profissão médica) contra o indivíduo, quando o peso do coletivo aumenta⁷⁵. É quando a ordenação do trabalho cumpre mecanicamente a tarefa de negar direitos, possibilidades e sonhos. Nesse ponto, a ordenação do trabalho afeta a subjetividade, determina a qualidade de vida e a carência de saúde mental. Assim disse uma médica:

Eu falo assim "será que vai chegar o momento que eu, na minha profissão, vou parar pra ter um tempo pra um pouco mais de qualidade de vida?" Então, por isso que não me surpreende a quantidade de colegas doentes (Médica autodeclarada com transtorno mental ou comportamental).

75 Bourdieu aponta a configuração de oposição entre indivíduo e sociedade. No caso relatado na entrevista, observa-se a ordenação do trabalho em saúde, um agente coletivo, que está contra o indivíduo. Cumpre asseverar também que a constituição de um campo público, representado pelo Estado, para assegurar o bem comum é impelido a cumprir regras comuns, com objetividade em cada caso. Então, a situação de antagonismo do coletivo contra o indivíduo seria aparente (de forma), pois pode significar a isonomia entre os indivíduos. Quando se desenha uma situação, por exemplo, de unânime negação de direito para cada médico está se usando um critério de isonomia, mas pela negativa, ou seja, uma isonomia negativa. O que pode desagradar a cada um. Contudo, a isonomia negativa pode também conter - como razão real, não formal discursiva - motivações severamente desiguais. Portanto, a isonomia negativa não pode ser analisada exclusivamente à luz dos prejudicados. Cada decisão, seja positiva ou negativa, tem implicações de ganhadores e perdedores. À isonomia negativa cumpre perguntar igualmente sobre quem ganha e quem perde, no âmbito das relações tanto individuais, como de grupos sociais.

Relacionados ao adoecimento mental, alguns aspectos podem ser interpretados a partir da fala: 1) a necessidade de venda da força de trabalho - não vende porque quer, mas porque socialmente precisa, 2) a remuneração por essa venda não permite parar de vendê-la - recebe determinado valor que não é suficiente para que interrompa essa venda da força de trabalho, 3) tal venda não confere a qualidade de vida desejada. Essas são elementos constituintes da classe trabalhadora. Em reflexão sobre a relação entre o capital e o trabalho, é colocado o aspecto da dominação, quando há um controle, e uma exigência, com coerção. Assim escreveu o autor:

o capital controla o trabalho porque o exercício da força de trabalho é realizado sob os ditames do capital, ficando a classe operária, com isso, obrigada a trabalhar mais do que o necessário à sua própria subsistência. Assim sendo, o capital é uma relação social coercitiva (MOHUN, 2013, p. 472 apud BOTTOMORE et al., 2013a).

Foram citadas inúmeras hierarquias no conjunto dos discursos dos médicos. As hierarquias são uma parte constituinte da ordenação do trabalho médico. A princípio, conseguiram-se identificar hierarquias no trabalho médico. Elas não foram esgotadas, pois se tratou de análise de parte do conjunto das falas (mais da metade dos entrevistados). Podem ser indicadas as seguintes formas hierárquicas: tempo de serviço no PS; relações verticais de hierarquia, com obediência a ordens; autoridade (médica), pelo respeito ao médico; entre as áreas profissionais; entre médico e paciente; etária; da experiência; da prática, com conhecimento clínico. Finalmente, existe ainda a percepção de que onde a hierarquia é obrigatória, a saúde mental seria mais vulnerável.

A Tabela 12, a seguir, indica contrastes entre a realidade percebida pelos médicos doentes e o ideal imaginado por eles, em aspectos da ordenação do trabalho. Esse ideal médico é a percepção dos médicos do que seria o melhor para a prática médica deles.

Tabela 12 - Aspectos da ordenação do trabalho relacionados a problemas de saúde mental em médicos de Brasília, na percepção de médicos autodeclarados com transtornos mentais ou comportamentais, entre a realidade concreta percebida e o ideal de realidade.

Aspectos para o adoecimento	Percepção do ideal (dever-ser): Modelo de ordenação do trabalho (para médicos autodeclarados com transtornos)	Realidade percebida (concreto): ordenação do trabalho real (para médicos autodeclarados com transtornos)
PS da rede particular	Seria melhor	Não é melhor e a cobrança é maior
Ambiente de trabalho no PS do Hospital	Salutar	Campo de concentração; pacientes se amontoam
Condições para o adoecimento	Reconhecimento do estresse e estafa como doenças	Não reconhecimento
PS da rede pública	Entrada do paciente no hospital. UTI trata paciente grave	PS trata paciente grave. UTI não tem vaga
Carreira médica	Efetiva	Inexistência prática (inefetividade)
Instrumentos de gestão de carreira	Plano de carreira; concurso de remoção	Inexistentes; alas sem médicos
Microgestão	Isonomia pública. Benefícios pessoais	Discricionariedade (afetos)
Ideologia	Resultados, perfeição	"Errar é humano"

5.2 Causas do adoecimento mental: percepções dos médicos e a literatura especializada

Os fatores causais percebidos para a ocorrência dos transtornos - da Tabela 10 - foram agrupados em categorias explicativas mais amplas, com o objetivo de se visualizarem os atores responsáveis de maneira mais sintética. Essa informação reorganizada se encontra na Tabela 13, a seguir.

Tabela 13 - Percepção de atores responsáveis pelos fatores causais de transtornos mentais e comportamentais de médicos brasileiros, para médicos da Emergência Pediátrica autodeclarados com transtornos mentais ou comportamentais.

Atores para transtornos	Participação*
Ordenação do trabalho (1)	47,7%
Médico com transtorno (2)	25,9%
Ordenação da formação médica (3)	10,8%
Campo médico (4)	10%
População/público (5)	4,9%
Política governamental (Previdência Social) (6)	0,7%

* Participação em n (n = segmentos de sentido); n = 1.373.

(1) A categoria Ordenação do trabalho reuniu os fatores causais, da Tabela 10: Ordenação do trabalho, Condições de trabalho, Ambiente de trabalho, Jornada de trabalho, Trabalho noturno, Condições estruturais para a relação médico-paciente, Privação do acesso à alimentação, Privação de necessidades fisiológicas básicas, Processualidade para cansaço, exaustão, estafa e esgotamento, Favores sexuais e Valor do trabalho.

(2) A categoria Médico com transtorno reuniu os fatores causais, da Tabela 10: Adição, Questões morais, Modo de vida, Relações com a equipe, Questões além do trabalho, Perdas pessoais, Comportamento do próprio médico doente, História, Família do médico, Indivíduo, Disposição, Controle / Autonomia / Impotência, Emoções, Relação com paciente (Individual do médico), Relacionamentos no trabalho, Relação entre médicos e Aspecto financeiro.

(3) A categoria Ordenação da formação médica reuniu os fatores causais, da Tabela 10: Organização de formação médica, Ideologias e Questões de conhecimento.

(4) A categoria Campo médico reuniu os fatores causais, da Tabela 10: Habitus, Reconhecimento, Campo, Categoria médica e Mobilização.

(5) A categoria População/público reuniu os fatores causais, da Tabela 10: Relação com a população; Relação com o público; Relação com a sociedade.

(6) Na categoria Política governamental (Previdência Social) constou apenas esse próprio item da Tabela 10.

Agruparam-se os fatores mais relacionados ao indivíduo, que é o médico doente. Nessa categoria foram adicionados fatores compreendidos mais da esfera individual do médico - por mais que tenham também importante relação com o "meio" (o "social") -, quando se comparados aos outros fatores. Assim, em torno do médico, consideraram-se os seguintes fatores: adição, questões morais, modo de vida, relações com a equipe, questões além do trabalho, perdas pessoais, comportamento do próprio médico doente, história, família do médico, sujeito/indivíduo/disposição, controle/autonomia/impotência, emoções, relação com paciente (individualmente com o médico), relacionamentos no trabalho, relação entre médicos, aspecto financeiro, que representam cerca de 26% dos fatores percebidos para os problemas de saúde mental na categoria médica.

Diferentemente do indivíduo - o médico com transtorno -, todos os outros atores representam coletividades. Os atores coletivos relacionados aos fatores causais dos transtornos foram a ordenação do trabalho, a ordenação da formação médica⁷⁶, o campo

76 Por um lado, optou-se por manter a nomenclatura original Ordenação do trabalho, expressa na Tabela 10. Por outro lado, decidiu-se alterar a Organização da formação médica, da Tabela 10, por Ordenação da

médico, a população e o Estado. Esses atores coletivos corresponderam a 74% dos fatores percebidos para os transtornos dos médicos. Isso indica que as condições para os transtornos mentais e comportamentais estão localizadas mais na esfera coletiva do que na individual, quando, a cada quatro fatores, três são coletivos e um, individual.

Na percepção subjetiva dos médicos entrevistados que autodeclararam transtornos, os fatores em torno do trabalho foram as principais razões para o adoecimento, no resultado encontrado na Emergência Pediátrica estudada. Uma análise quantitativa da literatura indicou no mesmo sentido, como a causa primordial de transtornos de médicos, cf. se viu no Capítulo 2, na Seção 2.1. Tanto na percepção dos médicos, como na literatura, causa superior para os transtornos foi relacionada à estrutura de trabalho. Se, na literatura, avaliou-se como sendo o principal fator a relação com empregador, na coleta de dados na Emergência Pediátrica do Hospital, a percepção foi a da ordenação do trabalho médico. A causa no PS é mais ampla do que o verificado na literatura, mas o principal fator em ambos está estreitamente relacionado. Em outras palavras, a relação com empregador da literatura é parte da ordenação do trabalho médico.

Por sua vez, o segundo fator mais estudado na literatura - a relação entre os médicos como causa de adoecimento - é algo apenas residual como razão para os transtornos na percepção dos médicos com transtorno do PS. Portanto, essa hipótese surgida da literatura não se confirmou na análise dos discursos dos médicos do Hospital. Para esses médicos, a relação com colegas médicos é percebida como tendo apenas um pequeno impacto para os problemas de saúde mental na categoria.

Os outros fatores citados na revisão sistemática da literatura foram percebidos de modo desigualmente combinado pelos médicos autodeclarados com transtornos. No caso da Emergência Pediátrica em tela, sobre a instituição familiar, foram percebidos como fatores para os transtornos mentais e comportamentais a distância para a realização da formação na residência médica, além da privação do convívio familiar, perdas familiares, com mortes e separações, adoecimentos e dificuldades escolares de filho. Em relação à totalidade das respostas sobre fatores percebidos, ocorreu em uma proporção pequena. Logo, não foram percebidas na família as principais razões para aqueles transtornos. Ao contrário, no conjunto da percepção dos médicos, hipoteticamente a família parece ter um papel maior de refúgio e proteção para o médico, do que de fator para adoecimento. Contudo, análise dos efeitos percebidos dos transtornos mostra o impacto desses na família, em um aspecto negativo para

formação médica, na categoria agrupada, expressa na Tabela 13.

o médico e para o adoecimento desse, com cobranças e expectativas superiores à possibilidade realista do médico.

Sobre a percepção de ações de órgãos de autorregulação médica - que seriam o CFM e CRM - como fator para o adoecimento, não constou na fala dos médicos da Emergência Pediátrica do Hospital. Outra pesquisa indicou papel ativo do órgão regulador para o adoecimento (ANDREW; BRENNER, 2018). Ao mesmo tempo, essa literatura revisada defende o papel da regulamentação como uma saída para o problema. Assim, a regulação pode ser tanto indicada como causa, como poderia ser solução. A pesquisa na Emergência Pediátrica não perguntou aos médicos o que fazer - apesar de que, como mostrado ao longo deste capítulo, a caracterização da ordenação do trabalho médico ocorre em um confronto permanente entre o como deveria ser (dever-ser) e o real. A Tabela 13, acima, contém vários temas passíveis da necessidade de debate sobre a regulação.

A formação médica foi outro fator percebido em implicação para problemas de saúde mental dos médicos. Um campo mais amplo de formação médica pode ser identificado, além da organização da formação médica, que tem relação com problemas de saúde mental. Incluem-se ideologias médicas, e também ideologias mais amplas, que vão além da medicina, e também questões em torno do conhecimento. Trata-se de um fator citado tanto na literatura, como na percepção dos médicos. Assim, a reflexão sobre a ordenação da formação médica mostra-se também necessária para a compreensão do adoecimento médico.

A literatura citou abuso sexual prévio (CUNNINGHAM; COOKSON, 2009). O sexismo entre médicos também foi relatado nas entrevistas. Se em um grau residual, como em troca de favores sexuais, também foi citado por médica não acometida por transtorno. Tendo em vista o possível impacto para a subjetividade, o sexismo pode afetar as emoções e a percepção do indivíduo no mundo. Pode-se compreender o sexismo como uma posição de subjugar determinada pessoa pela questão sexual, a partir de uma posição de poder em relação à outra. Assim disse uma médica:

Eu acho assim, de ficar elogiando, chamando de apelido carinhoso, sendo que você nunca teve nenhum tipo de relacionamento com a pessoa. Eu já passei por situações piores: o professor me ensinar a fazer uma sutura e ficar me abraçando por trás e eu ficar numa situação muito complicada. É muito ruim. Nos ambientes onde só tem homem, assim... por exemplo, eu fiz um estágio uma vez na cirurgia e a gente ficava no pronto-socorro. E todos os chefes homens da cirurgia ficavam na salinha do repouso. E eu tinha que ir lá passar o caso pra eles. Aí quando eu entrava na sala, todos paravam o que estavam fazendo e ficavam olhando. Tipo, me encarando, tipo um pedaço de frango passando. Aí eu tinha que passar o caso, depois sair e eles, em silêncio. Ou seja, eu sabia que eles iam tá comentando

depois que eu saísse, entendeu? E eu na posição de interna, que não podia fazer muita coisa.

O tema do estigma não foi mencionado por qualquer médico autodeclarado com transtorno, na pergunta sobre razões para os transtornos. Médicos autodeclarados sem problemas de saúde mental o mencionaram duas vezes. Em alguma medida, o estigma não nomeado é também um indicativo. Se isso for confirmado por outras pesquisas, o silenciamento também pode ser considerado como uma consequência dos transtornos mentais. Os temas da discriminação e do preconceito podem ser objeto de reflexão, a partir do caso específico dos problemas de saúde mental. Apesar de ter sido citado como consequência desses problemas, o estigma pode vir a ter um impacto de longo prazo para o médico. Assim disse uma médica:

Fica aquela marca. E aquilo fica com a pessoa o resto da vida (VIOLETA).

As percepções dos efeitos dos problemas de saúde mental nos médicos são o tema da próxima seção.

5.3 Percepções sobre os efeitos do adoecimento mental

Com o objetivo de se identificar a existência, ou não, de uma hierarquia nas percepções de impactos dos transtornos nos médicos, analisaram-se as respostas dadas pelos médicos à pergunta: "Quais as consequências do adoecimento mental dos médicos?" (cf. Apêndice D, pergunta 3.3). Agruparam-se então as percepções nas falas de médicos autodeclarados com transtornos mentais e comportamentais. Construiu-se uma tabela com as consequências desses transtornos. A Tabela 14, a seguir, traz os resultados e o Apêndice F categoriza as percepções dessas consequências.

Tabela 14 - Percepção das consequências do adoecimento mental dos médicos autodeclarados com transtornos mentais ou comportamentais.

Posição	Impacto do transtorno	Participação*
1	Próprio médico com transtorno (na vida do médico)	42,6%
2	Ordenação do trabalho	16,7%
3	Paciente	15,1%
4	Relações familiares	6,8%
5	Relações sociais do médico	5,6%
6	Tratamento do médico	4,0%
7	Relação médico-paciente	3,6%
8	Comunicação do médico	1,6%
9	Relação com a medicina / Percepção da medicina	1,2%
10	Percepção de futuro	0,8%
11	Colega médico	1,2%
12	Relações de amizade	0,4%
13	Imponderável	0,4%

* Participação em n (n = segmentos de sentido); n = 250.

O maior impacto percebido dos transtornos nos médicos ocorre nos próprios médicos autodeclarados com problemas de saúde mental, cf. Tabela 14, acima. Há a tendência de ser a vida como um todo afetada. Se a princípio seria apenas no âmbito pessoal, pois alegadamente é a vida pessoal a mais alterada, trata-se, contudo, da vida nas relações do médico. Ao se examinarem as falas, a mencionada "vida pessoal" é uma vida das relações com a família, com os colegas de trabalho, na formação da residência médica, com o "círculo de apoio", propriamente a vida social. Assim disse uma entrevistada:

Você tem um relacionamento ruim com seus colegas e vai prejudicar a sua vida pessoal também, que é o seu círculo de apoio.

A piora das relações leva à deterioração da qualidade de vida, que decresce absolutamente, torna-se muito ruim e compromete a vida social como um todo. Dado que grande parte do tempo é passada no trabalho, então a vida fica ruim.

Um exame mais detido sobre as "relações familiares" e as "relações sociais" do médico pode ajudar a elucidar mais o impacto percebido do transtorno sobre o médico - esse segundo conjunto de relações será abordado em momento posterior desta seção (5.3). Na família, vivenciam dificuldades, como em cortar despesas, dada a diminuição da renda (HORTÊNCIA); também são objeto de alta expectativa, então são cobrados e acusados de não

se cuidarem porque não querem, já que são médicos. Logo, teriam que estar bem o tempo todo (MIOSÓTIS). Os médicos autodeclarados com transtornos percebem que se prejudica a relação com filhos e familiares, há distanciamento e esfriamento na família, vivenciam o isolamento, conflitos de casal, com ruptura dos vínculos familiares.

O médico autodeclarado com transtorno expressa as relações que tem na vida pessoa dele. Isso se observou de modo mais específico nas relações familiares e, de modo mais amplo e genérico, nas "relações sociais". Contudo, foi na expressão da "vida pessoal" do médico, que a conexão da unidade "indivíduo" com o "todo social" ficou mais evidente. Isto é, um "eu" não separado das relações sociais. Trata-se, assim, de uma "vida pessoal" que remete à caracterização de Norbert Elias (ELIAS, 1994c, p. 35-36; ELIAS; 1993, p. 241).

Na vida prática, como se percebe que o principal prejudicado com o adoecimento é a "própria pessoa" com problemas de saúde mental, pode-se vir a imputar nela as responsabilidades por estar com tais transtornos. Acaba sendo o médico não acometido o responsável por isso, por "se cuidar". Atribuir ao indivíduo a total responsabilidade pelo que acontece consigo é algo tão impactante, que mesmo um sentimento de culpa se revela. A ideologia do individualismo se encontra muito presente. A tendência é a do médico mentalmente doente ficar só, isolar-se⁷⁷. Assim disse um médico:

Minha! Minha! É uma coisa minha, uma coisa minha! Eu percebo claramente que é uma coisa minha (Médico autodeclarado com transtorno mental ou comportamental).

Observaram-se também as percepções em relação às entidades coletivas da categoria médica. Nas percepções em que se verificou uma maior proximidade⁷⁸, houve um pequeno impacto (1%). Isso indica que, para os médicos autodeclarados com problemas de saúde mental, essas entidades são percebidas como pouco impactadas. Hipoteticamente, se a possibilidade de solução do problema médico for proporcional apenas (*ceteris paribus*) aos impactos que sofrem essas instituições, então essa não seria a saída; contudo, há inúmeras outras variáveis para a ação dessas entidades, além do impacto de problemas de saúde mental dos médicos.

77 Mais pesquisas poderão investigar outras amostras de médicos e verificar esse resultado. Outros segmentos ou grupos sociais (sejam profissionais, sejam de outros segmentos com transtornos, como crianças, jovens, estudantes, mulheres etc.) poderão também verificar a questão do individualismo e isolamento. Contudo, acredita-se que há uma especificidade médica, dada principalmente pela história dessa categoria profissional e a posição social de classe, e também à história do médico. Contudo, essa resposta só pode se dar comparativamente.

78 Nessas entidades de maior proximidade, pode-se pensar em CFM/CRM, sindicatos, associações e sociedades.

Os problemas de saúde mental mudaram os médicos⁷⁹, em geral de modo negativo, segundo a percepção coletada. Mas também houve mudanças positivas, que foi o caso identificado de duas médicas⁸⁰, no sentido de uma ampliação da consciência da realidade. No primeiro caso, houve um reconhecimento de que a história com o transtorno a transformou, quando percebe que aumentou o conhecimento do mundo, com avanço no realismo da análise (e reconhecimento do real), no senso crítico, principalmente quanto a si própria nas relações. No segundo caso, com o suporte extensivo da psicoterapia, a percepção da médica é de que avançou no senso crítico à realidade profissional e ao conjunto de relações, a partir das relações de trabalho. Desenvolveu a relação consigo própria - com o desejo dela - e com o mundo, o que viabilizou crítica à quantidade de trabalho assumido por colegas médicos. Assim disse uma médica:

isso é muito tempo de terapia, se eu não fizer terapia eu não suporto isso aqui. a gente vai estar fazendo isso: vai estar largando a família, vai estar largando o nosso tempo - coisas que as outras profissões não fazem, até mesmo muitas da área da saúde, não tem esse nível de sacrifício tão intenso. Enquanto eu vejo que um médico, eu não sei, eu não consigo entender porque que a gente acha que a gente tem que ser desse jeito. (...). Atualmente, eu não consigo sair dos três empregos, mas, definitivamente, não é o que eu quero. Enquanto isso, eu vejo colegas que se veem, que falam assim "ah, eu preciso trabalhar desse tanto, porque eu preciso estabelecer desse tanto, porque eu... é o meu normal".

A ampliação da consciência de "si própria no mundo" se relaciona a ganhos na reflexividade da médica autodeclarada com transtorno. Isso acontece como um processo, em um movimento autocrítico e crítico às relações sociais. Autoconsciência e reflexividade⁸¹, com o senso crítico das médicas autodeclaradas com transtorno, levaram à mudança pessoal.

Ao transtorno, que é uma dificuldade que se impôs às médicas, seguiram-se tratamentos (psiquiátrico e psicoterapêutico). Estes ocorreram a partir do reconhecimento do transtorno, com reconhecimento da condição de falibilidade e da fraqueza humana; portanto, é uma crítica, a partir de se autoconhecer. Trata-se de uma conscientização reflexiva, observando-se "a si no mundo". Nessas duas médicas autodeclaradas com transtornos, é onde se pode observar mais a possibilidade do crescimento individual. Nelas, os seguintes

79 Há afirmação de que poderia haver uma glamorização em se ter transtornos mentais e comportamentais. Isso não se constatou na entrevista de qualquer médico acometido por transtorno. Por sua vez, médica não acometida menciona que existe esse pensamento, mas reconhece que não há nada de *glamour*. O único médico dos 46 entrevistados que acredita que a incidência em médicos é menor do que na população em geral atribui à questão socioeconômica, um dos elementos de diferenciação de classe. Assim disse um médico: "talvez um pouco menor. Por quê? Eu acho que a população, em geral, sofre mais da questão financeira, porque o médico ainda tem um salário razoável, então é um fator a menos de estresse, emocional e psicológico, mas por outras questões sim" (NARCISO).

80 Do total de 16 entrevistas em que se autodeclararam os transtornos mentais ou comportamentais.

81 Ambas acontecem na relação com o Outro. Como a relação com o Outro é dificultada com o transtorno, esse movimento não é fácil de ocorrer. Assim, poucos foram os casos em que se verificou a possibilidade.

movimentos foram identificados: crítica/autocrítica, reconhecimento, conscientização, reflexividade. Esses movimentos não se mostraram de modo absoluto, pleno, total, ou sequencial e uniforme. Por sua vez, são movimentos que estiveram em voga. Como os movimentos estão relacionados a condições sociais, têm idas e vindas. Assim, o reconhecimento não garante o crescimento individual, mas é uma parte desse processo de construção.

A comunicação é percebida como impactada pelos problemas de saúde mental. Um médico com problema de saúde mental percebeu, como consequência dos problemas de saúde mental, a falta de vontade de falar. Assim disse um médico:

Por não se sentir bem para falar, não ter vontade, não ter confiança no que vai falar, não ter confiança na pessoa com quem você tá falando.

Um médico autodeclarado sem transtorno percebeu os limites impostos pelos transtornos. Para ele, o médico doente se fecha e, combinado com o mundo à parte do excesso de uso da internet, leva o médico a se isolar das outras relações sociais (LÍRIO).

A comunicação é uma falta para quem está debilitado. O que pode falar então é o silêncio⁸², ou a dificuldade de verbalizar. Verificou-se uma consideração dos entrevistados pela pesquisa em tela. As falas de médicos autodeclarados com e sem transtornos indicaram no sentido do respeito à prática científica, ao demonstrarem franqueza, abertura e transparência para com a pesquisa. Mesmo o médico com mais dificuldade de expressar as dificuldades que advieram com os transtornos mentais ou comportamentais, demonstra a boa vontade.

A seguir, o tratamento dos médicos com problemas de saúde mental será analisado e, na continuidade, serão agrupados alguns dos impactos percebidos, da Tabela 14, acima, para se fornecer um dado mais sintético sobre os atores impactados.

Foi relatada uma tendência de médico com transtorno mental ou comportamental a adiar o tratamento, enquanto a literatura coloca a necessidade de ações e diagnósticos precoces (MARSHALL, 2008, p. 334; FLORKOWSKI et al., 2008, p. 40). Foi relativamente baixa a referência a tratamento dos transtornos mentais e comportamentais nas entrevistas realizadas, a partir do parâmetro da literatura. A análise sistemática da literatura indicou o tratamento do médico como a mais relevante recomendação para se lidar com o adoecimento

82 Portanto, a comunicação seria um processo mais adiantado na recuperação do médico com problema de saúde mental.

mental, o que correspondeu a 26% das propostas sugeridas - igualmente com a regulação e/ou ação do Estado - cf. a revisão sistemática da literatura, no Capítulo 2, Seção 2.1.

Mencionou-se, nas entrevistas, o elevado custo total de tratamento dos transtornos, o que pode ajudar a explicar a demora para médico procurar tratamento. Médica relatou que a família dela precisou pagar consulta com psiquiatra. A doutora não tinha como arcar com o gasto, dada a combinação do custo do tratamento com a queda da renda devido à doença. Foi relatado também que os gastos com tratamento são tão elevados, que levaram um médico com transtorno a pedir exoneração do GDF, pois os custos de tratamento com "psiquiatra, psicólogo e remédio" equivaliam ao próprio vencimento dele.

Na literatura, foram citados programas de apoio a tratamento de médicos com transtornos, o que pode ajudar a fazer frente aos custos elevados citados nas entrevistas, e também podem auxiliar a se evitarem as consideradas problemáticas consultas de corredor. A literatura também estudou a confidencialidade e a autonomia para o médico poder escolher o médico com quem quer se consultar. Esses são indicativos para a discussão sobre o apoio que se pode dar a médicos com problemas de saúde mental.

As percepções dos médicos entrevistados revelam a existência de controvérsia sobre as terapias a serem adotadas. Uma médica autodeclarada sem transtorno mental ou comportamental não identifica qualquer melhora com a medicação e a psicoterapia (PEÔNIA), um colega médico igualmente autodeclarado sem transtorno observa colegas com depressão que não se livram da doença (LÍRIO) e outro relata ter muitos amigos médicos sob restrição psiquiátrica⁸³ (LÓTUS). Contudo, para quem precisou se tratar, e conseguiu êxito, recebeu o apoio da família e também da faculdade de medicina. Nesse caso, combinou-se a terapia farmacológica, com psiquiatra, à psicoterapia. Assim disse uma médica:

Na época [em que] eu fiz a psicoterapia, eu usava medicação. Só que aí foi suspensa e eu fiquei com a psicoterapia por um tempo. Pra mim, foi resolutive.

Reuniram-se, em torno de atores, as consequências percebidas dos transtornos de médicos. Com isso, objetiva-se identificar quem está envolvido com os impactos dos transtornos nos médicos, de forma mais nítida. A Tabela 15, a seguir, mostra em quem impacta o problema de saúde mental dos médicos.

83 A citação completa é: "Eu tenho muitos amigos com muita restrição médica, restrição psiquiátrica. É direto, se for andar aí nos centros de saúde, é o que mais tem. De colegas, todos aí com restrição do psiquiatra, que não podem ir para o Pronto-Socorro que não aguentam" (LÓTUS).

Tabela 15 - Atores impactados com o adoecimento mental dos médicos, em categorias agrupadas, a partir da percepção dos médicos da Emergência Pediátrica autodeclarados com e sem transtornos mentais e comportamentais.

	Respostas de médico autodeclarado com transtorno (1)	Respostas de médico autodeclarado sem transtorno (2)
Em torno de:	Participação	Participação
Médico com transtorno	55,8% (*)	47,5% (**)
Paciente	18,7% (***)	12,8% (****)
Ordenação do trabalho médico	16,7%	19,7% (*****)
Família	6,8%	6,4%
Colega médico	1,2%	7%
Amizade	0,4%	0,6%
Imponderável	0,4%	-
Pessoas em geral/população/sociedade	-	3,5%
Categoria médica	-	1,7%
Não médicos	-	0,8%

Obs.: Total de médicos: 46; autodeclarados com transtornos: 16; autodeclarados sem transtornos: 30.

(1) Participação em n1 (n1 = segmentos de sentido); n1 = 250.

(2) Participação em n2 (n2 = segmentos de sentido); n2 = 516.

(*) Foram agrupados os itens de consequência percebida da Tabela 14, por estarem associados mais diretamente ao médico com transtorno: Próprio médico com transtorno, Relações sociais do médico, Tratamento do médico, Comunicação do médico, Relação à medicina e Percepção de futuro.

(**) Foram agrupados os itens Próprio médico com transtorno, Relações sociais do médico, Tratamento do médico, Comunicação do médico, Próprio médico com transtorno, Relação com a categoria médica e Percepção da medicina, em resposta de médicos autodeclarados sem transtornos.

(***) Agruparam-se os itens Paciente e Relação médico-paciente, em resposta de médicos autodeclarados com transtornos (Tabela 14).

(****) Agruparam-se os itens Paciente e Relação médico-paciente, em resposta de médicos autodeclarados sem transtornos.

(*****) Agruparam-se os itens Ordenação do trabalho, Equipe de trabalho, Relações de trabalho e Ordenação da formação médica, em resposta de médicos autodeclarados sem transtornos. Na resposta de médicos autodeclarados com transtornos, não houve categorização desses itens, com exceção da própria Ordenação do trabalho médico.

Tanto de maneira mais desagregada (cf. Tabela 14), quanto de maneira mais agregada (cf. Tabela 15), é o médico mentalmente adoecido quem é percebido como o mais impactado devido ao problema de saúde mental. Está no próprio médico com transtorno o mais prejudicado, tanto de modo relativo, como absoluto.

Os resultados indicam também uma relação entre as respostas dos dois grupos de médico. O fato de haver uma percepção relativamente comum, entre médicos autodeclarados com e sem problemas de saúde mental, sobre as consequências do adoecimento, é uma indicação de que há um reconhecimento desses médicos quanto aos impactos dos transtornos

e, por consequência, da própria existência do problema na categoria médica. Assim, a questão principal não seria a falta de reconhecimento dos pares médicos que trabalham juntos na Emergência Pediátrica.

Nas diferenças de percepções, dois aspectos chamam a atenção. O primeiro, na tabela acima, é a diferença de impacto percebido sobre o colega médico. O segundo aspecto é a quantidade maior de atores representados na fala dos médicos autodeclarados sem problemas de saúde mental⁸⁴. Ambos os temas serão discutidos na continuação.

Médicos autodeclarados sem transtornos tendem a se ver muito mais impactados pela doença dos colegas, do que esses próprios percebem o impacto nos pares médicos, como mostra a Tabela 15, acima. Isso indica que adoecidos poderiam ser mais ensimesmados - reforçando-se a hipótese do isolamento do médico. Da parte de médicos autodeclarados sem problemas de saúde mental, isso representa uma forma de reconhecimento do transtorno e uma possibilidade de acolhimento, pela própria admissão da realidade colocada. Por um lado, se isso pode indicar uma maior tendência ao isolamento da parte dos adoecidos, por outro lado, poderia significar maior tendência de acolhimento por médicos sem problemas de saúde mental.

Trata-se de uma relação bastante assimétrica, pelo próprio estado de saúde em que se encontram, complexificando inúmeros aspectos. Dentre esses, a necessidade de uma própria autorreflexão, quando se imputa no médico a possibilidade de uma capacidade superior ("super-homem"), e se mostra a importância de pesquisa, para se verificar a situação em que se encontram esses profissionais. Com a própria saúde mental debilitada, o médico precisa avaliar se tem condições, ou não, de trabalhar. Decidir, ou não decidir, decisões acertadas ou erradas, qualquer decisão será difícil de tomar, bem como as implicações de cada uma das decisões. Tal situação redobra-se para a caracterização de transtornos mentais e comportamentais como transtorno socialmente provocado, pois está embebido em contextos sociais e relações sociais. Mas é o reconhecimento da situação pelo médico acometido que poderia permitir se avançar na busca da realidade vivida. Na percepção de médico autodeclarado com transtorno, teria de haver um senso de cientificidade, um reconhecimento da necessidade de se buscar conhecer o real. Assim disse um médico:

84 As informações sobre os impactos em médicos autodeclarados com e sem transtornos poderiam ser utilizadas para se refletir sobre a constituição dos vínculos para os dois grupos, quando se seguiria a teoria formulada por Paugam (2017), a partir da análise da obra de Durkheim. Contudo, não se acreditou ter dados suficientes para a realização de tal análise.

Pode até ter consequência no tratamento do paciente, no diagnóstico, no tratamento, com consequências graves. Mas aí é difícil, né?! Porque a pessoa tem que partir de uma autoanálise, da pessoa que tá doente, ver se ela tem condição, ou não tem condição de seguir trabalhando.

O médico autodeclarado com transtorno percebe a si como o maior alvo do impacto da doença, da mesma maneira com que o médico sem transtorno assim o percebe. Esses percebem aqueles como estando fragilizados, fechados, isolados, com dificuldade de se tratarem e de conseguirem se livrar dos problemas psíquicos.

Os médicos autodeclarados sem transtornos observam os colegas adoecidos no convívio. Isso proporciona um local de "observadores privilegiados" para esta pesquisa. A realidade é que não se trata apenas de um observador, pois é um partícipe dessas relações; mais, é um partícipe interessado, dado que é um colega de trabalho, que compõe equipe, compartilham plantões, são cobrados pela ordenação do trabalho e diretamente pela própria população. Até aos urros, o que não foi raro, como testemunhou o pesquisador quando da coleta de dados. Há a representação de que a doença mental só é identificada quando se torna visível, e ele vem à tona. Assim disse um médico:

Com colegas que estão doentes, às vezes, essa pessoa, ela está fechada, então ela tem uma atitude rigidamente profissional; você não consegue perceber até quando... ou só quando a pessoa, ela descompensa de uma vez. Então você fica, muitas vezes, num inter-relacionamento muito superficial; só fica no profissional, e isso pode acontecer também.

Pode haver a tendência de o colega vir a observar aspectos mais amplos da vida social do médico doente, e não apenas a vida do ambiente de trabalho. Assim, há menções à palavra amigo. Tendo em vista que a pergunta de entrevista não localizou (cf. roteiro de entrevista, no Apêndice D, perguntas 2.1 e 2.3) a problemática médica como sendo nem do médico respondente e nem especificamente relacionada ao Pronto-Socorro do Hospital, as respostas se referem a médicos em geral, inclusive nesse local de trabalho. Então, como observador, o médico identifica problemas de alcoolismo (LÍRIO), processos de divórcio, o fechamento na internet da pessoa com problema de saúde mental (PEÔNIA; LÍRIO) e a dificuldade de sair do problema do transtorno (LÍRIO).

A posição expressa por colegas médicos tem um sentido negativo muito maior do que positivo, o que concorre para um pior ambiente para os médicos com problemas de saúde mental e, quiçá, para o longo, difícil e custoso processo de recuperação. Nesse sentido, há uma fala única de médica, mas que nem por isso deixa de ser importante, dado que mostra que

há brechas, há possibilidades, quando o círculo parece não se encontrar absolutamente adverso aos médicos transtornados. Assim disse uma médica:

A gente tenta ajudar essas pessoas... (Médica autodeclarada sem transtorno mental ou comportamental).

A posição crítica dos médicos autodeclarados sem transtorno mental ou comportamental diante do estado de médico com transtorno foi um assunto que se destacou numericamente nas falas. Foram duas falas com sentido favorável - condescendente - ao médico transtornado, *vis-à-vis* seis desfavoráveis. Nessa configuração coletiva sobre o impacto da doença, destacam-se duas frases ilustrativas. Por um lado, assim disse uma médica:

A gente sabe que não é um *glamour* (GÉRBERA).

Por outro lado, há a percepção desfavorável. Nela, pode-se se subentender que o médico autodeclarado com problema de saúde mental não trabalharia bem, na percepção deste médico não-doente. Assim disse um médico:

Eu acho ruim. (...) quando você contrata alguém, você quer que ele trabalhe bem.

Em uma entrevista no Hospital, um médico autodeclarado com problema de saúde mental disse da dificuldade que há em se falar sobre os problemas de saúde mental, quando apontou a desconfiança existente. A literatura revisada mostrou, por sua vez, o quão problemático é um médico procurar um outro médico para se tratar. Na realidade, a análise quantitativa da literatura indicou algo mais grave: a relação com colegas médicos seria um fator causal determinante para o adoecimento mental dos médicos - cf. se pode observar no Capítulo 2 (Seção 2.1), na revisão sistemática da literatura. Pode-se interpretar que o desequilíbrio das percepções, desfavoráveis aos médicos autodeclarados com problemas de saúde mental, em relação às favoráveis, é uma indicação de que as relações com os colegas médicos são desfavoráveis para os médicos com problemas de saúde mental⁸⁵. Assim disse um médico sem problemas de saúde mental:

85 O contexto do ambiente percebido pelo médico doente indica relação com a desconfiança desse, a dificuldade de fala e de busca de apoio e tratamento, com o aumento do isolamento do médico doente. Na proporção de que a cada 4 médicos, 3 lhe são críticos, não deve ser fácil para alguém com transtorno mental ou comportamental identificar quem lhe é favorável ou não. Isso pode criar uma configuração de coação e opressão coletiva extrema sobre o indivíduo, e vir a corroborar para tragédias que episodicamente se veem na categoria médica, como aquela ocorrida com médica que trabalhava no próprio espaço do objeto desta pesquisa. Não fortuitamente, opressão foi respondida em questionário como um transtorno mental ou comportamental vivenciado por médica respondente. Opressão que é, inevitavelmente, uma manifestação social.

Terrível assim, terrível, sim (LÓTUS).

O contexto e a qualidade do ambiente de trabalho têm algo a dizer. A qualidade ruim das relações entre colegas, do ambiente de trabalho e a observação que o médico saudável faz do comportamento do médico doente são indicativos do contexto enfrentado pelo médico com transtorno mental ou comportamental. Assim disse uma médica:

briga no ambiente de trabalho, (...), atestado médico, talvez de uma forma exagerada⁸⁶.

As indicações são as de que os médicos com problemas de saúde mental são os mais impactados pelos transtornos que têm e tendem a se encontrarem acuados e oprimidos. O contexto de opressão também dificulta que identifiquem a situação e o ambiente de opressão, dado que quem oprime é também impactado de alguma maneira pelos problemas de saúde mental do médico. O problema de saúde mental, com a saúde debilitada, também pode ajudar a enfraquecer o peso da normatividade do social, muitas vezes despindo o sentimento de culpa - provido pela regra, pela norma -, que poderia lhe sujeitar. Talvez se trate de um mecanismo de autoproteção, em prol da autossobrevivência, diante da coletividade que aflige. A tal ambiente de trabalho, como podem também reagir médicos sem problemas de saúde mental⁸⁷. Assim disse uma médica:

Eu acho que tem uma camuflagem, na verdade (...) mas, por parte de quem tá aqui dentro, sabe o que está acontecendo. Eu que venho uma vez por semana já vi o que que tá acontecendo. Imagine quem está aqui todo o dia. Mas muitas vezes é melhor do que ficar batendo de frente, a gente prefere muitas vezes só *fingir que não tá ali*, é menos estressante, é melhor do que tomar a frente (grifo nosso).

Pode eventualmente se tratar também de um mecanismo de autoproteção. Dessa vez, porém, não mais ativado por médico autodeclarado com problema de saúde mental. No caso, a médica autodeclarada sem problemas de saúde mental talvez busque se esconder do problema, no intuito de conseguir lidar com a situação enfrentada, ao mesmo tempo em que não enfrenta a situação realmente existente. A fala sobre o problema é um reconhecimento da realidade enfrentada e que imputa à ordenação do trabalho a responsabilidade pelo problema.

86 O impacto é percebido também em não-médicos, no ambiente de trabalho (MARGARIDA), e convívio social do médico doente, assim como o estigma não ocorre só da parte de médicos sem problemas de saúde mental, mas em potencialmente todos que convivem com o médico transtornado.

87 Contudo, pode haver divergência sobre esse grupo. Durante a pesquisa de campo, como observador participante, o pesquisador consultou-se com um médico na Asa Norte, em 2018. Ao final da consulta, explicou a pesquisa que conduzia. Perguntou, então, se ele poderia vir a participar da coleta de dados. Respondeu que só do preenchimento de questionário. O pesquisador disse que tinha também interesse em entrevistar médicos com transtornos e perguntou se ele conhecia algum que pudesse ser entrevistado, ao que o médico respondeu: "Pode entrevistar qualquer médico". Revidou-se: "Como assim?". "Todos estão doentes", ouviu.

Contudo, aquele mecanismo poderia transformar a médica autodeclarada sem problema de saúde mental também em candidata a transtorno, pois convive com o problema, mas não tem os instrumentos para resolvê-lo. Diferentemente da médica autodeclarada com problema de saúde mental, que, também para a própria defesa, passa por cima do sentimento de culpa, a médica autodeclarada sem problemas de saúde mental convive com essa emoção, além do próprio problema não resolvido. A modificação do comportamento do médico autodeclarado sem transtorno talvez seja mais uma consequência do transtorno dos outros médicos.

Além de alterações comportamentais, a percepção dos médicos autodeclarados adoecidos é que os problemas de saúde mental impactam nos sentimentos dos médicos sem problemas de saúde mental. Nas respostas sobre as consequências do adoecimento, as emoções mais expressas foram de chateação, preocupação, medo, tristeza e de um sentimento ruim.

Como se não bastasse a dificuldade enfrentada de ser portador de algum transtorno mental ou comportamental, as situações cotidianas vividas, o contexto no trabalho - cujas estatísticas (UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA, 2016) e entrevista⁸⁸ (SAMAMBAIA) mostram liderança no número de dias das licenças por motivo de saúde - e o contexto na vida do médico com problema de saúde mental, o transtorno pode se perpetuar. Isso pode ocorrer na forma do estigma, mais um traço do social. Assim disse um médico:

Para aqueles próximos que convivem com ela, fica aquela marca.

O suicídio e a ideação suicida poderiam ser, assim, compreendidos sob a história de vida do médico com problema de saúde mental. Não apenas sob os ombros do indivíduo, mas também na perspectiva social da coletividade constituinte da categoria médica. Assim disse uma médica:

A gente vê o que está acontecendo por aí, né?!, suicídio de médicos, um atrás de outro (PEÔNIA).

O impacto do transtorno para a corporação médica foi percebido por médicos autodeclarados sem problemas de saúde mental. Esse é o segundo aspecto que chama atenção na Tabela 15: o número maior de atores impactados pelos transtornos dos médicos, nas

88 Em entrevista, assim foram comparadas as doenças físicas e mentais: "E, assim, para complementar, eu acho que é uma das causas que mais gera afastamento frequente e duradouro, porque uma doença que você tem um, dois dias e melhora, recupera, você volta pro trabalho. Agora a saúde mental, normalmente, o servidor fica quinze dias pelo menos afastado, então acho que o déficit e o prejuízo estrutural é muito maior, sendo que há mecanismos... É muito mais fácil prevenir, nesse caso, do que ter que remediar. Colegas que ficam seis meses, um ano, às vezes afastados e outros, que por vários graus de transtornos, não conseguem nem retornar e acabam sendo aposentados compulsórios, por questões de saúde mental" (SAMAMBAIA).

percepções dos médicos autodeclarados sem problemas de saúde mental. São os médicos autodeclarados sem transtornos que trazem a sociedade nas falas deles. Como a sociedade é representada? Qual é o impacto do transtorno dos médicos para a sociedade?

Em primeiro lugar, serão abordadas as "relações sociais". Essas foram consideradas como sendo as relações dos médicos autodeclarados com problemas de saúde mental, com o "meio social" deles. O "social" é representado de uma maneira em que gradações se estabelecem. São desde as pessoas que estão à volta (TORÊNIA), às pessoas que não se conhece (OLEANDRO), o conjunto das relações (CRAVINA) e o próprio isolamento é considerado um fenômeno social (PERPÉTUA). Nesse caso, foi representado como um isolamento social (PERPÉTUA), quando é o indivíduo que se encontra distanciado de mais relações.

Em segundo lugar, serão abordadas as representações sobre a sociedade. Nas percepções coletadas nas entrevistas, a sociedade pode ser representada de diferentes formas pelos médicos que se autodeclararam sem problemas na saúde mental, mas o foi principalmente como uma população: seja a população atendida no PS do Hospital, seja a população em geral⁸⁹. Houve outras representações: as pessoas em geral - "os desconhecidos" (TINHORÃO) -, a sociedade como objeto de cuidado ou o "todo social", no conjunto das relações sociais.

O impacto do transtorno dos médicos na sociedade pode ser representado por dois polos: um deles seriam os médicos e, o outro, a sociedade. Apesar de uma fala explicitamente representar os médicos como uma parte no interior da sociedade, praticamente todas as falas representam os médicos doentes como algo à parte da sociedade, como se fosse um polo mesmo. O modelo de polos permite compreender a totalidade das falas que trataram da relação dos médicos com problemas de saúde mental com a "sociedade", inclusive a própria fala da inserção dos médicos no interior da sociedade.

Inicie-se o modelo explicativo a partir da relação mais citada: do médico para a sociedade. O transtorno do médico tem consequências no interior da sociedade; foram citados: um número menor de médicos para fazer o atendimento (GLOXÍNIA), cuja adequação pode não ser a desejável (GERÂNIO) e pode alterar a percepção da sociedade sobre a prática médica. Para um médico, tanto a categoria médica, quanto a sociedade podem se chocar diante dos problemas de saúde mental por que passam os médicos (TINHORÃO).

⁸⁹ No âmbito social e da saúde, a população em geral é o objeto da política pública de saúde proporcionada pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

Em seguida, há o movimento de mão dupla, da sociedade para os médicos, que se configuram como sendo de cobranças e pressão. Trata-se da situação social, com a quantidade e qualidade do serviço médico prestado à população. Assim disse um médico:

Eu entendo a pressão que a sociedade (ou o sofrimento que a sociedade) tem de não ter assistência. Mas isso não é culpa do médico. O médico, ele é o médico. É um profissional que tá ali para tentar ajudá-lo. Tá ali pra tentar auxiliá-lo. E muitas vezes é agredido verbalmente, ameaçado, como a gente já viu deprecação de patrimônio. E, obviamente, se o médico está dentro daquele ambiente, ele se sente constrangido, ameaçado, ele tem medo disso. E isso acaba repercutindo emocionalmente nele e toda essa consequência que eu estou falando, de prestação de serviço e de como ele se relaciona dentro da sociedade (TINHORÃO).

O ciclo da relação sociedade-médico se move, agora do médico com problema autodeclarado de saúde mental para a sociedade, dado o impacto para os serviços de saúde da população. Na percepção do médico, os gestores do Estado e a sociedade de modo geral deveriam observar mais cuidadosamente os problemas de saúde mental por que passam os médicos (TINHORÃO) e retirar a sobrecarga de responsabilidade que há sobre o médico (PEÔNIA). Trata-se, assim, da perspectiva de um amplo projeto. Esse encontraria uma correspondência histórica no desenho do Sistema Único de Saúde (SUS), com uma participação social mais geral, através de Conselhos eletivos e públicos. A ausência de ações, participação e medidas mais amplas para fazer frente à realidade têm consequências sobre os médicos. Destacaram-se os impactos em pronto-socorro e no campo da pediatria. Assim disse uma médica:

consequência a longo prazo é que as pessoas estão mais desistindo em trabalhar em emergência. Estão mais desistindo de trabalhar em pediatria.

Uma análise integrada das percepções de fatores causais e das percepções de efeitos dos problemas de saúde mental nos médicos entrevistados que autodeclararam transtornos mentais e comportamentais é o que se faz na continuação deste trabalho.

5.4 Causas e efeitos: uma análise integrada

Esta seção relaciona as causas e consequências de problemas de saúde mental, na percepção dos médicos que autodeclararam transtornos mentais ou comportamentais. Verificou-se que entre as percepções de fatores causais para os transtornos mentais e as consequências desses, houve uma inversão dos atores relacionados. Enquanto nos fatores

houve maior número de percepções para a ocorrência de transtornos mentais e comportamentais na ordenação do trabalho (47,7%), nos efeitos percebidos desses problemas de saúde mental, tal ordenação se constituiria apenas como o terceiro ator mais impactado (16,7%), cf. Tabela 13 e Tabela 15, respectivamente. Por sua vez, está em torno do indivíduo o segundo fator percebido para o adoecimento, com 25,9%, cf. Tabela 13. Contudo, é sobre esse médico com transtorno que há percepção de consequências da doença, com 55,8%, cf. Tabela 15. Assim, o fator percebido para o problema mental tendeu preponderantemente ao coletivo, mas a percepção do impacto do adoecimento está mais localizada na esfera do indivíduo: principalmente no próprio médico acometido, mas também no paciente (18,7%), cf. Tabela 15.

Enquanto o indivíduo é pulverizado, disperso, com tendência ao isolamento, o coletivo é estruturado, coeso e mais organizado. Há dificuldade maior, assim, de mobilização de um médico com transtorno mental ou comportamental, ou de um paciente doente. Contemporaneamente, essa mobilização pode tender a acontecer por via de ramos do Estado, mormente Defensoria Pública (que tende mais às causas individuais) e Ministério Público (tendente às causas coletivas e difusas), junto ao Poder Judiciário⁹⁰. A Tabela 16, abaixo, mostra a inversão que se opera entre as percepções de causas e efeitos nos transtornos que ocorrem em médicos.

Tabela 16 - Participações em percepções de fatores para transtornos em médicos e em percepções de efeitos dos transtornos, para os médicos que autodeclararam ter algum transtorno mental ou comportamental.

Fatores percebidos (1) (%)	Efeitos percebidos (2) (%)
Ordenação do trabalho médico (47,7%)	Médico com transtorno (55,8%)
Médico com transtorno (25,9%)	Ordenação do trabalho médico (16,7%)

(1) n1 = total de segmentos de sentido em fatores; n1 = 1.373.

(2) n2 = total de segmentos de sentido em efeitos; n2 = 250.

A participação do médico nos impactos cresce muito em relação às causas. O outro ator - ordenação do trabalho - inter-relacionado tem queda ainda maior nos efeitos, comparado ao crescimento nos médicos. Os outros atores coletivos percebidos nos fatores

⁹⁰ Há mobilização individual, para se conseguir atendimento individual, e a mobilização coletiva, com objetivo de se melhorarem as condições de trabalho de médicos e profissionais da saúde em geral, ou a ordenação do trabalho. Nas causas difusas, os indivíduos estão coletivamente fragmentados. Sobre as causas coletivas e difusas, na pesquisa de campo, médica que trabalhava no órgão do GDF que centraliza o atendimento a questões de saúde de servidores distritais, a Subsecretaria de Segurança e Saúde no Trabalho (Subsaúde), da Secretaria de Economia do Distrito Federal, informou que o Ministério Público do Distrito Federal teria requerido os dados de adoecimento dos médicos do DF.

para problemas mentais dos médicos sequer sofrem, ou pouco sofrem o impacto dos transtornos. O fato comum a todos - ordenação da formação médica, campo médico (com a categoria médica), população/público e política governamental (Previdência Social) - é que a percepção das consequências para eles é sempre menor do que a participação na percepção dos fatores para os transtornos. Em outras palavras, os atores coletivos são percebidos muito mais na causa do que na consequência de problemas de saúde mental da categoria médica. Combinado a isso, há outra questão que parece tender a agravar ainda mais a possibilidade de reunião de agentes e forças para deter o processo de adoecimento dos médicos, e tentar revertê-lo: os atores que o provocam tem muito mais força econômica e poder político do que os atores mais impactados, que são muito mais fragmentados e dispersos, comparados aos atores causadores. Os atores impactados estão em torno do médico autodeclarado com transtorno, são colegas médicos e pacientes doentes. Esta pode ser uma razão da efetiva reação das instituições causadoras: pouco perdem com os problemas de saúde mental dos médicos.

Há mais sinais do isolamento do médico ocorrer a partir da doença, do que do isolamento causar a doença. Em outras palavras, a tendência mais forte é a de que o transtorno conduza ao isolamento, e menos de o isolamento levar à doença, a partir da percepção dos médicos doentes.

Observe-se a percepção da consequência do transtorno na família (6,8%), nas relações sociais em geral dos médicos (5,6%) e na comunicação (1,6%), na Tabela 15, *vis-à-vis* a percepção dos fatores causais como sendo a família (2,1%), relacionamentos no trabalho (1,7%), do próprio indivíduo (o médico) (2,8%), comportamento do próprio médico doente (0,7%) e relações com a equipe (0,2%), cf. Tabela 10. Verifica-se que as relações mais próximas e em torno do médico tendem a estar menos vinculadas às causas de transtornos mentais e comportamentais do que a sofrerem o impacto desses. É o médico autodeclarado com problema de saúde mental e o círculo de relações mais diretas em torno dele que sofrem mais o impacto do transtorno, na percepção dos médicos acometidos.

Quando o médico está com problema de saúde mental, a ordenação do trabalho sofre impacto proporcionalmente menor e as instituições que teriam uma afinidade maior, sofrem maior impacto e podem tender a se afastar do médico com transtorno. Isso pode levar a se compreenderem os transtornos dos médicos como um processo - e não como algo pontual -, um fenômeno que se desdobra no tempo, com uma historicidade.

A realidade dos transtornos mentais dos médicos se desenha assimétrica. Destacam-se duas assimetrias no processo entre as percepções de causa do transtorno e de efeito desse. A primeira é que a percepção de causa foi, em maior medida, coletiva. Já a percepção do impacto recaiu mais sobre o indivíduo.

A segunda assimetria aparece quando se comparam as percepções de todas as causas e de todos os efeitos, pois se observaram três vezes mais fatores causadores do que consequências dos transtornos. Se a percepção dos médicos corresponder ao experimentalmente comprovado em futuras pesquisas, esse é mais um aspecto que pode dificultar tanto o controle, como a possibilidade de solução dos problemas dos transtornos na categoria médica: pelo menos em teoria, é mais difícil controlar uma quantidade maior de causas, do que menos efeitos, afunilados. Tal realidade reforçaria a mesma dinâmica dominante na política de saúde: tratar o efeito, a doença, ao invés de se preservar a saúde. Remediar, ao invés de se prevenir. O privilégio conferido na literatura ao tratamento do indivíduo, ao invés de se lidar com os fatores causais das doenças mentais dos médicos mostra a mesma lógica do modelo de saúde em vigor.

A dificuldade de se lidar com o problema dos transtornos em médicos pode também ter uma explicação na lógica processual da doença e também com o aspecto relacional, dado o isolamento dos médicos com problemas de saúde mental. Assim, o ator mais prejudicado é o médico com transtorno, que é individual e socialmente subjugado⁹¹.

Deve-se também incluir a questão de mercado. Nesta, o médico é comparado ao sal, "branco, abundante e barato"⁹² (MACHADO, 1997, p. 203). Nessa representação se demonstra como se deseja que seja a categoria médica, como se quer tratá-la e, eventualmente, lida-se com o médico como uma mercadoria mais ofertada no mercado⁹³, do que demandada. Assim, ofertado em abundância, como uma mercadoria virtualmente infinita,

91 Ao longo da pesquisa de campo, médica da Subsaúde mencionou que nos últimos dois anos cresceu muito o número de médicos com transtornos mentais e comportamentais, quando chamou a atenção do crescimento em um determinado segmento específico da categoria médica: aquele com mais formação acadêmica, isto é, mestres, doutores e também professores de medicina. Uma entrevista no Hospital relacionou de maneira específica a formação e dedicação dos médicos e os problemas de saúde mental que vivenciam. Assim disse um médico: "É muito triste você ver que as pessoas realmente se dedicam, estudam muito - a gente acredita que as pessoas que se dedicam a isso, elas fazem porque gostam. E você encontrar uma pessoa nessa situação é muito difícil, porque a pessoa tenta ajudar e aquilo acaba trazendo prejuízo para ela mesma e no futuro, pra os pacientes" (CRISÂNTEMO).

92 A transcrição do trecho completo é importante para se elucidar o sentido que a autora quis dar. Assim a autora escreveu: "A 'antipolítica' recorrente adotada pelos compradores de serviços (não importando se privados ou públicos) - a de que médico é igual a 'sal' (branco, abundante e barato) - é no mínimo desprezível e revela como há muito tempo a saúde neste País deixou de ser, para o Estado, um bem essencial" (MACHADO, 1997, p. 203).

93 Quando se introduz o termo mercado, significa que a prestação do serviço médico seja objeto de uma troca monetizada.

tal qual o sal, pode-se descarregar no médico com problema de saúde mental uma grande parte do impacto advindo desse problema. Ou seja, além de abundante à infinita parte, o médico com transtorno encontra-se ainda mais isolado. O problema do transtorno tende a não ser tratado nas razões coletivas, e o médico doente tende a não ser socialmente acolhido, mesmo que a percepção dele seja a de que em grande medida é a coletividade (fatores coletivos) que o adocece e são integralmente as relações sociais percebidas como as responsáveis pelo problema por que passa.

5.5 Algumas considerações sobre fatores socioeconômicos estruturais

Uma inversão entre fatores para adoecimento e propostas de ação para se lidar com doenças mentais já havia sido verificada na revisão de literatura sobre os problemas de saúde mental enfrentados pela categoria médica. A análise da literatura indicou como principal fator para problemas de saúde mental a relação com empregador/chefia. Porém, o maior número dos estudos da literatura recomendou o tratamento individual como saída, cf. se viu na Seção 2.1, no Capítulo 2, que revisou sistematicamente os estudos sobre os fatores e as sugestões para se lidar com o problema do adoecimento. Em seguida, oferece uma solução mediada: a regulação e ação do Estado para se lidar com o problema. Só após isso se sugerem mudanças nas relações de trabalho, que é onde tendeu a se localizar a maior parte dos fatores para o adoecimento mental dos médicos. A inversão processada não foi tão acentuada nessa literatura, mas também ocorreu em alguma medida. O que se pode concluir é que a tendência antevista na análise da literatura se acentuou e se cristalizou na realidade empírica apontada na análise da percepção dos médicos autodeclarados com transtornos da Emergência Pediátrica estudada. A partir disso, dois assuntos se colocam: a relação entre indivíduo e sociedade e as inversões, paradoxos e injunções como socialmente construídos.

A inversão de atores nas percepções de causas e consequências dos transtornos e a teoria do valor

A teoria do valor de Marx ajuda a se interpretar a inversão entre atores percebidos em causas e consequências nos problemas de saúde mental; contudo, autores como Wright (2005, p. 4 passim) e Sørensen (2005, p. 119 passim), que atualizam o debate sobre classes, poderão ser pesquisados em outras investigações para se interpretar a problemática dos médicos. A ordenação do trabalho adquire força de trabalho para produzir serviços médicos e utiliza essa força, já que é essa que produz o valor (FOLEY, 2013, p. 253; [BOTTOMORE et al.], 2013b, p. 361 apud BOTTOMORE et al., 2013a). Ao usá-la, consome as energias, capacidades, conhecimentos e criatividade do médico⁹⁴. Esse executa as atividades dele com as condições de trabalho existentes, propiciadas pela ordenação do trabalho, então se trata de condições reais⁹⁵. Não as condições propugnadas pela formação que o médico recebeu. O ambiente é também um dado, a que o médico não controla. Trata-se de um ambiente socialmente dado. Em tese, a ordenação do trabalho deveria prover serviços compatíveis com a realidade geral, isto é, com a demanda de serviços de saúde. Mas, na realidade, há a contradição entre a demanda social por serviços médicos e a oferta disponibilizada pela ordenação do trabalho em saúde.

Entre a aquisição de força de trabalho e a produção de serviços médicos houve o consumo daquela força. Diferentemente de outros insumos (medicamentos, equipamentos, edificações, insumos), é a força de trabalho médico que produz o valor, qual seja, o serviço médico, com o tratamento de paciente e, em grande parte, a cura e recuperação do paciente doente. Os problemas de saúde mental dos médicos ocorrem no consumo da força de trabalho - que objetivamente se dá no período de tempo da jornada de trabalho, mas também no tempo

94 Médicos precisam vender a força de trabalho deles, com limitação para se tornarem profissionais liberais. A limitação em se constituir como um profissional liberal significa, em outras palavras, que "não são livres para não vender sua força de trabalho, de vez que não possuem outro meio de sobrevivência" ([BOTTOMORE; HARRIS; KIERNAN; MILIBAND?], 2013b, p. 362 apud BOTTOMORE; HARRIS; KIERNAN; MILIBAND, 2013a). Na revisão de literatura, observa-se que, ao longo da história, ocorreu um processo de perda de autonomia do médico em relação à sociedade, quando, mais propriamente, ele possui menos a propriedade dos meios de produção. Assim, gradualmente ele deixou de ser o profissional liberal por excelência, para se tornar um trabalhador assalariado, e que fornece o trabalho abstrato, como qualquer outro trabalhador. Em termos marxistas, isso o tornou mais um membro da classe trabalhadora, com diminuição do caráter pequeno-burguês, do trabalho como profissional liberal. Por sua vez, o médico detém o conhecimento especializado, ou "conhecimento perito".

95 Na teoria marxista, a materialidade comanda a sociedade capitalista (MOHUN, 2013, p. 472 apud BOTTOMORE et al., 2013a). Então é quem detém a matéria, no caso dos médicos, os aparelhos e a infraestrutura do trabalho médico, que emprega os médicos. A ordenação do trabalho em saúde é que dispõem de tal estrutura, então é ela a empregadora.

de envolvimento da força de trabalho para o desempenho do trabalho. Elementos empíricos disso foram fornecidos quando se seguiu o médico, o que está na Classe 3, localizada no Capítulo 4, Seção 4.3. O modo de produção de valor de serviço médico de tratamento e cura de pacientes incorre, entre outros, na produção de problemas de saúde mental dos médicos. Em outras palavras, os problemas de saúde mental dos médicos podem ser considerados como resultantes da forma em que o valor é produzido.

O consumo da força de trabalho médico não acontece de forma automática, imanente. Isso ocorre de modo diferente em relação aos outros insumos para a produção. É estabelecida uma determinada ordenação do trabalho médico, para que se possa extrair e consumir a força de trabalho médico, com problemas decorrentes disso. Assim escreve o autor:

A extração de trabalho da força de trabalho cria outros pontos de conflito entre o comprador e o vendedor, além dos que dizem respeito à negociação habitual sobre o preço da mercadoria, neste caso o salário. Trata-se dos conflitos sobre a intensidade e as condições de trabalho. Esses conflitos de classes antagônicas estruturam fundamentalmente os aspectos técnicos e sociais da produção capitalista (FOLEY, 2013, p. 254 apud BOTTOMORE et al., 2013a).

A exaustão do trabalhador é a base de um modo de produção que ocorre em "tempo integral e em horas extras"⁹⁶ (ROSSO, 2017, p. 270), sendo que o "trabalho flexível está inextricavelmente vinculado à teoria do valor" (ROSSO, 2017, p. 270).

Outro aspecto da produção médica diz respeito ao controle. O médico que vende a força de trabalho que detém o faz porque não tem os meios de produção para prescindir de vendê-la. Mesmo o médico que tem consultório e trabalha na Emergência Pediátrica do Hospital o faz porque necessita da remuneração que perfaz. Portanto, não tem como abrir mão desse vencimento. Então a escolha de se exonerar não está objetivamente dada - se o fizer, precisará vender a força de trabalho, da mesma sorte, para outro empregador. Neste sentido, além de esse médico não mais controlar a força de trabalho que tem no corpo dele, ele não tem controle sobre os meios de prestação do serviço médico.

É a ordenação do trabalho a responsável por prover esses meios de produção médica. Sem deter o controle sobre a própria força de trabalho e os meios de prestar os serviços, o grau de autonomia do médico é reduzido⁹⁷. Ou seja, ele é dependente da ordenação do

96 Essa característica foi identificada em pesquisa com médicos no Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA). Assim escreveu a autora: "Os médicos de ambos os gêneros vivenciam, no exercício profissional, um aspecto muito semelhante: exercem suas atividades em longas jornadas de trabalho" (SANTOS, 2010, p. 523)

97 É assim que, em grande parte das vezes, o paciente vai embora bem; contudo, o médico não terá mais contato com aquele paciente, eximindo-se a possibilidade de continuação de um vínculo entre médico e

trabalho para receber um salário e para poder exercer a atividade profissional médica. A falta de sentido do trabalho é entendida, na teoria marxista, como resultado do trabalho alienado, por basicamente o trabalhador não deter os meios de produção. Isto é, falta-lhe o controle sobre os meios de prestação de serviço médico. A falta de controle dos meios dificulta a obtenção dos fins pretendidos. O trabalho executado é abstrato, um trabalho genérico, indiferente. Isso significa que o médico emergencista atende a qualquer paciente indistintamente, sem controlar todos os meios⁹⁸ para ele ser tratado, recuperado e, por consequência, com controle precário sobre o resultado do tratamento. Como médico, por sua vez, ele é responsabilizado pelas consequências negativas da "conduta" adotada, ou seja, da terapia usada.

Pode-se considerar como parte da maneira da ordenação do trabalho médico atual, o médico prescindir do controle sobre os meios, mas ser-lhe imputada responsabilidade sobre os fins (o resultado) do tratamento. A insegurança, o medo e o sentimento de culpa resultam de ações coletivamente construídas (pela ordenação do trabalho), mas o médico é individualmente responsabilizado. Essa é uma das razões para a percepção das consequências dos problemas de saúde mental se dar acima de tudo sobre o médico (o indivíduo) e não sobre quem os provocou sobretudo, a ordenação social do trabalho médico. Essa dualidade remete ao caráter duplo do valor de uso e valor, correlato ao trabalho útil e trabalho abstrato - esse entendido no caso médico como o trabalho executado indiferentemente de quem seja o paciente, ao se aplicar uma técnica. Assim os autores escrevem: "a força de trabalho possui tanto o valor de uso de ser capaz de criar valores de uso (trabalho útil), quanto o valor de uso de ser capaz de criar valor (trabalho abstrato)" ([BOTTOMORE et al.?), 2013b, p. 361 apud BOTTOMORE et al., 2013a).

Outras categorias profissionais igualmente observam a inversão entre as percepções de causas e de consequências dos problemas de saúde mental, observada nos médicos? Em teoria, é possível que sim, o que só novas pesquisas poderiam comprovar. Tais percepções podem variar para diferentes categorias profissionais, assim como grupos sociais. Todavia, importante notar que se trata de percepções dos médicos sobre a saúde mental na categoria médica. Essa é, por sua vez, um ator privilegiado para falar de saúde, o que confere um refinamento à percepção expressa. Isso dito, não houve causas técnicas ou científicas, biológica ou química, na percepção dos médicos. As causas foram basicamente relações

paciente. No entanto, percebeu-se como uma importante recompensa para os pediatras emergencistas, poderem ver um paciente restabelecido, e ir embora bem do PS.

98 Basicamente, o único meio de produção que o médico detém é o conhecimento médico.

sociais de trabalho. Então é possível que outras categorias tenham percepções equivalentes às dos médicos.

Marx escreveu trabalho sobre o suicídio (2006), mas não deu desdobramento. Não realizou novas pesquisas ou livros. Ele fez uma opção por outro rumo para as pesquisas dele. Contudo, os conceitos de valor de uso e valor, trabalho concreto e trabalho abstrato ajudam na compreensão das percepções dos transtornos mentais e comportamentais de médicos da Emergência Pediátrica estudadas⁹⁹.

99 A respeito de uma estrutura opressora, pode-se recorrer a Paugam, que reflete o aspecto da relação do indivíduo com ente da coletividade. Assim escreve o autor: "A ideia de uma subordinação coercitiva e sufocante é contrária aos princípios da vida social ordinária. Nada deve vir a entrar a vontade de emancipação individual sob a ressalva, evidentemente, do respeito às instituições que facilitam a sua expressão" (PAUGAM, 2017, p. 157).

Conclusões

A tese auferiu a percepção sobre os médicos de Brasília. O próprio médico com transtorno mental ou comportamental é percebido como o principal afetado por problemas de saúde mental que afligem a categoria médica, na percepção do médico da Emergência Pediátrica que autodeclarou ter algum transtorno. Os problemas de saúde mental foram percebidos como provocados por fatores sociais, basicamente relações sociais de trabalho, o que confirma a análise da revisão de literatura (Seção 2.2.4). Nenhum médico, com ou sem transtorno, mencionou o biológico, natural ou orgânico como causa dos transtornos que ele próprio ou os pares dele passam. Os resultados encontrados indicam que os médicos estão, de maneira não refletida e em alguma proporção, corroborando o adoecimento entre eles, e isso é um tema sociológico. O instrumento de pesquisa utilizado nesta tese - com o Questionário e o Roteiro de perguntas de entrevista (Apêndices C e D) - pode ser usado para a compreensão da categoria médica em outros hospitais, ou estabelecimentos em que médicos trabalhem. Breves adaptações podem permitir também o uso para outras categorias profissionais.

Os médicos autodeclarados com transtornos perceberam dezenas de fatores para os problemas de saúde mental nos médicos de Brasília, ou seja, apontou-se para a multifatorialidade. Por sua vez, observou-se a existência de uma hierarquia na percepção desses fatores; portanto, o processo de adoecimento é percebido como relacionado a muitos fatores; entretanto, alguns foram muito mais determinantes do que outros. No topo das percepções estiveram, em primeiro, a ordenação do trabalho médico, em segundo, as condições de trabalho, em terceiro, as emoções. Transtornos mentais e comportamentais nos médicos são percebidos como um problema de relações sociais. Mas não são relações sociais genéricas. São relações sociais específicas, relações sociais de trabalho, acima de tudo, mas igualmente não gerais. São percebidas, acima de tudo, relações sociais de trabalho do médico com as estruturas de ordenação para o trabalho médico. Relações essas conectadas aos temas da saúde e bem-estar dos médicos que foram descritas como ainda não sendo devidamente entendidas (WEST; SPENDLOVE, 2006 apud COHEN; RHYDDERCH, 2006, p. 438).

No lado das consequências, o indivíduo foi percebido como sofrendo o maior impacto dos transtornos mentais e comportamentais. O percebido como mais impactado foi o próprio médico com problema de saúde mental. Esse resultado também foi encontrado na revisão geral de literatura. Os fatores causais percebidos para os problemas de saúde mental

foram principalmente coletivos e os impactos em grande medida percebidos sobre o indivíduo. Assim, é possível identificar que há uma assimetria significativa da causa para a consequência, que vai do coletivo para o indivíduo. A instituição familiar é percebida como de consideravelmente menor participação na causa, mas também no efeito. Há a percepção de que o problema recai então, acima de tudo, sobre o indivíduo. Problema esse que, além de não ter sido principalmente por ele causado, é-lhe imputado que saia do problema, já sob condições de saúde mental e as relações sociais deterioradas. Considera-se assim que há um peso do coletivo sobre o indivíduo: para adoecer, tratar-se e se recuperar. Em literatura sobre internos em manicômios (GOFFMAN, 1974, p. 261), repete-se a lógica do peso da instituição social sobre o indivíduo, seja para o doente conseguir obter uma condição de internação melhor no interior do hospital psiquiátrico, seja também para ele poder se recuperar.

As respostas dos dois grupos de médicos, com e sem transtornos, sobre o impacto dos transtornos, foram comparadas. A diferença da percepção entre ambos grupos de médicos foi pequena - ao contrário do que se pensava inicialmente, em que haveria diferenças significativas entre os dois grupos. A diferença mais significativa nas percepções ocorreu em relação ao impacto do médico autodeclarado com problemas de saúde sobre os pares, os outros médicos. Os médicos autodeclarados com problema de saúde mental percebem um impacto menor sobre os outros médicos. Por sua vez, o médico autodeclarado sem transtorno tem uma percepção de que o médico com transtorno é também o mais impactado, mas a diferença é na mesma proporção em que percebe um impacto maior nos colegas médicos. Com essa diferença relativamente simétrica nas percepções dos dois grupos de médicos, então talvez seja possível dizer que uma das consequências de problema com a saúde mental para o médico seria uma perda da condição (capacidade/habilidade) social de percepção de que a situação dele pode também afetar os colegas médicos. Contudo, isso precisaria ser relativizado, tendo em vista o tamanho e a dimensão do problema que ele próprio sofre. Com exceção da diferença de impacto sobre colegas médicos, é possível dizer que não houve enormes discrepâncias nas percepções entre os dois grupos. Isso indica que as consequências dos transtornos nos médicos são percebidas de modo relativamente semelhante entre os dois grupos, seja sobre relações de trabalho, de família, de amizade, na categoria médica e com as pessoas em geral.

Médica do campo da medicina do trabalho, ao fazer doutorado em psicologia, tece críticas ao modelo de prática médica em vigor, por atenuar as condições sociais para o

adoecimento. O determinante nessa abordagem é o biológico, com naturalização, no duplo sentido, da doença. Assim escreveu a autora:

A prática médica dominante persiste na busca exclusiva da doença "visível e mensurável" nos marcos da biologia do indivíduo, desconsiderando as condições históricas, econômicas e culturais; as relações sociais, os modos de produção e o modo de vida; as relações de dominação e submissão. Tudo o que submete o outro a uma norma de vida inferior é risco à saúde (BARRETO, 2006, p. 51).

A visão proposta pela autora é a da determinação da natureza pela sociedade. É possível interpretar a leitura como se fosse uma nova naturalização da sociedade; em outras palavras, como se a sociedade fosse uma "segunda natureza". Dessa maneira, mesmo para aqueles setores médicos mais abertos a uma abordagem social, a centralidade continua sendo na biologia, mesmo sob a forma de uma nova ordem compreensiva para os problemas de saúde e doença. Por sua vez, inegavelmente a sociedade já é apontada como o determinante. Assim escreveu a autora: "a natureza vem 'aprendendo' há quatro bilhões de anos a construir estruturas biológicas complexas, com possibilidades ilimitadas, tendo no social o determinante da nova ordem biológica" (BARRETO, 2006, p. 91).

Considera-se que a nomenclatura foi um achado de pesquisa, na atividade de nomear. O fato de médicos terem sido questionados sobre transtornos mentais e comportamentais, e responderem com problemas de saúde mental não é uma saída de pouca monta. Parece representar um atenuante diante do legado e do significado que se atribui à doença mental. Não que não existam transtornos mentais. A partir das percepções dos médicos do PS do Hospital, as doenças mentais precisam ser conhecidas e reconhecidas. Contudo, os médicos terem preferido aquela expressão indica que a posição concreta deles pode tender a ir no sentido da não-patologização e, de alguma forma, também pela não medicalização. Isso tenderia a uma normalização dos problemas de saúde mental, à aceitação desses como parte da condição humana, o que indica um sentido oposto às discriminações, preconceitos, estigmas e tabu existentes, que a percepção dos médicos entrevistados de alguma forma indicou existir entre os médicos, cf. descrito na Classe 1, no Capítulo 4, Seção 4.1. Existe um histórico crítico tanto à medicalização em geral (ZOLA, 1978 apud GARCÍA, 1989a, p. 88; ZOLA, 1972 apud GARCÍA, 1989a, p. 89; ILLICH, 1976 apud GARCÍA, 1989a, p. 88; p. 89), como mais especificamente à psiquiatrização (FOUCAULT, 1998, p. 122; p. 127; GOFFMAN, 1974, p. 291; p. 300), quando se discutem a prática e os efeitos da psiquiatria para a saúde humana.

"Problemas de saúde mental" são uma expressão que naturaliza o que sofrem os médicos? Em primeiro lugar, entende-se como um reconhecimento da existência de um problema. Em segundo lugar, posiciona a categoria médica de um modo mais comum diante de outras categorias profissionais - inclusive outras categorias da saúde foram também incluídas no rol do problema pelos entrevistados, e confirmadas por dados produzidos pelo GDF (SANTOS; SECRETARIA DE ESTADO DE PLANEJAMENTO, ORÇAMENTO E GESTÃO, 2018, p. 11). Entende-se que, para os médicos, é de certa forma uma postura de humildade, que serve como um pedido de ajuda, um chamado para a necessidade de atenção e de cuidados, diante do que o mote resumiu: quem cuida de quem cuida?

A revisão de literatura identificou a existência de uma sociologia da medicina, que centra atenção na medicina, no papel social e histórico dessa na sociedade. Há também uma sociologia dos médicos, centrada na categoria médica e nos problemas vivenciados pelos médicos. Esta tese se localiza nesta segunda sociologia, contudo, faz uso também da primeira para dar conta de compreender a problemática vivenciada pelos médicos do PS analisados. Verificou-se assim que os autores e escolas que estudaram tanto a medicina, quanto os médicos ajudam, mas de maneira desigualmente combinada, para o estudo sobre os médicos levantado nesta pesquisa.

Na sociologia dos médicos, as perspectivas marxista, weberiana e bourdiana trouxeram elementos, em graus diferentes, que ajudam na compreensão da percepção dos problemas de saúde mental enfrentados pelos médicos da Emergência Pediátrica do Hospital estudada. Isso se faz importante, pois nos estudos médicos, tanto atual, como historicamente, há produção sociológica que ignora a teoria. Fenômeno quiçá em maior evidência na sociologia estadunidense, e identificada para o período entre 1950-1960 (GARCÍA apud NUNES, 1989, p. 15), mas também em outras, como a japonesa (OHIDA et al., 2018, p. 1). O que se verificou nesta tese é que voltar à teoria, depois de analisados os dados, abriram-se novas perspectivas. Se inicialmente a teoria se resumiria as três correntes apontados, com a retomada da teoria pode-se observar que outras escolas também ajudam a compreender o problema de pesquisa. Especificamente na sociologia dos médicos, a abordagem em que esta tese se inclui, há centralidade na categoria profissional, e se incorporam conceitos e noções que ajudem a elucidar o problema, com a revisão teórica da literatura sociológica.

Maria Helena Machado revelou-se como de contribuição superior para a elucidação da problemática cotidiana e estrutural vivenciada pelos médicos, sendo uma pesquisadora da sociologia dos médicos. Outros autores auxiliaram também para a compreensão do problema

da tese. Para a percepção das principais causas, Edith Seligmann-Silva (1987, p. 244-245 apud MACHADO, 1997, p. 164). Para a análise integrada das percepções das causas e das consequências dos problemas de saúde mental, com inversão de percepções entre causas coletivas e efeitos individuais, Karl Marx (2013, p. 113 passim). A revisão sistemática da literatura indicou que o principal fator para o adoecimento mental de médicos era a relação de médico com empregador, mas a solução mais recomendada era que o médico se tratasse individualmente. Assim, de certa forma, a análise da literatura foi confirmada com a análise dos dados primários, quando a percepção dos médicos entrevistados indicou para a ordenação do trabalho médico, *vis-à-vis* o empregador da literatura, e no impacto, sobre o médico doente.

Contudo, a contradição entre as percepções de causas coletivas e impactos individuais tem uma relação com a contradição vista nos dois lados do valor, de uso e troca (MARX, 2013, p. 113 passim): a força de trabalho é consumida na prestação do serviço médico para a ordenação do trabalho médico e o impacto desse processo ocorre no vendedor da força de trabalho, o médico. Uma explicação complementar ocorre em função da ambivalência entre a ideologia (dever-ser) do profissional liberal de determinado modelo de medicina, e a prática laboral burocrática, de um outro modelo médico. Ou seja, a dominação, com uma dada ideologia, faz incorrerem-se os custos do adoecimento no indivíduo, sob a capa de profissional liberal originária do modo de produção artesanal de serviços médicos (GARCÍA, 1989b, p. 62). Já o beneficiário do uso da força de trabalho é do agente que adquire tal força de trabalho, impactando-se a condição de saúde mental da força. A literatura apontou para a existência de confusão entre o problema ser da organização ou do médico (PANAGIOTI et al., 2017, p. 195).

Podem ser resumidos em três os principais achados desta tese. Primeiro, os médicos autodeclarados com problemas de saúde mental da Emergência Pediátrica estudada perceberam os transtornos mentais e comportamentais na categoria médica de Brasília como resultado de fatores sociais - e sequer fatores biológicos foram mencionados, igualmente à literatura. O resultado desta pesquisa ajuda a desnaturalizar o tema da saúde mental e coloca, ao campo sociológico, uma possibilidade de novas pesquisas. Segundo, a estruturação para que o trabalho do médico seja executado, propriamente uma ordenação do trabalho médico, foi o principal fator causal percebido para os problemas de saúde mental na categoria médica brasileira; grande parte dos fatores causais percebidos está relacionado ao âmbito do trabalho. Esses dois achados, em um grau elevado, são corroborados pelas análises de duas

revisões de literatura feitas nesta tese. Terceiro, houve uma inversão dos atores percebidos entre a causa e a consequência dos transtornos mentais e comportamentais em médicos: um ator coletivo foi preponderante na causa e, um ator individual - o próprio médico com transtorno - no efeito.

Referências Bibliográficas

A'BROOK, M.; HAILSTONE, J.; MCLAUCHLAN, I. Psychiatric illness in the medical profession. *British Journal Of Psychiatry*. Cambridge, v. 113, n. 502, p. 1013-1319, Nov. 1967. Disponível em: <https://www.cambridge.org/core/journals/the-british-journal-of-psychiatry/article/psychiatric-illness-in-the-medicalprofession/1849BFCCE6BE16CB10C7B67320B723B2>. Acesso em: 06 abr. 2019.

ABBOTT, A. *The system of professions: an essay on the division of expert labor*. Londres/Chicago: The University of Chicago Press, 1988.

ADAMS, E. F. M.; LEE, A. J.; PRITCHARD, C. W.; WHITE, R. J. What stops us from healing the healers: a survey of help-seeking behaviour, stigmatisation and depression within the medical profession. *International Journal Of Social Psychiatry*, [s.l.], v. 56, n. 4, p. 359-370, 17 July 2009. SAGE Publications. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1177/0020764008099123>. Acesso em: 27 maio 2018.

AFONSO, Carlos Miguel Figueiredo. *O impacto do status profissional na saúde do trabalhador: uma comparação entre Brasil e Portugal*. 2017. 161 f. Tese (Doutorado) - Curso de Pós-Graduação em Sociologia, Departamento de Sociologia, Instituto de Ciências Sociais, Universidade de Brasília, Brasília, 2017. Disponível em: http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/23701/1/2017_CarlosMiguelFigueiredoAfonso.pdf. Acesso em: 04 nov. 2019.

ALMELING, Rene. Reproduction. *The Annual Review of Sociology*, n. 41, p. 7.1-7.20, 2015.

ALVES, M. V. M.; BRUNELLI, N. A. A. *Trabalho noturno e saúde: um estudo com 100 profissionais médicas da fundação hospitalar do Distrito Federal*. 2000. 60 f. Monografia (Especialização em Medicina do Trabalho) – Universidade de Brasília, Brasília, 2000.

ALVES, Ana Rodrigues Cavalcanti; MACIEL, Louise Claudino. A individualidade em Simmel e Elias: contribuições teóricas para uma sociologia do indivíduo. *Lua Nova*, São Paulo, n. 101, p. 259-290, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ln/n101/1807-0175-ln-101-00259.pdf>. Acesso em: 3 nov. 2019.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. 4. ed., rev. Porto Alegre: Artes Médicas, 2002.

ANDERSON; Pauline. Médicos têm a mais alta taxa de suicídio dentre todas as profissões. *Medscape*, 21 de maio de 2018. WebMD Health Corp., Nova York. Disponível em: <https://portugues.medscape.com/verartigo/6502361>. Acesso em: 3 nov. 2019.

ANDRADE, Edson de Oliveira. Apresentação. In: BARBOSA, Genário Alves; ANDRADE, Edson de Oliveira; CARNEIRO, Mauro Brandão; GOUVEIA, Valdiney Veloso (Coordenadores). *A saúde dos médicos do Brasil*. Brasília: CFM, 2007.

ANDRADE, João Brainer Clares de; SAMPAIO, José Jackson Coelho. *O médico e o estudante de medicina: quando eles precisam de ajuda*. Fortaleza: EdUECE, 2016. 342 p.

ANDRADE, João Brainer Clares de; SAMPAIO, José Jackson Coelho; FARIAS, Lara Maciel de; MELO, Lucas da Ponte; SOUSA, Dalmy Pinheiro de; MENDONÇA, Ana Luisa Barbosa de; MOURA FILHO, Francisco Felinto Aguiar de; CIDRÃO, Ingrid Sorensen Marinho. Contexto de formação e sofrimento psíquico de estudantes de medicina. *Revista Brasileira de Educação Médica*. Rio de Janeiro, p. 231-242, 2014. abr. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v38n2/a10v38n2.pdf>. Acesso em: 27 jun. 2019.

ANDREW, Louise B.; BRENNER, Barry (ed.). Physician suicide. *Medscape*. Aug. 1, 2018. WebMD Health Corp., Nova York. Disponível em: <https://emedicine.medscape.com/article/806779-overview>. Acesso em: 29 jun. 2019.

ANJOS, Felipe Burle dos. Organização do trabalho. In: VIEIRA, Fernando de Oliveira; MENDES, Ana Magnólia; MERLO, Álvaro Roberto Crespo. *Dicionário crítico de gestão e psicodinâmica do trabalho*. Curitiba: Juruá, 2013.

ARAB, Abeer; KHAYYAT, Huda. Risk of fatigue among anesthesia residents in Saudi Arabia. *Saudi Medical Journal*, [s.l.], v. 38, n. 3, p. 292-296, Mar. 1, 2017. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5387906/pdf/SaudiMedJ-38-292.pdf>. Acesso em: 7 jul. 2019.

ARAGÃO, José Aderval; ANDRADE, Marcel Lima; MOTA, Maria Izabel Aragão; ARAGÃO, Marina Elizabeth Cavalcanti de Sant'Anna; REIS, Francisco Prado. Ocorrência de sintomas depressivos em médicos que trabalham no programa de saúde da família. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, [s.l.], v. 63, n. 4, p. 341-346, dez. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v63n4/0047-2085-jbpsiq-63-4-0341.pdf>. Acesso em: 7 jul. 2019.

ARANA, George W. The impaired physician: a medical and social dilemma. *General Hospital Psychiatry*, [s.l.], v. 4, n. 2, p. 147-153, July. 1982. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/0163-8343\(82\)90044-5](https://doi.org/10.1016/0163-8343(82)90044-5). Acesso em: 7 jul. 2019.

ARAÚJO, Marcelo Ribeiro de; PALHARES-ALVES, Hamer Nastasy. Transtornos relacionados ao consumo de substâncias psicoativas entre estudantes de medicina e médicos. In: GUIMARÃES, Kátia Burle dos Santos. *Saúde mental do médico e do estudante de medicina*. São Paulo: Editora Casa do Psicólogo, 2007. Cap. 13. p. 189-198. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/283168394_Transtornos_relacionados_ao_consumo_de_substancias_psicoativas_entre_estudantes_de_medicina_e_medicos. Acesso em: 3 ago. 2019.

AREDES, Janáina de Souza; GIACOMIN, Karla Cristina; FIRMO, Josélia Oliveira Araújo. O médico diante da morte no Pronto-Socorro. *Revista de Saúde Pública*, v. 52, 42, p. 1-10, 5 abr. 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rsp/v52/pt_0034-8910-rsp-S1518-87872018052000296.pdf. Acesso em: 3 nov. 2019.

ARENDT, Hannah. *A condição humana*. 10. ed. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 2007.

ASSADI, Seyed Mohammad; NAKHAEI, Mohammad Reza; NAJAFI, Fatima. Mental health in three generations of Iranian medical students and doctors. *Social Psychiatry And Psychiatric Epidemiology*, [s.l.], v. 42, n. 1, p. 57-60, Nov. 1, 2006. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1007/s00127-006-0130-7>. Acesso em: 7 jul. 2019.

ARMSTRONG, Elizabeth M. Lessons in control: prenatal education in the hospital. *Social Problems*. Berkeley/Califórnia, Society for the Study of Social Problems, v. 47, n. 4, p. 583-605, Nov. 1, 2000. Disponível em: <https://www.jstor.org/stable/3097136>. Acesso em: 3 nov. 2019.

ASSUNÇÃO, Ada Ávila. Gestão das condições de trabalho e saúde dos trabalhadores da saúde: curso de atualização semipresencial gestão das condições de trabalho e saúde dos trabalhadores da saúde. *Caderno de Estudos*, Núcleo de Educação em Saúde Coletiva (Nescon), Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte, v. 1, n. 1, p. 1-66, 2012.

BACH, Stephen. *Decentralization and privatization in municipal services: The case of health services*. Genebra: International Labour Office, nov. 2000. 35 p. Disponível em: <http://unpan1.un.org/intradoc/groups/public/documents/ilo/unpan025479.pdf>. Acesso em: 28 jun. 2019.

BAÊTA, Karla Freire. Roda de conversa - A saúde do trabalhador e da trabalhadora no Brasil: avanços e desafios. 24 de outubro de 2017. Olinda: Faculdade de Medicina de Olinda/Coordenação de Saúde do Trabalhador/Diretoria de Vigilância em Saúde (orgs.)/Política de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador de Olinda/Prefeitura de Olinda, 2017. In: BAÊTA, Karla Freire; RAMOS, Admilson (Coord.). *Roda de Conversa com Karla Baêta - Saúde do Trabalhador*. 2017. (1h, 21m, 29s), cor. YouTube. Publicado em: 30 out., 2017. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=haGNJzG6vkY>. Acesso em: 06 nov. 2019.

BALDWIN, Pamela J.; DODD, Marjory D.; WRATE, Robert M. Young doctors' health - II. Health and health behaviour. *Social Science & Medicine*, Elsevier, [s.l.], v. 45, n. 1, p. 41-44, July 1997. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(96\)00307-3](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(96)00307-3). Acesso em: 7 jul. 2019.

BÁRBARO, Alessandra Marino; ROBAZZI, Maria Lúcia do Carmo Cruz; PEDRÃO, Luiz Jorge; CYRILLO, Regilene Molina Zacareli; SUAZO, Sandra Verônica Valenzuela. Transtornos mentais relacionados ao trabalho: revisão de literatura. *Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas*, Ribeirão Preto, v. 5, n. 2, p. 1-16, 2009. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/smad/v5n2/08.pdf>. Acesso em: 7 jul. 2019.

BARBOSA, Fabiano Timbó; ELOI, Raissa Jardelino; SANTOS, Luciano Menezes dos; LEÃO, Bruna Acioly; LIMA, Fernando José Camelo de; SOUSA-RODRIGUES, Célio Fernando de. Correlação entre a carga horária semanal de trabalho com a síndrome de burnout entre os médicos anesthesiologistas de Maceió-AL. *Revista Brasileira de Anestesiologia*, [s.l.], v. 67, n. 2, p. 115-121, mar. 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.bjan.2015.06.001>. Acesso em: 7 jul. 2019.

BARBOSA, Genário Alves; ANDRADE, Edson de Oliveira; CARNEIRO, Mauro Brandão; GOUVEIA, Valdiney Veloso (Coordenadores). *A saúde dos médicos do Brasil*. Brasília: CFM, 2007. 220 p.

BARBOSA, Genário Alves; GOUVEIA, Valdiney Veloso; CARNEIRO, Mauro Brandão; MASSUD, Munir. Uso de drogas psicotrópicas. In: BARBOSA, Genário Alves; ANDRADE,

Edson de Oliveira; CARNEIRO, Mauro Brandão; GOUVEIA, Valdiney Veloso (Coordenadores). *A saúde dos médicos do Brasil*. Brasília: CFM, 2007. Cap. 10. p. 173-182.

BARDIN, Laurence. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 2002.

BARRA, Marcello Cavalcanti. *Infraestrutura de Chaves-Públicas Brasileira (ICP-Brasil) e a formação do Estado eletrônico*. 2006. 161 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Pós-Graduação em Sociologia, Departamento de Sociologia, Instituto de Ciências Sociais, Universidade de Brasília, Brasília, 2006.

BARRA, Marcello Cavalcanti. "*Crise no capital*": trabalho e identidades socioculturais. A propósito de uma discussão entre marxistas e "pós-marxistas". In: SEMINÁRIO NACIONAL DE TEORIA MARXISTA: O CAPITALISMO E SUAS CRISES, 2., 10 a 12 de maio de 2016, Uberlândia. Texto mimeografado, 2016. Uberlândia: Universidade Federal de Uberlândia.

BARRETO, Margarida Maria Silveira. *Violência, saúde e trabalho: uma jornada de humilhações*. São Paulo: EDUC, 2006.

BELKNAP, Ivan. *Human problems of a state mental hospital*. Nova York: McGraw-Hill 1956.

BIANCHI, Eleonora F; BHATTACHARYYA, Mimi R; MEAKIN, Richard. Exploring senior doctors' beliefs and attitudes regarding mental illness within the medical profession: a qualitative study. *Bmj Open*, [s.l.], v. 6, n. 9, p. 012598-012609, Sept. 2016. BMJ. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2016-012598>. Acesso em: 27 maio 2018.

BISOL, Jairo; SINDICATO DOS MÉDICOS DO DISTRITO FEDERAL/SINDMÉDICO-DF. O IGES-DF é um equívoco. *Revista Médico, SindMédico/DF*, Brasília, v. XX, n. 131, p. 8-9, mai./jun. 2019. Disponível em: https://issuu.com/sind2011/docs/revista_m_dico_131_-mai-jun_2019-we. Acesso em: 3 nov. 2019.

BLOOM, Samuel W. *The world as scalpel: a history of medical sociology*. Nova York: Oxford University Press, 2002.

BOLTANSKI, Luc. *As classes sociais e o corpo*. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.

BOSI, Alfredo. *Céu, inferno: ensaios de crítica literária e ideológica*. São Paulo: Duas Cidades/Editora 34, 2003.

BOTTOMORE, Tom (ed.); HARRIS, Laurence; KIERNAN, V.G.; MILIBAND, Ralp (coed.). *Dicionário do pensamento marxista*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2013a. (Edição digital: abril 2013). ISBN: 978-85-378-0611-1. 2013.

BOTTOMORE, Tom; HARRIS, Laurence; KIERNAN, V. G.; MILIBAND, Ralp. Mais-valia. In: BOTTOMORE, Tom (ed.); HARRIS, Laurence; KIERNAN, V. G.; MILIBAND, Ralp (coed.). *Dicionário do pensamento marxista*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2013b. (Edição digital: abril 2013).

BOTTOMORE, Tom; HARRIS, Laurence; KIERNAN, V. G.; MILIBAND, Ralp. Trabalho abstrato. In: BOTTOMORE, Tom (ed.); HARRIS, Laurence; KIERNAN, V. G.; MILIBAND, Ralp (coed.). *Dicionário do pensamento marxista*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2013c. (Edição digital: abril 2013).

BOURDIEU, Pierre. Le champ scientifique. *ARSS*, n. 2, p. 88-104, 1976.

BOURDIEU, Pierre. Quelques propriétés des champs. In *Question de sociologie*. Paris: Minuit, 1980, p. 113-120.

BOURDIEU, Pierre. *La domination masculine*. Paris: Seuil, 1998.

BOURDIEU, Pierre. Le corset invisible. Entrevista com Catherine Portevin. *Télérama*, Paris, v. 3, n. 2534, 5 ago. 1998.

BOURDIEU, Pierre. *A economia das trocas linguísticas: o que falar quer dizer*. São Paulo: Edusp, 1998.

BOURNE, Tom; WYNANTS, Laure; PETERS, Mike; VAN AUDENHOVE, Chantal; TIMMERMAN, Dirk; VAN CALSTER, Ben Van; JALMBRANT, Maria. The impact of complaints procedures on the welfare, health and clinical practise of 7926 doctors in the UK: a cross-sectional survey. *Bmj Open*, [s.l.], v. 5, n. 1, p. 006687-006687, Jan. 15, 2015. BMJ. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2014-006687>. Acesso em: 27 maio 2018.

BOYER, R. Pierre Bourdieu et la théorie de la régulation. *ARSS*, Paris, n. 150, p. 65-78, fev. 2004.

BRAGA, Ludmila Candida de; CARVALHO, Lidia Raquel de; BINDER, Maria Cecília Pereira. Condições de trabalho e transtornos mentais comuns em trabalhadores da rede básica de saúde de Botucatu (SP). *Ciência & Saúde Coletiva*, [s.l.], v. 15, n. 1, p. 1585-1596, jun. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v15s1/070.pdf>. Acesso em: 7 jul. 2019.

BRAQUEHAIS, María Dolores; VALERO, Sergi; BEL, Miquel Jordi; NAVARRO, María Cecilia; MATALÍ, Josep Lluís; NASILLO, Viviana; PADRÓS, Jaume; ARTEMAN, Antoni; BRUGUERA, Eugeni; CASAS, Miquel. Doctors admitted to a Physicians' Health Program: a comparison of self-referrals versus directed referrals. *British Medical Journal*, Londres, v. 4, n. 7, p. 1-4, July 2014. Disponível em: <https://bmjopen.bmj.com/content/bmjopen/4/7/e005248.full.pdf>. Acesso em: 28 jun. 2019.

BRAQUEHAIS, María Dolores; TRESIDDER, Andrew; DUPONT, Robert L. Service provision to physicians with mental health and addiction problems. *Current Opinion In Psychiatry*, [s.l.], v. 28, n. 4, p. 324-329, July 2015. Ovid Technologies (Wolters Kluwer Health). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1097/yco.000000000000166>. Acesso em: 27 maio 2018.

BRITISH MEDICAL ASSOCIATION (BMA). *The misuse of alcohol and other drugs by doctors*. A report of the working group on the misuse of alcohol and other drugs. Londres: BMA, 1998.

BROOKE, Deborah; EDWARDS, Griffith; ANDREWS, Toby. Doctors and substance misuse: types of doctors, types of problems. *Addiction*, [s.l.], v. 88, n. 5, p. 655-663, May 1993. Disponível em: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/j.1360-0443.1993.tb02078.x?purchase_referrer=onlinelibrary.wiley.com&tracking_action=preview_click&r3_referer=wol&show_checkout=1. Acesso em: 7 jul. 2019.

BROOKS, Samantha K.; GERADA, Clare; CHALDER, Trudie. Review of literature on the mental health of doctors: are specialist services needed?. *Journal Of Mental Health*, [s.l.], v. 20, n. 2, p. 146-156, 28 Jan. 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.3109/09638237.2010.541300>. Acesso em: 7 jul. 2019.

BUENO, Ronaldo da Rocha Loures; PIERUCCINI, Maria Cristina. *Abertura de escola de medicina no Brasil: relatório de um cenário sóbrio*. Brasília: CFM. 2004.

CABANA, Maria Cristina F. de Lima; LUDERMIR, Ana Bernarda; SILVA, Érika R.; FERREIRA, Maria Luiza L.; PINTO, Maria Emília R. Transtornos mentais comuns em médicos e seu cotidiano de trabalho. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, Rio de Janeiro, v. 56, n. 1, p. 33-40, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v56n1/a09v56n1.pdf>. Acesso em: 7 jul. 2019.

CAMARGO, Brigido Vizeu; JUSTO, Ana Maria. *Tutorial para uso do software Iramuteq* (Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires). Laboratório de Psicologia Social da Comunicação e Cognição (LACCOS), Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Florianópolis, 21 de novembro de 2018. 74 p. Disponível em: <http://iramuteq.org/documentation/fichiers/tutoriel-portugais-22-11-2008>. Acesso em: 6 nov. 2019.

CAMPOS, Hisbello da Silva; BARRA SOBRINHO, Alaor. Tabagismo entre os médicos de Sobradinho, DF. *Revista Brasileira de Clínica e Terapêutica*, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 137-139, abr. 1991. Publicação encerrada em: 2003. Continua como Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica.

CAMPOS, Hisbello da Silva. Tabagismo entre os médicos do Distrito Federal. *Biblioteca Virtual em Saúde*, Brasília, v. 30, n. 1/2, p. 20-27, jan./jun. 1993. Disponível em: <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-210097>. Acesso em: 29 jun. 2019.

CAPITÃO, Cláudio Garcia; ALMEIDA, Fabiana Pelegrino de. A incidência de depressão entre médicos que exercem suas atividades clínicas em ambulatórios. *Periódicos Eletrônicos de Psicologia*, São Paulo, v. 4, n. 2, p. 1-12, 2006. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/ph/v4n2/v4n2a05.pdf>. Acesso em: 29 jun. 2019.

CARNEIRO, Mauro Brandão; GOUVEIA, Valdiney Veloso (Org.). *O Médico e o seu Trabalho: aspectos metodológicos e resultados do Brasil*. Brasília: CFM, 2004. 236 p.

CARNEIRO, Mauro Brandão; BARBOSA, Genário Alves. Formação profissional e mercado de trabalho. In: BARBOSA, Genário Alves; ANDRADE, Edson de Oliveira; CARNEIRO, Mauro Brandão; GOUVEIA, Valdiney Veloso (Coordenadores). *A saúde dos médicos do Brasil*. Brasília: CFM, 2007. Cap. 7. p. 119-142.

CARNEIRO, Mauro Brandão; MASSUD, Munir. Doenças diagnosticadas e medicamentos prescritos. In: BARBOSA, Genário Alves; ANDRADE, Edson de Oliveira; CARNEIRO, Mauro Brandão; GOUVEIA, Valdiney Veloso (Coordenadores). *A saúde dos médicos do Brasil*. Brasília: CFM, 2007. Cap. 9. p. 158-172.

CARTÍN-BRENES, Mayra; ON-CUBILLO, Yahaira; VARELA-VINDAS, Francini. Análisis comparativo de la mortalidad del médico en Costa Rica, 1950-2003. *Acta Médica Costarricense*, Costa Rica, v. 48, n. 3, p. 123-128, 2006. Disponível em: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0001-60022006000300006&lng=en&nrm=iso&tlng=es. Acesso em: 31 mar. 2019.

CARVALHO, Carla Novaes; MELO-FILHO, Djalma Agripino de; CARVALHO, João Alberto Gomes de; AMORIM, Ana Carla Guedes de. Prevalência e fatores associados aos transtornos mentais comuns em residentes médicos e da área multiprofissional. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, Rio de Janeiro, v. 62, n. 1, p. 38-45, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v62n1/06.pdf>. Acesso em: 29 jun. 2019.

CASAS, M. Programa de atenção aos médicos doentes da província da Catalunha, Espanha. Comunicação oral. *Simpósio sobre Atenção à Saúde Mental do Médico*. CONGRESSO BRASILEIRO DE PSIQUIATRIA, 22., 2004, Salvador, Bahia.

CASTEL, Robert. Os médicos e os juízes. In: FOUCAULT, Michel (coord.). *Eu, Pierre Rivière, que degolei minha mãe, minha irmã e meu irmão... um caso de parricídio do século XIX*. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1977.

CASTELLS, Manuel. *A sociedade em rede*. 8. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2005.

CASTRO, Roberto. De como la sociologia construye sus objectos: el carácter problemático de los "determinantes" sociales de salud-enfermedad. *Idéias*, v. 4, n. 1, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.20396/ideias.v4i1.8649396>. Acesso em: 29 out. 2019.

CAVALCANTE, Gabriel do Amaral; PEREIRA, Henrique de Lacerda; ALVES, Nivaldo Pereira; OLIVEIRA, Matheus Moreno de; BÄCHTOLD, Gustavo Albergaria Brízida. Comparação da acurácia entre os métodos de diagnóstico etiológico por hemocultura e PCR (reação em cadeia da polimerase) em pacientes pediátricos com pneumonia adquirida na comunidade. Brasília: Centro Universitário de Brasília (Uniceub), Faculdade de Ciências da Educação e da Saúde (FACES), 2017. 55 p. Relatório final de pesquisa de Iniciação Científica. Disponível em: <https://www.publicacoesacademicas.uniceub.br/pic/article/view/5589/3934>. Acesso em: 06 nov. 2019.

CHAUKOS, Deanna; CHAD-FRIEDMAN, Emma; MEHTA, Darshan H.; BYERLY, Laura; CELIK, Alper; MCCOY, Thomas H.; DENNINGER John W. Risk and resilience factors associated with resident burnout. *Academic Psychiatry*, [s.l.], v. 41, n. 2, p. 189-194, Apr. 2017. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s40596-016-0628-6>. Acesso em: 29 jun. 2019.

CHEN, Julie y; TSE, Eileen Yy; LAM, Tai Pong; LI, Donald K. T.; CHAO, David V. K.; KWAN, Chi Wai. Doctors' personal health care choices: a cross-sectional survey in a mixed public/private setting. *Bmc Public Health*, [s.l.], v. 8, n. 1, p. 1-7, May 28, 2008. Disponível

em: <https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/1471-2458-8-183>. Acesso em: 7 jul. 2019.

CHIAVEGATO FILHO, Luiz Gonzaga. *Trabalho e saúde: estudo com médicos do Sistema Único de Saúde de Jaguariúna (SP), na perspectiva da clínica da atividade*. 2011. 197 f. Tese (Doutorado) - Curso de Pós-Graduação em Ciências (área: Psicologia), Faculdade de Filosofia Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2011. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/59/59137/tde-16052011-234034/pt-br.php>. Acesso em: 29 jun. 2019.

CHIAVEGATO FILHO, Luiz Gonzaga; NAVARRO, Vera Lúcia. A relação entre saúde e trabalho de médicos do sistema único de saúde do município de Jaguariúna (SP). In: Seminário de Saúde do Trabalhador de Franca, 7, 2010, Franca. *Anais eletrônicos...* Franca: Unesp, 2010. Disponível em: http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=MSC0000000112010000100018&lng=en&nrm=abn. Acesso em: 19 nov. 2018.

COFFEY, Michael; COLEMAN, Mick. The relationship between support and stress in forensic community mental health nursing. *Journal Of Advanced Nursing*, Berlim, v. 34, n. 3, p. 397-407, Dec. 2001. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/229871392_The_relationship_between_support_and_stress_in_forensic_community_mental_health_nursing. Acesso em: 29 jun. 2019.

COHEN, Debbie; RHYDDERCH, Melody. Measuring a doctor's performance: personality, health and well-being. *Occupational Medicine*, [s.l.], v. 56, n. 7, p. 438-440, Oct. 1, 2006. Oxford University Press (OUP). Disponível em: <https://doi.org/10.1093/occmed/kql076>. Acesso em: 6 jul. 2019.

COHEN, D.; WINSTANLEY, S. J.; GREENE Giles. Understanding doctors' attitudes towards self-disclosure of mental ill health. *Occupational Medicine*, Londres, v. 66, n. 5, p. 383-9, July 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/occmed/kqw024>. Acesso em: 27 maio 2018.

COHN, Amélia. Apresentação. In: PEREIRA, José Carlos de M. *A explicação sociológica na medicina social*. São Paulo: Editora Unesp, 2005.

COHN, Amélia. Saúde e desenvolvimento social. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 18, supl. 2, p. 41-47, abr./jun. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v18s2/06.pdf>. Acesso em: 3 nov. 2019.

COMTE, Auguste. *Conte - os pensadores*. São Paulo: Abril Cultural, 1978.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO DISTRITO FEDERAL (CRM/DF). Profissões que contam com mais confiança - Datafolha. *Revista Ética Revista*, Brasília, v. XIV n. 1, p. 6, jan./mar. 2017.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO (CREMESP). Violência no trabalho. 64% dos médicos já vivenciaram ou conhecem colega que sofreu violência. *Jornal do Cremesp*, São Paulo, n. 332, p. 6-7, dez. 2015. <http://www.cremesp.org.br/?siteAcao=Jornal&id=2120>. Acesso em: 29 jan. 2018.

CORREIA, Tiago. Doctors' reflexivity in hospital organisations: The nexus between institutional and behavioural dynamics in the sociology of professions. *Current Sociology*, v. 65, n. 7, p. 1050–1069, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/0011392116641478>. Acesso em: 30 out. 2019.

COUTINHO, Evandro da Silva Freire; ALMEIDA-FILHO, Naomar; MARI, Jair de Jesus. Fatores de risco para morbidade psiquiátrica menor: resultados de um estudo transversal em três áreas urbanas no Brasil. *Revista de Psiquiatria Clínica*, São Paulo, v. 26, n. 5, p. 246-256, set./out. 1999. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=256440&indexSearch=ID>. Acesso em: 29 jun. 2019.

CRAVEN, Christa. A "consumer's right" to choose a midwife: shifting meanings for reproductive rights under neoliberalism. *American Anthropologist*. v. 109, n. 4, p. 701-712, Dec. 2007. Blackwell Publishing. Disponível em: <https://doi.org/10.1525/aa.2007.109.4.701>. Acesso em: 3 nov. 2019.

CROWLEY T. J. Doctors' drug abuse reduced during contingency-contracting treatment. *The International Journal of Alcohol and Drug Research*, San Diego, Califórnia, v. 6, n. 4, p. 299-307, 1986. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/4091896>. Acesso em: 27 maio 2018.

CUNHA, Franciele Ornelas; BRITO, Maria Fernanda Santos Figueiredo; BORÉM, Luciana Mendes Araújo; MESSIAS, Romerson Brito; LEITE, Máisa Tavares de Souza; RODRIGUES NETO, João Felício. Qualidade de vida de médicos da atenção primária à saúde e dos serviços de urgência e emergência. *Revista Norte Mineira de Enfermagem*, Montes Claros, v. 5, n. 2, p. 52-62, 2016. Disponível em: <http://www.renome.unimontes.br/index.php/renome/article/view/191/154>. Acesso em: 29 jun. 2019.

CUNNINGHAM, Wayne; COOKSON, Tim. Addressing stress-related impairment in doctors. A survey of providers' and doctors' experience of a funded counselling service in New Zealand. *New Zealand Medical Journal*, Wellington, Austrália, v. 122, n. 1300, p. 19-28, Aug. 7, 2009. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19701257>. Acesso em: 27 maio 2018.

DAI, Yue; ZHANG, B.; SUN, H.; LI, Z.; SHEN, L.; LIU, Y. Prevalence and correlates of psychological symptoms in chinese doctors as measured with the SCL-90-R: a meta-analysis. *Research In Nursing & Health*, [s.l.], v. 38, n. 5, p. 369-383, Aug. 20, 2015. Wiley. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1002/nur.21673>. Acesso em: 27 maio 2018.

DANTAS, Gilson. *A medicina dos sintomas. A medicina moderna e a questão do método*. Brasília: Editora Itacaiúnas, 2015.

DAS, Abhay K.; CORRADO, Oliver J; SAWICKA, Zuzanna; HAQUE, Safirul; ANATHHANAM, Sujo; DAS, Lopa; WEST, Robert. Junior doctors' understanding of alcohol units remains poor. *Clinical Medicine*, [s.l.], v. 14, n. 2, p. 141-144, Apr. 1, 2014. Royal College of Physicians. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.7861/clinmedicine.14-2-141>. Acesso em: 27 maio 2018.

DAVIES, Sally R.; MEERTON, Maja; ROST, Felicitas; GARELICK, Antony I. A sea change for sick doctors - how do doctors fare after presenting to a specialist psychotherapy service? *Journal Of Mental Health*, Abingdon, England, v. 25, n. 3, p. 238-244, Jan. 6, 2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27150466>. Acesso em: 29 jun. 2019.

DE SOUZA, Ildebrando Moraes; MACHADO-DE-SOUSA, João Paulo. Brazil: world leader in anxiety and depression rates. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, São Paulo, v. 39, n. 4, p. 384, dez. 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1516-4446-2017-2300>. Acesso em: 07 fev. 2018.

DEJOURS, Christophe. *Travail usure mentale: essai de psychopathologie du travail*. Paris: Bayard, 1993.

DEJOURS, Christophe. *A banalização da injustiça social*. 7. ed. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2006.

DEPARTMENT OF HEALTH. Reino Unido. *Mental health and ill health in doctors*. Londres: DH Publications Orderline, Feb. 2008. 40p. Disponível em: http://www.em-online.com/download/medical_article/36516_DH_083090%5B1%5D.pdf. Acesso em: 3 out. 2018.

DEPARTAMENTO INTERSINDICAL DE ESTATÍSTICA E ESTUDOS SOCIOECONÔMICOS/DIEESE. *Anuário da saúde do trabalhador*. São Paulo: DIEESE, 2016. Disponível em: https://www.dieese.org.br/anuario/2016/Anuario_Saude_Trabalhador.pdf. Acesso em: 23 jan. 2018.

DESAIVE, Jean-Paul (ed.); GOUBERT, Jean-Pierre; LE ROY LADURIE, Emmanuel; MEYER, Jean; MULLER, Otto; PETER, Jean-Pierre. *Médecins, climat et épidémies à la fin du XVIIIème siècle*. Paris: La Haye, 1972.

DOBSON, Roger. Stress on women doctors may cause higher suicide risk. *BMJ*, v. 322, n. 7292, p. 945, 21 abr. 2001.

DONNANGELO, Cecília. *Ajustamento do profissional médico ao mercado de trabalho*. Brasil, 1972. Mimeo.

DONZELOT, J. *La police des Families*. Paris: Minuit, 1977.

DOSTOIÉVSKI, Fyodor. *Memoirs from the house of the dead*. Londres: Oxford University Press, 1959.

DUFFY, J.; LITIN, E. Psychiatric morbidity of physicians. *Journal of the American Medical Association*, v. 189, n. 13, p. 989-992, 1964.

DURKHEIM, Émile. *Suicide*. New York: Penguin, 2006[1897].

DURKHEIM, Émile. *As regras do método sociológico*. São Paulo: Nacional, 1978.

ELIAS, Norbert. *The Society of individuals*. Oxford: Blackwell, 1991.

ELIAS, Norbert. *O processo civilizador*. Vol. 2: Formação do Estado e Civilização. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1993.

ELIAS, Norbert. *The civilizing process*. Oxford: Blackwell, 1994a.

ELIAS, Norbert. *Reflections on a Life*. Cambridge: Polity Press, 1994b.

ELIAS, Norbert. *A sociedade dos indivíduos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1994c.

ENGEL, George L. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*, v. 196, n. 4286, p. 129-136, 8 abr. 1977.

GONÇALVES-ESTELLA, J.; AIZPIRI J. Díaz; BARBADO A. Alonso; CAÑÓN P. J. Esgarzón; FERNÁNDEZ A. Camacho; RODRÍGUEZ J.J. Sendín; SERNA, Pedro I. De La De; CAMINO, solia J.M. Síndrome de burn-out en el médico general. *Medicina General*, v. 43, p. 278-283, 2002. Disponível em: <http://www.medynet.com/usuarios/jraguilar/vdc/Burn%20Out%20en%20Medicos.pdf>. Acesso em: 29 jun. 2019.

FERNANDO, Sunera Mayanthi; DEANE, Frank P.; MCLEOD, Hamish J. Sri Lankan doctors' and medical undergraduates' attitudes towards mental illness. *Social Psychiatry And Psychiatric Epidemiology*, [s.l.], v. 45, n. 7, p. 733-739, July 2010. Springer Nature. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1007/s00127-009-0113-6>. Acesso em: 27 maio 2018.

FLICK, Uwe. *Introdução à pesquisa qualitativa*. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

FLINN, F.; ARMSTRONG, C. Junior doctors' extended work hours and the effects on their performance: the Irish case. *International Journal For Quality In Health Care*, [s.l.], v. 23, n. 2, p. 210-217, Jan. 20, 2011. Oxford University Press (OUP). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1093/intqhc/mzq088>. Acesso em: 27 maio 2018.

FLORKOWSKI, A.; GRUSZCZYŃSKI, W.; GAŁECKI, P.; SZUBERT, S.; KLUS, M.; ZBORALSKI, K. 2008. [Doctors' alcohol problems]. *Polski Mercuriusz Lekarski*, [s.l.], v. 25, Suppl. 1, p. 40-1, 2008. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19025048>. Acesso em: 27 maio 2018.

FOGAÇA, Monalisa de Cássia; CARVALHO, Werther Brunow de; NOGUEIRA, Paulo Cesar Koch; MARTINS, Luiz Antonio Nogueira. Estresse ocupacional e suas repercussões na qualidade de vida de médicos e enfermeiros intensivistas pediátricos e neonatais. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, São Paulo, v. 21, n. 3, p. 299-305, ago. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbti/v21n3/a10v21n3.pdf>. Acesso em: 29 jun. 2019.

FOLEY, Duncan. Força de trabalho. In: BOTTOMORE, Tom (ed.); HARRIS, Laurence; KIERNAN, V. G.; MILIBAND, Ralph (coed.). *Dicionário do pensamento marxista*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2013. (Edição digital: abril 2013). ISBN: 978-85-378-0611-1.

FOLHA DE SÃO PAULO. Síndrome de burnout vira doença segundo classificação da OMS. São Paulo, *Folha de São Paulo*, 27 maio 2019.

FOUCAULT, Michel. *Naissance de la clinique*. Paris: PUF, 1963.

FOUCAULT, Michel. *Eu, Pierre Rivière, que degolei minha mãe, minha irmã e meu irmão... um caso de parricídio do século XIX, apresentado por Michel Foucault*. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1977.

FOUCAULT, Michel. *As palavras e as coisas: uma arqueologia das ciências humanas*. 8. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

FOUCAULT, Michel. *A arqueologia do saber*. 7. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2008.

FOUCAULT, Michel. *Microfísica do poder*. Organizado por Roberto Machado. 3. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1998.

FRANCO, Tânia; DRUCK, Graça; SELIGMANN-SILVA, Edith. As novas relações de trabalho, o desgaste mental do trabalhador e os transtornos mentais no trabalho precarizado. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, São Paulo, v. 35, n. 122, p. 229-248, dez. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbso/v35n122/a06v35n122.pdf>. Acesso em: 29 jun. 2019.

FRANK, Erica; DINGLE, Arden D. Self-reported depression and suicide attempts among U.S. women physicians. *American Journal Of Psychiatry*, Washington, v. 156, n. 12, p. 1887-1894, Dec. 1999. Disponível em: <https://ajp.psychiatryonline.org/doi/pdf/10.1176/ajp.156.12.1887>. Acesso em: 29 jun. 2019.

FREEDMAN L. R. *Willing and unable: doctors' constraints in abortion care*. Nashville, Tennessee: Vanderbilt Univ. Press, 2010.

FREYRE, Gilberto. *Sociologia da medicina*. Brasília: Editora da UnB, 2004.

GADIT, Amin A. Muhammad. Mental illness among doctors: how serious can this be? *The Journal of the Pakistan Medical Association*, Paquistão, v. 59, n. 5, p. 326-327, May 2009. Disponível em: <https://jpma.org.pk/PdfDownload/1703>. Acesso em: 29 jun. 2019.

GAGNÉ, Pierre; MOAMAI, Javad; BOURGET, Dominique. Psychopathology and suicide among quebec physicians: a nested case control study. *Depression Research And Treatment*, [s.l.], v. 2011, p. 1-6, July 28, 2011. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3148602/>. Acesso em: 30 jun. 2019.

CARLINI, E. A.; GALDURÓZ, José Carlos F.; NOTO, Ana Regina; NAPPO, Solange A. *I Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 107 maiores cidades do país – 2001*. São Paulo: Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas/Universidade Federal de São Paulo, 2002.

GARCÍA; Juan César. Medicina e sociedade: correntes de pensamento no campo da saúde. In: NUNES, Everardo Duarte (org.). *Juan César García: Pensamento social em saúde na América Latina*. São Paulo: Cortez, 1989a.

GARCÍA; Juan César. As ciências sociais em medicina. In: NUNES, Everardo Duarte (org.). *Juan César García: Pensamento social em saúde na América Latina*. São Paulo: Cortez, 1989b.

GARCÍA; Juan César. Sociologia e medicina: bases sociológicas das relações médico-paciente. In: NUNES, Everardo Duarte (org.). *Juan César García: Pensamento social em saúde na América Latina*. São Paulo: Cortez, 1989c.

GARCÍA; Juan César. A categoria trabalho na medicina. In: NUNES, Everardo Duarte (org.). *Juan César García: Pensamento social em saúde na América Latina*. São Paulo: Cortez, 1989d.

GIARELLI, 2017. Medical sociology. In: *The Cambridge Handbook of Sociology*. Cambridge: Cambridge University Press, 2017. Cap. 33.

GOFFMAN, Erving. *Manicômios, prisões e conventos*. São Paulo: Perspectiva, 1974.

GOFFMAN, Erving. *A representação do eu na vida cotidiana*. 10. ed. Petrópolis: Vozes, 2002.

GOLD, Katherine J.; SEN, Ananda; SCHWENK, Thomas L. Details on suicide among US physicians: data from the National Violent Death Reporting System. *General Hospital Psychiatry*, [s.l.], v. 35, n. 1, p. 45-49, Jan./Feb. 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2012.08.005>. Acesso em: 4 nov. 2019.

GOLDMAN, Larry S.; MYERS, Michael; DICKSTEIN, Leah J. *The handbook of physician health: The Essential Guide to Understanding the Health Care Needs of Physicians*. Chicago: American Medical Association, 2000. 256 p.

GÖTTEMS, Leila Bernardo Donato; EVANGELISTA, Maria do Socorro Nantua; PIRES, Maria Raquel Gomes Maia; SILVA, Aline Ferreira Melgaço da; SILVA, Priscila Avelino da. Trajetória da política de atenção básica à saúde no Distrito Federal, Brasil (1960 a 2007): análise a partir do marco teórico do neo-institucionalismo histórico. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 6, p. 1409-1419. jun. 2009. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2009000600023>. Acesso em: 21 out. 2019.

GOUDSBLOM, Johan. Public health and the civilizing process. *Millbank Quarterly*, v. 64, n. 2, p. 161-188, jan. 1986.

GOUDSBLOM, Johan. Les grandes epidemies et la civilisation des moeurs. *Actes de la recherche en sciences sociales*, 68, p. 3-14, 1987.

GOUVEIA, Valdiney Veloso; BARBOSA, Genário Alves; MASSUD, Munir. Bem-estar e saúde mental. In: BARBOSA, Genário Alves; ANDRADE, Edson de Oliveira; CARNEIRO, Mauro Brandão; GOUVEIA, Valdiney Veloso. *A saúde dos médicos do Brasil*. Brasília: CFM, 2017. Cap. 2. p. 29-43.

GOUVEIA, Valdiney Veloso; CARNEIRO, Mauro Brandão. Considerações metodológicas da pesquisa saúde do médico. In: BARBOSA, Genário Alves; ANDRADE, Edson de Oliveira; CARNEIRO, Mauro Brandão; GOUVEIA, Valdiney Veloso (Coordenadores). *A saúde dos médicos do Brasil*. Brasília: CFM, 2007. Cap. 5. p. 89-102.

GRACE, Matthew K.; VANHEUVELEN, Jane S. Ties received, support perceived: a test of theorized relationships among workplace networks, social support, and mental health in a

Neonatal Intensive Care Unit (NICU). *Society and Mental Health*, v. 5, n. 2, p. 106-127, 12 jan. 2015.

GRACINO, Mariana Evangelista; ZITTA, Ana Laura Lima; MANGILI, Otavio Celeste; MASSUDA, Ely Mitie. A saúde física e mental do profissional médico: uma revisão sistemática. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 40, n. 110, p. 244-263, set. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v40n110/0103-1104-sdeb-40-110-0244.pdf>. Acesso em: 6 jul. 2019.

HA, Byung-Chul. *Sociedade do cansaço*. Petrópolis: Vozes, 2015.

HARRISON, J. Doctors' health and fitness to practise: the need for a bespoke model of assessment. *Occupational Medicine*, [s.l.], v. 58, n. 5, p. 323-327, Aug. 1, 2008. Oxford University Press (OUP). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1093/occmed/kqn079>. Acesso em: 27 maio 2018.

HARRISON, R.; LAWTON, R.; STEWART, K. Doctors' experiences of adverse events in secondary care: the professional and personal impact. *Clinical Medicine*, Londres, v. 14, n. 6, p. 585-590, Dec. 1, 2014. Royal College of Physicians. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25468840>. Acesso em: 27 maio 2018.

HASSAN, T. M.; AHMED, S. O.; WHITE, A. C.; GALBRAITH N. A postal survey of doctors' attitudes to becoming mentally ill. *Clinical Medicine*, Londres, v. 9, n. 4, p. 327-32, Aug. 2009. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19728504>. Acesso em: 27 maio 2018.

HAWTON, Keith; MALMBERG, Aslög; SIMKIN, Sue. Suicide in doctors. *Journal Of Psychosomatic Research*, [s.l.], v. 57, n. 1, p. 1-4, July 2004. Elsevier BV. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.1016/s0022-3999\(03\)00372-6](http://dx.doi.org/10.1016/s0022-3999(03)00372-6). Acesso em: 01 jul. 2019.

HECKSHER, Ana Paula Megale. *Prevalência de alterações do sono e fatores associados em médicos de hospitais públicos do Distrito Federal*. 2004. 50 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília, 2004.

HEIDEGGER, Martin. *Seminarios de Zollikon*. Protocolos - diálogos - cartas. Edição de Medard Boss. Cidade do México: Red utópia AC/Jitanjáfora Morelia Editorial, 2007.

HOIRISCH, Adolpho. *O problema da identidade médica*. 1976. 113 f. Tese (Doutorado) - Curso de Pós-Graduação em Medicina, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1976.

HOUAISS, Antônio; VILLAR, Mauro de Salles. *Dicionário Houaiss da língua portuguesa*. Rio de Janeiro: Objetiva, 2009.

ILLICH, Ivan. *Medical nemesis: the expropriation of health*. Nova York: Pantheon, 1976.

INTERNATIONAL LABOUR ORGANIZATION/ILO. *Terms of employment and working conditions in health sector reforms*: Report for Discussion at the Joint Meeting on Terms of

Employment and Working Conditions in Health Sector Reforms. Geneva: International Labour Organization, 1998. 92 p.

ISSA, Baba Awoye; YUSSUF, Abdullah Dasliwa; OLANREWaju, Ganiyu Toyin; ABIODUN, Olatunji Alao. Mental health of doctors in a tertiary hospital in Nigeria. *Pan African Medical Journal*, [s.l.], v. 19, p. 178-182, 2014. Pan African Medical Journal. Disponível em: <http://www.panafrican-med-journal.com/content/article/19/178/full/>. Acesso em: 27 maio 2018.

JANOUSHKOVÁ, Miroslava; WEISSOVÁ, Aneta; FORMÁNEK, Tomáš; PASZ, Jiří; MOTLOVÁ, Lucie Bankovská. Mental illness stigma among medical students and teachers. *International Journal Of Social Psychiatry*, [s.l.], v. 63, n. 8, p. 744-751, Oct. 16, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/0020764017735347>. Acesso em: 01 jul. 2019.

JOFFE, C. *Doctors of conscience: the struggle to provide abortion before and after roe versus wade*. Boston: Beacon, 1995.

JOHNSON, W. D. K. Predisposition to emotional distress and psychiatric illness amongst doctors: the role of unconscious and experiential factors. *British Journal Of Medical Psychology*, [s.l.], v. 64, n. 4, p. 317-329, Dec. 1991. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1111/j.2044-8341.1991.tb01670.x>. Acesso em: 01 jul. 2019.

JONES, Robert E. A study of 100 physician psychiatric inpatients. *American Journal Of Psychiatry*, Washington, v. 134, n. 10, p. 1119-1123, Oct. 1977. Disponível em: <https://ajp.psychiatryonline.org/doi/abs/10.1176/ajp.134.10.1119>. Acesso em: 01 jul. 2019.

KENDELL, R. The political dimensions of the problem. In: GHODSE, H.; MANN, S.; JOHNSON, P. (eds). *Doctors and their health*. Sutton, Surrey, Reino Unido: Reed Healthcare Publishing, 2000.

KERRIEN, Margaux; POUUNET, R.; GARLANTÉZEC, R.; POUUNET, L.; LE GALUDEC, M.; LODDÉ, B.; DEWITTE, J. D. Prévalences des troubles anxieux, de l'humeur et de la souffrance au travail des internes de médecine. *La Presse Médicale*, [s.l.], v. 44, n. 4, p. 84-91, Apr. 2015. Elsevier BV. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.lpm.2014.06.042>. Acesso em: 27 maio 2018.

KIPELMAN, Loretta; MOSKOP, John. The holistic health movement: a survey and critique. *The Journal of Medicine and Philosophy*, v. 6, n. 2, maio 1981.

KLITZMAN, Robert. "Post-residency disease" and the medical self: identity, work, and health care among doctors who become patients. *Perspectives In Biology And Medicine*, [s.l.], v. 49, n. 4, p. 542-552, Oct. 2006. Project Muse. Disponível em: <https://muse.jhu.edu/article/204470>. Acesso em: 01 jul. 2019.

LACAZ, Carlos da Silva. *Temas de medicina: biografias, doenças e problemas sociais*. São Paulo: Lemos Editorial, 1997. 245 p.

LAGO, Kennyston Costa. *Compaixão e trabalho: Como sofrem os profissionais de saúde*. 2013. 189 f. Tese (Doutorado) - Curso de Pós-Graduação em Psicologia Social, do Trabalho e

das Organizações, Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília, Brasília, 2013.

Disponível em:

http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/14514/1/2013_KennystonCostaLago.pdf. Acesso em: 3 ago. 2019.

LAHIRE, Bernard. Campo. *In*: CATANI, Afrânio Mendes; NOGUEIRA, Maria Alice; HEY, Ana Paula; MEDEIROS, Cristina Carta Cardoso (orgs.). *Vocabulário Bourdieu*. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2017.

LARSON, M. S. *The rise of professionalism: a sociological analysis*. Los Angeles: University of California Press, 1977.

LATOUR, Bruno. *Ciência em ação: como seguir cientistas e engenheiros sociedade afora*. São Paulo: Editora Unesp, 2000.

LATOUR, Bruno. *A vida de laboratório: a produção dos fatos científicos*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1997.

LAURELL, A. C.; NORIEGA, M. *Processo de produção e saúde: trabalho e desgaste operário*. São Paulo: Hucitec, 1989.

LEARNER, Sue. Doctors and mental health. *The British Medical Journal*, [s.l.], n. 342. p. d1708, Mar. 30, 2011. Disponível em: <https://www.bmj.com/content/342/bmj.d1708>. Acesso em: 01 jul. 2019.

LECKIE, Gloria J.; PETTIGREW, Karen E.; SYVAIN, Christian. Modeling the information seeking of professionals: a general model derived from research on engineers, health care professionals, and lawyers. *The Library Quarterly: Information, Community, Policy*, v. 66, n. 2, p. 161-193, Apr. 1996. Disponível em: <http://www.jstor.org/stable/4309109>. Acesso em: 3 nov. 2019.

LEONARD, C.; FANNING, N.; ATTWOOD, J.; BUCKLEY, M. 1998. The effect of fatigue, sleep deprivation and onerous working hours on the physical and mental wellbeing of pre-registration house officers. *Irish Journal of Medical Science*, Dublin, v. 167, n. 1, p. 22-5, Jan./Mar. 1998. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9540294>. Acesso em: 27 maio 2018.

LOURENÇÃO, Luciano Garcia; MOSCARDINI, Airtton Camacho; SOLER, Zaida Aurora Sperli Geraldês. Saúde e qualidade de vida de médicos residentes. *Revista da Associação Médica Brasileira*, São Paulo, v. 56, n. 1, p. 81-91, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ramb/v56n1/21.pdf>. Acesso em: 01 jul. 2019.

LÖWY, Michael. *A jaula de aço: Max Weber e o marxismo weberiano*. São Paulo: Boitempo, 2014.

MACHADO, Maria Helena (coord). *Perfil dos médicos no Brasil: análise preliminar. Médicos em números. Vol. I - Brasil e grandes regiões*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/ ICFM-MS/PNUD, Associação Médica Brasileira/Federação Nacional dos Médicos/CFM, 1996a.

MACHADO, Maria Helena. *Perfil dos médicos no Brasil: análise preliminar. Médicos em números*. Vol. IX - Distrito Federal. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/ICFM-MS/PNUD, Associação Médica Brasileira/Federação Nacional dos Médicos/CFM, 1996b.

MACHADO, Maria Helena. *Os médicos no Brasil: um retrato da realidade*. Editora Fiocruz, Rio de Janeiro, 1997. 244 p. ISBN: 85-85471-05-0.

MOLIANI, Maria Marce. *O reverso da cura: erro médico*. 2010. 221 f. Tese (Doutorado) - Curso de Pós-Graduação em Ciências Sociais, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2010. Disponível em: http://ri.uepg.br/riuepg/bitstream/handle/123456789/516/TESE_MariaMarceMoliani.pdf?sequence=1. Acesso em: 3 nov. 2019.

MARSHALL, E. J. Doctors' health and fitness to practise: treating addicted doctors. *Occupational Medicine*, [s.l.], v. 58, n. 5, p. 334-340, Ago. 1, 2008. Oxford University Press (OUP). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1093/occmed/kqn081>. Acesso em: 27 maio 2018.

MARTINO, Vittorio di. *Workplace violence in the health sector*. Relationship between work stress and workplace violence in the health sector. Genebra: International Labour Office (ILO)/The International Council Of Nurses (ICN)/The World Health Organization (WHO)/Public Services International (PSI), 2003. 38p. Disponível em: https://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/interpersonal/WVstresspaper.pdf. Acesso em: 4 nov. 2019.

MARX, Karl. *El capital*. T. I, v. 2. Cidade do México: Siglo XXI, 1975.

MARX, Karl. *Sobre o suicídio*. São Paulo: Boitempo, 2006.

MARX, Karl. *O capital: crítica da economia política*. Livro I: o processo de produção do capital. São Paulo: Boitempo, 2013.

MASSUD, Munir; BARBOSA, Genário Alves. O contexto atual da saúde dos médicos. In: BARBOSA, Genário Alves; ANDRADE, Edson de Oliveira; CARNEIRO, Mauro Brandão; GOUVEIA, Valdiney Veloso (Coordenadores). (Brasília). *A saúde dos médicos do Brasil*. Brasília: CFM, 2007. Cap. 11. p. 183-190.

MASSUD, Munir; BARBOSA, Genário Alves; GOUVEIA, Valdiney Veloso. Indicadores de saúde mental. In: BARBOSA, Genário Alves; ANDRADE, Edson de Oliveira; CARNEIRO, Mauro Brandão; GOUVEIA, Valdiney Veloso (Coordenadores). *A saúde dos médicos do Brasil*. Brasília: CFM, 2007. Cap. 8. p. 143-157.

MATA, Douglas A.; RAMOS, Marco A.; BANSAL, Narinder. Prevalence of depression and depressive symptoms among resident physicians. *Journal of the American Medical Association*, [s.l.], v. 314, n. 22, p. 2373-2383, Dec. 8, 2015. Disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2474424>. Acesso em: 01 jul. 2019.

MAYOR, Susan. Emotional exhaustion and stress in doctors are linked. *British Medical Journal*, [s.l.], v. 324, n. 7352, p. 1475-1475, June 22, 2002. BMJ. <https://www.bmj.com/content/324/7352/1475.2>. Acesso em: 04 ago. 2019.

MCAULIFFE, William SANTANGELO, Susan; MAGNUSON, Ba Elizabeth; SOBOL, Bs Arthur; ROHMAN, Ma Mary; Joel Weissman. Risk factors of drug impairment in random samples of physicians and medical students. *International Journal Of The Addictions*, [s.l.], v. 22, n. 9, p. 825-841, Jan. 1987. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.3109/10826088709027462>. Acesso em: 01 jul. 2019.

MCGOWAN, Y.; HUMPHRIES, N.; BURKE, H.; CONRY, M.; MORGAN, K. Through doctors' eyes: A qualitative study of hospital doctor perspectives on their working conditions. *British Journal Of Health Psychology*, [s.l.], v. 18, n. 4, p. 874-891, Mar. 11, 2013. Wiley. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1111/bjhp.12037>. Acesso em: 01 jul. 2019.

MCKENNA, J.; NAYLOR, P. J.; MCDOWELL, N. Barriers to physical activity promotion by general practitioners and practice nurses. *British Journal Of Sports Medicine*, [s.l.], v. 32, n. 3, p. 242-247, Set. 1, 1998. Disponível em: <https://bjsm.bmj.com/content/32/3/242>. Acesso em: 01 jul. 2019.

MCMANUS, I.; KEELING, A.; PAICE E. Stress, burnout and doctors' attitudes to work are determined by personality and learning style: a twelve year longitudinal study of UK medical graduates. *BMC Medicine*, [s.l.], v. 2, n. 1, p. [29-33?], Ago. 18, 2004. Disponível em: <https://bmcmedicine.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/1741-7015-2-29>. Acesso em: 01 jul. 2019.

MECHANIC, D. Sources of countervailing power in medicine. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, v. 16, n. 3, p. 485-498, 1991.

MEDEIROS, Marcelo. Prefácio. In: ROCHA, Emerson Ferreira. *O negro no mundo dos ricos: um estudo sobre a disparidade racial de riqueza com os dados do Censo 2010*. Brasília: Editora UnB, 2019.

MELEIRO, Alexandrina Maria Augusto da Silva. Suicídio entre médicos e estudantes de medicina. *Revista da Associação Médica Brasileira*, São Paulo, v. 44, n. 2, p. 135-140, Apr./June 1998. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ramb/v44n2/1993.pdf>. Acesso em: 01 jul. 2019.

MELEIRO, Alexandrina Maria Augusto da Silva. *O médico como paciente*. 2. ed. São Paulo: Segmento Farma, 2005. 191 p.

MELEIRO, Alexandrina Maria Augusto da Silva. Suicídio na população médica: qual a realidade? *Revista Brasileira de Medicina*, Rio de Janeiro, v. 70, n. 2, mar./abr. 2013. Disponível em: http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_materia=5490. Acesso em: 26 maio 2019.

MELEIRO, Alexandrina Maria Augusto da Silva. Suicídio entre médicos e estudantes de medicina: triste realidade. *Gen medicina*, 2017. Disponível em: <http://genmedicina.com.br/2017/05/29/suicidio-entre-medicos-e-estudantes-de-medicina-triste-realidad>. Acesso em: 1 jul. 2019.

MELEIRO, Alexandrina Maria Augusto da Silva. *Suicídio em médicos*. 15 de setembro de 2018. (2h 19m 30s). Recife: Conselho Regional de Medicina de Pernambuco (Cremepe),

2018. In: FÓRUM SOBRE SUICÍDIO, 2. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=TEDw1Ha4I-E>. Acesso em: 3 nov. 2019.

MELEIRO, Alexandrina Maria Augusto da Silva; WANG, Yuan-Pag. Suicídio e tentativa de suicídio. In: LOUZÃ NETO, M. R.; MOTTA, I.; WANG, Y-P.; ELKIS, H. (eds). *Psiquiatria básica*. Porto Alegre, Artes Médicas, 1995. p. 376-96.

MELO, Egléa Maria da Cunha; ASSUNÇÃO, Ada Ávila; FERREIRA, Roberto Assis. O trabalho dos pediatras em um serviço público de urgências: fatores intervenientes no atendimento. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 23, n. 12, p. 3000-3010, 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0102-311X2007001200021&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 26 maio 2019.

MENDONÇA, Vera Lúcia Gama de; COELHO, Jorge Artur Peçanha de Miranda; JÚCA, Mário Jorge. Síndrome de burnout em médicos docentes de uma instituição pública. *Psicologia em Pesquisa*, v. 6, n. 2, p. 90-100, 2012. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1982-12472012000200002&lng=pt&nrm=i&tlng=pt. Acesso em: 26 maio 2019.

MERTON, Robert K.; READER, George; KENDALL, Patricia L. *The student-physician: introductory studies in the sociology of medical education*. Cambridge (Mass./EUA): Harvard University Press, 1957.

MILLAN, Luiz Roberto. Prefácio. In: ANDRADE, João Brainer Clares de; SAMPAIO, José Jackson Coelho. *O médico e o estudante de medicina: quando eles precisam de ajuda*. Fortaleza: EdUECE, 2016. 342 p.

MILLÁN-GONZÁLEZ, Ricardo; MESÉN-FAINARDI, Andrea. Prevalencia del síndrome de desgaste en médicos residentes costarricenses. *Acta Médica Costarricense*, San José, p. 91-97, abr./jun. 2009. Disponível em: <https://www.scielo.sa.cr/pdf/amc/v51n2/art07v51n2.pdf>. Acesso em: 01 jul. 2019.

MILLER, A. C.; SHRIVER, T. E. Women's childbirth preferences and practices in the United States. *Social Science & Medicine*, n. 75, p. 709-16, 2012.

MILLER, Liz. Doctors, their mental health and capacity for work. *Occupational Medicine*, [Londres?], v. 59, n. 1, p. 53-55, Jan. 1, 2009. Oxford University Press (OUP). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1093/occmed/kqn111>. Acesso em: 7 jul. 2019.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Gabinete Ministerial. Portaria 1.101, 12 de junho de 2002. Dispõe sobre parâmetros de cobertura assistencial no âmbito do SUS. Brasília: Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt1101_12_06_2002.html. Acesso em: 12 nov. 2019. Revogada pela Portaria Gabinete Ministerial/Ministério da Saúde nº. 1.631, de 1 de outubro de 2015.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Síndrome de burnout: o que é, quais as causas, sintomas e como tratar. Brasília: Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <https://saude.gov.br/saude-de-a-z/saude-mental/sindrome-de-burnout>. Acesso em: 29 dez. 2019.

MODLIN, Herbert C.; MONTES, Alberto. Narcotics addiction in physicians. *American Journal of Psychiatry*, [s.l.], v. 121, n. 4, p. 358-365, 1964. Disponível em: <https://ajp.psychiatryonline.org/doi/abs/10.1176/ajp.121.4.358>. Acesso em: 26 maio 2019.

MOHUN, Simon. Valor. In: BOTTOMORE, Tom (ed.); HARRIS, Laurence; KIERNAN, V. G.; MILIBAND, Ralph (coed.). *Dicionário do pensamento marxista*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2013. (Edição digital: abril 2013). ISBN: 978-85-378-0611-1. 2013.

MONTGOMERY, A. J.; BRADLEY, C.; ROCHFORD, A.; *et al.* A review of self-medication in physicians and medical students. *Occupational Medicine*, [s.l.], v. 61, n. 7, p. 490-497, 2011. Disponível em: <https://academic.oup.com/occmed/article/61/7/490/1462971>. Acesso em: 26 maio 2019.

MURRAY, Alison; MONTGOMERY, Jana E.; CHANG, Hong. Doctor Discontent. a comparison of physician satisfaction in different delivery system settings, 1986 and 1997. *Journal Of General Internal Medicine*, [s.l.], v. 16, n. 7, p. 452-459, Dec. 20, 2001. Disponível em: <https://ajp.psychiatryonline.org/doi/abs/10.1176/ajp.121.4.358>. Acesso em: 01 jul. 2019.

NASCIMENTO, Bárbara. Crise pode elevar número de casos de trabalhadores afetados. Com recessão, profissionais aceitam acúmulo de funções e jornada maior. *O Globo*. Rio de Janeiro, ano 92, 2 fev. 2017. Economia. p. 22. Disponível em: <https://oglobo.globo.com/economia/crise-pode-elevar-numero-de-casos-de-trabalhadores-afetados-20913094>. Acesso em: 19 nov. 2018.

NASCIMENTO SOBRINHO, Carlito Lopes; CARVALHO, Fernando Martins; BONFIM, Tárceo Antonio Silva; CIRINO, Carlos Adriano Souza; FERREIRA, Isis Sacramento. Condições de trabalho e saúde mental dos médicos de Salvador, Bahia, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 131-140, jan. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n1/14.pdf>. Acesso em: 2 jul. 2019.

NOGUEIRA-MARTINS, Luiz Antonio. Morbidade psicológica e psiquiátrica na população médica. *Bolsa Psiquiatria*, v. 22-23, p. 9-15, jan. 89/dez. 90. 1990. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/235435040_Morbidade_psicologica_e_psiquiatica_na_populacao_medica. Acesso em 03 ago. 2019.

NOGUEIRA-MARTINS, Luiz Antonio. Atividade médica: fatores de risco para a saúde mental do médico. *Revista Brasileira de Clínica e Terapêutica*, São Paulo, v. 20, n. 9, p. 353-364, 1991.

NOGUEIRA-MARTINS, Luiz Antonio. Saúde mental do médico e do estudante de medicina. *Psychiatry On Line Brazil*, [s.l.], v. 1, n. 1, jul. 1996. Disponível em: <http://www.polbr.med.br/ano96/saudment.php><http://www.polbr.med.br/ano96/saudment.php>. Acesso em: 4 ago. 2019.

NOGUEIRA-MARTINS, Luiz Antonio. Residência médica: estresse e crescimento. *Psychiatry Online*, São Paulo, n. 1, p. 1, 1998.

NOGUEIRA-MARTINS, Luiz Antonio. Saúde mental dos profissionais de saúde. In: BOTEGA, Neury Jose (org.) *Prática psiquiátrica no hospital geral: interconsulta e*

emergência. Porto Alegre: Artmed, 2002. Disponível em:
http://www.polbr.med.br/ano02/artigo0402_a.php. Acesso em: 20 jun. 2019.

NOGUEIRA-MARTINS, Luiz Antonio. Saúde mental dos profissionais de saúde. *Revista Brasileira de Medicina do Trabalho*, Belo Horizonte, v. 1, n. 1, p. 56-68, jul./set. 2003. Disponível em: <http://www.rbmt.org.br/details/281/pt-BR/saude-mental-dos-profissionais-de-saude>. Acesso em: 02 jul. 2019.

NOGUEIRA-MARTINS, Luiz Antonio. Qualidade de vida dos médicos residentes: revisão de estudos brasileiros. *Cadernos Associação Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, v. 6, p. 12-18, out. 2010. Disponível em:
https://www.researchgate.net/publication/235424616_Qualidade_de_Vida_dos_Medicos_Residentes_Revisao_de_Estudos_Brasileiros_Quality_of_Life_for_Medical_Residents_a_Review_of_Brazilian_Studies. Acesso em: 02 jul. 2019.

NOGUEIRA, Roberto Passos. *Medicina interna e cirurgia: a formação social da prática médica*. 1977. Dissertação (Mestrado) - Curso de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Instituto de Medicina Social, Universidade do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro. 1977.

NUNES, Everardo Duarte. As contribuições de Juan César García às ciências sociais em saúde. In: GARCÍA; Juan César; NUNES, Everardo Duarte (org.). *Juan César García: Pensamento social em saúde na América Latina*. São Paulo: Cortez, 1989.

NUNES, Everardo Duarte. *Sobre a sociologia da saúde*. São Paulo: Editora Hucitec, 1999.

NUNES, Everardo Duarte. Merton e a sociologia médica. *Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, jan./mar. 2007.

OHIDA, Noriysu; OTSUKA, Yuichiro; KANEITA, Yosshitaka; NAKAGOME, Sachi; JIKE, Maki; ITANI, Osamu; OHIDA, Takashi. Factors related to alcohol consumption among Japanese physicians. *Asia Pacific Journal of Public Health*, v. 30, n. 3, p. 296-306, Apr. 1, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/1010539518754539>. Acesso em: 02 jul. 2019.

OLIVEIRA, Gislene Farias de. *Trabalho e bem-estar subjetivo: compreendendo a situação laboral dos médicos*. 2008. 288 f. Tese (Doutorado) - Curso de Pós-Graduação em Psicologia, Programa de Doutorado Integrado em Psicologia Social, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2008.

OLKINUORA, M.; ASP, S.; JUNTUNEN, J.; KAUTTU, K.; STRID, L.; ÄÄRIMAA, M. Stress symptoms, burnout and suicidal thoughts in Finnish physicians. *Social Psychiatry And Psychiatric Epidemiology*, [s.l.], v. 25, n. 2, p. 81-86, Mar. 1990. Disponível em:
<https://link.springer.com/article/10.1007/BF00794986#citeas>. Acesso em: 02 jul. 2019.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Relatório sobre a saúde no mundo: saúde mental: nova concepção, nova esperança*. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2001. 135p.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *CID-10: classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde*. 9 ed. São Paulo: Edusp, 2003.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *CID-10: classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas*. Porto Alegre: Artes Médicas, 2011.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPS-OMS). *Informe do Comité de Expertos de la OPS-OMS em la Enseñanza de la Ciências Sociales*. Equador, Cuenca: OPS-OMS, 1972.

PALÁCIOS, M. P [Marisa Palacios da Cunha e Melo de Almeida Rego]. *Trabalho hospitalar e saúde mental: o caso de um hospital geral e público do município do Rio de Janeiro*. 1993. [81 f?]. Dissertação (Mestrado) - Curso de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Instituto de Medicina Social, Universidade Estadual do Rio Janeiro, Rio de Janeiro, 1993. Disponível em: http://www.bdtd.uerj.br/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=1953. Acesso em: 3 nov. 2019.

PALHARES-ALVES, Hamer Nastasy; SURJAN, Juliana Canada; NOGUEIRA-MARTINS, Luiz Antonio; MARQUES, Ana Cecília P. R.; RAMOS, Sérgio de Paula; LARANJEIRA, Ronaldo Ramos. Perfil clínico e demográfico de médicos com dependência química. *Revista da Associação Médica Brasileira*, [s.l.], v. 51, n. 3, p. 139-143, jun. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ramb/v51n3/a13v51n3.pdf>. Acesso em: 7 jul. 2019.

PALHARES-ALVES, Hamer Nastasy; PALHARES, Daniel M.; LARANJEIRA, Ronaldo; NOGUEIRA-MARTINS, Luiz Antonio; SANCHEZ, Zila M. Suicide among physicians in the state of São Paulo, Brazil, across one decade. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, São Paulo, v. 37, n. 2, p. 146-149, abr./jun. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v37n2/1516-4446-rbp-37-02-00146.pdf>. Acesso em: 02 jul. 2019.

PANAGIOTI, Maria; PANAGOPOULOU, Efharis; BOWER, Peter; LEWITH, George; KONTOPANTELIS, Evangelos; CHEW-GRAHAM, Carolyn; DAWSON, Shoba; MARWIJK, Harm van; GERAGHTY, Keith; ESMAIL, Aneez. Controlled interventions to reduce burnout in physicians. *Journal of the American Medical Association*, [s.l.], v. 177, n. 2, p. 195-205, Feb. 2017. Disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/fullarticle/2588814>. Acesso em: 02 jul. 2019.

PAOLILLO, Joseph G. P.; ESTES, Ralph. An empirical analysis of career choice factors among accountants, attorneys, engineers, and physicians. *The Accounting Review*, v. 57, n. 4, p. 785-793, Oct. 1982. JSTOR. Disponível em: <http://www.jstor.org/stable/247413>. Acesso em: 3 nov. 2019.

PARSONS, Talcott. *The social system*. Glencoe: The Free Press, 1951.

PARSONS, Talcott. *Social structure and personality*. Nova York: The Free Press, 1964.

PARSONS, Talcott. *The social system*. Londres: Routledge & Kegan Paul, 1967.

PARSONS, Talcott. *The social system*. 2. ed. Londres: Routledge, 1991.

PASCOAL, Francilene Figueirêdo da Silva. *Síndrome de burnout entre os profissionais de saúde da Estratégia de Saúde da Família: risco de adoecimento mental*. 2008. 130 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Centro de Ciências da

Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2008. Disponível em: <http://livros01.livrosgratis.com.br/cp086202.pdf>. Acesso em: 2 nov. 2019.

PAUGAM, Serge. Durkheim e o vínculo aos grupos: uma teoria social inacabada. *Sociologias*, Porto Alegre, v. 19, n. 44, p. 128-160, jan./abr. 2017.

PEARSON, Manuel M.; STRECKER, Edward A. Physicians as psychiatric patients: private practice experience. *American Journal Of Psychiatry*, [s.l.], v. 116, n. 10, p. 915-919, Apr. 1960. Disponível em: <https://ajp.psychiatryonline.org/doi/abs/10.1176/ajp.116.10.915>. Acesso em: 2 jul. 2019.

PEREIRA, José Carlos de M. *A explicação sociológica na medicina social*. São Paulo: Editora Unesp, 2005.

PEREIRA, Ondina Pena; ALMEIDA, Tânia Mara Campos de. A formação médica segundo uma pedagogia de resistência. *Interface: Comunicação, Saúde e Educação*, Botucatu, v. 9, n. 16, p. 69-79, set. 2004/fev. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n16/v9n16a06.pdf>. Acesso em: 29 jan. 2018.

PETER, J. P. Les mots et les objets de la maladie. *Revue d'Histoire*, v. 246, n. 499, p. 13-38, 1974.

PETERS, Michael; HASAN, Omar; PUDDISTER, Derek; GARELICK, Antony; HOLLIDAY, Christopher; RAPANAKI, Thomas; RYAN, Amber L.; Doctors' health: taking the lifecycle approach. *The British Medical Journal*, [s.l.], v. 347, n. 264, p. 7086-7086, Nov. 26, 2013. Disponível em: <https://www.bmj.com/content/347/bmj.f7086>. Acesso em: 2 jul. 2019.

PINELL, Patrice. *Naissance d'un fleau*. Histoire de la lutte contre le cancer en France, 1890-1940. Paris: Métailie, 1992.

PINELL, Patrice. Modern medicine and the civilising process. *Sociology of Health & Illness*, v. 18, n. 1, ISSN 0141-9889, p. 1-16, 1996.

PIERANTONI, C. Recursos humanos e gerência no SUS. In: NEGRI, B.; VIANA, A.L. (Org.). *O Sistema Único de Saúde em dez anos de desafio*. São Paulo: Sobravime, 2002. p. 609-630.

PIERANTONI, C.; VARELLA, T. C.; FRANÇA, T. Recursos humanos e gestão do trabalho em saúde: da teoria para a prática. In: FALCÃO, A. et al. (Org.). *Observatório de recursos humanos em saúde no Brasil: estudos e análises*. Vol. 2. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004. p. 51-70.

PINTO, Louis. Indivíduo-Sociedade. In: CATANI, Afrânio Mendes; NOGUEIRA, Maria Alice; HEY, Ana Paula; MEDEIROS, Cristina Carta Cardoso (orgs.). *Vocabulário Bourdieu*. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2017.

PLATAFORMA LATTES. *Ana Paula Alves de Andrade Cabral*. Brasília: Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico, 2 fev. 2019. Disponível em: <http://lattes.cnpq.br/4495543695050254>. Acesso em: 3 nov. 2019.

POMPERMAIER, Jorge Antonio. *Análise da mortalidade entre os médicos do estado de Santa Catarina no período de 1996 a 2008*. 2009. 27 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Medicina) - Curso de Medicina, Graduação em Medicina, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2009. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/119760/294616.pdf?sequence=1>. Acesso em: 2 jul. 2019.

POUGNET, R.; DI COSTANZO, L. P.; KERRIEN, M.; JOUSSET, D.; LODDÉ, B.; DEWITTE, J. D.; GARLANTÉZEC, R. 2015. Occupational factors for mood and anxiety disorders among junior medical doctors. *La Medicina del Lavoro*, Fidenza, Parma, Itália, v. 106, n. 5, p. 386-93, 9 sett. 2015 Sep. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26384264>. Acesso em: 27 maio 2018.

PULLEN, D.; LONIE, C. E.; LYLE, D. M.; CAM, D. E.; DOUGHTY, M. V. 1995. Medical care of doctors. *Medical Journal of Australia*, [s.l.], v. 162, n. 9, p. 481-484, May 1, 1995. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7746206>. Acesso em: 27 maio 2018.

QUINN, Mariah A.; WILCOX, Allison; ORAV, John; BATES, David W.; STEVEN Simon R. The relationship between perceived practice quality and quality improvement activities and physician practice dissatisfaction, professional isolation, and work-life stress. *Medical Care*, [s.l.], v. 47, n. 8, p. 924-928, Aug. 2009. Disponível em: https://journals.lww.com/lww-medicalcare/fulltext/2009/08000/the_relationship_between_perceived_practice.15.aspx. Acesso em: 2 jul. 2019.

RAMIREZ, A. J.; GRAHAM, J.; RICHARDS, M. A.; GREGORY, W. M. Mental health of hospital consultants: the effects of stress and satisfaction at work. *The Lancet*, [s.l.], v. 347, n. 9003, p. 724-728, Mar. 1996. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S014067369690077X>. Acesso em: 02 jul. 2019.

RAMOS, Guerreiro. As classes sociais e a saúde das massas (Ensaio de sociologia e biometria diferencial). *Revista do Serviço Público*, [s.l.], out. 1949.

RATINAUD, Pierre. *Iramuteq* - Interface de R pour les analyses multidimensionnelles de textes et de questionnaires. Versão 0.7 alpha 2. License Publique Générale, GNU. Toulouse: Laboratoire d'Études et de Recherches Appliquées en Sciences Sociales (LERASS), Universidade de Toulouse, 2014.

REGO, Sérgio. O médico e suas interações: a crise dos vínculos de confiança. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 2, p. 395-396, fev. 2011. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2011000200021>. Acesso em: 31 out. 2019.

REGO, Sérgio; PALÁCIOS, Marisa. A organização do trabalho hospitalar e a formação dos estudantes de medicina nas emergências. *Saúde em Debate*, [s.l.], v. 49-50, p. 95-100, dez. 95/ mar. 96. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/319358577_A_ORGANIZACAO_DO_TRABALHO_HOSPITALAR_E_A_FORMACAO_DOS_ESTUDANTES_DE_MEDICINA_NAS_EMERGENCIAS. Acesso em: 2 jul. 2019.

REINERT, M. Une méthode de classification descendante hiérarchique: application à l'analyse lexicale par contexte. *Les Cahiers de l'Analyse des Données*, v. 8, n. 2, p. 187-198, 1983.

RIBEIRO, Mauro Luiz de Britto. Exposição de motivos da Resolução CFM nº 2.077/14. In: D'AVILA, Roberto Luiz; SILVA, Henrique Batista E. *Resolução CFM nº 2.077/14*. Brasília: CFM, 2014.

RIBEIRO, Rafael Brito Nery; ASSUNÇÃO, Ada Ávila; ARAÚJO, Tânia Maria de. Factors Associated with job satisfaction among public-sector physicians in Belo Horizonte, Brazil. *International Journal Of Health Services*, [s.l.], v. 44, n. 4, p. 787-804, Oct. 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.2190/HS.44.4.f>. Acesso em: 2 jul. 2019.

ROCHA, Emerson Ferreira. Três padrões de trabalho juvenil: um estudo com metodologia mista sobre o trabalho em idades inferiores aos 18 anos no Brasil. *Texto para Discussão* (IPEA), v. 2295, p. 1-62, 2017. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/TDs/td_2295.pdf. Acesso em: 15 maio 2019.

ROCHA, Emerson Ferreira. *O negro no mundo dos ricos: um estudo sobre a disparidade racial de riqueza com os dados do Censo 2010*. Brasília: Editora UnB, 2019.

ROSADO, Iana Vasconcelos Moreira. *Trabalho e saúde: análise da relação entre condições de trabalho e motivação no emprego e suas interfaces com a saúde dos profissionais nos hospitais públicos*. 2015. 117 f. Tese (Doutorado) - Curso de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2015. Disponível em: https://repositorio.ufrn.br/jspui/bitstream/123456789/20547/1/TrabalhoSa%c3%badeAn%c3%a1lise_Rosado_2014.pdf. Acesso em: 3 nov. 2019.

ROSSO, Sadi Dal. *O ardil da flexibilidade: os trabalhadores e a teoria do valor*. São Paulo: Boitempo, 2017.

ROSTA, Judith. Is alcoholism a self-induced disease? A survey among doctors in Aarhus, Denmark and in Mainz, Germany. *Nordic Journal Of Psychiatry*, [s.l.], v. 58, n. 3, p. 219-222, June 2004. Informa UK Limited. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1080/08039480410006269>. Acesso em: 27 maio 2018.

ROSTA, Judith; AASLAND, Olaf G. Female surgeons' alcohol use: a study of a national sample of norwegian doctors. *Alcohol And Alcoholism*, [s.l.], v. 40, n. 5, p. 436-440, July 25, 2005. Oxford University Press (OUP). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1093/alcalc/agh186>. Acesso em: 27 maio 2018.

ROUMIGUIÉ, Mathieu; GAMÉ, X.; BERNHARD, J. C.; BIGOT, Pierre; KOUTLIDIS, Nicolas; XYLINAS, Evanguelos; FAÏS, Pierre Olivier; ROUACHE, Latifa; GENEVOIS, Sandra; MAZZOLA, Clarisse R.; BESSÈDE, Thomas; CELHAY, Olivier; D'ARCIER, Benjamin Faivre; BENCHIKH, Amine; PIGNOT, Géraldine; GUILLOTREAU Julien. Les urologues en formation ont-ils un syndrome d'épuisement professionnel? Évaluation par le Maslach Burn-out Inventory (MBI). *Progrès En Urologie*, [s.l.], v. 21, n. 9, p. 636-641, oct. 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.purol.2011.02.006>. Acesso em: 2 jul. 2019.

SAKINOFSKY, I. Suicide in doctors and their wives [Letter]. *The British Medical Journal*, [s.l.], v. 281, n. 6236, p. 386-387, Aug. 2, 1980. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1713491/>. Acesso em: 2 jul. 2019.

SAMPAIO, Adilson Peixoto. O médico e os desafios dos novos tempos. In: MELEIRO, Alexandrina Maria Augusto da Silva. *O médico como paciente*. 2. ed. São Paulo: Segmento Farma, 2005. 191 p.

SAMPAIO, José Jackson Coelho. Desafios teóricos e metodológicos para pesquisa e avaliação dos fatores e psicossociais no trabalho e suas consequências na saúde. In: ANDRADE, João Brainer Clares de; SAMPAIO, José Jackson Coelho. *O médico e o estudante de medicina: quando eles precisam de ajuda*. Fortaleza: EdUECE, 2016.

SANTOS, Daiane Carle de Souza; SECRETARIA DE ESTADO DE PLANEJAMENTO, ORÇAMENTO E GESTÃO. GDF. Transtornos mentais e comportamentais em servidores estatutários do Distrito Federal - ano 2017: relatório técnico. Brasília: Diretoria de Epidemiologia em Saúde do Servidor, Subsecretaria de Segurança e Saúde no Trabalho, abril de 2018. 14 p.

SANTA, Nathália Della; CANTILINO, Amaury. Suicídio entre médicos e estudantes de medicina: revisão de literatura. *Revista Brasileira de Educação Médica*, [s.l.], v. 40, n. 4, p. 772-780, dez. 2016. Disponível em: <http://dx.org.br/10.1590/1981-52712015v40n4e00262015>. Acesso em: 2 jul. 2019.

SANTOS, Nelson Rodrigues dos. Política pública de saúde no Brasil: encruzilhada, buscas e escolhas de rumos. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 13, supl. 2, p. 2009-2018, dez. 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000900002&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 31 out. 2019.

SANTOS, Nívea Adriana dos; ALVES, Cristiane da Silva; SOUZA, Paulo Cesar de; CASTANHO Wania Queiroz de Sousa. O médico e as condições de trabalho: o caso de um pronto-socorro do interior do estado de Mato Grosso. *Revista de Administração em Saúde*, [s.l.], v. 14, n. 54, p. 80-88, abr./jun. 2012. Disponível em: http://www.cqh.org.br/portal/pag/anexos/baixar.php?p_ndoc=276&p_nanexo=313. Acesso em: 3 ago. 2019.

SANTOS, Tânia Steren. Considerações sobre mudanças na profissão médica e diferenciações ocupacionais no interior de um Hospital Universitário (HCPA). CONGRESSO BRASILEIRO DE SOCIOLOGIA, 12., 2005, Belo Horizonte. Sociologia e realidade. Pesquisa social no século XXI, 2005.

SANTOS, Tânia Steren. Discriminações, estímulos e obstáculos no campo profissional da medicina: um olhar de gênero e gerações. *Trab. Educ. Saúde*, Rio de Janeiro, v. 7 n. 3, p. 499-527, nov. 2009/fev. 2010, 2010.

SARGENT, Douglas A; JENSEN, Viggo W.; PETTY, Thomas A.; RASKIN, Herbert. Preventing physician suicide: the role of family, colleagues, and organized medicine. *Journal of the American Medical Association*, Chicago, v. 237, n. 2, p. 143-145, Jan. 10, 1977. Disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/350772>. Acesso em: 29 jun. 2019.

SARTRE, Jean-Paul. *L'existentialisme est un humanisme*. Paris: Les Éditions Nagel, 1970.

SARTRE, Jean-Paul. *O ser e o nada*: Ensaio de ontologia fenomenológica. Petrópolis: Vozes, 2007.

SCHAUFELI, W. B. Burnout. In: Firth-Cozens, J.; Payne, R. (Orgs.). *Stress in health professionals*. New York: Wiley, 1999. p. 17-32.

SCHEFFER, Mário (coord.); BIANCARELLI, Aureliano; CASSENOTE, Alex. *Demografia médica no Brasil*. Dados gerais e descrições de desigualdades. Relatório de pesquisa – dezembro de 2011. v. 1. São Paulo: CREMESP/CFM, 2011. Disponível em: <http://portal.cfm.org.br/images/stories/biblioteca/demografia.pdf>. Acesso em: 25 jan. 2018.

SCHEFFER, Mário; CASSENOTE, Alex; BIANCARELLI, Aureliano. *Demografia médica no Brasil*. Cenários e indicadores de distribuição. v. 2. São Paulo: CREMESP/CFM, 2013. Disponível em: <https://www.cremesp.org.br/pdfs/DemografiaMedicaBrasilVol2.pdf>. Acesso em: 25 jan. 2018.

SCHEFFER, Mário; BIANCARELLI, Aureliano; CASSENOTE, Alex. *Demografia médica no Brasil 2015*. São Paulo: Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP/CREMESP/CFM, 2015. Disponível em: <https://www.usp.br/agen/wp-content/uploads/DemografiaMedica30nov2015.pdf>. Acesso em: 16 jan. 2018.

SCHEFFER, Mário; CASSENOTE, Alex; GUILLOUX, Aline Gil Alves; BIANCARELLI, Aureliano; MIOTTO, Bruno Alonso; MAINARDI, Giulia Marcelino. *Demografia médica no Brasil 2018*. São Paulo: Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP/CREMESP/CFM, 2018.

SCHERNHAMMER, Eva S.; COLDITZ, Graham A. Suicide rates among physicians: a quantitative and gender assessment (meta-analysis). *American Journal Of Psychiatry*, [s.l.], v. 161, n. 12, p. 2295-2302, Dec. 2004. Disponível em: <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.161.12.2295>. Acesso em: 2 jul. 2019.

SCHRAIBER, L. B. *O médico e seu trabalho*: limites da liberdade. São Paulo: Hucitec, 1993. 229 páginas.

SCHWARTZ, Charlotte Green. The stigma of mental illness. *Journal of Rehabilitation*, jul./ago. 1956.

SCHWARTZ, Leolei. Estilo de vida e burnout médico no Brasil. *Medscape*, 2019. Disponível em: <http://portugues.medscape.com/slideshow/65000099>. Acesso em: 2 jul. 2019.

SELIGMANN-SILVA, Edith. Saúde mental e trabalho. In: TUNIDS, S. & COSTA, N. (Orgs.). *Cidadania e loucura*: políticas de saúde mental no Brasil. Petrópolis: Vozes/Abrasco, 1987.

SELIGMANN-SILVA, Edith. Saúde mental e automação: a propósito de um estudo de caso no setor ferroviário. *Cadernos de Saúde Pública*, [s.l.], v. 13, n. 2, p. 95-109, 1997. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v13s2/1367.pdf>. Acesso em: 2 jul. 2019.

SHORTT, S. E. D. Psychiatric illness in physicians. *Canadian Medical Association Journal*, [s.l.], v. 3, n. 121, p. 283-288, Aug. 4, 1979. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1704352/?page=1>. Acesso em: 2 jul. 1979.

SIGERIST, Henry E. *A history of medicine: early Greek, Hindu, and Persian medicine*. Vol. II. Nova York: Oxford University Press, 1951/1961. 353 p.

SILVA, Álvaro Ferreira da. *Prevalência de transtorno mental e do comportamento e a possível relação com o trabalho, em profissionais da educação no Município de Palmas TO, no período de 2008 a 2011*. 2012. 70 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde com Ênfase em Saúde do Trabalhador, Universidade Federal do Tocantins, Palmas, 2012. Disponível em: <https://docs.uft.edu.br/share/proxy/alfresco-noauth/api/internal/shared/node/xcVCFWeARCid9FAFilPncA/content/Preval%C3%Aancia%20de%20transtorno%20mental%20e%20do%20comportamento%20e%20a%20poss%C3%ADvel%20rela%C3%A7%C3%A3o%20com%20o%20trabalho.%20DA%20SILVA,%20A.%202012.pdf>. Acesso em: 3 nov. 2019.

SILVA, Glauce Cerqueira Corrêa da; SOUSA, Evandro Guimarães de; MARTINS, Luiz Antônio Nogueira; BUYS Rogério Christiano; SANTOS Alair Augusto Sarmet Moreira Damas dos; Hilton KOCH, Augusto. A importância do apoio psicológico ao médico residente e especializando em radiologia e diagnóstico por imagem. *Radiologia Brasileira*, [s.l.], v. 44, n. 2, p. 81-84, abr. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rb/v44n2/v44n2a06.pdf>. Acesso em: 2 jul. 2019.

SILVA, Jéssica Madureira. *Avaliação de síndrome de burnout nos médicos da Atenção Primária à Saúde da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal*. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Medicina), Escola Superior de Ciências da Saúde, Brasília, DF, 2018. Disponível em: https://docs.google.com/document/d/1eVmp6T7FDbKtQV6XfZHQJZIF3LuxLSU4iECsMxWMAZM/edit?usp=drive_web&ouid=107507913210972346201&usp=embed_facebook. Acesso em: 26 maio 2019.

SILVA, Pedro Henrique Isaac. *O que fazemos do que fazem de nós: trajetórias sociais e militância entre os catadores de materiais recicláveis no Brasil*. 2015. 226 f. Tese (Doutorado) - Curso de Pós-Graduação em Sociologia, Departamento de Sociologia, Universidade de Brasília, Brasília, 2015. Disponível em: http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/19738/1/2015_PedroHenriqueIsaacSilva.pdf. Acesso em: 29 jan. 2020.

SIMMEL, Georg. *Filosofia del dinero*. Madri: Instituto de Estudios Políticos, 1977.

SIMMEL, Georg. *Questões fundamentais da sociologia: indivíduo e sociedade*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2006.

SIMON, Werner; LUMRY, Gayle K. Suicide among physician-patients. *The Journal Of Nervous and Mental Disease*, [s.l.], v. 147, n. 2, p. 105-112, Aug. 1968. Ovid Technologies (Wolters Kluwer Health). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1097/00005053-196808000-00002>. Acesso em: 29 jan. 2020.

SIMONDS, W; KATZ, Rothman B.; MELTZER, Norman B. *Laboring on: birth in transition in the United States*. Nova York: Routledge, 2006.

SINDICATO DOS MÉDICOS DO DISTRITO FEDERAL. *Hospital do Paranoá é de "medicina de guerra"*. SindMédico-DF vai denunciar cenário de caos ao CRM-DF e ao MPDFT e, se for preciso, entrará com novo pedido de interdição ética da unidade. Sindicato dos Médicos do Distrito Federal (SindMédico), Brasília/DF, 2 ago. 2017. Disponível em: <http://www.sindmedico.com.br/hospital-do-paranoa-situacao-e-de-medicina-de-guerra/>. Acesso em: 3 nov. 2019.

SINDICATO DOS MÉDICOS DO DISTRITO FEDERAL. XII Prêmio SindMédico está chegando a festa mais esperada do ano. *Revista Médico*, SindMédico/DF, Brasília, v. XX, n. 127, p. 14, 25 set./out. 2018. Disponível em: https://issuu.com/sind2011/docs/110920180923_revista_m_dico127_set-/14. Acesso em: 3 nov. 2019.

SINDICATO DOS MÉDICOS DO DISTRITO FEDERAL. HRC: "campo de guerra". *Revista Médico*, SindMédico/DF, Brasília, v. XX, n. 131, p. 22, mai./jun. 2019. Disponível em: https://issuu.com/sind2011/docs/revista_m_dico_131_-mai-jun_2019-we. Acesso em: 3 nov. 2019.

SMITH, Fay; GOLDACRE, Michael J.; LAMBERT, Trevor W. Working as a doctor when chronically ill or disabled: comments made by doctors responding to UK surveys. *Journal Of The Royal Society Of Medicine Open*, [s.l.], v. 7, n. 7, p. 1-10, July 1, 2016. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/2054270416649282>. Acesso em: 2 jul. 2019.

SØRENSEN, Aage B. Foundations of a rent-based class analysis. In: WRIGHT, Erik Olin (ed.). *Approaches to Class Analysis*. Cambridge: Cambridge University Press, 2005.

SPENCER, Karen Lutfe; GRACE, Matthew. Social foundations of health care inequality and treatment bias. *Annual Review of Sociology*, Palo Alto, California, Vol. 42, p. 101-120, July 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1146/annurev-soc-081715-074226>. Acesso em: 31 out. 2019.

STANTON, Josephine; RANDAL, Patte. Developing a psychiatrist-patient relationship when both people are doctors: a qualitative study. *British Medical Journal*, [s.l.], v. 6, n. 5, p. 1-9, May 24, 2016. BMJ. Disponível em: <https://bmjopen.bmj.com/content/6/5/e010216>. Acesso em: 3 ago. 2019.

STARR, Paul. *The social transformation of American medicine: the rise of a sovereign profession and the making of a vast industry*. Nova York: Basic Books, 1982. 592 p.

STRAUSS, Anselm; SCHATZMAN, Leonard; BUCHER, Rue; EHRLICH, Danuta; SABSHIN, Melvin. *Psychiatric ideologies and institutions*. Londres: The Free Press of Glencoe, Macmillan, 1964.

TABACHNICK, Norman. Countertransference crisis in suicide attempts. *Archives Of General Psychiatry*, [s.l.], v. 4, n. 6, p. 572-578, Jun. 1961. Disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/article-abstract/487994>. Acesso em: 6 nov. 2019.

TALBOTT, G. Douglas; GALLEGOS, Karl V.; WILSON, Philip O. The Medical Association of Georgia's impaired physicians program. *Journal Of The American Medical Association*, [s.l.], v. 257, n. 21, p. 2927-2930, June 5, 1987. Disponível em: <https://doi.org/10.1001/jama.1987.03390210075028>. Acesso em: 6 jul. 2019.

TAMAYO, M. R.; ARGOLO, J. C. T.; BORGES, L. O. Burnout em profissionais de saúde: um estudo com trabalhadores do município de Natal. In: BORGES, L. O. (Org.). *Os profissionais de saúde e seu trabalho*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005, p. 223-246.

TARDE, Gabriel. *Monadologia e sociologia*. Petrópolis: Vozes, 2003.

THE DOCUMENT FOUNDATION LibreOffice Calc. Versão: 6.2.4.2 (x64), [s.l.]: The Document Foundation, 2019. <https://pt-br.libreoffice.org/descubra/calc/>. Acesso em: 4 nov. 2019.

TOMLINSON, Jonathon. Lessons from "the other side": teaching and learning from doctors' illness narratives. *British Medical Journal*, [s.l.], p.g.3600-3601, June 2, 2014. Disponível em: <https://www.bmj.com/content/348/bmj.g3600>. Acesso em: 6 jul. 2017.

TRINDADE, Letícia de Lima; LAUTERT, Liana. Síndrome de burnout entre os trabalhadores da Estratégia de Saúde da Família. *Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo*, São Paulo, v. 44, n. 2, p. 274-279, jun. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n2/05.pdf>. Acesso em: 6 jul. 2019.

TUCKER, P.; BROWN, M.; DAHLGREN, A.; DAVIES, G.; EBDEN, P.; FOLKARD, S.; HUTCHINGS, H.; AKERSTEDT, T. 2010. The impact of junior doctors' worktime arrangements on their fatigue and well-being. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, [Helsinque, Finlândia?], v. 36, n. 6, p. 458-65, Nov. 2010. Disponível em: http://www.sjweh.fi/download.php?abstract_id=2985&file_nro=1. Acesso em: 27 maio 2018.

ULLRICH, G. *Labour and social dimensions of privatization and restructuring: health care services*. Geneva: Internacional Labour Office. 1997.

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA. *Saúde do servidor da Universidade de Brasília - estudo epidemiológico, triênio 2013-2015*. Brasília: Coordenação de Atenção à Saúde e Qualidade de Vida / Diretoria de Saúde, Segurança e Qualidade de Vida no Trabalho / Decanato de Gestão de Pessoas - DGP/DSQVT/CASQV, mar. 2016.

VAILLANT, George E.; SOBOWALE, Nancy Corbin; MCARTHUR, Charles. Some psychologic vulnerabilities of physicians. *New England Journal Of Medicine*, [s.l.], v. 287, n. 8, p. 372-375, Aug. 24, 1972. Massachusetts Medical Society. Disponível em: <https://doi.org/10.1056/NEJM197208242870802>. Acesso em: 6 jul. 2019.

VARELLA, Drauzio. *O médico doente*. São Paulo: Companhia das Letras, 2007.

VIEGAS, Carlos Alberto de Assis; ANDRADE, Ana Paula Alves de; SILVESTRE, Rosangela da Silva. Características do tabagismo na categoria médica do Distrito Federal. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, [s.l.], v. 33, n. 1, p. 76-80, fev. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jbpneu/v33n1/a15v33n1.pdf>. Acesso em: 6 jul. 2019.

VINCENT, M. O.; ROBINSON, E. A.; LATT, L. Physicians as patients: private psychiatric hospital experience. *Canadian Medical Association Journal*, [s.l.], v. 100, n. 9, p. 403-412, 1969. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1945725/>. Acesso em: 26 maio 2019.

VONNEGUT, Mark. Recovery and service: on being a physician with mental illness. *AMA Journal of Ethic*, American Medical Association, [s.l.], v. 18, n. 6, p. 643-645, June 1, 2016. Disponível em: <https://journalofethics.ama-assn.org/article/recovery-and-service-being-physician-mental-illness/2016-06>. Acesso em: 6 jul. 2019.

WACQUANT, Loïc. Habitus. In: CATANI, Afrânio Mendes; NOGUEIRA, Maria Alice; HEY, Ana Paula; MEDEIROS, Cristina Carta Cardoso (orgs.). *Vocabulário Bourdieu*. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2017.

WAITZKIN, Howard. Um siglo y médio de olvidos y redescubrimientos: las perdurables contribuciones de Virchow a la medicina social. *Medicina Social*, v. 1, n. 1, p. 5-10, jun. 2006.

WALLACE, Jean E.; LEMAIRE, Jane B.; GHALI, William A. Physician wellness: a missing quality indicator. *The Lancet*, [s.l.], v. 374, n. 9702, p. 1714-1721, Nov. 2009. Elsevier BV. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736\(09\)61424-0](http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736(09)61424-0). Acesso em: 04 ago. 2019.

WARING, E. M. Psychiatric illness in physicians: a review. *Comprehensive Psychiatry*, v. 15, n. 6, p. 519-530, Nov./Dec. 1974. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/0010-440X\(74\)90007-8](https://doi.org/10.1016/0010-440X(74)90007-8). Acesso em: 3 nov. 2019.

WEBER, David O. Poll results: Doctors's disruptive behavior disturbs physician leaders. In: AMERICAN COLLEGE OF PHYSICIAN EXECUTIVES. *On target - Managing Disruptive Physician Behavior*. Tampa, Florida: American College of Physician Executives, 2004. 78p. Disponível em: <https://www.quantiamd.com/q-qcp/OnTargetDisruptivePhysician.pdf>. Acesso em: 31 out. 2018.

WEBER, Max. *Wirtschaft und gesellschaft*. Tübingen: J. C. B. Mohr, 1922.

WEBER, Max. *Essais sur la théorie de la science*. Trad. J. Freund. Paris: Plon (Recherches em sciences sociales), 1965. p. 413-415.

WEBER, Max. *Sobre a teoria das ciências sociais*. Lisboa: Editorial Presença, 1974.

WEBER, Max. *Economia e sociedade: fundamentos da sociologia compreensiva*. Vol. 1. Brasília: UnB, 1991.

WEBER, Max. *Metodologia das ciências sociais*. Parte 1. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2001.

WEBER, Max. *A ética protestante e o "espírito" do capitalismo*. São Paulo: Companhia das Letras, 2004.

WEBER, Max. A psicologia social das religiões mundiais. In: GERTH H. H.; MILLS, C. Wright (orgs.). *Ensaio de sociologia*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar editores, s/d.

WEST, M.; SPENDLOVE M. The impact of culture and climate in healthcare organisations. In: COX, J. (Org.) *et al. Understanding Doctors' Performance*. Oxford: Radcliffe Publishing, 2006.

WIBLE, Pamela. *Physician suicide letters answered*. Eugene, Oregon: Amazon.com, 2016. 204 p.

PROFESSIONAL STANDARDS AUTHORITY. *General Medical Council (GMC)*. Londres: Professional Standards Authority, 2019. Disponível em: <https://www.professionalstandards.org.uk/what-we-do/our-work-with-regulators/find-a-regulator/general-medical-council>. Acesso em: 4 nov. 2019.

WILLIAMS, Eric S.; MANWELL, Linda Baier; KONRAD, Thomas R. The relationship of organizational culture, stress, satisfaction, and burnout with physician-reported error and suboptimal patient care: Results from the MEMO study. *Health Care Management Review*, [s.l.], v. 32, n. 3, p. 203-212, July/Sept. 2007. Ovid Technologies (Wolters Kluwer Health). Disponível em: https://journals.lww.com/hcmrjournal/Abstract/2007/07000/The_relationship_of_organizational_culture,.3.aspx. Acesso em: 6 jul. 2019.

WILLIAMS, S.; MICHIE, S.; PATTANI, S. *Improving the health of the NHS workforce*. Report of the partnership on the health of the NHS workforce. Londres: Nuffield Trust; 1998.

WISTRAND, Jonatan. When doctors are patients: a narrative study of help-seeking behaviour among addicted physicians. *Medical Humanities*, [s.l.], v. 43, n. 1, p. 19-23, 2017. BMJ. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1136/medhum-2016-011002>. Acesso em: 27 maio 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) (Suíça). *Depression and other common mental disorders: global health estimates*. Genebra: WHO Document Production Services, 2017. 24 p. Disponível em: http://www.who.int/mental_health/management/depression/prevalence_global_health_estimates/en/. Acesso em: 07 fev. 2018.

WRIGHT, Erik Olin. Foundations of a neo-Marxist class analysis. In: WRIGHT, Erik Olin (ed.). *Approaches to Class Analysis*. Cambridge: Cambridge University Press, 2005.

ZIMERMAN, David Epelbaum. A formação psicológica do médico. In: MELLO FILHO, Julio. *Psicossomática hoje*. Porto Alegre: Artmed, 1992. Cap. 6. p. 64-69.

ZOLA, Irving Kenneth. Medicine as an institution of social control. *Sociological Review*, v. 20, n. 4, 1972.

ZOLA, Irving Kenneth. Medicine as an institution of social control. In: EHRENREICH, John (ed.). *The cultural crisis of modern medicine*. Nova York: Monthly Review Press, 1978.

ZUGER, Abigail. Dissatisfaction with medical practice. *New England Journal Of Medicine*, [s.l.], v. 350, n. 1, p. 69-75, Jan. 2004. Disponível em: <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMSr031703>. Acesso em: 6 jul. 2019.

Apêndices

Apêndice A - Questionário de pesquisa (versão inicial).

Apêndice B - Roteiro de entrevista (versão inicial).

Apêndice C - Questionário aplicado.

Apêndice D - Roteiro de entrevista aplicado.

Apêndice E - Descrição de elementos das categorias da percepção de fatores causais para transtornos mentais e comportamentais de médicos brasileiros, para médicos da Emergência Pediátrica autodeclarados com transtornos mentais e comportamentais.

Apêndice F - Descrição de elementos das categorias da percepção das consequências de transtornos mentais e comportamentais para médicos autodeclarados com esses transtornos.

Apêndice A - Questionário de pesquisa (versão inicial)



Programa de Pós-Graduação em Sociologia
Universidade de Brasília

Trabalho e bem-estar de médicos (as) do DF



Questionário de pesquisa

IDENTIFICAÇÃO E CONTROLE

Data da entrevista:

Dia: __	Mês: __	Ano: ____
---------	---------	-----------

Parte 1 – CARACTERÍSTICAS PESSOAIS

1.1) Sexo:

- Masculino
- Feminino

1.2) Ano de nascimento:

- Em 1990 ou depois
- entre 1985 e 1989
- entre 1980 e 1984
- entre 1975 e 1979
- entre 1970 e 1974
- entre 1965 e 1969
- entre 1960 e 1964
- entre 1955 e 1959
- entre 1950 e 1954
- entre 1945 e 1949
- antes de 1944

1.3) Cor ou raça:	
1. __ Branca	4. __ Parda
2. __ Preta	5. __ Indígena
3. __ Amarela	

Parte 2 – MORADIA

2.1) Cidade/Unidade da Federação em que você mora: _____/____

2.2) Se você mora no Distrito Federal, qual é a Região Administrativa _____

2.3) Quantas pessoas moram em seu domicílio: ____

2.4) Além de você, quem também habita o seu domicílio?

- | | |
|--|---|
| 1. __ Pessoa responsável pelo domicílio | 8. __ Pai, mãe, padrasto ou madrasta |
| 2. __ Cônjuge ou companheiro (a) de sexo diferente | 9. __ Sogro (a) |
| 3. __ Cônjuge ou companheiro (a) do mesmo sexo | 10. __ Neto (a) |
| 4. __ Filho (a) do responsável e do cônjuge | 11. __ Bisneto (a) |
| 5. __ Filho (a) somente do responsável | 12. __ Irmão ou irmã |
| 6. __ Filho (a) somente do cônjuge | 13. __ Avô ou avó |
| 7. __ Genro ou nora | 14. __ Outro parente |
| | 15. __ Outro tipo de relação (indique): _____ |

Parte 3 – FORMAÇÃO E TRAJETÓRIA PROFISSIONAL

3.1) Onde você se formou em medicina?

() Instituição pública de ensino superior

() Instituição privada de ensino superior

3.2) Quando você começou a cursar medicina?

() entre 2004 e 2013

() entre 1994 e 2003

() entre 1984 e 1993

() entre 1974 e 1983

() entre 1964 e 1973

3.3) Em quanto tempo você se formou em medicina? ____ anos

3.4) Há quanto tempo você trabalha como médico? _____

3.5) Você tem alguma especialização médica?

() Sim () Não

3.5) Se sim, qual sua especialidade médica? _____

Parte 4 – TRABALHO

- 4.1) Quantos vínculos de trabalho você tem? ____
- 4.2) Qual sua jornada semanal total de trabalho? ____ horas
- 4.3) Qual sua jornada máxima ininterrupta? ____ horas
- 4.4) Em algum dos seus postos de trabalho, você trabalha em horário noturno?
() Sim () Não
- 4.5) Você já sofreu alguma doença ocupacional ou acidente de trabalho?
() Sim () Não
- 4.6) Considera que seu trabalho lhe adocece mentalmente?
() Sim () Não
- 4.7) Você convive atualmente com algum médico que está adoecido mentalmente?
() Sim () Não

Parte 5 – SAÚDE MENTAL

- 5.1) Nas duas últimas semanas, com que frequência você se sentiu deprimido, "pra baixo" ou sem perspectiva?
() Nenhum dia
() Menos da metade dos dias
() Mais da metade dos dias
() Quase todos os dias
- 5.2) Nas duas últimas semanas, com que frequência você se sentiu mal consigo mesmo, se achando um fracasso ou achando que decepcionou sua família?
() Nenhum dia
() Menos da metade dos dias
() Mais da metade dos dias
() Quase todos os dias
- 5.3) Nas duas últimas semanas, com que frequência você pensou em se ferir de alguma maneira ou achou que seria melhor estar morto?
() Nenhum dia
() Menos da metade dos dias
() Mais da metade dos dias
() Quase todos os dias
- 5.4) Usa medicação para dormir com alguma frequência?
() Sim () Não
- 5.5) Você tem o hábito de fumar?
() Sim () Não

5.6) Quantos dias por semana você costuma tomar alguma bebida alcoólica?

Nº ____ Dias

() Nunca ou menos de uma vez por semana

5.7) Você tem atualmente algum transtorno mental ou comportamental?

() Sim

() Não

Se não, risque e anule as seguintes duas perguntas:

5.8) Qual transtorno ou transtornos mentais e comportamentais você tem?

5.9) Adoeceu desde quando? _____

Quais tratamentos você faz atualmente para transtorno mental e comportamental?

5.10) Faz psicoterapia: () Sim () Não

5.11) Toma medicamentos: () Sim () Não

5.12) Outro (Especifique: _____)

Parte 6 – VÍNCULOS DE CONFIANÇA

6.1) Com quantos familiares ou parentes você se sente à vontade e pode falar sobre quase tudo?

Nº ____ Parentes

Nenhum ()

6.2) Com quantos amigos você se sente à vontade e pode falar sobre quase tudo? (sem considerar os familiares ou parentes)

Nº ____ Amigos

Nenhum ()

Apêndice B - Roteiro de entrevista (versão inicial)



Programa de Pós-Graduação em Sociologia
Universidade de Brasília

Trabalho e bem-estar de médicos (as) do DF



**Protocolo de entrevista: temas com perguntas para
entrevista**

1 FAMÍLIA

Este item objetiva verificar como são as relações familiares atuais do médico na vida cotidiana. Examina as formações profissionais na família, os afetos e a ocorrência de transtornos mentais e comportamentais na família.

Perguntas:

1.1 Cotidiano:

- 1.1.1. Me fale sobre sua família.
- 1.1.2. Como é o dia a dia na sua casa?

1.2 Relações familiares:

- 1.2.1. Como é a relação com sua família?
- 1.2.2. Você diria que a sua família te oferece o suporte emocional necessário no dia a dia? Em algum momento, você já sentiu faltar esse suporte? Poderia falar sobre isso?
- 1.2.3. Todas famílias têm momentos bons e ruins, entendimentos e desentendimentos. Na sua família, como é isso? Como vocês lidam com situações de desentendimento?
- 1.2.4. Pensando agora não apenas na sua família nuclear, mas nos seus familiares de maneira geral. Você diria que a sua família é mais unida ou mais desunida? Por quê?
- 1.2.5. Pensando ainda nos seus familiares de maneira geral, vocês convivem ou já conviveram com algum quadro de saúde mental?
- 1.2.6. Pensando novamente nos seus familiares de maneira geral, há muitos médicos na sua família?
- 1.2.7. O que sua família fala de seu trabalho?
- 1.2.8. Como você diria que o seu trabalho afeta a sua família?

2 TRAJETÓRIA DE VIDA, COM ÊNFASE NA FORMAÇÃO ACADÊMICA

O objetivo deste tópico é entender a formação e modificação das expectativas do então estudante vis-à-vis a realidade enfrentada na prática médica. Para isso, investiga a formação da expectativa através do exame da trajetória individual durante a formação do médico, assim como no processo anterior, na decisão de estudar medicina e as influências para tal. Busca comparar quais eram as expectativas durante o ensino médio e no curso de medicina e a realidade vivida na faculdade e na prática médica. Verificará como o médico se sentia nesses três períodos: escola, faculdade e prática médica. No processo de formação do médico (a), buscará verificar dificuldades, percalços e fatos positivos motivadores para a continuação no curso e construção da trajetória individual. Isso é feito para se analisar se, e como, as expectativas foram sendo transformadas historicamente.

Perguntas:

2.1. Ciclo básico de ensino:

- 2.1.1. Agora eu gostaria que a gente falasse um pouco da sua trajetória escolar, durante o período que hoje chamamos de Ensino Médio.
- 2.1.2. Como foi que se deu, naquela época, sua decisão de estudar medicina? Você diria que alguém lhe influenciou? Quem?

- 2.1.3 Naquela época, como você imaginava que seria cursar medicina? E o que você achava da prática médica em geral?
 - 2.1.4 Aquilo que você pensava naquela época, é diferente do que você vivencia agora? Poderia explicar essa diferença?
 - 2.1.5 Naquela época do segundo grau, como você se sentia com relação a essa expectativa de cursar medicina? Você diria que se sentia pressionado? Você diria que se sentia otimista com relação a essa expectativa?
 - 2.1.6 O ingresso nos cursos de medicina sempre foi muito concorrido. Como você se sentia com relação a essa competição? Ela afetava suas amizades? Afetava seu cotidiano?
 - 2.1.7 Você fez cursinho preparatório para o vestibular de medicina? Se sim, como você se sentia durante o cursinho?
- 2.2. Faculdade de medicina:
- 2.2.1. Agora, gostaria que falássemos um pouquinho sobre sua trajetória dentro do curso de medicina.
 - 2.2.1. Quais você diria que foram as maiores dificuldades por que você passou durante o curso de medicina? Poderia falar um pouco sobre elas?
 - 2.2.2. E, por outro lado, o que lhe deixava mais feliz com relação ao curso?
 - 2.2.3. Como eram as relações com os colegas de faculdade?
 - 2.2.4. Como eram as relações com os professores da faculdade?
 - 2.2.5. E como foi o internato?
 - 2.2.6. Se você fez residência, como foi?

3 QUALIDADE DE VIDA

Esta seção objetiva compreender as condições de vida e relações sociais do médico e o dia a dia dele. Pretende verificar aspectos considerados positivos da vida do médico e as emoções que vivencia.

Perguntas:

- 3.1. Acerca da qualidade de vida
 - 3.1.1. Qual sua rotina diária?
 - 3.1.2. Você pode me descrever um dia habitual seu?
 - 3.1.3. Você considera que suas condições de vida são boas?
 - 3.1.4. Como é seu sono e alimentação?
 - 3.1.5. Quantas horas você gasta diariamente no trânsito?
 - 3.1.6. Faz alguma atividade física? Se sim, qual ou quais?
- 3.2. Emoções e objetivos de vida:
 - 3.2.1. Que emoções você tem sobre a sua vida?
 - 3.2.2. Você tem metas na vida? Se sim, quais as suas metas?
- 3.3. Aspectos positivos da vida:
 - 3.3.1. O que as pessoas mais elogiam em você?
 - 3.3.2. Em qual momento de sua vida você esteve no seu melhor? Conte.

- 3.3.3. Quais são as suas qualidades positivas?
- 3.3.4. Com o que você sente prazer?
- 3.3.5. O que você pensa do sentimento de compaixão?

3.4. Relações sociais:

- 3.4.1. Como são seus amigos?
- 3.4.2. O que você acha das suas relações com as outras pessoas atualmente?
- 3.4.3. Suas relações com as outras pessoas têm melhorado, piorado ou se mantido igual nos últimos anos?
- 3.4.4. Você se sente mais isolado das outras pessoas? Por quê?
- 3.4.5. Quais seus sentimentos a respeito das relações com as outras pessoas?

4 TRABALHO

Objetiva verificar como é o cotidiano e relações de trabalho de médicos no Distrito Federal e as emoções que advêm. Compara também diferentes postos de trabalho em que trabalhou ao longo do tempo.

Perguntas:

4.1. Cotidiano no trabalho:

- 4.1.1. Você poderia descrever um dia de seu trabalho?
- 4.1.2. Você recebe pressão no seu trabalho? Se sim, como é?
- 4.1.3. Você já passou por dilemas éticos no seu trabalho?

4.2. Afetos relacionados ao trabalho:

- 4.2.1. Quais as emoções mais presentes no seu trabalho de trabalho? (Além de emoções positivas, verificar medo, temor, raiva, preocupação, tristeza, melancolia, ansiedade, preocupação, irritação, desamparo, angústia, desapontamento, impotência, desrespeito, desencanto, insegurança, desorientação, vulnerabilidade, fragilidade, desesperança, desgaste).
- 4.2.2. No tema da saúde e segurança no trabalho, o que você pensa dos riscos de sua atividade profissional? Como você lida com os riscos da profissão médica?
- 4.2.3. Qual é a sua opinião sobre o erro médico? Comente.
- 4.2.4. O erro médico tem por causa os médicos?
- 4.2.5. O erro médico leva a muito medo entre os médicos?
- 4.2.6. Que relação você estabelece entre as suas condições de trabalho e os riscos a que você está submetido?
- 4.2.7. Que tarefas lhe dão mais prazer e desprazer no trabalho?
- 4.2.8. Você sofre com o seu trabalho? Se sim, por quê?
- 4.2.9. Há algo que você não suporta no seu trabalho? O quê?

4.3. Relações de trabalho:

- 4.3.1. De maneira geral, como é a sua relação com os pacientes no seu trabalho? Poderia descrevê-la?
- 4.3.2. A forma em que ocorre sua relação com o paciente lhe afeta? Como?
- 4.3.3. Você cria uma relação de trabalho com os pacientes?

- 4.3.4. Um hospital é composto por uma equipe grande e diversificada, que vai dos médicos até ao pessoal da limpeza. Você poderia falar um pouco sobre como é sua relação com essas diferentes pessoas? (Colegas médicos, não médicos – paramédicos – equipe de trabalho, administração, direção hospitalar, demais trabalhadores).
- 4.3.5. Você já se sentiu sozinho ou isolado no seu trabalho?
- 4.3.6. Se você trabalha em hospital, como é a sua relação com essa instituição?
- 4.3.7. Se você trabalha em instituição pública, como é a sua relação com essa instituição?
- 4.3.8. Você considera que tem alguma ingerência ou poder em relação aos lugares em que você trabalha?
- 4.3.9. Você acha que os médicos se sujeitam a decisões executivas sem poder e sem querer questioná-las?
- 4.3.10. Você já se sentiu oprimido no seu trabalho?

4.4. Comparações entre postos de trabalho e historicamente:

- 4.4.1. Você trabalha em mais de um posto de trabalho? Se sim, qual comparação (com diferenças e semelhanças) faz entre esses seus trabalhos?
- 4.4.2. Que comparação faz entre seus trabalhos nos dias atuais e seu trabalho no passado?

5 CONDIÇÕES DE TRABALHO

Objetiva examinar as condições e o ambiente de trabalho do médico atualmente. Busca identificar condições de trabalho em outros vínculos laborais do médico, assim como a relevância de outras organizações para o trabalho dele.

Perguntas:

5.1. Condições de trabalho:

- 5.1.1. Há quantos anos você trabalha como médico?
- 5.1.2. Suas condições de trabalho pioraram, melhoraram ou se mantiveram as mesmas nos últimos anos?
- 5.1.3. Já experimentou dificuldades de trabalho pela falta de médicos ou outros profissionais da saúde, materiais, medicamentos, insumos ou equipamentos em geral, inclusive Equipamentos de Proteção Individual (EPI)?
- 5.1.4. Como você vê a intensidade de seu trabalho?
- 5.1.5. Como funciona seu regime de plantões?
- 5.1.6. Você considera sua jornada de trabalho estressante?
- 5.1.7. Você já sofreu ameaças no trabalho? Se sim, de quem?
- 5.1.8. Você já sofreu violência física no ambiente de trabalho? Poderia relatar o caso?
- 5.1.9. Você já se sentiu como alvo de injustiça no ambiente de trabalho? Poderia relatar algum caso?
- 5.1.10. Você já sofreu algum tipo de assédio no ambiente de trabalho? Como foi essa experiência?
- 5.1.11. De maneira geral, como você se sente a respeito de suas condições de trabalho?

5.1.12. Sobre a situação dos hospitais no DF, é grande a reclamação dos médicos sobre a falta de médicos. O que você acha dessa reclamação em relação aos locais onde trabalha?

5.1.13. O que você pensa da área de saúde ocupacional?

5.2 Ambiente de trabalho:

Perguntas:

5.2.1. Há estudos que mostram que termos como tédio, irritabilidade, cansaço crônico, esgotamento e exaustão são, frequentemente, utilizados por médicos para descreverem como se sentem? Como você enxerga isso? Você se identifica com algum desses termos?

5.2.2. Outros termos utilizados são: ceticismo amargo, humor negro, mau humor e ironia. Sobre esses termos, você teria algo a dizer? Você também os utilizaria para descrever algumas das sensações e experiências que você tem em função da prática médica? (Pergunta prioritária).

5.2.3. Você já experimentou, alguma vez, uma sensação de perda de sentido com relação ao trabalho ou à vida em geral? Poderia comentar sobre isso?

5.2.4. Como o atestado médico para médicos é visto pela gestão?

5.2.5. Você acredita que o trabalho dos médicos no DF está precário? Por quê?

5.2.6. Há falta de reconhecimento dos problemas por que passam os médicos no DF?

6 OPINIÃO SOBRE O ADOECIMENTO MENTAL DE MÉDICOS

Pergunta a opinião sobre transtornos mentais e comportamentais na categoria médica em geral e sugestões para lidar com o estado em que ela vive. Com o objetivo de minorar e evitar riscos de exposição ao médico entrevistado, não questiona diretamente sobre a ocorrência de transtorno mental e comportamental dele, mas a opinião que tem sobre o que observa.

Perguntas:

6.1. Adoecimento médico:

6.1.1. Você considera que, diante da população médica, há muitos médicos mentalmente doentes? Se sim, quais as razões para a alta incidência de transtornos mentais e comportamentais na categoria médica?

6.1.2. Por que você acha que os médicos adoecem mentalmente?

6.1.3. Como é o sofrimento do médico?

6.1.4. O trabalho adoecer os médicos? Se sim, por quê? Se o trabalho adoecer, o que faltaria ou deveria mudar para evitar ou não ocorrer mais?

6.1.5. Na sua opinião, o que é adoecer no trabalho?

6.1.6. Há estudos que mostram que a incidência de cânceres e problemas cardíacos em médicos é menor do que na população em geral. Contudo, os problemas mentais são muito maiores. Por que você acha que isso ocorre?

- 6.1.7. Uma das grandes estudosas sobre saúde mental entre profissionais, verificou que existe a ideia de que "o médico é o pior paciente" (MELEIRO, Alexandrina, 2005, p. 160). O que você pensa disso?
- 6.1.8. Você acha que o estilo de vida dos médicos se relaciona à incidência de transtornos mentais e comportamentais?
- 6.1.9. Você acha que as condições de trabalho médico estão associadas às condições de saúde mental dos médicos?
- 6.1.10. A forma com que o médico se relaciona à direção hospitalar pode levar a transtorno mental ou comportamental. Você concorda com essa afirmação?
- 6.1.11. A família influencia para a incidência de transtornos mentais e comportamentais? Comente.
- 6.1.12. Médicos fazem autodiagnóstico? E se automedicam? O que você acha disso?
- 6.1.13. Comente: médicos tem dificuldade de procurar um colega para se tratar, seja pessoalmente ou como cliente?
- 6.1.14. O que você pensa das cobranças, estigma e automedicação para o adoecimento dos médicos?
- 6.1.15. Você acha que o sentimento de culpa é comum entre os médicos?
- 6.1.16. Qual o impacto do adoecimento médico para os pacientes e para a equipe de trabalho?

Apêndice C - Questionário aplicado



Programa de Pós-Graduação em Sociologia
Universidade de Brasília

Trabalho e bem-estar de médicos (as) do DF



Questionário de pesquisa

Data da entrevista: ____ / ____ / ____

Parte 1 – CARACTERÍSTICAS PESSOAIS

1.2) Sexo:

- () Masculino
() Feminino

1.2) Ano de nascimento:

- () Em 1990 ou depois
() entre 1985 e 1989
() entre 1980 e 1984
() entre 1975 e 1979
() entre 1970 e 1974
() entre 1965 e 1969
() entre 1960 e 1964
() entre 1955 e 1959
() entre 1950 e 1954
() entre 1945 e 1949
() antes de 1944

1.3) Cor ou raça:

1. __ Branca
2. __ Preta
3. __ Amarela
4. __ Parda
5. __ Indígena

Altura? _____

Peso? _____

Tem religião? () Sim () Não

Se sim, qual? _____

Parte 2 – MORADIA

2.1) Cidade/Unidade da Federação em que você mora: _____/____

2.2) Se você mora no Distrito Federal, qual é a Região Administrativa _____

2.3) Quantas pessoas moram em seu domicílio: ____

2.4) Além de você, quem também habita o seu domicílio?

- | | |
|--|---|
| 1. __ Pessoa responsável pelo domicílio | 8. __ Pai, mãe, padrasto ou madrasta |
| 2. __ Cônjuge ou companheiro (a) de sexo diferente | 9. __ Sogro (a) |
| 3. __ Cônjuge ou companheiro (a) do mesmo sexo | 10. __ Neto (a) |
| 4. __ Filho (a) do responsável e do cônjuge | 11. __ Bisneto (a) |
| 5. __ Filho (a) somente do responsável | 12. __ Irmão ou irmã |
| 6. __ Filho (a) somente do cônjuge | 13. __ Avô ou avó |
| 7. __ Genro ou nora | 14. __ Outro parente |
| | 15. __ Outro tipo de relação (indique): _____ |

Parte 3 – FORMAÇÃO E TRAJETÓRIA PROFISSIONAL

3.1) Onde você se formou em medicina?

- () Instituição pública de ensino superior
() Instituição privada de ensino superior

3.2) Quando você começou a cursar medicina?

- () entre 2004 e 2013
() entre 1994 e 2003
() entre 1984 e 1993
() entre 1974 e 1983
() entre 1964 e 1973
() antes de 1964

3.3) Em quanto tempo você se formou em medicina? ____ anos

3.4) Há quanto tempo você trabalha como médico? _____

3.5) Você tem alguma especialização médica?

- () Sim () Não

3.5) Se sim, qual sua especialidade médica? _____

Parte 4 – TRABALHO

4.1) Quantos vínculos de trabalho você tem? ____

4.2) Qual sua jornada semanal total de trabalho? ____ horas

4.3) Qual sua jornada máxima ininterrupta? ____ horas

4.4) Em algum dos seus postos de trabalho, você trabalha em horário noturno?

- () Sim () Não

4.5) Você já sofreu alguma doença ocupacional ou acidente de trabalho?

Sim Não

4.6) Considera que seu trabalho lhe adocece mentalmente?

Sim Não

4.7) Você convive atualmente com algum médico que está adoecido mentalmente?

Sim Não

Parte 5 – SAÚDE MENTAL

5.1) Nas duas últimas semanas, com que frequência você se sentiu deprimido, "pra baixo" ou sem perspectiva?

- Nenhum dia
- Menos da metade dos dias
- Mais da metade dos dias
- Quase todos os dias

5.2) Nas duas últimas semanas, com que frequência você se sentiu mal consigo mesmo, se achando um fracasso ou achando que decepcionou sua família?

- Nenhum dia
- Menos da metade dos dias
- Mais da metade dos dias
- Quase todos os dias

5.3) Nas duas últimas semanas, com que frequência você pensou em se ferir de alguma maneira ou achou que seria melhor estar morto?

- Nenhum dia
- Menos da metade dos dias
- Mais da metade dos dias
- Quase todos os dias

5.4) Usa medicação para dormir com alguma frequência?

Sim Não

5.5) Você tem o hábito de fumar?

Sim Não

5.6) Quantos dias por semana você costuma tomar alguma bebida alcoólica?

Nº ____ Dias

Nunca ou menos de uma vez por semana

5.7) Você tem atualmente algum transtorno mental ou comportamental?

() Sim

() Não

Se não, risque e anule as seguintes cinco (05) perguntas:

5.8) Qual transtorno ou transtornos mentais e comportamentais você tem?

5.9) Adoeceu desde quando? _____

5.10) Qual a medicação que lhe foi prescrita? _____

5.11) Data de início da medicação? _____

5.12) Data de troca da medicação? _____

5.13) Você faz psicoterapia? () Sim () Não

5.14) Toma medicamento? () Sim () Não

Se sim, qual ou quais? _____

Parte 6 – VÍNCULOS DE CONFIANÇA

6.1) Com quantos familiares ou parentes você se sente à vontade e pode falar sobre quase tudo?

Nº ___ Parentes

Nenhum ()

6.2) Com quantos amigos você se sente à vontade e pode falar sobre quase tudo? (sem considerar os familiares ou parentes)

Nº ___ Amigos

Nenhum ()

Apêndice D - Roteiro de entrevista aplicado

1. Relações de trabalho:

- 1.3) De maneira geral, como é a sua relação com os pacientes? Poderia descrevê-la?
- 1.4) Como é a relação com seus colegas de trabalho? Falando especificamente dos médicos.
- 1.5) Como é a relação com os colegas de trabalho não médicos?
- 1.6) Como é a sua relação de trabalho com a chefia?

2. Percepções:

- 2.1) Você considera que, comparando com a população brasileira em geral, há muitos médicos passando por transtornos mentais e comportamentais? Se sim, quais as razões para isso?
- 2.2) Na sua opinião, o que é adoecer no trabalho?
- 2.3) Quais as consequências do adoecimento mental dos médicos?

3. Extras:

- 3.1) Há algo que você não suporta no seu trabalho? Poderia falar o que é?
- 3.2) Por outro lado, o que te dá mais prazer no seu trabalho?
- 3.3) Você já se sentiu sozinho ou isolado no seu trabalho?
- 3.4) De maneira geral, você influencia em decisões relevantes no seu trabalho? Poderia citar exemplos?

Apêndice E - Descrição de elementos das categorias da percepção de fatores causais para transtornos mentais e comportamentais de médicos brasileiros, para médicos da emergência pediátrica autodeclarados com transtornos mentais e comportamentais

Descrevem-se abaixo elementos que compõem cada categoria referente a fatores causais de transtornos mentais e comportamentais de médicos brasileiros. A participação de cada categoria no discurso dos médicos autodeclarados com transtorno mental ou comportamental está na Tabela 10.

Ordenação do trabalho. Estruturação para e da execução do trabalho médico. É responsável por propiciar as condições de trabalho e pelo ambiente de trabalho.

Condições de trabalho. Condições de trabalho são infraestrutura, equipamentos, subsídios, insumos e materiais, medicamentos e o suporte necessários diante da quantidade e da gravidade do caso dos pacientes. As más condições põem pressão para o médico atender muito, recebendo mais exigências, o que impacta o ambiente de trabalho.

Emoções. Há condições emocionais em médico, dadas as condições de trabalho. As emoções relatadas foram as de frustração, decepção, hostilidade, exaustão, ansiedade, esperança no atendimento a paciente, insegurança sobre futuro pessoal, sofrimento e choro com a morte de paciente.

Organização de formação médica. A organização da residência médica em anos e horas semanais de trabalho, e a qualidade, sem margem mínima de erro, relaciona-se à exaustão, problemas de saúde mental, falta de tempo para estudo, problemas (de hierarquia e conhecimento) na relação com médicos de *staff*, no ambiente competitivo na medicina. Residentes desenvolvem solidariedade entre si. Houve referência a preparo para a escola de medicina.

Campo. São regras reais do funcionamento do meio médico, nas relações entre médicos e dos médicos com outros atores sociais relacionados à atividade médica. É um espaço de lutas, hierarquias, mas também ocorre cooperação. Pode se assemelhar a um jogo.

Relação com a população; Relação com o público; Relação com a sociedade. Relação da categoria médica, tanto no setor público, como no privado, com a população, o público e a sociedade em geral. Nem o setor público, nem o privado conseguem atender a população, mas as condições no privado podem ser até piores, com mais pressão e cobranças. Trata-se de populações de diferentes Regiões Administrativas do DF e de Goiás atendidas por diferentes unidades de saúde. A população é impaciente dado o desamparo, o que leva a agredir médicos. A sociedade se torna mais exigente e alguns casos envolvendo médicos se tornam públicos.

Condições estruturais para a relação médico-paciente. Infraestrutura e estrutura para a relação do médico com o paciente. São a base para maior responsabilização dos médicos pelas vidas e pelos cuidados, a autocobrança dos médicos, a plena recuperação dos pacientes e ganharem reconhecimento.

Ambiente de trabalho. O ambiente de trabalho se caracteriza pela tensão existente, com a lotação do Pronto-Socorro e dos hospitais.

Disposição. Modo em que os médicos se dispõem e estão dispostos nas relações de trabalho, em um ambiente de tensão, que envolve ideologias e a banalização do suicídio médico. A disposição envolve responsabilidade, fingimento, boas ações, baixo republicanismo, bajulação, favores sexuais, que levam à exaustão e impactam a saúde mental dos médicos.

Categoria médica. O problema de saúde mental dos médicos é percebido como universal, estrutural e comum. Relaciona-se ao ambiente competitivo entre os médicos, permeado por ideologia. Nesse ambiente se ressalta a vaidade, com a formação de expectativas. A ordenação do trabalho médico atua em papéis para as incertezas, responsabilização e precariedade na categoria médica.

Ideologias. São citadas ideologias de perfeição, ser um vencedor, excelência, estoicismo e sacerdócio. Elementos morais e religiosos estiveram envolvidos na construção das ideologias. As ideologias se relacionaram a expectativas.

Indivíduo. Trata-se do médico como indivíduo, com a vaidade, em meio às relações sociais, com outros médicos e as instituições, as regras formais e informais.

Jornada de trabalho. A expressão nativa para jornada de trabalho é "carga horária". São mencionados tanto um excesso de jornada, quanto um crescimento da jornada. A jornada noturna foi relacionada a adoecimento e só foi exercida pela necessidade de se conciliarem diferentes vínculos e jornadas. Entre residentes, a partir da jornada semanal de 60 horas e a jornada ininterrupta de 40 e 50 horas, há percepção de sendo relacionadas a problemas de saúde mental, além de prejudiciais ao estudo.

Relações entre médicos. Citaram-se a vaidade e relações complicadas com outros médicos.

Família do médico. Há privação do convívio familiar, devido à dinâmica da vida do médico e ao problema da separação do local de trabalho e do local em que vive a família. Ocorrem preocupações. Em caso de residentes, relatou-se a formação de uma espécie de família entre residentes de outros estados, devido à situação de distanciamento da família. Relataram-se lutos e problemas no interior da família.

Questões de conhecimento. Relacionam-se ao conteúdo adquirido junto à organização da formação médica, vis-à-vis a ordenação do trabalho. De um lado, o médico sabe a técnica, o conteúdo e o que precisa ser feito, tem especializações, mestrado e doutorado. De outro lado, há a ordenação do trabalho. Essa se relaciona à designação de local de trabalho, como Pronto-Socorro, à hierarquia entre *staff* e residentes, com conflitos sobre conhecimento.

Relacionamentos no trabalho. Relações em geral no trabalho, não especificadas.

Relação com paciente (individual do médico). O médico sofre agressões na relação com paciente, no contexto do funcionamento precário de unidade de saúde, e mesmo com a autocobrança e a responsabilidade em relação ao paciente. Citaram-se xingamentos, gritarias, insultos e ameaças de disparo com arma de fogo. As agressões são relatadas como verbais, diretas e habituais.

Controle/Autonomia/Impotência. As condições do médico, diante da responsabilidade socialmente imputada a ele e à autocobrança que se faz. A autonomia do médico, em relação ao controle sobre os meios de prestação do trabalho médico. Médico é levado à grande

autocontrole, ao mesmo tempo em que é impotente diante daqueles meios, pela falta de controle sobre eles.

Trabalho noturno - com privação e dificuldades para o sono. Trabalho noturno, seja por plantão ou turno, tem relação com um sono inadequado ou a não se poder dormir. É percebido como fonte de adoecimento. A necessidade do médico que o faz trabalhar à noite e também a não trabalhar, com recomendação médica.

História. Historicidade da realidade é percebida pelos médicos. Versaram sobre o tempo de serviço e os anos da residência médica.

Habitus. Um modo de ser do médico - com as relações -, diante dos pacientes, da categoria profissional e do mundo em que ele vive.

Política governamental (Previdência Social). Preocupações sobre a aposentadoria diante da política governamental em relação à Previdência Social.

Comportamento do próprio médico doente. Uma autoexpectativa do médico leva a uma autocobrança perfeccionista, em busca da excelência no trabalho médico, em conflito com a falibilidade humana.

Privação do acesso à alimentação. Dinâmica do trabalho dificulta a possibilidade de acesso à comida.

Processualidade para cansaço, exaustão, estafa e esgotamento

Processo de trabalho médico que leva a cansaço, exaustão, estafa e esgotamento.

Perdas pessoais. Relataram-se lutos por morte de familiar e por separação de cônjuge.

Valor do trabalho. Processo de desvalorização do trabalho médico e de profissionais liberais em geral, por parte do Estado e da sociedade.

Questões além do trabalho. Relacionam-se a aspectos gerais, não especificados, da vida do médico além do trabalho.

Reconhecimento

As percepções são multifacetadas sobre reconhecimento. Por um lado, ao mesmo tempo em que existe uma pressão pela realização profissional do médico, por outro, não ocorre concurso de remoção na Secretaria de Saúde do DF há anos, por exemplo. Por sua vez, há reconhecimento do trabalho dos médicos por parte dos pacientes.

Relações com a equipe. Relações com a equipe de trabalho.

Mobilização. As requisições de materiais e estrutura que fazem os médicos são diferenciadas entre as unidades de saúde por Região Administrativa do DF.

Modo de vida. Vida estressante e corrida, dado o tamanho e intensidade da jornada de trabalho. Há uma expectativa da população de autoentrega do médico, como um sacerdócio. Neste modo de vida, há dificuldades para o sono e a alimentação, cansaço, estafa, choro, privação do convívio familiar, de autocuidados de saúde e de atividade física. Residentes buscam cooperar entre si.

Questões morais. Relacionadas ao choque entre o dever-ser e a realidade vivenciada pelo médico.

Aspectos financeiros. Citados uma vez, foi relacionado à capacidade do médico demonstrar que é um vencedor, e não um perdedor.

Privação de necessidades fisiológicas básicas. Citada como o desejo do médico em ir ao banheiro, mas que é impossibilitado por não se reconhecer isso como um direito.

Adição. Referiu-se a abuso de drogas.

"Favores sexuais". Não definidos. Referidos como um meio para obtenção de benefício na carreira médica.

Apêndice F - Descrição de elementos das categorias da percepção das consequências de transtornos mentais e comportamentais para médicos autodeclarados com esses transtornos

Descrevem-se abaixo elementos que compõem cada categoria referente às consequências percebidas pelos médicos para os problemas de saúde mental. A participação de cada categoria no discurso dos médicos autodeclarados com transtorno mental ou comportamental está na Tabela 14.

Próprio médico com transtorno (na vida do médico). Os impactos ocorrem na saúde mental e geral do médico, com consequências nos autocuidados e nas relações dele. Pode haver cansaço, estafa físico, problemas no sono, na alimentação e de peso, adoecimento físico e problemas de saúde mental, como ansiedade, depressão, esquecimentos, tristezas, pensamentos de morte, adições. Há dificuldade com autocuidados e criam-se ideologias autojustificadoras para o problema que se vive. Ocorre impaciência com paciente e há cobranças no trabalho. Os erros são ruins para o médico. Na vida em geral, pode-se ter dificuldade de se lidar com situações graves.

Ordenação do trabalho. O local de atuação é percebido como impactado pelos problemas de saúde mental do médico, seja um Pronto-Socorro ou qualquer unidade de saúde, mas se dá de modo diferenciado pelo tipo de serviço médico prestado. Há perda da quantidade e qualidade do trabalho, com falta de atendimento e erros. Ocorrem o absenteísmo, exonerações, restrições, atestados e abonos.

Paciente. Podem sofrer diferentes impactos, desde a falta de médico, ruins qualidades do diagnóstico, do tratamento e da relação com médico, até erros médicos e consequências graves, dada a condição de saúde mental do médico.

Relações sociais do médico. Compromete-se a vida social do médico, assim como a relação consigo próprio, e os desdobramentos disso. Há incapacidade de se pensar em levar bem-estar a paciente e pessoas à volta, pois falta o próprio bem-estar. Podem ocorrer tanto o isolamento, como se desenvolverem pensamento e ação crítica em relação ao trabalho, sobre sacrifícios, número de vínculos e horas de trabalho e qualidade de vida. Relatam-se desinteresse, impulsividade, impaciência e agressividade.

Tratamento do médico. Tratamento com psiquiatra, psicoterapia e uso de medicação. Necessitou-se de apoio econômico da família para o tratamento. Houve problemas com o preço do tratamento, na prática do falar e negligência do problema.

Relação médico-paciente. Ocorre a percepção da perda de interesse no desejo de tratar o problema do paciente, com desinteresse pela história dele, de vê-lo de forma integral. Isso afeta a qualidade da relação, que pode se tornar ruim e haver uma agressividade com paciente.

Comunicação do médico. Ocorre a falta de confiança e vontade de falar, com mal-estar para falar, negligência e falta de reconhecimento de problema.

Relação com a medicina / Percepção da medicina. São referidas a insatisfação e frustração com a medicina, quando se distancia dela e de colegas, e a falta de reconhecimento.

Percepção de futuro. Relacionada a perspectivas e impactos futuros.

Colega médico. Sobre colegas médicos foram percebidos os seguintes impactos: distanciamento de colegas, a observação de gastos em função de problemas de saúde mental e a formulação de crítica junto a colegas sobre a quantidade de horas trabalhadas.

Relações de amizade. Afastamentos de amigos.

Imponderável. Impossibilidade de mensuração do impacto.