

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO**

Mariana Morosini Müller

WORKLOVERS: realidade ou mito?

**A experiência de médicos de um Hospital Universitário
de Porto Alegre**

Porto Alegre

2007

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO**

Mariana Morosini Müller

WORKLOVERS: realidade ou mito?

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Administração da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Administração.

Orientador: Prof. Cláudio Pinho Mazzilli

Porto Alegre

2007

Aos meus pais,
às Tias e ao Pitty.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por estar comigo em todos os momentos bons e difíceis desta caminhada, mas que me ajudaram a crescer e amadurecer como pessoa;

A meus pais Olmiro Velasque Müller e Suzana Morosini Müller, por sempre estarem ao meu lado, não só durante o mestrado, mas em todos os passos de minha vida;

Às tias Alba Morosini e Regina Morosini, que sempre foram muito mais que tias para mim, e sempre estiveram comigo quando precisei;

À minha irmã Viviane Morosini Müller Espínola e cunhado Jefferson Espínola, que, mesmo de longe, estavam torcendo por mim;

Ao meu irmão Juliano Morosini Müller, que, a sua maneira, também acreditava e torcia por mim;

Ao querido Paulo Bonzanini, que também de longe, torceu e acreditou em mim;

Aos também queridos primos Cyrus Bastos e Bruna Biegler, pelo auxílio na dissertação;

Ao meu orientador Cláudio Mazzilli, pela demonstração de respeito e amizade ao longo deste trabalho;

Às professoras Silvia Generalli e Aida Lovison, pelas conversas e trocas de idéias durante o mestrado;

Ao meu querido amigo Sidinei Rocha de Oliveira, porque sem sua presença e apoio, tudo teria sido mais difícil;

Às amigas Caróis: Carolina Ferreira, Carolina Scolari e Caroline Vanzellotti. Amizade é realmente muito importante e necessário;

A todos os amigos que acompanharam o tempo de mestrado, pelo incentivo e compreensão.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1: Organograma Hospital.....	73
-------------------------------------	----

LISTA DE TABELAS E QUADROS

QUADRO 1: <i>Worklover X Workaholic</i>	54
QUADRO 2: Portes de Procedimento Médicos.....	68
QUADRO 3: Roteiro sobre o método proposto por Yin.....	71
QUADRO 4: Perfil dos Médicos.....	74
QUADRO 5: Perfil da Profissão.....	74
QUADRO 6: Estudos.....	75
QUADRO 7: Outra profissão.....	75
QUADRO 8: Demonstrativo geral das categorias.....	79
QUADRO 9: Categorias Primárias.....	81
QUADRO 10: Categorias Intermediárias.....	117
QUADRO 11: Processo de derivação da categoria intermediária “Relações com a profissão”..	120
QUADRO 12: Processo de derivação da categoria intermediária “Organização do trabalho”....	122
QUADRO 13: Processo de derivação da categoria intermediária “Relação com o tempo”.....	123
QUADRO 14: Processo de derivação da categoria intermediária “Mudanças no trabalho”.....	125
QUADRO 15: Processo de derivação da categoria intermediária “Contexto brasileiro”.....	127
QUADRO 16: Processo de derivação da categoria intermediária “Tempo para lazer”.....	129
QUADRO 17: Processo de derivação da categoria intermediária “Relacionamentos”.....	131
QUADRO 18: Processo de derivação da categoria intermediária “Sofrimento no trabalho”.....	133
QUADRO 19: Processo de derivação da categoria intermediária “Prazer no trabalho”.....	135
QUADRO 20: Processo de derivação das categorias finais.....	138
QUADRO 21: Processo de derivação da categoria final “O Significado do trabalho médico”...	139
QUADRO 22: Processo de derivação da categoria final “A Realidade médica no Brasil”.....	142
QUADRO 23: Processo de derivação da categoria final “Recompensas da profissão”.....	145
QUADRO 24: Processo de derivação da categoria final “A dialética prazer e sofrimento”.....	148

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

CC	Centro Clínico
FENAM	Federação Nacional dos Médicos
CEM	Código de Ética Médica
CBHPM	Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos
UCO	Unidade de Custo Operacional
HU	Hospital Universitário
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho

SUMÁRIO

RESUMO	
ABSTRACT	
INTRODUÇÃO	13
CAPÍTULO 1 DEFINIÇÃO DO PROBLEMA.....	19
1.1 OBJETIVO GERAL.....	25
1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	25
CAPÍTULO 2 ANÁLISE DA EVOLUÇÃO DO TRABALHO	26
2.1 ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO	26
2.2 O TRABALHO ORGANIZACIONAL.....	36
CAPÍTULO 3 O PRAZER E O SOFRIMENTO	41
3.1 DIALÉTICA PRAZER E SOFRIMENTO NO TRABALHO.....	41
3.1.1 O <i>workaholic</i>	46
3.1.2 O <i>worklover</i>	51
CAPÍTULO 4 O TRABALHO NA ÁREA MÉDICA	56
4.1 EVOLUÇÃO DO HOSPITAL	56
4.2 O TRABALHO HOSPITALAR.....	58
4.3 O TRABALHO MÉDICO.....	63
4.3.1 Trabalho em turno	66
4.3.2 Remuneração	67
CONCLUSÃO GERAL DOS CAPÍTULOS 2, 3 E 4.....	69
CAPÍTULO 5 – PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	70
5.1 MÉTODO DE PESQUISA.....	70
5.2 CAMPO DE PESQUISA	71
5.2.1 Descrição da organização analisada	72
5.2.2 Os sujeitos da pesquisa.....	73
5.3 COLETA DE DADOS	76
5.4 ANÁLISE DOS DADOS	77

6 RESULTADO DA PESQUISA.....	79
6.1 CATEGORIAS INICIAIS.....	80
6.1.1 O porquê da profissão.....	83
6.1.2 O bom profissional	85
6.1.3 Compreender a profissão.....	87
6.1.4 Metas e objetivos	88
6.1.5 Trabalho em equipe	89
6.1.6 Trabalhar além do previsto.....	91
6.1.7 Distribuição do tempo	93
6.1.8 Remuneração	94
6.1.9 Relação médico-paciente.....	95
6.1.10 Contexto político e a medicina.....	96
6.1.11 Contexto social e a medicina.....	98
6.1.12 Convênios e a medicina.....	100
6.1.13 Tempo livre.....	101
6.1.14 Férias	103
6.1.15 Período de férias	104
6.1.16 Pensamentos	105
6.1.17 Reconhecimento do trabalho	106
6.1.18 Trabalho e vida pessoal	108
6.1.19 Frustração	110
6.1.20 Fuga de problemas.....	111
6.1.21 Desvantagens de ser médico.....	111
6.1.22 Criatividade no trabalho	112
6.1.23 O que mais gosta na profissão	113
6.1.24 Amor ao trabalho.....	114
6.1.25 Vantagens de ser médico	115
6.2 CATEGORIAS INTERMEDIÁRIAS.....	116
6.2.1 Categoria intermediária A: Relações com a profissão.....	119
6.2.2 Categoria intermediária B: Organização do trabalho	122
6.2.3 Categoria intermediária C: Relação do médico com o tempo.....	123
6.2.4 Categoria intermediária D: Mudanças no trabalho.....	125
6.2.5 Categoria intermediária E: Contexto brasileiro.....	127

6.2.6 Categoria intermediária F: Tempo para lazer	129
6.2.7 Categoria intermediária G: Relacionamentos.....	131
6.2.8 Categoria intermediária H: Sofrimento no trabalho	133
6.2.9 Categoria intermediária I: Prazer no trabalho.....	135
6.3 CATEGORIAS FINAIS	137
6.3.1 Categoria final I: O significado do trabalho médico	138
6.3.2 Categoria final II: A realidade médica no Brasil.....	142
6.3.3 Categoria final III: Recompensas da profissão.....	145
6.3.4 Categoria final IV: A dialética prazer e sofrimento	148
6.4 SÍNTESES	150
CAPÍTULO 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	151
REFERÊNCIAS.....	162

RESUMO

Trata-se de uma pesquisa descritiva, em forma de um estudo de caso, que tem como questão norteadora analisar o conceito e as características do indivíduo *Worklover*, no intuito de verificar se ele realmente existe ou se não é uma nova denominação para *Workaholic*. Para tanto, fez-se uma apresentação da organização do trabalho, do trabalho organizacional, da dialética prazer e sofrimento no trabalho e da evolução do hospitais, do trabalho hospitalar e do trabalho médico. A coleta de dados foi realizada através de entrevistas semi-estruturadas com oito médicos de uma mesma organização hospitalar. Para a análise dos dados, utilizou-se a metodologia da análise de conteúdo. Os resultados são apresentados em três conjuntos de categorias: vinte e cinco Categorias Iniciais, posteriormente reagrupadas em nove Categorias Intermediárias e, por último, sintetizadas em quatro Categorias Finais: o significado do trabalho médico, a realidade médica brasileira, recompensas da profissão e a dialética prazer e sofrimento. Os resultados obtidos permitiram que fosse feita a análise do conceito e características do *Worklover*. Além disso, os eles também mostraram a relação entre a vida profissional e pessoal dos entrevistados e algumas fontes de sofrimento e prazer no trabalho.

Palavras-chave: *Worklover*, *Workaholic*, prazer, sofrimento, trabalho.

ABSTRACT

The following text is a descriptive research, in study of a case form, that has its central topic on analysing the concept and characteristics of a *worklover* individual, with the aim of verifying whether such concept really exists or if it is a new denomination for *workaholic*. For this purpose, a presentation on work organization, organizational work, dialectic between pleasure and suffering in the work environment and hospitals evolution, hospital work and medical work was carried out. Data were collected through semi-structured interviews with eight doctors of a same medical organization. For data analysis, the methodology of Content Analysis was used. Results are presented in three sets of categories: twenty-five initial categories, subsequently regrouped in to nine intermediate categories which were later rearranged in four final categories: the significance of the medical work, the Brazilian medical reality, professionals rewards and the dialect between pleasure and sufferance. The obtained outcomes led to an analysis of the concept of a *worklover* and its characteristics. In addition to that, the results also showed the relation between professional and personal lives of the interviewers as well as sources of pleasure and suffering at work.

Key words: *worklover*, *workaholic*, pleasure, sufferance, work.

INTRODUÇÃO

Nos últimos anos, o contexto econômico vem se caracterizando pela alta competitividade, pela grande diversificação de produtos e serviços e pela velocidade em que ocorrem mudanças. A idéia que se tem é que o mundo globalizado se organiza a partir de grandes transformações em todos os setores, de forma rápida e descontínua, promovendo interferências diretas nas organizações, estabelecendo diferentes formas de pensar e agir.

O novo ambiente sociopolítico-econômico, marcado pela crise de valorização do capital, percebido principalmente nas últimas décadas, visou ao aumento da produtividade e à melhora da qualidade. Essa ofensiva do capital reestruturado reverteu o período de realinhamento da relação capital/trabalho e golpeou o trabalho organizado, que, em consequência, sofreu mutações e perdeu parte de seu poder político e de representação (MATTOSO, 1995).

Esse novo ambiente trouxe algumas mudanças profundas que provocaram consequências, diretas e indiretas, no comportamento das organizações e dos trabalhadores. A justificativa para a flexibilização das normas trabalhistas¹ era uma necessidade de adaptação do país à concorrência internacional. Adaptar-se rapidamente a mudanças que assolam constantemente o dia-a-dia organizacional tornou-se um diferencial, principalmente no que diz respeito ao acesso a informações tanto políticas e econômicas quanto sociais. Entretanto, a maioria das estruturas organizacionais e práticas administrativas não foi criada para atender a esse ritmo de mudança em voga.

Sennett (2004) apresenta várias conjecturas a respeito da influência do “novo capitalismo” na vida do indivíduo comum na sociedade. Essa nova forma de capitalismo recebe o adjetivo de flexível por vários motivos, entre eles a pouca intervenção político-governamental do Estado, reduzindo, assim, os entraves burocráticos; sindicatos bastante enfraquecidos, gerando pouca ou

¹ Alguns exemplos de flexibilização das normas trabalhistas: adoção dos contratos temporários com direitos reduzidos, contratos a tempo parcial, suspensão do contrato de trabalho.

nenhuma luta sindical; afrouxamento das relações entre superiores e empregados, desaparecendo a figura do supervisor para o surgimento da figura do líder ou treinador de equipes; maior maleabilidade dos horários dos empregados e aumento de oferta de emprego em turnos; menor possibilidade de fazer carreira em uma empresa; pouco comprometimento da empresa em relação a um espaço físico determinado aos empregados, podendo repentinamente ser reestruturada, transferida de país ou desmontada, em parte ou no todo, visando a uma maior lucratividade.

Mattoso (1995) complementa afirmando que o atual contexto pressupõe a submissão da alocação dos recursos e dos resultados econômicos ao mercado. O objetivo é, conforme o autor, reduzir custos, acelerar a flexibilidade e eliminar a rigidez do trabalho.

Nesse sistema flexível, os empregados são incentivados a arriscar, a fugir da rotineira estabilidade. Ainda conforme o autor, a ênfase na flexibilidade está mudando o próprio significado do trabalho, pois quer se passar a impressão de que a flexibilidade dá às pessoas liberdade para moldar suas próprias vidas (SENNETT, 2005).

Devido a esses fatos, muito se tem discutido sobre as mudanças pelas quais estão passando as organizações e a sociedade, bem como a influência que exercem sobre o mundo do trabalho, que também está passando por inúmeras transformações, em que se sobressaem a hegemonia do econômico, o culto à empresa e a influência crescente do pensamento empresarial sobre as pessoas. Esses fatores destacam o papel fundamental que as organizações ganharam na sociedade e também na vida dos indivíduos (CHANLAT, 1999). Segundo Albuquerque & França (1998, p.40), “o ambiente organizacional brasileiro vem se tornando intensamente competitivo em virtude das profundas mudanças que vêm ocorrendo na economia mundial, nas relações sociais e políticas, na tecnologia, na organização produtiva, nas relações de trabalho e na própria inserção do elemento humano no tecido social e produtivo”.

O trabalho pode se constituir em um elemento de extrema importância para compreensão do ser humano, pois é, em grande parte, por meio dele que o sujeito se relaciona com o meio externo. É por meio do trabalho que os seres humanos criam, se reconhecem, buscam atender a

suas necessidades, buscam o prazer e evitam o sofrimento. É também por intermédio do trabalho que a sociedade se constrói e se desenvolve melhorando sua qualidade de vida² no meio social.

Assim, ante as profundas mudanças do trabalho, as pessoas buscam adaptar-se às possibilidades oferecidas pelo mercado, refletindo a imagem de uma sociedade que levou o individualismo às suas últimas conseqüências (SENNET, 2003), uma sociedade influenciada pelo capital, na qual reina o pensamento de curto prazo e que estimula os trabalhadores a deixar de ter o trabalho como uma forma de identidade e realização, encarando-o como uma forma de sobrevivência e acumulação de riquezas (CHANLAT, 1994).

Mattoso (1995) afirma que o novo trabalhador faz parte da crescente massa de trabalhadores que perde seus antigos direitos e, se não se inserir competitivamente nessa nova realidade, corre o risco de tornar-se desempregado, marginalizado ou de submeter-se a formas de trabalho precárias. Segundo Arendt (2004), a era moderna trouxe consigo a glorificação teórica do trabalho e resultou na transformação efetiva de toda a sociedade em uma sociedade operária.

Nesse contexto, os trabalhadores buscam responder às transformações do meio organizacional, qualificando-se a fim de se tornarem capazes de operar segundo os preceitos estabelecidos pelo mercado. Frente a essas transformações na organização do trabalho, na estrutura e nos vínculos empregatícios, os indivíduos são levados a criar várias concepções acerca do trabalho, e este assume para cada trabalhador um significado, uma função relacionada a seus desejos e necessidades, que o transforma em um instrumento para a realização das pessoas (CODA & FONSECA, 2004). Para Arendt (2004), a sociedade que está para ser libertada da prisão do trabalho é uma sociedade de trabalhadores, uma sociedade que já não conhece aquelas outras atividades superiores e mais importantes em benefícios das quais valeria a pena conquistar essa liberdade.

O trabalhador não apenas trabalha. Ele vive e convive com outras pessoas, dentro e fora do seu local de trabalho. Essas vivências, no ambiente de trabalho, interferem na vida do sujeito como um todo, pois repercutem no meio social e doméstico, determinando a qualidade de suas relações. O homem e a sociedade estão em constante inter-relação e se influenciam mutuamente.

² Segundo França (1999, p.136), qualidade de vida: "... é uma compreensão abrangente, que inclui aspectos de bem-estar, garantia de saúde e segurança física, mental e social e capacitação para realizar tarefas com segurança e bom uso da energia pessoal".

É nessas práticas cotidianas que formas contraditórias de vivenciar elementos satisfatórios e causadores de sofrimento no trabalho se expressam (LUNARDI FILHO, 1995).

A partir do panorama atual, Codo (2005) afirma que podem surgir no mercado de trabalho dois estilos de trabalhador, com algumas características diferentes, mas também com pontos em comum. Os dois estilos de trabalhador não se importam em trabalhar cerca de 12 horas por dia e perder finais de semanas inteiros tentando concluir um trabalho. A diferença estaria na maneira como cada um enxerga seu trabalho, ou seja, no prazer que vem da realização das tarefas em si e no significado que elas produzem. Aqueles que destinam demasiado tempo para o trabalho, de modo que acabam afetando de modo negativo todos os outros aspectos da sua vida, são os chamados *workaholics*, ou seja, viciados em trabalho. O outro estilo diz respeito àqueles que não se viciam no trabalho e que acabam fazendo dele uma fonte de prazer e satisfação. São os chamados *worklovers*, ou seja, aqueles que amam o seu trabalho (CODO, 2005).

Este estudo tem por objetivo verificar se é possível existir indivíduos *worklovers* da maneira como estão sendo apresentados por Codo. Para se alcançar esse objetivo, buscou-se analisar um grupo de profissionais que tivesse como característica básica comum o fato de trabalhar muitas horas por dia e que também estivesse sofrendo as conseqüências das mudanças no atual contexto do mundo do trabalho. Para isso, o grupo escolhido foi o dos médicos, uma classe de profissionais que, devido à natureza da profissão, precisam se dedicar muito às suas atividades, trabalham muitas horas por dia e precisam, a princípio, estar disponíveis 24 horas por dia, 7 dias por semana. Além disso, as instituições e os profissionais da saúde também estão sofrendo modificações, no sentido de se adaptar às exigências emergentes. Produtividade³ e eficiência⁴ também são metas dessas instituições e profissionais e, por isso, as exigências, as formas de organização e as condições de do trabalho estão sendo estruturadas para atingir esses objetivos.

Estudos sobre o perfil do médico no Brasil revelaram que grande parte dos médicos brasileiros considera a atividade médica desgastante e atribui esse desgaste a fatores como excesso de trabalho, múltiplos empregos, baixa remuneração, más condições de trabalho, alta

³ Segundo Fleury & Vargas (1987; p.39), produtividade “é o grau em que um sistema de ordem inferior atinge um objetivo de produção”.

⁴ Segundo Maximiano (1997), eficiência significa fazer as coisas corretamente, usando, sem desperdícios, ineficiências, ou perdas, os recursos empregados na realização de um objetivo.

responsabilidade profissional, dificuldades na relação com os pacientes, cobrança da população e perda da autonomia. Os estudos também destacam que as relações de trabalho, o tempo dedicado à atividade profissional, as formas de remuneração e as questões éticas têm influência significativa sobre o médico (NOGUEIRA-MARTINS, 2004).

A partir destas mudanças, o exercício atual da medicina no Brasil tem se tornado cada vez mais difícil devido a um conjunto de fatores que têm produzido um aumento do estresse⁵ profissional do médico. Assim, a maciça presença das empresas compradoras de serviços médicos (que levaram à perda do caráter liberal da prática profissional), a desordenada criação de novas escolas médicas (com os conseqüentes crescimento do número de profissionais e aumento da competição entre os médicos), o acelerado desenvolvimento de novos recursos diagnósticos e terapêuticos (que leva a uma necessidade constante de atualização) e a promulgação de novas normas e leis, como, por exemplo, o Código de Defesa do Consumidor (com o conseqüente aumento do número de denúncias e processos tanto na esfera judicial, como no âmbito ético-profissional), são fatores que pressionam os profissionais e que têm produzido profundas transformações na profissão médica. As repercussões dessas mudanças ocorrem em vários campos, como na perda da autonomia, na remuneração, no estilo de vida, na saúde do médico, no comportamento ético do médico e nas relações entre médicos e pacientes. (NOGUEIRA-MARTINS, 2004).

No referencial teórico, são apresentados os conceitos gerais sobre o trabalho e sua evolução e como as mudanças verificadas na organização do trabalho têm afetado os trabalhadores. Também serão abordadas as mudanças ocorridas, seus reflexos sobre o trabalho, bem como alguns pontos sobre o trabalho organizacional.

Após, será apresentada uma análise teórica sobre a dialética prazer e sofrimento no trabalho e, em seguida, serão reunidos os conceitos sobre aqueles que se caracterizam como *workaholics*, ou viciados no trabalho, bem como sobre os *worklovers*, ou apaixonados pelo trabalho.

⁵ Conforme França, o estresse, é um termo que vem da Física e, nesse campo de conhecimento, tem o sentido do grau de deformidade que uma estrutura sofre quando é submetida a um esforço. Ainda segundo a autora, estresse relacionado a trabalho é definido como as situações em que a pessoa percebe seu ambiente de trabalho como ameaçador a suas necessidades de realização pessoal e profissional e/ou a sua saúde física e mental, prejudicando a interação com o trabalho e com o ambiente de trabalho (FRANÇA, 1999).

No capítulo seguinte, será mostrada a evolução do trabalho hospitalar, o trabalho hospitalar e o trabalho médico, que ajudarão a compreender o ambiente e os modos de trabalho dos sujeitos estudados. Em seguida, serão apresentados, em capítulos diferentes, os procedimentos metodológicos que conduziram a pesquisa e os resultados da pesquisa. Por fim, serão expostas considerações finais sobre os objetivos propostos neste estudo, bem como suas limitações e sugestões para trabalhos futuros.

CAPÍTULO 1 DEFINIÇÃO DO PROBLEMA

Como se pode expressar a relação do homem com o trabalho? Como se pode afirmar que o que torna o homem o que ele pode ser é também trabalho? E o que é o trabalho do homem, uma vez que ele na natureza é o único ser que tem consciência de sua capacidade de produzir? Muito se tem discutido sobre as mudanças pelas quais estão passando as organizações e a sociedade, bem como a influência que essas mudanças exercem sobre o mundo do trabalho. Dada a amplitude e importância do assunto, parece oportuno discutir esses aspectos, buscando-se apresentar novas perspectivas.

São bastante evidentes, e mesmo abundantes, os sinais e as marcas de transformações radicais nos indivíduos e na sociedade, tanto na vida econômica e cultural como no cenário político e no viver coletivo. O desenvolvimento das tecnologias da informação e comunicação, a dimensão global dos fenômenos econômicos e culturais, a reestruturação produtiva, as mudanças do mercado de trabalho, mudanças nos valores éticos, morais e de tipos de relações antes estruturados são claros indicadores de uma sociedade modificada. Expressões como "sociedade pós-industrial", "sociedade da informação", "sociedade do conhecimento", "pós-modernismo", "produção flexível" são freqüentemente usadas nas análises e nas interpretações das mudanças sociais.

Até a década de 70, as propostas de mudança dentro do ambiente organizacional, com vistas a responder a variações ambientais ou a estratégias de crescimento, mostravam-se vinculadas à visão clássica, funcionalista e comportamentalista da empresa, com alteração de organogramas e trocas de pessoal. No entanto, a partir dos anos 80, foi constatado que a falta de entendimento mais completo e multifacetado da empresa inviabilizou várias tentativas e esforços de transformação organizacional. Assiste-se, ainda hoje, à emergência de opções teórico-práticas, as quais são lançadas em seqüência, numa tentativa desesperada de amenizar os efeitos de ambiente tão instável (VERGARA & PINTO, 1998).

Na última década, segundo Etzioni (1981), com o advento da globalização, as empresas têm sido pressionadas por acirrada disputa de mercado. Nesse contexto, uma organização deve ser compreendida como “unidade social artificialmente criada e estruturada, continuamente alterada para se manter no tempo, e com a função de atingir metas específicas que satisfaçam as necessidades de seus participantes e da sociedade” (ETZIONI, 1981, p.7).

Complementando essa idéia, Sennett (2005) afirma que as empresas modernas buscam eliminar camadas de burocracia, tornando-se mais planas e flexíveis. Em vez de organizações tipo pirâmide, a administração adota o estilo de organizações como redes, pois podem ser mais facilmente decompostas ou redefinidas. Dessa forma, as tarefas do trabalho não são claramente definidas, a rede redefine constantemente sua estrutura. Ainda conforme o autor, o intermitente processo de mudança de situação é o mesmo que estar à deriva, pois impossibilita o cultivo de algumas qualidades que somente florescem a longo prazo, como a lealdade, o compromisso, o propósito e a resolução. Essas qualidades só são possíveis quando possuímos uma narrativa concreta, construída por meio de fatos e experiências seqüenciais, da soma dos momentos que foram causa e dos momentos que foram os efeitos dessas causas, por meio do sentimento de fluidez do tempo como uma linha histórica com começos, meios e fins. O capitalismo flexível não permite o tempo de estabilidade ou a seqüencialidade suficiente para que isso ocorra. Sem essa narrativa, estando à deriva, o indivíduo tende a se tornar inseguro (SENNETT, 2005).

Chesnais (1996) apresenta um outro tipo de visão sobre o cenário atual. Segundo o autor, de um modo geral, as mudanças no setor organizacional têm como finalidade dotá-las de maior eficiência e eficácia. As necessidades decorrentes do processo de globalização implicam novos cenários competitivos, ocasionando a absorção de novos formatos organizacionais. A tecnologia tornou-se fator fundamental num contexto em que a competitividade e a produtividade se tornaram dogmas absolutos e sinônimo de luta pela sobrevivência no mundo dos negócios. Portanto, nessa ótica organizacional, verifica-se que grande parte das vantagens está associada à qualificação dos recursos humanos e à qualidade dos conhecimentos produzidos (CHESNAIS, 1996).

A mesma conclusão é evidenciada por Harvey (2005), a partir da análise das práticas culturais e político-econômicas da sociedade contemporânea. A nova forma de operar do capitalismo é explicitada, por ele, em termos de um regime de acumulação inteiramente novo,

associado a um sistema de regulamentação política e social bem distinto, denominada acumulação flexível⁶.

Segundo o autor, a acumulação flexível confronta a rigidez dos métodos clássicos de gestão. Ela se caracteriza pelo surgimento de novos setores de produção, novas maneiras de fornecimento de serviços, novos mercados, inovação comercial, tecnológica e organizacional, aumento da competição e da utilização das novas tecnologias produtivas, bem como pelas rápidas mudanças dos padrões do desenvolvimento desigual entre setores e regiões geográficas e pela “compressão do tempo-espaço” no mundo capitalista. E isso significa aumento dos poderes de flexibilidade e mobilidade que permitem maiores controles e pressões sobre o trabalho. Com isso, o mercado de trabalho sofre uma radical transformação, valendo-se de regimes e de contratos de trabalho mais flexíveis com a adoção, por exemplo, do trabalho em tempo parcial, temporário ou subcontratado (HARVEY, 2005).

De acordo com Jesus (2006), o modelo capitalista diminui a condição humana quando reduz o trabalhador a uma coisa que se oferece para “fazer bicos” a fim de garantir sua sobrevivência, quando impõe a um homem o controle da produção de outros homens, quando direciona a produção do pensamento, dos saberes, para o lucro, para a realização dos interesses de uns poucos, evidenciados no consumo desenfreado de uns, em detrimento da extrema miséria de outros. A autora afirma que a expressão “mercado de trabalho” não é muito diferente de “mercado de escravos”. A diferença, segundo ela, é que as cadeias são mentais, forjadas na ilusão de liberdade e mantidas pelas metáforas de “sucesso profissional”, “qualidade de vida organizacional”, “responsabilidade social de empresas” e todo um aparato de valores que conservam certas estruturas organizacionais que mantêm o controle e a determinação da vida social. Tudo isso é sustentado por um conjunto de pressupostos, de crenças que induzem os modos de olhar o mundo, de criar visões da realidade e de justificação para esse estado de coisas, tornando real o que podemos chamar de falsas representações (JESUS, 2006).

⁶ De um modo geral, todas essas transformações na sociedade contemporânea ocorrem nas práticas culturais e político-econômicas, afirma Harvey (1992, p. 107). Tais mudanças são entendidas como novas maneiras de experimentar o tempo-espaço. Por sua vez, a compreensão desse novo ciclo tempo-espaço implica análise das “formas culturais pós-modernas” e da “emergência de modos mais flexíveis de acumulação do capital”. Para Harvey, no entanto, essas transformações são aparentes/superficiais. Elas não rompem as regras de acumulação capitalista e, por isso, não são sinais de uma sociedade pós-capitalista, pós-industrial ou pós-moderna.

Ansaloni & Ésther (1999) afirmam que, além das decorrências de maior impacto, que envolvem redefinição do próprio negócio e mudanças nas relações com a sociedade e com o ambiente, a mudança organizacional pode vir a gerar diferentes impactos nas relações de trabalho, modificando, dessa forma, a organização do trabalho, a gestão da força de trabalho, as condições de trabalho e as formas de regulação de conflito.

Ainda conforme os autores, quando a organização do trabalho muda, surgem novas maneiras de dividir e sistematizar as tarefas e o tempo entre grupos de trabalhadores; tornam-se maiores as exigências de especialização e de qualificação; alteram-se as seqüências, os ritmos e as cadências do trabalho; padroniza-se o processo de trabalho; e abrem-se maiores possibilidades de participação do trabalhador na programação. Quando a gestão do trabalho é que muda, as formas de coordenação e controle do desempenho dos trabalhadores são alteradas, incluindo-se novas técnicas de captação e provisão, controle, compensação, manutenção e desenvolvimento dos recursos humanos. A mudança nas condições de trabalho faz com que se evidencie a necessidade de enfatizar a promoção e a manutenção da qualidade de vida no trabalho, não apenas no que concerne às condições ambientais, à segurança no trabalho e à saúde do trabalhador, mas também à subjetividade do empregado, refletindo a representação de seu modo específico de trabalhar/desgastar-se, incluindo a saúde mental e o estresse. Por fim, quando as formas de regulação de conflito mudam, adotam-se diferentes processos de controle ideológico, a fim de favorecer a identificação e mesmo o conformismo dos atores com os objetivos organizacionais. A autonomia e a participação são enfatizadas como meios de regulação de conflito (ANSALONI & ÉSTHER, 1999).

Segundo Rifkin (1995), o mundo se dirige para um declínio inevitável dos níveis de emprego e para uma redução da força de trabalho. O desenvolvimento tecnológico ocasionou a terceira revolução industrial e permitiu mudanças revolucionárias no processo produtivo e organizacional da produção, constituindo-se no grande aliado dessa eliminação dos empregos. O declínio da força de trabalho global é registrado na indústria, na agricultura e até no setor de serviços. As mudanças tecnológicas ampliaram a produtividade, aumentaram os lucros e diminuíram os empregos.

Ainda conforme o autor, a civilização, desde seu início, tem se estruturado, em grande parte, em função do trabalho. Porém, agora, o trabalho humano está sendo sistematicamente

eliminado do processo de produção. A reestruturação produtiva da década neoliberal eliminou diversas carreiras profissionais, seja com demissões sumárias, seja com Programas de Demissão Voluntária⁷. Diante do novo padrão de concorrência, a aguda incerteza se abateu sobre coletivos de trabalhadores e trabalhadoras nas empresas (RIFKIN, 1995).

A exceção acentuada por Rifkin (1995) com relação à redução da força de trabalho global encontra-se no setor do conhecimento. Ele vê aí um setor emergente, em franco processo de expansão, incluindo profissionais como educadores, consultores, empreendedores, etc. Trata-se, no entanto, de uma minoria. São profissionais que lidam com a informação e com o conhecimento, em contraposição a uma crescente parcela da população que está marginalizada desse acesso e que se encontra desempregada.

Mas, diante desse novo cenário no mundo dos empregos, o que acontece com aqueles que continuam empregados?

Sennett (2005) afirma que o homem moderno tende a ser, ao mesmo tempo, bem-sucedido e confuso. O comportamento flexível que lhe trouxe sucesso acaba por enfraquecer seu caráter de um modo que seja difícil recuperá-lo como era. Porém, conforme o autor, a experiência do trabalho ainda parece intensamente pessoal. Os trabalhadores são impelidos a interpretar seu trabalho como refletindo sobre si mesmos, como indivíduos.

Segundo Rifkin (1995), as mudanças organizacionais têm a finalidade de aumentar tanto o ritmo de trabalho quanto a produtividade e explorar de forma mais completa o potencial dos empregados. Assim, os indivíduos que continuam empregados acabam aumentando suas horas de trabalho para compensar a falta dos que foram eliminados pelo atual processo de produção. Além disso, para se manter competitivos, precisam estar constantemente se aperfeiçoando.

Assim, percebe-se que o aumento no ritmo de trabalho e a maior exploração do potencial dos empregados podem fazer com que surjam algumas disfunções nos trabalhadores. Uma das principais disfunções advêm quando o trabalhador perde o controle da situação e começa a fazer do trabalho a sua principal razão de viver. Quando isso ocorre, é possível que ele tenha se tornado

⁷ Conforme Leme (2000), os Programas de Demissão Voluntária podem ser entendidos como uma forma de desligamento funcional que procura atender às necessidades da organização, de diminuição de seu quadro por meio de um conjunto de benefícios sociais e pecuniários. Assim, esse tipo de programa implica, para a organização, oferecer pacotes de desligamento, incluindo indenizações ou outras compensações para aqueles que se propõem a serem desligados.

um *workaholic*. Frequentemente, isso acontece quando não se consegue achar um limite para o trabalho ou quando a vida profissional não segue a mesma linha que a pessoal. Devido às fortes demandas exigidas pelo mercado de trabalho, algumas pessoas acabam colocando sua vida profissional em primeiro lugar, deixando o resto em segundo plano ou, até mesmo, em plano nenhum. De acordo com Sennett (2005), a dimensão do novo capitalismo, e não a transmissão de dados de alta tecnologia, os mercados de ação globais ou o livre comércio, que mais diretamente afeta a vida emocional das pessoas fora do local de trabalho.

Porém, ao contrário do *workaholic*, muitas pessoas, apesar de passarem tempo demais se dedicando ao trabalho, acabam tendo neste uma fonte de prazer e satisfação. Para esse grupo, surge a expressão *worklover*, ou seja, aquele que ama o seu trabalho (CODDO, 2005). A possibilidade de fazer o que se gosta e unir prazer ao trabalho diário pode trazer, além de muita felicidade⁸, entusiasmo e qualidade de vida, ganhos expressivos também financeiramente. O amor ao trabalho ajuda a ter mais energia, criatividade e comprometimento.

Seguindo o pensamento de mudanças no trabalho, Dejours (1992) considera que a organização do trabalho, concebida por um trabalho especializado da empresa, estranho aos trabalhadores, choca-se diretamente com a vida mental e com a esfera das realizações, das motivações e dos desejos do indivíduo, levando-o à perda do sentido na realização das tarefas. No trabalho artesanal que precedia a organização científica do trabalho, e que ainda hoje rege as tarefas muito qualificadas, uma parte da organização do trabalho era (e é) definida pelo próprio operador. A organização temporal do trabalho, a escolha das técnicas operatórias, os instrumentos e os materiais empregados permitem ao trabalhador, dentro de alguns limites, adaptar o trabalho aos objetivos que almeja alcançar e às competências, conferindo parte de sua identidade na realização das tarefas, fazendo com que o trabalho tenha sentido para si.

O trabalho continua a ter um papel importante na sociedade contemporânea; porém, permanece como algo de difícil delimitação, pois sua natureza é complexa e multifacetada, podendo referir-se a uma atividade ou a uma conduta, uma situação ou contexto, etc. (BORGES, 1999). Assim, urge estudar a maneira como o trabalho é percebido e a importância a ele atribuída por aqueles que o realizam em diferentes atividades e tipos de organização, bem como em

⁸ Aristóteles define a felicidade como uma atividade conforme a virtude, como o bem supremo do homem, a vida boa na pólis, aquilo que é fim em si mesmo, não necessitando mais nada, é um ideal de vida realizável neste mundo, resultado de um longo processo de vida, conduzido pela razão (PICHLER, 2004).

diferentes categorias profissionais, e também analisar as características das tarefas. Às vezes, trabalhar no que se gosta implica passar por algumas dificuldades, seja pelas restrições da área, seja pelas do mercado. Dependendo das formas pelas quais são estruturadas as tarefas e os controles, podem apresentar implicações particulares, às quais gestores e pesquisadores devem estar atentos para analisar as peculiaridades que emergem.

O presente estudo buscou analisar o conceito e as características do profissional *worklover*, no intuito de verificar se realmente significa aquilo que se propõe ou se é mais um modismo dentro da teoria administrativa. Também se buscou analisar o significado do trabalho e como os indivíduos entrevistados conseguem manter uma boa relação com seu trabalho e com as outras esferas de sua vida.

Este trabalho é relevante no sentido de melhor conhecer e conceituar o indivíduo *worklover* e também de conhecer alguns fatores que possam se constituir em causa de sofrimento e prazer no trabalho. O conhecimento de tais fatores pode significar possibilidade de mudanças e repercutir positivamente tanto na vida do trabalhador como na daqueles com quem estabelece relações e vínculos. Desta forma, este estudo está estruturado procurando responder à seguinte questão: **É possível existir o indivíduo *Worklover* da maneira como está sendo apresentado por alguns pesquisadores ou ele é apenas uma nova denominação para *Workaholic*?**

Tendo por base o problema de pesquisa apresentado, estabeleceram-se os seguintes objetivos para este trabalho.

1.1 OBJETIVO GERAL

Confrontar o conceito e as características do indivíduo *Worklover* tal como é apresentado na literatura, com a experiência dos médicos entrevistados, no intuito de verificar se ele realmente existe ou se não é uma nova denominação para *Workaholic*.

1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar fatores que implicam a significação do trabalho.
- Analisar a dialética prazer e sofrimento no trabalho.
- Identificar as relações estabelecidas entre a vida pessoal e o trabalho.
- Verificar como os médicos entrevistados percebem a vida além do trabalho.

CAPITULO 2 ANÁLISE DA EVOLUÇÃO DO TRABALHO

O presente capítulo tem por objetivo apresentar aspectos relacionados aos significados do trabalho, sua origem como atividade econômica e suas modificações ao longo do tempo. São dadas as contribuições de diversos autores que têm se dedicado ao estudo do tema. Também será apresentado como estão fundamentadas as bases do trabalho organizacional a partir da visão estruturalista de Etzioni, procurando mostrar o que a análise interna de uma totalidade revela, ou seja, seus elementos, suas inter-relações e suas disposições para relacioná-la posteriormente com as organizações hospitalares.

2.1 ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO

O trabalho sempre ocupou lugar central na história da humanidade, pois é fonte de realização e crescimento pessoal do homem, ator e autor de mudanças que ele poderá desencadear na sociedade. O trabalho pode ser utilizado como definidor da estrutura de tempo, divisor entre atividades pessoais, impessoais, legitimador social de diferentes fases da vida. Para Bastos (1995), o trabalho é uma necessidade existencial, cujos rendimentos servem para a satisfação de necessidades humanas (alimentação, moradia, educação, lazer, bem-estar social, arte e prestígio), tornando-se um elemento crítico, contribuidor para o autoconceito e a identidade pessoal.

Com as intensas transformações sociais, econômicas, tecnológicas e políticas que marcam este início de século, cresce o desejo de autonomia, de participação, de experiências significativas de trabalho, de maior envolvimento nas decisões que afetam o indivíduo, de equilíbrio entre o trabalho e outras esferas da vida.

Bastos (1995) afirma que existe uma corrente de estudo que vincula o trabalho à noção de sacrifício, de esforço incomum, de carga, fardo, algo esgotante para quem o realiza. “Dar

trabalho” significa algo que implica esforço, atenção, que causa transtorno ou preocupação. Uma segunda corrente, ao contrário, faz uma clara valorização positiva, pois vê o trabalho como a aplicação das capacidades humanas para propiciar o domínio da natureza, como responsável pela própria condição humana. Acompanha a noção de empenho, esforço para atingir determinado objetivo (BASTOS, 1995).

A partir dessa perspectiva, pode-se dizer que toda sociedade é uma unidade produtiva em que todos os setores sociais interagem entre si e se confirmam. É certo que nas sociedades de Estado, cuja característica é a estratificação social e a apropriação do excedente produtivo pelos estratos dominantes, essa unidade se acha colocada em questão. Porém, a organização produtiva é ainda mais complexa e extensiva e tende a integrar de uma forma mais rigorosa todos os acontecimentos sociais. Não há realidade individual que não seja antes realidade social, e o social é influenciado pela organização do trabalho.

As formas como o trabalho está organizado representam um dos aspectos centrais para o entendimento do sentido do trabalho e para a compreensão de sua relação com os objetivos e as realizações do trabalhador que irão se refletir sobre sua concepção de trabalho.

A palavra trabalho designa a operação de transformação da matéria natural em objeto de cultura para o homem (ALBORNOZ, 1992), que produz infinitamente mais do que a parte do valor que lhe cabe sob forma de salário, oportunizando ao capital a possibilidade de, novamente, comprar trabalho. O valor das coisas aumenta com a quantidade de trabalho que lhe é consagrada para sua produção. O valor do trabalho, posto à venda no mercado capitalista, depende de um fator quantitativo e de um fator qualitativo, respectivamente, o tempo de trabalho e a qualificação média do trabalhador (MENDA, 2004).

Antes, porém, no intuito de buscar uma maior clareza na concepção de trabalho, recorre-se a Arendt (2004), que, analisando as manifestações elementares da condição humana, procura diferenciar as atividades de labor, trabalho e ação.

Segundo a autora, o labor é a “atividade que corresponde ao processo biológico do corpo humano” (ARENDRT, 2004, p.15). A condição humana do labor é a própria vida. O desprezo pelo labor generalizou-se à medida que as exigências da vida na polis consumiam cada vez mais o tempo do cidadão (ARENDRT, 2004). Ainda conforme Arendt (2004), labor e consumo são relacionados, pois tudo o que o labor produz se destina a alimentar o processo da vida humana.

O labor possui uma produtividade, e esta reside na força humana, cuja intensidade não se esgota depois que ela produz os meios para sua sobrevivência, mas é capaz de produzir um excedente. E é a partir da produção desse excedente que Marx pretendia substituir a definição de homem de animal *rationale* para animal *laborans* (ARENDDT, 2004). Marx percebia que a revolução não se destinava a emancipar as classes trabalhadoras, mas emancipar o homem do trabalho, e somente quando este é abolido é que o reino da liberdade pode alcançar o reino da necessidade, pois o reino da liberdade começa somente quando termina o trabalho imposto pela necessidade e pela utilidade exterior (ARENDDT, 2004).

Segundo Arendt (2004), a importância do labor consiste no fato de que esforço e a recompensa estão tão próximos quanto produção e consumo dos meios de subsistência. Assim, a felicidade e o prazer são, respectivamente, concomitantes com o próprio processo e com o funcionamento de um corpo sábio.

O trabalho, para Arendt (2004), é a atividade correspondente ao artificialismo da existência humana, não necessariamente contida no eterno ciclo vital da espécie, e cuja mortalidade não é compensada por este último. O trabalho produz um mundo artificial de coisas. Nenhum trabalho pode ser produzido sem instrumentos. A condição humana do trabalho é a mundanidade (ARENDDT, 2004).

O *homo faber* faz, trabalha sobre os materiais. Os objetos destinados ao uso são dotados de durabilidade. Essa solidez é o resultado de um material já trabalhado, que foi retirado da natureza. Assim, em todo o processo de fabricação existe um elemento de violência e violação, e o *homo faber* aparece como destruidor da natureza (ARENDDT, 2004).

Segundo Arendt (2004), labor e trabalho são tratados como idênticos. Os instrumentos e as ferramentas utilizados para suavizar o esforço do labor não são produto do labor, mas do trabalho, não pertencem ao processo do consumo, são parte integrante do mundo de objetos de uso (ARENDDT, 2004). Dessa forma, o *homo faber* pode ser visto como um fazedor de utensílios. É impressionante o fato de que a era moderna, tendo invertido diversas tradições, não tenha produzido uma única teoria que distinguisse claramente o animal *laborans* do *homo faber*, isto é, o “labor do nosso corpo e o trabalho de nossas mãos” (ARENDDT, 2004, p.96).

A ação, conforme Arendt (2004), é a única atividade que se exerce diretamente entre os homens sem a mediação das coisas ou da matéria. Corresponde à condição humana da

pluralidade, ao fato de que os homens habitam o mundo (ARENDT, 2004). Essa pluralidade possui o duplo aspecto de igualdade e diferença. “Se não fossem iguais, os homens seriam incapazes de compreender-se entre si e aos seus ancestrais, ou de fazer planos para o futuro e prever as necessidades das gerações vindouras; se não fossem diferentes, os homens não precisariam do discurso ou da ação da palavra para se fazerem entender” (ARENDT, 2004, p.188).

É pelo discurso e pela ação que os homens podem se distinguir, em vez de permanecerem apenas diferentes. A ação e o discurso são os modos pelos quais os seres humanos se manifestam uns aos outros. Não é nem com o labor nem com o trabalho que nos inserimos no mundo humano, e sim com palavras e atos. Estar isolado é estar privado da capacidade de agir (ARENDT, 2004).

Conforme Arendt (2004), embora todos comecem sua vida inseridos em um mundo humano por intermédio do discurso e da ação, ninguém é autor ou criador da história de sua própria vida, isto é, as histórias, resultantes da ação e do discurso, revelam um agente, mas este não é autor nem produto, pois alguém já as havia iniciado. Sempre que os homens se reúnem na modalidade do discurso e da ação, o espaço da aparência passa a existir, e assim passa a preceder toda e qualquer constituição formal da esfera pública e as várias formas de governo, isto é, as várias formas possíveis de organização na esfera pública (ARENDT, 2004).

Ainda conforme Arendt (2004), a ação instrumentalizada e a degradação da política jamais chegaram a suprimir a ação, a evitar que ela continuasse a ser uma das mais decisivas experiências humanas, a destruir por completo a esfera humana dos negócios. A consequência da supressão do labor foi que o trabalho passou a ser executado à maneira do labor, enquanto os produtos do trabalho passaram a ser consumidos como bens de consumo. A supressão da ação, por sua vez, resultou na canalização da capacidade humana de agir, de iniciar novos processos espontâneos.

O trabalho faz parte da vida do homem. No entanto, a atividade profissional não é só um modo de ganhar a vida. É, também, uma forma de inserção social. Segundo Codo et al. (1993), o trabalho determina a própria sobrevivência e o condicionamento social do indivíduo, constituindo-se em um fator de equilíbrio e desenvolvimento do ser humano.

O trabalhador ocupa, na organização, um cargo e desempenha uma função, encontrando à sua espera uma série de tarefas que deve cumprir. Encontra também os objetivos e os meios com os quais terá de trabalhar, ou seja, seu trabalho já está determinado, resta-lhe apenas executá-lo (CODD et al. 1993).

Nas sociedades modernas, a organização do trabalho atinge um limiar técnico e científico que organiza e planeja, de forma técnica e sistemática, não somente as relações produtivas em si mesmas, mas também organiza a família, os sistemas pedagógico, ético e político. Nos séculos XVII e XVIII, inicia-se uma prática e uma pedagogia sociais que visam organizar a sociedade inteira em função do sistema de produção (FOUCAULT, 1987).

A evolução e as mudanças do modo de produção e dos tipos de organização sempre estiveram atreladas ao desenvolvimento e às exigências de modificações nas formas do trabalho, mas foi precisamente a partir de 1780, com o início da Revolução Industrial, que surgiu uma forma mais organizada do trabalho, em decorrência da ruptura das estruturas corporativistas da Idade Média.

Segundo Ferreira (2000), para a maioria dos autores a essência da primeira Revolução Industrial incidiu basicamente no desenvolvimento do progresso e da razão que se consubstanciaram no aprofundamento e na integração das relações entre a ciência, a técnica e o trabalho no processo de produção, consumo e distribuição de mercadorias.

A Revolução Industrial foi responsável por um expressivo crescimento econômico; no entanto, teve um grande custo social. Camponeses que vieram do campo para cidade em razão do cercamento dos campos tiveram que vender sua força de trabalho por salários irrisórios para sobreviver. O sistema fabril mecânico regulava o trabalho do homem em torno do funcionamento da máquina, exigindo ritmo e jornada de trabalho maiores (MOTTA, 2006).

A Revolução Industrial trouxe o desenvolvimento técnico, com o aperfeiçoamento das máquinas, com a descoberta de novas tecnologias e a substituição do tipo artesanal de produção por um tipo industrial. E, como conseqüência das transformações ocorridas, aconteceu um desenvolvimento acelerado da industrialização e, conseqüentemente, do trabalho assalariado.

Arendt (2004) coloca que, com a revolução industrial, o artesanato foi substituído pelo labor. O resultado foi que as coisas se tornaram produtos do labor, que devem ser consumidos, em vez de produtos do trabalho, que se destinam a ser usados. A sociedade em que vivemos, na

qual o labor e o consumo estão intrinsecamente relacionados, é tipicamente uma sociedade de consumo, que resultou da emancipação da própria atividade do labor.

Ainda conforme Arendt (2004), a era moderna trouxe consigo a glorificação teórica do trabalho e resultou na transformação efetiva de toda a sociedade em uma sociedade operária. A criação do mercado de trabalho transforma o homem em mercadoria. Esse fato, aliado à apropriação do excedente por um estrato dominante que não se confunde com os agentes produtivos, induz a um sentimento de despersonalização ou perda da essência humana. A esse fenômeno Marx denominaria de forma da alienação moderna. Marx (1984) descreve o fenômeno da alienação como a experiência do agente produtivo quando o produto de seu trabalho volta-se contra ele próprio, comandando-o à sua revelia. Desconhecendo a causalidade histórico-social que determina seu destino, o agente social produtivo, o homem, passa a tomar o estado de coisas opressivo como o resultado de uma decisão divina ou de uma determinação natural.

Devido a essas transformações ocorridas na sociedade econômica, do trabalho de subsistência ao trabalho assalariado e das pressões exercidas sobre os patrões no final do século XVIII e início do XIX em relação às condições de trabalho e a formas de organização do trabalho, começaram a surgir novas propostas de organização do trabalho que foram se adaptando ao longo do tempo de acordo com as mudanças socioeconômicas, evoluindo do trabalho artesanal para o trabalho industrial, passando inicialmente por modelos como o taylorismo e o fordismo, chegando aos dias atuais, com situações de neotaylorismo e modelos com formas mais democráticas, tais como o enriquecimento de cargos e os grupos semi-autônomos.

Para fins deste estudo, algumas das propostas de organização do trabalho serão apresentadas, a partir do que é explicitado nas Teorias Administrativas. Devido à estreita relação com a organização do trabalho das organizações hospitalares, que serão apresentadas posteriormente, dar-se-á atenção à Escola Clássica, à Escola das Relações Humanas, ao Estruturalismo e à Teoria Contingencial.

Segundo Fleury & Vargas (1987), o primeiro modelo de organização é denominado como Modelo Clássico, que é representado pela Administração Científica, surgido em decorrência de um período conflituoso da sociedade norte-americana. A Teoria da Administração Científica surgiu no final do século XIX, com Taylor, em decorrência do desenvolvimento industrial, e a partir da visão dos administradores da necessidade de intensificar e melhorar a produção. Essa

teoria tem como objetivo o aumento da eficiência, por meio da eliminação de todo desperdício do esforço humano, da adaptação dos trabalhadores à própria tarefa, do treinamento para que respondam às exigências de seus respectivos trabalhos, de melhor especialização de atividades; e estabelecimento de normas bem detalhadas de atuação no trabalho. Ou seja, predominava a atenção para o método de trabalho, para os movimentos necessários à execução de uma tarefa, para o tempo padrão determinado de sua execução, que constituem a chamada Organização Racional do Trabalho (FLEURY & VARGAS, 1987).

Conforme Taylor (1990), a Administração Científica consiste em uma “combinação de elementos, isto é, conhecimentos antigos coletados, analisados, agrupados e classificados em leis e normas que constituem uma ciência, acompanhada de uma completa mudança na atitude mental dos trabalhadores e da direção nas respectivas atribuições e responsabilidades” (TAYLOR, 1990, p.100).

Taylor defendia alguns princípios básicos, que podem ser condensados da seguinte forma:

- 1) Desenvolver a melhor forma de se executar cada tarefa. Planejar e especificar com precisão a maneira como o trabalho deverá ser executado.
- 2) Escolher o melhor indivíduo para executar a tarefa.
- 3) Capacitar o indivíduo para que o trabalho seja executado correta e eficientemente. Recompensar os trabalhadores (aumento da remuneração) que seguirem todos os procedimentos.
- 4) Planejar, organizar e controlar o trabalho devem ser responsabilidades da gerência, nunca dos operários.
- 5) Fiscalizar o trabalho, certificando-se de que todos os procedimentos são cumpridos e os resultados, atingidos (MORGAN, 1996).

Na aplicação desses princípios, Taylor defendeu o uso de métodos científicos, como o estudo de tempos e movimentos para padronizar as tarefas. E conseguiu, dessa maneira, um aumento significativo na produtividade.

Para que fossem atingidos os padrões de produção fixados, a Escola Clássica sugeria a seleção, o treinamento, o controle por supervisão e o estabelecimento de um sistema de incentivos (MOTTA, 1997). A seleção se baseava em descobrir homens de primeira classe, isto é, aqueles mais adequados para carregar barras de ferro. O treinamento consistia em fazer o

operário aprender a realizar algumas operações simples, já que o trabalho seria amplamente padronizado. O controle era o mais rígido possível, e o supervisor deveria acompanhar passo a passo a realização das tarefas. O sistema de incentivos condizia com o *homo economicus* da época, ou seja, pagava-se mais para aqueles que produzissem mais. Era o incentivo monetário (MOTTA, 1997).

O *homo economicus* era visto por Taylor como alguém que não trabalhava porque gostava, mas pela necessidade de satisfazer suas vontades e pelo medo de morrer de fome. Além disso, ele era estritamente influenciado por recompensas salariais, econômicas e materiais (FARIA, 2002).

A principal característica da Administração Científica é a “ênfase nas tarefas e técnicas de racionalização do trabalho através do estudo de tempos e movimentos”, buscando racionalizar a produção, numa visão extremamente mecanicista e microscópica do homem (FLEURY & VARGAS, 1987). Segundo Motta (2006), a partir desse momento foram estabelecidos os movimento e os tempos padrão, e aos operários coube apenas executar o trabalho da forma prescrita sem discussão.

O taylorismo é utilizado pelo capital como forma de “domesticação” e de dominação do operariado no processo do trabalho, eliminando a margem de manobra e a autonomia que a comunidade profissional operária usufruía nos domínios das suas qualificações, competências e saberes. A concepção, o planejamento e a gestão do funcionamento do processo de trabalho passam a ser centralizados nos empresários, gestores e quadros técnicos, enquanto a execução das tarefas localizadas no processo de produção direta de mercadorias fica a cargo do operariado (FERREIRA, 2002).

A Administração Científica combina o estudo das capacidades físicas de um trabalhador com a abordagem econômica. A afirmação central dessa escola é que, como as recompensas materiais estão muito ligadas aos esforços para o trabalho, o trabalhador corresponderá com a máxima realização de que é fisicamente capaz. A Escola Clássica procura associar ao máximo possível o pagamento do trabalhador com sua produção (ETZIONI, 1976). Segundo Taylor (1990), a adoção dos princípios da Administração Científica traria muitos benefícios para o público em geral. O benefício estaria no fato de que, com o mesmo gasto de esforço, o homem

estaria produzindo duas, três ou, até mesmo, quatro vezes mais tantas coisas úteis para a humanidade (TAYLOR, 1990).

Além de Taylor, Henry Ford fez importantes contribuições para Escola Clássica. A idéia posta em prática por Ford tinha por objetivo a eliminação de quase todos os movimentos desnecessários das ações dos trabalhadores. Esse método permitiu que o consumo de automóveis fosse democratizado, pois eram produzidos no menor tempo possível e no menor custo. Além disso, Ford também construiu um sistema de pagamento com base em bônus e altos pagamentos que cresciam à medida que a produtividade aumentava (MOTTA, 2006).

Muitos dos postulados da Escola Clássica permanecem válidos até os dias de hoje, embora alguns de seus princípios tenham sido abalados pelas contribuições de estudiosos do movimento seguinte dentro do pensamento administrativo. Por ter dado maior ênfase ao comportamento humano e seus conhecimentos, o novo movimento foi chamado de Escola das Relações Humanas (GONÇALVES, 1987).

A Escola das Relações Humanas foi decorrente do desenvolvimento das Ciências Sociais, principalmente da Psicologia e da Sociologia. As descobertas desta escola mostraram que a quantidade de trabalho executada por um trabalhador não é determinada por sua capacidade física, mas por sua capacidade social, e que as recompensas não econômicas desempenham um importante papel na determinação da motivação e da satisfação do trabalhador. Foi demonstrado também que a maior especialização não é a forma mais eficiente de divisão de trabalho e que os trabalhadores não reagem à administração e a suas normas e recompensas como indivíduos, mas como membros de grupos (ETZIONI, 1976).

Conforme Motta (1997), a Escola das Relações Humanas sugeria substituir o *homo economicus* pelo homo social. Essa escola, ainda conforme o autor, caracterizava-se por ver o homem como um ser cujo comportamento não pode ser reduzido a esquemas simples e mecanicistas e por vê-lo, ao mesmo tempo, condicionado pelo sistema social e pelas demandas de ordem biológica e, por fim, por considerar que o homem possui necessidades de segurança, afeto, aprovação social, prestígio e auto-realização (MOTTA, 1997).

De acordo com o autor, a Escola das Relações Humanas teve o mérito de revelar maior complexidade relativa ao comportamento humano nas organizações, que não depende apenas de estímulos econômicos, como diziam os teóricos da Escola Clássica, mas é também influenciado

por fatores de ordem social e afetiva (MOTTA, 2006). No entanto, os autores da Escola das Relações Humanas têm um ponto em comum com os da Escola Clássica, pois consideram o ser humano um ser passivo, que reage de forma padronizada aos estímulos aos quais é submetido na organização. Assim, a partir da Escola das Relações Humanas, estudos sobre a motivação começaram a surgir, e estes começaram a dar maior ênfase às necessidades humanas no trabalho, principalmente à necessidade de auto-realização (MOTTA, 2006).

Assim como aconteceu na Escola Clássica, muitos postulados da Escola das Relações Humanas permanecem nas rotinas administrativas até os dias de hoje. Um outro movimento posterior à Escola das Relações Humanas foi a Escola Estruturalista, que, no plano das organizações, pretendeu sintetizar as escolas Clássica e das Relações Humanas. O Estruturalismo, segundo seus autores, não representa o desenvolvimento de nenhuma das outras escolas, e sim uma ruptura de alguns pressupostos das outras duas, especialmente com relação aos conflitos organizacionais, que são vistos pela Estruturalista como inevitáveis e muitas vezes desejáveis (MOTTA, 1997). Outra crítica apresentada é voltada mais para Escola das Relações Humanas e diz respeito à importância exagerada que se dava aos grupos informais (MOTTA, 1997).

O Estruturalismo é um método analista comparativo que atribui importância especial ao relacionamento das partes na constituição do todo, sem excluir os conjuntos formados por elementos que se relacionam por justaposição (GONÇALVES, 1987). Recorrendo a Motta (1997) para complementar esse pensamento, pode-se afirmar que o Estruturalismo considera os elementos com referência a uma totalidade, no seu valor de posição. Para o Estruturalismo, o relacionamento das partes na totalidade é de especial importância, ou seja, implica totalidade e interdependência (MOTTA, 1997).

Para a Escola Estruturalista, a sociedade moderna é caracterizada pela existência de um número muito grande de organizações. Dessa forma, o homem é considerado um Homem Organizacional, pois passa a depender das organizações para nascer, viver e morrer. Assim, o homem precisa ter um tipo especial de personalidade, na qual estejam presentes a flexibilidade, a resistência à frustração e a capacidade de adiar recompensas e o desejo de realização. Essas características permitem a participação simultânea em vários sistemas sociais nos quais os papéis desempenhados pelos homens variam. Os chamados estruturalistas vêem a organização como um

sistema deliberadamente construído e em constante relação de intercâmbio com seu ambiente (MOTTA, 1997).

Outra teoria também importante a ser apresentada neste estudo é a Teoria Contingencial. A partir dos anos 60, o meio ambiente passou a ser um dos temas centrais em administração, por meio de uma corrente chamada “contingência estrutural”. Contingência significa incerteza, eventualidade, possibilidade de um fato acontecer ou não (FARIA, 2002). A Teoria da Contingência, uma das últimas teorias administrativas, propõe que a eficácia organizacional só é atingida após o uso de variados modelos, ou seja, não existe uma forma única de atingir um objetivo. Em cada caso, um modelo deve ser apropriado para cada situação, afinal, sua estrutura e seu funcionamento dependem de variáveis externas, como o ambiente e a tecnologia (FARIA, 2002). Os autores dessa teoria trabalham com a noção de adaptação contínua da organização ao meio ambiente e de seu ajuste interno às características deste, sob pena de sofrer o processo de entropia, ou seja, a morte da organização (MOTTA, 2006).

O homem, nessa teoria, é visto como um Homem Complexo, isto é, é capaz de manter equilíbrio interno diante das demandas feitas pelas forças externas. Ele se desenvolve por meio de respostas ao ambiente externo, sua família, amigos, organização, etc. (MOTTA, 1997). Segundo Maximiano (1997), para a Teoria da Contingência, as concepções anteriores não consideram toda a complexidade do homem e os fatores o influenciam para alcançar os objetivos organizacionais. Dessa forma, o homem deve ser visto como um sistema complexo de valores, percepções, características pessoais e necessidades. Ele opera como um sistema capaz de manter seu equilíbrio interno diante das demandas feitas pelas forças externas do ambiente Maximiano (1997).

Após terem sido feitas algumas reflexões sobre a organização do trabalho, apresentar-se-ão algumas noções do trabalho organizacional a partir do ponto de vista de diversos autores que têm se dedicado ao estudo do tema. Serão mostradas as bases do trabalho organizacional a partir da visão estruturalista de Etzioni, no intuito de relacioná-la posteriormente com as organizações hospitalares.

2.2 O TRABALHO ORGANIZACIONAL

A nossa sociedade é uma sociedade de organizações. Para ETZIONI (1979), nascemos em organizações, somos educados por organizações, e a grande maioria das pessoas passa a vida trabalhando para organizações. Conforme o autor, organizações são unidades sociais, ou agrupamentos humanos, intelectualmente construídas e reconstruídas, a fim de atingir objetivos específicos. A civilização moderna depende, em grande parte, de organizações, como as formas mais racionais e eficientes que se conhece de agrupamento social. Na concepção de MINTZBERG (2003), as organizações são estruturas para apreender e dirigir sistemas de fluxos e determinar as inter-relações das diferentes partes.

Segundo Pagès, (1987), as organizações são conjuntos dinâmicos de resposta a contradições. São um sistema de mediações que só pode ser compreendido pela referência a mudanças das condições da população e das contradições entre os trabalhadores, por um lado, a empresa e o sistema social, de outro.

O problema das organizações modernas é, conforme Etzioni (1976), a maneira de reunir agrupamentos humanos que sejam tão racionais quanto possível e, ao mesmo tempo, produzir um mínimo de conseqüências secundárias indesejáveis e um máximo de satisfação.

As organizações são unidades sociais que procuram atingir objetivos específicos. Sua razão de ser, nesse sentido, é servir a esses objetivos. Os objetivos servem como padrões, por intermédio dos quais os membros de uma organização e os estranhos a ela podem avaliar o êxito da organização (ETZIONI, 1976).

Normalmente, os objetivos das organizações são estabelecidos num complicado jogo de poder, que inclui diversos indivíduos e grupos, dentro e fora da organização, por meio da referência aos valores que dirigem o comportamento em geral e ao comportamento específico de indivíduos e grupos importantes numa determinada sociedade (ETZIONI, 1976).

Etzioni (1976) afirma que as organizações são consideradas as unidades sociais mais eficientes e produtivas. A eficiência real de uma organização específica é determinada pela medida em que atinge seus objetivos. A competência de uma organização é medida pela quantidade de recursos utilizados para fazer unidade de produção (ETZIONI, 1976). Seguindo seu pensamento, para o autor, possivelmente, o dilema organizacional mais importante seja a tensão imposta à organização pela utilização do conhecimento. Quase todo o conhecimento é criado em organizações e é preservado, de geração a geração, por organizações.

Ainda segundo o autor, as organizações caracterizam-se por possuir divisões de trabalho, poder e responsabilidades de comunicação que são planejadas intencionalmente a fim de intensificar a realização de objetivos específicos; pela presença de um ou mais centros de poder que controlam os esforços combinados da organização e os dirigem para seus objetivos, e onde esses centros de poder também devem reexaminar continuamente a realização da organização e reordenar sua estrutura, quando necessário, visando ao aumento de sua eficiência; e pela substituição do pessoal, isto é, podem-se demitir pessoas pouco satisfatórias ou designar outras pessoas para as suas tarefas (ETZIONI, 1976).

Mintzberg (2003) define a organização em cinco partes (agrupamentos), que são comuns a qualquer empresa pela necessidade sistêmica de essas funções se combinarem para a sustentação do empreendimento. São núcleos de resultados que se articulam e interagem se completando mutuamente, pois, segundo o autor, as organizações são estruturadas para apreender e dirigir sistemas de fluxos e determinar os inter-relacionamentos das diferentes partes. Cada grupamento define-se por similaridade, disciplinaridade, grau de especialidade e objetividade de suas macrofunções, que Mintzberg definiu como:

1. **Cúpula estratégica:** encarregada de assegurar que a organização cumpra sua missão de maneira eficaz e, também, de satisfazer às exigências daqueles que controlam ou, de outra forma, exercem poder sobre a organização. Essa supervisão pode estar relacionada com a gestão de recursos e conflitos, com o controle que passa pela revisão das atividades ou pela comunicação direta ou indireta com os elementos da organização. Acresce-lhe ainda o aspecto da responsabilidade para com toda a organização e desta perante o ambiente que a rodeia. Como tal, além de comunicar-se com o interior do sistema, a cúpula estratégica tem a responsabilidade de ser o elo de ligação com o ambiente envolvente, cabendo-lhe, dessa forma, a gestão das condições de fronteira organizacional (MINTZBERG, 1995).

2. **Tecnoestrutura:** entende-se a tecnoestrutura como a área onde os analistas que não estando diretamente envolvidos na produção, têm a capacidade de observar/avaliar todo o sistema e como este está a funcionar e que, comunicando com os gestores da linha hierárquica, possibilitam uma constante adaptação do sistema às necessidades pontuais.

3. **Linha intermediária:** responsável pela ligação lógica da cúpula com o núcleo de operações, passando instruções e recursos à cadeia inferior e informações de disfunções e resultados à

cúpula. Provê a gestão de processos e projetos e as condições fronteiriças internas. Faz parte do corpo virtual de comando, posto que seus integrantes fisicamente estão distribuídos pelos vários departamentos nas diversas partes da organização.

4. Núcleo operacional: é onde se dá o processo de produção. O núcleo é, de todas as partes, a que sofre mais padronização, programação e controle por parte da Tecnoestrutura, pois dele depende a sobrevivência da empresa.

5. Assessoria de apoio: responsável por todas as demais funções não estratégicas ou finalísticas. É semelhante à tecnoestrutura, mas não está envolvida diretamente na produção, funciona apenas como suporte de todo o sistema (MINTZBERG, 2003).

Motta (1997), apoiando-se em Etzioni (1976), confirma que podem existir três tipos de organização que combinam os aspectos estrutural e motivacional. O primeiro refere-se às organizações coercitivas, em que a coerção constitui o principal meio de controle dos participantes dos níveis mais baixos e um alto grau de alienação caracteriza a maioria desses participantes com relação à organização. O segundo tipo refere-se às organizações utilitárias, em que a remuneração é o principal meio de controle dos participantes dos níveis mais baixos e o envolvimento calculista caracteriza a orientação da grande maioria desses participantes. O terceiro tipo diz respeito às organizações normativas, isto é, àquela nas quais o poder normativo é a principal fonte de controle dos participantes dos níveis mais baixos e a orientação com relação à organização é caracterizada por um alto nível de envolvimento (MOTTA,1997). Dentro dessa visão, Motta (1997) classificaria organizações religiosas, universidades e hospitais como sendo organizações normativas.

Para Etzioni (1976), dentro de quase todas as organizações existe um grupo de pessoas que possuem conhecimentos específicos, os chamados especialistas, que ajudam a fazer com que o trabalho seja mais eficiente.

O conhecimento em organizações especializadas, como universidades, escolas e hospitais, é criado, aplicado e mantido ou comunicado visando atingir os objetivos específicos determinados. Essas organizações caracterizam-se não apenas pelos objetivos que procuram atingir, mas também pela elevada proporção de especialistas no seu corpo de trabalhadores e pelas relações de autoridade entre especialistas e não-especialistas, estruturados de tal maneira

que os especialistas têm maior autoridade com relação às atividades dirigidas ao objetivo da organização. Nesse tipo de organização, os administradores se encarregam das atividades secundárias, administram os meios para a atividade principal, que é desempenhada pelos especialistas (ETZIONI, 1976).

Segundo Pagès (1987), aqueles que permanecem na organização acabam introjetando as exigências fixadas pela organização como se fossem seus. O indivíduo está ligado à organização não apenas por laços materiais e morais, por vantagens econômicas e satisfações ideológicas que ela proporciona, mas também por traços ideológicos. A organização modela seus sujeitos de tal forma que eles reproduzem a organização não apenas por motivos racionais, mas por razões que escapam a sua consciência. Assim, as organizações podem se tornar fonte de angústia e prazer para seus indivíduos (PAGÈS, 1987).

De acordo com o autor, duas estruturas psicológicas podem surgir, correspondendo a duas formas de relações sociais: uma referente à submissão à tradição e outra, à perseguição de um ideal de perfeição. No primeiro caso, a atitude dominante é a obediência, a execução de ordens, o respeito às ordens. No segundo, a atitude é a de adesão, o ato de evitar o desvio, cujas causas são a gratificação e o desprezo. Dessa forma, a organização pode canalizar ao máximo a energia dos indivíduos em seu benefício. O indivíduo, “submetendo-se totalmente, trabalha para a organização como se esta fosse dele próprio. Ele acredita que a organização faz parte dele, da mesma forma que ele faz parte da organização” (p.158). Assim, o indivíduo encontra-se sob a dominação da organização, mesmo que em um nível não consciente. A partir disso, o indivíduo vai procurar conforma-se ao modelo de personalidade suscitado pela organização: uma personalidade individualista e adaptável (PAGÈS, 1987).

Uma conseqüência que poderá aparecer é a tendência da perda, por parte do indivíduo, de seu espírito crítico. Caso surja algum conflito entre ele e a organização, o sujeito tenderá a retornar à agressão contra ele próprio, a se deprimir, a se sentir culpado, em vez de acusar e atacar a organização (PAGÈS, 1987).

No próximo capítulo, a dialética prazer e sofrimento no trabalho será abordada, tendo um enfoque especial na organização do trabalho. Também serão abordados os conceitos de *workaholic* e *worklover*, procurando relacioná-los com a dimensão pessoal e profissional dos sujeitos.

CAPÍTULO 3 O PRAZER E O SOFRIMENTO

Este capítulo tem como objetivo refletir sobre a dicotomia prazer e sofrimento no trabalho. Além disso, pretende-se apresentar os conceitos de *workaholic* e *worklover* dentro das perspectivas pessoal e profissional dos sujeitos.

3.1 DIALÉTICA PRAZER E SOFRIMENTO NO TRABALHO

Nos estudos de Morin (2001), o trabalho é definido de várias maneiras, conforme a visão de cada indivíduo. Ele pode ser agradável ou desagradável, estar ou não associado a trocas de natureza econômica, ser ou não executado dentro de uma organização. A noção de emprego está ligada à noção de salário e de permissão para que outras pessoas determinem suas condições de trabalho.

Dejours (apud BRANT & GÓMEZ, 2003), sob a influência da psicanálise, investiga as estratégias elaboradas pelos trabalhadores para enfrentar mentalmente a situação do trabalho. Na psicodinâmica do trabalho, o objeto de estudo são o sofrimento e as defesas contra a doença – e sofrimento visto como a vivência subjetiva intermediária entre a doença mental e o conforto (ou bem-estar) psíquico.

Para Dejours (1992), o revestimento do sofrimento irá variar de acordo com o tipo de organização do trabalho. O sofrimento, quando é revelado, dá-se por meio da profissão dos indivíduos, o que constitui, conforme o autor, a forma de sua *sintomatologia*. Além disso, Dejours (1999) aponta que também existe o sofrimento daqueles que temem não satisfazer às imposições da organização do trabalho, como horário, ritmo, informação, experiência, exigências do mercado e adaptação à cultura ou ideologia da empresa.

A organização do trabalho origina determinada gama de pressões que podem causar ao trabalhador, de acordo com suas defesas e equilíbrio, tanto prazer, pela liberação de energia

pulsional, isto é, um estado de agitação, de manifestação de sua realidade interior como indivíduo, quanto sofrimento, pela retenção dessa energia (MAZZILLI & PAIXÃO, 2002).

Para Dejours & Abdoucheli (1994), o aparelho psíquico e o desejo do sujeito, a exemplo do corpo, designado como alvo das condições de trabalho, revelaram-se como alvos específicos da organização do trabalho. A organização do trabalho precisa ser entendida, por um lado, como a divisão de tarefas (chegando à definição de modo operatório) que atinge a questão de interesse e do tédio no trabalho, por outro lado, como a divisão dos homens (hierarquia, comando, submissão), que atinge as relações que os trabalhadores estabelecem entre si, no próprio local de trabalho (DEJOURS, 1996).

Muitas vezes, os trabalhadores não têm conhecimento suficiente para saber se falhas que acontecem no seu trabalho são devidas a sua incompetência ou a problemas do sistema técnico. Esse desconhecimento também é fonte de angústia e sofrimento, que se formam pelo medo de ser incompetente, de não estar à altura ou de não estar apto a enfrentar situações que exijam maiores responsabilidades (DEJOURS, 1999).

Adotando uma lógica gerencial taylorista, a administração instala-se em posições prescritas e renova a clivagem entre consecução e execução (LUNARDI FILHO, 1995). O sofrimento e as defesas contra o sofrimento, decorrentes da organização prescrita do trabalho, introduzem a desconfiança entre os diferentes níveis de trabalhadores, interferem na qualidade da produção, provocando uma desorganização da cooperação (DEJOURS, 1993).

Para o alcance de determinado objetivo, muitas vezes, o caminho a ser percorrido obriga os trabalhadores a introduzir modificações, reajustamentos e improvisações importantes no plano do trabalho previsto inicialmente, não cumprindo as regras. Reajustar a organização do trabalho prescrito pode levar o trabalhador a se colocar na ilegalidade e, até mesmo, a assumir riscos (LUNARDI FILHO, 1995).

Em algumas ocasiões, no intuito de fugir do sofrimento, os trabalhadores adotam estratégias defensivas incluindo o segredo e uma coesão do grupo a inimigos comuns. Porém, essas estratégias defensivas podem, em alguns casos, voltar-se contra os próprios trabalhadores. As ideologias defensivas favorecem, às vezes, o enrijecimento das relações sociais de trabalho e a estabilização do individualismo, nem sempre eliminando os problemas relativos à organização do trabalho. Assim, o individualismo desempenha uma desapropriação da inteligibilidade e do poder

sobre o ato. Portanto, a partir de certo limite, o individualismo generalizado pode levar a uma completa desorganização no tocante à organização do trabalho, à qualidade, à produtividade e à segurança, ou seja, pode ocorrer uma desestruturação das relações de cooperação e de prazer no trabalho. Nesse sentido, a fim de que o sofrimento possa ser transformado em iniciativa e mobilização criativa, é fundamental a criação de um espaço de discussão no qual as opiniões se tornem públicas (TEJADA & MAZZILLI, 2002).

Não é sempre, no entanto, que a relação com a organização do trabalho é conflituosa. Em alguns casos, pode ser favorável. Segundo Tejada & Mazzilli (2002), o trabalho pode também ser fonte de prazer e provedor de saúde para o trabalhador. Isso ocorre quando, na luta contra o sofrimento, o trabalhador consegue elaborar soluções originais que vão em direção à saúde e ao aumento de produtividade.

Dejours (1992) cita algumas condições para esse tipo de situação: o indivíduo pode estar tendo “*prazer em funcionar*”, ou seja, as exigências intelectuais estão de acordo com as necessidades do trabalhador. A outra condição é que o conteúdo do trabalho é uma fonte de “*satisfação sublimatória*”, isto é, uma satisfação elevada ao máximo, como um sentimento esplêndido, em que a concepção do conteúdo, o ritmo de trabalho e o modo operatório variam conforme as necessidades do trabalhador. Porém, esse tipo sublimatório de trabalho, segundo o autor, só é encontrado em profissões artesanais, liberais e de nível gerencial, pois o trabalho pode ser organizado livremente.

Segundo Mendes (1999), a atividade profissional, quando escolhida com base nas inclinações pessoais, também proporciona meios à sublimação. Esse processo de sublimação manifesta-se na criatividade, na inovação e na criação de oportunidades. Dessa forma, o prazer no trabalho passa a ser um dos elementos essenciais do equilíbrio psíquico, pois o trabalho cria identidade social, transcende a necessidade de sobrevivência, vai além do conceito de emprego, porque faz o homem se ver como agente transformador do ambiente em que vive, sentir-se valorizado e reconhecido, compreender-se como artífice de seu próprio destino.

É importante ressaltar que a divisão crescente do trabalho é grande comprometedora no processo sublimatório das tarefas, pois essa divisão, muitas vezes, diminui a escolha e a margem deixadas ao livre arranjo das tarefas (DEJOURS, 1992). Para o autor, de uma forma geral, quanto mais rígida for a organização do trabalho, mais acentuada será a divisão do trabalho.

Conseqüentemente, menor será o conteúdo significativo do trabalho e menores serão as possibilidades de serem feitas alterações. Devido a isso, o sofrimento só tende a aumentar (DEJOURS, 1992).

O prazer e o sentimento de realização, que podem ser obtidos na execução de tarefas, dão um sentido ao trabalho. A execução de tarefas permite exercer os talentos e as competências, resolver problemas, fazer novas experiências, aprender novas competências, ou seja, realizar-se, atualizar o potencial e aumentar a autonomia. Dessa forma, pode-se dizer que o reconhecimento permite a passagem do sofrimento para o prazer. Diante desse panorama de prazer e sentimento de realização, surge o conceito de felicidade no trabalho, que aparece como um pilar para a satisfação dos trabalhadores com suas atividades (MORIN, 2001).

A superação do sofrimento pelo prazer no trabalho e, conseqüentemente, o sentido dado ao trabalho, são possíveis pela consecução de satisfações concretas e simbólicas que o próprio trabalho oferece (DEJOURS, 1996). As satisfações concretas dizem respeito à proteção da vida e ao bem-estar físico, biológico e mental. As satisfações simbólicas tratam da qualidade da tarefa. O sentido e a significação do trabalho importam mais que as necessidades do corpo. São uma questão de desejo e motivação (DEJOURS, 1992).

A motivação só acontece para trabalhadores que percebem claramente a ligação entre os seus esforços e o que recebem de volta. Contudo, se o trabalho tem sido marcado pela insatisfação e a infelicidade, também se têm à disposição os instrumentos adequados para reverter essa situação. A solução envolveria, por mais simplista que possa parecer, basicamente, determinação, boa vontade e um pouco de desprendimento (VASCONCELOS, 2004).

Com relação aos resultados obtidos, esses são, em geral, fruto de esforços que exigem uma concentração da personalidade e da inteligência de quem trabalha. E é justo que esse trabalho seja reconhecido, pois, quando ele não o é, pode acarretar um sofrimento que é muito perigoso para a saúde mental. O reconhecimento não é uma reivindicação, ele é decisivo na dinâmica da mobilização subjetiva da inteligência e da personalidade no trabalho, ele gera uma motivação no trabalho. Porém, é necessário conceber sua existência para se discernir o papel que desempenha no destino do sofrimento do trabalho e na possibilidade de transformar esse sofrimento em prazer (DEJOURS, 1999).

Em certos casos, o indivíduo, para tentar eliminar o sofrimento, acaba elaborando algumas soluções, por vezes originais, que são, normalmente, favoráveis à produção e à saúde. O sofrimento passa a ser criativo quando o trabalho e o investimento pessoal são reconhecidos e adquirem um sentido, mesmo que carregado de sofrimento; é criativo porque contribui com algo novo para a organização. É nesse momento que o trabalho faz a passagem do sofrimento para o prazer (MENDA, 2004). Dejours (1992) também considera que, em alguns momentos, o sofrimento pode se revelar propício à produtividade. Contra a angústia, a ansiedade, a insatisfação e o sofrimento, são construídas estratégias coletivas de defesa, e são elas que propiciam essa produtividade.

As organizações exercem influência cada vez maior sobre as condutas individuais das pessoas que delas participam. A adaptação, que ensina o que é importante para o indivíduo em uma determinada organização, é induzida pela transmissão de uma série de conteúdos que dizem respeito, basicamente, aos objetivos fundamentais da organização, aos meios escolhidos para alcançá-los, às responsabilidades dos membros e aos padrões de comportamento necessários para um desempenho eficaz, assim como a todo um conjunto de regras ou princípios relativos à conservação da identidade e à integridade da organização (MACEDO, 2002).

O sofrimento e o prazer são, essencialmente, subjetivos e não se tem aqui a pretensão de querer objetivá-los. Lunardi Filho (1995) afirma que em vez de eliminar o sofrimento do trabalho, o problema para a administração seria, antes de tudo, propiciar condições aos trabalhadores para gerirem eles mesmos seu sofrimento, em proveito próprio e da produtividade. Para Dejours (1996), o prazer no trabalho é um produto derivado do sofrimento. O trabalho determina a própria sobrevivência e condicionamento social do indivíduo, constituindo-se em um fator de equilíbrio e desenvolvimento do ser humano.

Tendo sido feitas algumas reflexões sobre a dialética prazer e sofrimento no trabalho, apresentar-se-ão os conceitos de *workaholic*, um estilo de trabalhador surgido nas últimas décadas, decorrente de alterações ocorridas tanto do mundo do trabalho como na vida pessoal dos indivíduos, e de *worklover*, um outro termo proposto para designar um novo estilo de trabalhador.

Nos próximos dois subtítulos, procurar-se-á explicar alguns significados dos indivíduos *workaholics* e *worklovers*.

3.1.1 O *workaholic*

Estar absorvido de forma intensa com o trabalho, com longas jornadas diárias, excesso de carga de trabalho, ritmo acelerado de se trabalhar e busca desenfreada por resultados são fortes indícios que podem contribuir para que trabalhadores se tornem *workaholics*, ou seja, viciados em trabalho. Segundo Serva & Ferreira (2004), indivíduos viciados em trabalho possuem uma relação indivíduo-organização um tanto quanto deturpada. Além disso, por causa do vício, eles também comprometem sua qualidade de vida, o que acarreta sérias conseqüências para sua saúde (SERVA & FERREIRA, 2004).

É importante não confundir trabalhar demais com ser viciado em trabalho. Quem trabalha demais conhece as fronteiras entre a vida profissional e a pessoal e consegue viver normalmente quando não está trabalhando, enquanto os viciados em trabalho, na maior parte dos casos, não possuem vida pessoal e não conseguem viver tranqüilamente fora do trabalho (HANSEN, 2005).

Segundo França & Rodrigues (1999), os *workaholics* são pessoas dependentes do seu trabalho. Praticamente, não conseguem fazer outra coisa na vida a não ser trabalhar e, quando chegam o final de semana ou as férias, em que usualmente são obrigados pelas empresas a tirá-las, apresentam dificuldades em conviver com a família, com o lazer e a vida social, mostram-se irritadiços e alguns podem, inclusive, desenvolver manifestações depressivas. Conforme os autores, são pessoas incapacitadas para desfrutar seu tempo livre, em geral porque carregam dentro de si um nível de ansiedade muito intenso e se habituaram a conviver com o estresse utilizando o trabalho como válvula de escape (FRANÇA & RODRIGUES, 1999).

Para Codo (2004), o *workaholic* encontra no trabalho uma maneira de fugir da vida, de não enfrentá-la. Em geral, esse indivíduo não encontra satisfação em sua vida sexual, afetiva e familiar. Tem poucos amigos ou dificuldades de se relacionar e, em vez de tentar resolver essas questões, “mergulha” (grifos nossos) no trabalho, onde não encontra tais dificuldades, tornando-o uma obsessão.

A falta de importância ou representatividade de um trabalho impede que um indivíduo encontre satisfação nele, é a chamada “síndrome do vazio” (grifos nossos). Isso ocorre quando não se reconhece o produto do trabalho. Além disso, ainda conforme Codo (2004), o trabalho pode provocar sofrimento caso o circuito de geração de significado, que gera prazer, seja quebrado. Em outras palavras, o que o indivíduo produz tem que ter alguma importância para que

ele se sinta realizado (CODO, 2004). A partir desse tipo de atitude, pode aparecer a alienação do trabalho, em que o indivíduo se divorcia de si mesmo, ou seja, quando o trabalho se transforma em força de trabalho, medido em tração e velocidade, como se faz com um animal (CODO, 1991).

Com a despersonalização do trabalho, DEJOURS (1992) afirma que não restam senão corpos isolados e, para continuar mantendo-os trabalhando, é preciso adestrar, treinar e condicionar a força que não tem mais forma humana. Os indivíduos se transformam em força de trabalho, sem significado.

Para França & Rodrigues (1999), as organizações que levam à alienação do trabalho tendem a ter algumas características específicas. Geralmente, as organizações procuram desenvolver o trabalho de maneira coercitiva; o potencial das pessoas, especialmente a criatividade, não é exercitado; os trabalhadores não têm controle sobre seu próprio trabalho; e as relações de trabalho são fragmentadas e competitivas. Ainda segundo os autores, organizações com essas características têm o potencial de produzir ou despertar nas pessoas sensações de falta de poder, sentimentos de insatisfação e frustrações (FRANÇA & RODRIGUES, 1999).

O trabalho alienado pode ser verificado não apenas nos modelos tayloristas-fordistas, mas também nos modelos modernos. O poder organizacional, sob o prisma da globalização, demonstra que o envolvimento manipulatório pode levar à alienação. Nas organizações modernas, o poder aparece de modo discreto, mas permanente. Isso implica a produção de corpos dóceis, desprovidos de iniciativa, em que o potencial produtivo é liberado e incentivado, enquanto o potencial criativo e questionador é inibido (MOTTA, 2003).

Quanto às características, França & Rodrigues (1999) apresentam alguns traços da personalidade de pessoas que têm propensão a se tornar *workaholics*. Segundo os autores, pessoas que fazem várias coisas ao mesmo tempo; que se sentem culpadas quando estão relaxando; que se aborrecem facilmente com outras pessoas; que costumam desviar as conversas para assuntos de seu interesse; que costumam ficar ansiosas para terminar uma tarefa só para poder passar para a seguinte; que são fisicamente tensas e agressivas; e que têm dificuldade de delegar tarefas e responsabilidades possuem alguns dos traços de personalidades de indivíduos *workaholics*. Um ponto interessante de ser ressaltado é que essas características não são

exclusivas de *workaholics*, pois outros profissionais também podem tê-las, mas elas são freqüentemente observadas em pessoas viciadas no trabalho (FRANÇA & RODRIGUES, 1999).

Ainda com relação às características, Serva & Ferreira (2004) expõem em seu trabalho alguns resultados dos estudos de Scott et al. (1997) a respeito dos *workaholics*. Foram identificados três tipos de padrões de comportamento *workaholic*: compulsivo-dependente, perfeccionista e orientado para realização. As características que compõem esses padrões foram analisadas como variáveis contínuas, assim, os padrões não são mutuamente exclusivos e um *workaholic* pode ser uma combinação de dois ou de todos os três tipos.

O *workaholic* “compulsivo-dependente” é caracterizado pela compulsão⁹ para trabalhar ou pela dependência de trabalho. O indivíduo trabalha de forma excessiva ou irracional e, mesmo reconhecendo o excesso, ele não consegue se controlar ou reduzir a sua carga de trabalho. O padrão “perfeccionista” apresenta como principais características a forte necessidade de estar no controle, a forma rígida e inflexível de administrar, a busca agressiva de poder para dominar o ambiente e o trabalho e a preocupação exacerbada com detalhes, regras e relatórios. O padrão denominado “orientado para realização” (grifos nossos) manifesta alto desejo para mobilidade superior na carreira e alta motivação de realização, forte identidade com a carreira, habilidade para lidar com a demora de satisfação e disposição para esperar por recompensas. Ele responde positivamente à competição, está disposto a avançar com esforço para atingir a excelência e anseia por um cargo com mais responsabilidade e renda crescente (SERVA & FERREIRA, 2004).

Serva & Ferreira (2004) explicam que uma outra contribuição dos estudos de Scott et al. (1997) foi a síntese dos elementos considerados como básicos na identificação de indivíduos com padrões de comportamento *workaholic*: i) eles gastam uma grande parte de seu tempo em atividades de trabalho, dando demasiada importância para ele, abdicando de outros aspectos sociais – família, amigos, lazer, entre outros; ii) eles persistem em pensar freqüentemente em assuntos de trabalho, mesmo quando não estão efetivamente trabalhando; iii) eles trabalham

⁹ Segundo Laplanche (1995), compulsão é um tipo de conduta que o sujeito é levado a realizar por uma imposição interna. Um pensamento, uma ação, mesmo uma seqüência completa de comportamentos são classificados de compulsivos quando sua não-realização é sentida como tendo de acarretar um aumento de angústia. A neurose obsessiva compulsiva é marcada por um conflito psíquico, por sintomas compulsivos, como compulsão a realizar atos indesejáveis, luta contra esses pensamentos e essas tendências, etc., e também por um modo de pensar caracterizado por ruminação mental, dúvida, e que leva a inibições do pensamento e da ação.

muito além do que é razoavelmente esperado do cargo que ocupam ou para atender suas necessidades econômicas básicas. Neste estudo, o *workaholism* é interpretado como sendo o resultado de variáveis pessoais. Porém, variáveis situacionais também devem ser levadas em consideração, pois podem ser um fator importante no desenvolvimento e na manifestação dos comportamentos classificados como *workaholic* (SERVA & FERREIRA, 2004).

Pessoas com algum tipo de dependência com relação a seu trabalho sempre existiram. No entanto, a última década acentuou sua existência motivada pela alta competição, pela necessidade por dinheiro, por vaidade, sobrevivência ou alguma necessidade pessoal de provar algo a alguém ou a si mesmo. Segundo França & Rodrigues (1999), esse tipo de comportamento recebe muitos estímulos da sociedade industrial, que, juntamente com outras características pessoais, como necessidade de mostrar-se muito produtivo, grande competitividade, envolvimento constante em conflitos para conseguir um número cada vez maior de coisas em tempo restrito e tendência a reprimir os sentimentos de frustração, hostilidade e insegurança, fazem com que aumente a existência de pessoas viciadas em seu trabalho.

Novas organizações do trabalho, *downsizing*, recessão, demissões em massa fazem com que, cada vez mais, os trabalhadores gastem horas extras na execução de tarefas que, anteriormente, seriam realizadas por um número maior de pessoas. Alguns estudos mostram que existem trabalhadores que não se importam mais em tirar férias, especialmente por receio de não terem mais seus empregos quando voltarem (HANSEN, 2005). Outro problema, dentro dessa perspectiva, é que os indivíduos continuam mantendo, mesmo fora do trabalho ou nos dias de folga, um programa de repouso comandado pelo cronômetro. Eles conservam presente a preocupação ininterrupta do tempo permitido a cada gesto, uma espécie de vigilância permanente para não deixar apagar o condicionamento mental ao comportamento produtivo (DEJOURS, 1992).

O avanço tecnológico aparece como um forte colaborador para o surgimento do *workaholism*. *E-mails*, mensagens instantâneas, fax e telefones celulares contribuem para que o indivíduo não consiga realmente se distanciar de seu trabalho (HANSEN, 2005). A situação financeira também pode auxiliar na manifestação de comportamentos de viciados no trabalho, afinal, conforme o autor, em uma sociedade materialista, marcada por constantes aquisições de

bens, o trabalho aparece como sendo uma das principais ferramentas para se alcançar esses bens (HANSEN, 2005).

Devido ao excesso de trabalho, o *workaholic* acaba se privando de conviver com sua família e amigos, torna-se um solitário cercado de pessoas, pois sua obsessão pelo trabalho o impede de aproveitar os momentos com as pessoas que ama. Arendt (2004) coloca que, para o indivíduo viver uma vida inteiramente privada, significa que foi destituído de coisas essenciais à vida humana. Assim, essa privação de relações com os outros fez com que assumisse forma o fenômeno “massa da solidão”.

O indivíduo moderno e seus intermináveis conflitos, sua incapacidade de se sentir à vontade na sociedade ou de viver completamente fora dela, seus estados de espírito em constante mutação e o radical subjetivismo de sua vida emocional, para Arendt (2004), nasceram de uma rebelião do coração. O indivíduo que se caracteriza como sendo um *workaholic* estaria, possivelmente, vivenciando esta rebelião do coração mesmo sem ter consciência desse fato, na medida em que se encontra em constante conflito, especialmente no que diz respeito a sua vida pessoal e profissional.

Ao tentar manter escondidos os seus conflitos emocionais, que não quer ou não consegue resolver, o *workaholic* procura o reconhecimento e os aplausos, tornando-se muitas vezes uma pessoa ansiosa. Para além da dificuldade em relacionar-se com os outros, os viciados no trabalho apresentam geralmente sintomas físicos como estresse, insônia, falta ou excesso de apetite e atitudes agressivas, e também psicológicos, como perfeccionismo em demasia e depressão.

Um outro problema que pode acontecer com *workaholics* é que, apesar de poder trazer benefícios a curto prazo, aos olhos das empresas, uma pessoa que normalmente permanece depois do horário pode significar um profissional de baixa produtividade, pois pode acabar sendo visto como aquele que não consegue resolver suas pendências no horário normal.

Ser um *workaholic*, ou seja, uma pessoa orientada para a tarefa, pode ser perigoso se o indivíduo não contar com “válvulas de escape” (grifos nossos) para descarregar sua energia. Achar uma atividade em que seja possível aprender, ser criativo, ajudar, trocar, dividir e executar trará oportunidades para que *workaholics* diminuam consideravelmente seus vícios.

Nos trabalhos de Arendt, podem-se encontrar algumas maneiras de minimizar o vício no trabalho. Segundo a autora, uma das soluções para o problema da imprevisibilidade do futuro está

contida na faculdade de prometer e cumprir promessas. O ato de perdoar, que serve para desfazer atos do passado, e o de prometer, que obriga alterações por meio de promessas, ajuda a criar espaços seguros sem os quais não haveria continuidade e, menos ainda, durabilidade de qualquer espécie, nas relações entre os homens. O indivíduo viciado em trabalho que anseia perder esse (péssimo) hábito, além de se prometer, e prometer àqueles que o rodeiam, que irá mudar de atitude, também precisará do perdão dessas pessoas que convivem com ele e, principalmente, do autoperdão para que, dessa maneira, consiga sentir alguma segurança com relação a seu futuro incerto, para que tenha forças para mudar (ARENDDT, 2004).

4.2.2 O *worklover*

Nas três últimas décadas do século XX, conforme referido anteriormente, o mundo do trabalho passou por inúmeras transformações. Seguindo este pensamento de mudanças no trabalho, Dejours (1992) considera que a organização do trabalho, concebida por um trabalho especializado da empresa, estranho aos trabalhadores, choca-se diretamente com a vida mental e com a esfera das realizações, das motivações e dos desejos do indivíduo, levando-o à perda do sentido na realização das tarefas. A organização temporal do trabalho, a escolha das técnicas operatórias, os instrumentos e os materiais empregados permitem ao trabalhador adaptar, dentro de alguns limites, o trabalho aos objetivos que almeja alcançar e às competências, conferindo parte de sua identidade na realização das tarefas, fazendo com que o trabalho tenha sentido para si.

Na mesma linha, Antunes (1999) destaca que, para que exista uma vida cheia de sentido fora do trabalho, é necessário uma vida dotada de sentido dentro do trabalho. Não é possível compatibilizar trabalho assalariado, fetichizado e estranhado com o tempo com sentimentos de satisfação, realização e pertença que trazem sentido para a vida dos indivíduos. Uma vida desprovida de sentido no trabalho é incompatível com uma vida cheia de sentido fora do trabalho.

O prazer, muito mais do que o sofrimento, é a mola mestra que impulsiona os indivíduos nas suas buscas pessoais. Quando são encontrados estímulos positivos para seguir em frente, quando a mente se sente desafiada a atingir objetivos com os quais se identifica, então o indivíduo se aproxima da excelência de vida, de qualidade da vida, ou seja, da felicidade (MANSSOUR, 2001).

A possibilidade de fazer o que se gosta e unir prazer ao trabalho diário pode trazer, além de muita felicidade, entusiasmo e qualidade de vida, ganhos expressivos também financeiramente. O amor ao trabalho ajuda a ter mais energia, criatividade e comprometimento.

Estudos mostram que, até meados da década de 1980, o trabalho era visto como uma forma de ganhar dinheiro. Somente nos últimos anos as pessoas começaram a ter uma preocupação maior com sua carreira e verdadeiros interesses profissionais. Parecem ser características intrínsecas dos profissionais que fazem o que gostam e são realizados no trabalho a automotivação e a capacidade de fazer as coisas acontecer. O sucesso do indivíduo começa a ser medido quando este consegue alcançar e superar seus objetivos iniciais. Estar satisfeito com o que se faz é uma das maneiras essenciais de um ser humano adulto saudável, já que o trabalho, que toma a maior parte do dia, certamente tem influência sobre a saúde mental (CODD, 2004).

Nos estudos de Manssour (2001), os resultados apontaram que os indivíduos se referem ao trabalho como uma realização, um privilégio de fazer o que gostam e o que sabem fazer. Aliado a isso se encontra a satisfação pessoal em desenvolver a atividade para a qual acreditam estar inclinados desde muito cedo, com igual ou maior importância que a remuneração, que garante a sobrevivência e o conforto de cada um (MANSSOUR, 2001). O trabalho continua a ser essencial na vida das pessoas que buscam, ao mesmo tempo, utilidade para suas atividades dentro das organizações e também para a sociedade. Além disso, valores como variedade na natureza das tarefas, aprendizagem, autonomia, reconhecimento, bem como a função de garantir a sobrevivência e a segurança, são fundamentais para que o trabalho tenha sentido.

Pessoas criativas normalmente são impulsionadas pela curiosidade e tendem a ser mais intrinsecamente motivadas, mais interessadas nas recompensas da descoberta intelectual do que nas recompensas financeiras ou de *status* (GARDNER et al., 2004). DEJOURS (1992), porém, apresenta um outro ponto de vista. Para o autor, a organização científica do trabalho, fundamentada no trabalho taylorista, que é extremamente rotineiro, desapropriou o saber e a liberdade de invenção. No entanto, não conseguiu tirar dos operários a originalidade na execução de suas tarefas. Essa originalidade, ou seja, criatividade, autoriza cada operário a adaptar intuitivamente a organização de seu trabalho às necessidades de seu organismo e às suas aptidões físicas (DEJOURS, 1992).

Diante disso, nos últimos anos, tentando classificar o grupo de trabalhadores que possuem as características citadas acima e que não se enquadram, necessariamente, no perfil do *workaholic*, mas que, assim como este, costuma esquecer-se do tempo, de tão envolvido com o que está fazendo, alguns pesquisadores propuseram o termo *worklover*, ou seja, aquele que ama seu trabalho, para designá-los.

Codo (2004), principal autor do tema, afirma que é possível existir *worklovers* em todas as profissões, mesmo naquelas atividades consideradas rotineiras. Ainda segundo o autor, se uma pessoa não tem prazer no trabalho, possivelmente a atividade dela tem algum problema. Profissionais que se tornam *worklovers*, normalmente, segundo Codo (2004), são aqueles que têm uma autonomia maior em suas tarefas profissionais, pois eles sentem que podem modificar o mundo com seu trabalho. Profissões cuja rotina não faz parte do dia-a-dia têm maior tendência a criar "apaixonados".

Conforme afirma Fossá (2003), o que existe é uma fusão de identidade, isto é, ela se forma a partir da combinação dos valores individuais com as atividades profissionais e/ou com a sua organização. Dessa forma, acaba surgindo um espaço comum entre ambos sem comprometer nem a identidade individual nem a profissional (FOSSÁ, 2003).

Estudos exploratórios, com enfoque nos *worklovers*, mostram que a liberdade que os trabalhadores possuem para executar seus trabalhos é altamente enriquecedora. O uso de idéias criativas para soluções de problemas é visto como uma maneira de aplicar os conhecimentos adquiridos ao longo do tempo na profissão. Nesse sentido, a criatividade consiste em um processo mental e prático que uma pessoa ou um grupo, depois de terem pensado idéias novas e fantasiosas, conseguem também realizar concretamente CODO (2004).

Segundo MASSOUR (2001), a criatividade aparece como sendo um trabalho da mente, ligado diretamente à capacidade e ao talento, ou dom, somado a um esforço pessoal de aprendizagem tanto de técnicas quanto de conhecimentos gerais capazes de estimular a criação. Conforme DE MASI, (2000), não se trata de uma simples fantasia ou de uma simples concretude, mas de uma síntese entre essas duas habilidades.

Conforme o Quadro 1, resumidamente, poder-se-ia dizer que:

Worklover x Workaholic		
I	É apaixonado pelo trabalho.	É viciado em trabalho.
II	Está geralmente satisfeito com o trabalho e sabe lidar melhor com as dificuldades que aparecem.	É motivado por natureza, mas não está necessariamente satisfeito com o trabalho.
III	Se o trabalho vai mal, busca ajuda e soluções para os problemas.	Se a vida profissional vai mal, sofre e descuida da saúde.
IV	Trabalha muitas horas por dia sem perceber o tempo passar, mas a satisfação se estende à vida pessoal. Tem equilíbrio.	Trabalha muitas horas por dia e abandona a vida pessoal. Piora a situação porque foge dos problemas privados “internando-se” mais horas na empresa.
V	Sofre menos de estresse, garantindo saúde mental e física por mais tempo.	Apresenta mais estresse e tem mais chances de sofrer doenças cardiovasculares.

Quadro 1: *Worklover x Workaholic*

Fonte: Codo (2004).

Porém, por ser um tema muito recente e por existirem poucos estudos sobre o indivíduo *worklover*, sua fundamentação teórica ainda não está completa e seu conceito e características são, em diversos momentos, questionáveis.

Analisando o quadro acima, que representa resumidamente as diferenças entre *worklover* e *workaholic*, algumas contradições podem ser percebidas. O segundo tópico deixa algumas dúvidas. O quadro mostra que o *worklover* geralmente está satisfeito com o trabalho; dessa forma, pode-se entender que existem momentos em que o *worklover* não está satisfeito com o trabalho. Só que essa também é uma característica do *workaholic*, pois, conforme afirma o autor, o *workaholic* não está necessariamente satisfeito com o trabalho.

O terceiro tópico também gera controvérsias. Se o trabalho do *worklover* vai mal, ele busca ajuda, mas não fica claro na explicação se ele também não sofre e descuida da saúde, como o *workaholic*.

O tópico seguinte apresenta uma das semelhanças entre os dois indivíduos. Porém, uma dúvida também pode surgir. Como o *worklover* também trabalha muitas horas por dia e não percebe o tempo passar, em alguns momentos pode existir a possibilidade de ele também abandonar sua vida pessoal em prol da profissional. A única diferença aparente dessa explicação é que um apresentaria um certo equilíbrio, enquanto o outro “internar-se-ia mais horas na empresa”.

O quinto tópico mostra que ambos podem sofrer de estresse no trabalho, mas a diferença estaria no fato de que um sofre de estresse em menor quantidade que o outro. Além disso, uma questão também pode aparecer. O fato de o *worklover* sofrer menos estresse não quer dizer que, necessariamente, ele não vá sofrer de doenças cardiovasculares.

Um outro ponto que deve ser levantado na teoria do *worklover* é que, até o momento, nada ainda foi dito sobre a possibilidade de o indivíduo *worklover* sofrer no trabalho. O que é apresentado sobre o tema só mostra momentos de prazer e satisfação no trabalho do *worklover*; porém, como já foi dito anteriormente por Dejours (1996), o prazer no trabalho também resulta do sofrimento. Dessa forma, se o indivíduo tem prazer no trabalho, ele também tem sofrimento. O desafio agora é tentar descobrir em que momento o apaixonado pelo trabalho, sofre.

CAPÍTULO 4 O TRABALHO NA ÁREA MÉDICA

A partir do que já foi exposto sobre Organização do Trabalho e Trabalho Organizacional, neste capítulo será mostrada a evolução do hospital dentro de uma contextualização histórica. Em seguida, será abordada a maneira como o trabalho hospitalar está organizado. Por fim, serão apresentados esclarecimentos sobre o trabalho médico, procurando apresentar a importância desse profissional dentro de uma organização hospitalar.

4.1 EVOLUÇÃO DO HOSPITAL

O hospital tem percorrido um caminho complexo e tortuoso em busca do tecnicismo científico adequado às suas novas funções. O surgimento do hospital como cenário privilegiado da tecnologia médica, cumprindo finalidades terapêuticas, é fato relativamente recente e tem como marco da transformação de suas atribuições o final do século XVIII (PITTA, 1990).

Antes dessa época, o hospital era apenas uma instituição de assistência aos pobres, que tinha como função recolhê-los e evitar que suas doenças contagiassem os outros. O hospital era dirigido por religiosos, e seus trabalhadores atuavam com fins caritativos, em busca de salvação de suas almas por meio do auxílio ao próximo. Os médicos, por sua vez, mantinham uma relação individual com o doente, sem passar pelo espaço hospitalar (FOUCAULT, 1999).

Outra transformação do hospital se deu pela necessidade de organizar a desordem que imperava no local, pela necessidade de se evitar o óbito de muitos soldados treinados, razões de ordem econômica e por receio de epidemias. Essa transformação é dada com a introdução da disciplina, vista como uma técnica para gerir os homens (FOUCAULT, 1999).

Esse movimento se dá acompanhado de uma evolução na medicina, tanto devido à maior disciplina nos hospitais, como devido à evolução do saber nessa área. Assim, o hospital nasce a

partir de técnicas médicas e de poder disciplinar de intervenção sobre o meio (FOUCAULT, 1999). Assiste-se, portanto, no hospital disciplinado e medicalizado e tido como local terapêutico, a uma reorganização administrativa em que o topo da hierarquia, ocupado, até então, pelo pessoal religioso, passa a ser preenchido pelo médico, o novo detentor do saber (ALMEIDA & ROCHA *apud* LUNARDI FILHO, 1995).

A partir do momento em que o hospital é concebido como um instrumento de cura, torna-se também um instrumento terapêutico, e o médico passa a ser o principal responsável pela organização hospitalar. A tomada de poder pelo médico se manifesta no ritual de vista ao paciente (FOUCAULT, 1999).

Porém, somente a partir da metade do século XX, com a produção industrial de equipamentos médicos, é que o hospital assume novas características e novas missões, próprias de hospital contemporâneo (LUNARDI FILHO, 1995). À medida que o hospital foi modificando sua missão, foi se modificando também sua forma de organização e atuação. A hierarquização contribuiu para sua complexidade. As organizações, tornando-se mais complexas e mais dispendiosas, demandam maiores controles administrativos, de tal forma que a eficiência econômica e a racionalidade administrativa passam a constituir assuntos de interesse hospitalar (LUNARDI FILHO, 1995).

Em sua evolução, o hospital modificou-se por meio de influências externas, como a Revolução Industrial e as revoluções científicas, isto é, a necessidade de renovar os instrumentos, de produzir novos instrumentos capazes de resolver os problemas vigentes, assumindo cada vez mais um papel importante no tratamento de doentes, passando a constituir um espaço de domínio do saber médico e das tecnologias (TAFTE, 1997). Essas modificações sociais e econômicas influenciaram, decisivamente, as mudanças ocorridas nas organizações hospitalares no século XX, que tiveram de se organizar nos moldes da administração científica para garantir seu funcionamento e manutenção (TREVISAN, 1988).

Segundo Pitta (1990), a impossibilidade do domínio por um único profissional da totalidade dos conhecimentos e técnicas disponíveis faz com que surjam as especializações, como forma de divisão de trabalho, resultante da inovação tecnológica-científica e a conseqüente dependência entre especialidades. Conforme Júnior (2004), tendência à especialização nos moldes atuais inicia-se a partir do século XVIII, isso porque, com o avanço da ciência em todos

os campos, com novas descobertas, com novos estudos, a medicina também amplia seus horizontes. A especialização médica surgiu como fruto da evolução do conhecimento, pois o homem, no curto espaço de sua vida, não teria mais possibilidade para se dedicar integralmente a todos os ramos da ciência, que crescia a cada dia. O avanço tecnológico do século XX multiplica as especialidades; assim a especialização, ainda de acordo com Júnior (2004), nasceu da necessidade, devido ao progresso da ciência.

Para Pitta (1990), a divisão do trabalho no hospital é a reprodução no seu interior da evolução e da divisão do trabalho no modo de produção capitalista, preservando-se, entretanto, algumas características da religiosidade caritativo-assistencial da etapa anterior (PITTA, 1990).

4.2 O TRABALHO HOSPITALAR

A análise da sociedade contemporânea revela que os hospitais vêm, cada vez mais, ocupando lugar de destaque. São organizações complexas, que utilizam tecnologia sofisticada e precisam ter uma reação dinâmica às exigências de um meio ambiente em constante mudança. (GONÇALVES, 1987). O sistema de saúde é tido como um dos sistemas mais complexos da sociedade contemporânea e os hospitais são considerados organizações extraordinariamente complexas (MINTZBERG, 1989). Sua complexidade deriva do fato de que são organizações prestadoras de um tipo peculiar de serviço, utilizam tecnologia sofisticada e precisam ter uma reação dinâmica às exigências de um meio ambiente em constante mudança. As instituições de saúde representam sistema psicossocial no qual os integrantes da organização convivem com problemas e dificuldades de outras pessoas, ou seja, dá-se o atendimento a pessoas realizado por outras pessoas. Dessa forma, os hospitais procuram desenvolver sistemas psicossociais e administrativos típicos, a fim de alcançar seus objetivos (GONÇALVES, 1987). Nos estudos das organizações, os hospitais, ao lado das universidades, são considerados organizações profissionais, apresentando particularidades quanto ao seu modo de funcionamento (MINTZBERG, 1989, 2003).

Segundo Pitta (1990), as diferentes funções que o hospital tem desempenhado ao longo de sua história têm dificultado em muito a tarefa dos que buscam entender o processo de trabalho hospitalar como um corpo de práticas institucionais articuladas às demais práticas sociais numa

dada sociedade e submetido a determinadas regras históricas, econômicas e políticas. Foucault (1999) afirma que, com o advento do capitalismo, não se deu uma passagem da medicina coletiva para individual, e sim o contrário. Socializou-se um objeto que foi o corpo enquanto força de produção, força de trabalho. Ainda conforme o autor, a medicina social foi formada basicamente pela medicina do Estado, da medicina urbana e da medicina da força de trabalho (FOUCAULT, 1999).

O trabalho hospitalar enquanto serviço obedece às mesmas regras gerais de determinação econômica que outras atividades; oferece, porém maior complexidade de análise ao envolver a discussão sobre valor. Além disso, devido ao fato de estar localizado no terceiro setor, enquanto prestação de serviço, o trabalho hospitalar padece de todas as dificuldades do trabalho sem modelo (PITTA, 1990). As instituições de saúde possuem diferentes atividades, desde o estabelecimento de objetivos, metas, diretrizes, métodos e processos de trabalho, passando pela formação de uma estrutura de atividades e recursos, compondo as unidades de trabalho e distribuição de tarefas, até o controle e a coordenação de todas as atividades a serem realizadas (GONÇALVES, 1987).

Para desenvolver suas atividades, o hospital depende de uma extensa divisão de trabalho entre seus integrantes e de uma estrutura organizacional complexa, que abrange diferentes departamentos, equipes e cargos, e também de um elaborado sistema de coordenação de tarefas e funções. Tais atividades agrupam-se em conjuntos de funções, algumas voltadas mais para o exterior e outras mais para o interior do hospital (GONÇALVES, 1987).

As funções externas são realizadas pelos integrantes da organização. Contudo, trata-se de atividades aplicadas em pessoas externas a ela. Como funções externas, encontram-se prestação de atendimento médico e complementar a doentes em regime de internação, desenvolvimento de atividades de natureza preventiva, participação em programas de natureza comunitária e integração do hospital no sistema de saúde. O outro conjunto de funções relaciona-se com a vida interna da organização: participação na formação de recursos humanos para área da saúde, local onde se desenrola a atividade profissional propriamente dita e participação no desenvolvimento de pesquisas na área da saúde (GONÇALVES, 1987).

Uma outra perspectiva apresentada por Schulz & Johnson (1979) aconselha que as funções da prestação de serviços de saúde sejam definidas sob diversas perspectivas. Assim, ter-

se-ia uma perspectiva orientada para o paciente; uma perspectiva orientada para o prestador de serviço; uma perspectiva orientada para a organização; e uma perspectiva orientada para a sociedade, onde estariam incluídos os assuntos referentes a concorrentes, representação política, etc.

Para Etzioni (1976), os hospitais são caracterizados como sendo organizações com múltiplas finalidades, devido ao fato de serem, quase que exclusivamente, lugares de tratamento para pessoas doentes e também por funcionarem como centros de preparação para a profissão médica, e alguns deles são também centros de pesquisa (ETZIONI, 1976). Recorrendo-se a Foucault (1999) para complementar esse pensamento, além de ser um lugar de cura, o hospital aparece como um lugar de formação e transmissão de saber. E os objetos de saber e prática dos médicos são os indivíduos e a população que os procuram em busca de alguma cura.

O hospital, ao incorporar significativas mudanças, transforma cada vez mais suas características de ofício em processo tecnológico de trabalho. Apesar da decomposição do processo de trabalho em tarefas isoladas, elas são acompanhadas de uma integração, por meio de uma hierarquia de profissionais e serviços que se constitui no fundamento da produtividade do setor, mas dependendo ainda do conhecimento do trabalhador (PITTA, 1990).

Os serviços são prestados por um grupo heterogêneo de profissionais, com diferentes níveis educacionais e distintas qualificações. Não há uma categoria única de empregados que exerçam seu trabalho no hospital, mas diversas, em função das diferentes atividades desenvolvidas. A divisão do trabalho vem ocorrendo na medida em que se diversifica a atividade hospitalar (LUNARDI FILHO, 1995).

Segundo Mintzberg (1989), o hospital se caracteriza, quanto à estrutura gerencial, pela presença de duas linhas de comando, com lógicas, valores e interesses diferentes. Uma voltada para os serviços administrativos e de suporte, mais hierárquica e guiada pela racionalidade econômica. Esta se insere em uma outra linha de autoridade, a profissional, com características mais democráticas, cujos serviços clínicos empregam mecanismos gerenciais mais fluidos, dispendo, por vezes, de uma estrutura colegiada, orientada pelas necessidades assistenciais (MINTZBERG, 1989).

Para Gonçalves (1987), a autoridade nas instituições hospitalares não emana de uma única origem, nem flui através de uma só linha de comando. A autoridade no hospital é repartida, em

parcelas de densidade diferentes, entre a direção superior, o corpo clínico, o corpo profissional (essencialmente representado pelos profissionais de enfermagem) e a administração.

Para Tappan (1976), o trabalho das organizações hospitalares desenvolve-se a partir das necessidades de cada estabelecimento em um determinado período. À medida que surgem novas necessidades, novos serviços poderão ser criados e outros, extintos.

Nessas organizações, o trabalho profissional é altamente especializado, complexo e de difícil mensuração, e a autonomia é necessária para executá-lo, o que gera um ambiente propício ao conflito e torna fundamental um processo de negociação permanente. Os diferentes serviços tendem a se comportar de forma independente, exercendo muitas vezes rivalidades quanto à utilização de recursos. Nesse contexto de poder partilhado e disputa entre os grupos para impor suas orientações, o processo de elaboração de estratégias é emergente, descontínuo, e cada decisão é fruto de um jogo de forças contingente (MINTZBERG, 1989).

Pitta (1990) afirma que essa forma de organização de trabalho confirma as influências das teorias preconizadas por Taylor, que propunha uma racionalidade científica para o trabalho baseada na divisão de tarefas em seus elementos mais simples, fragmentando e especializando as tarefas com o intuito de reduzir movimentos, fazendo aumentar a produção, onde cada gesto, cada seqüência, cada movimento poderiam ser vigiados e controlados por um sistema hierárquico complexo.

Segundo Trevisan (1988), a influência do taylorismo nos hospitais é evidente, a começar pelo movimento da padronização hospitalar, pela preocupação com o estabelecimento de métodos uniformes de trabalho. A seleção do trabalhador e seu treinamento, o planejamento por parte dos superiores e a especialização decorrente da divisão de trabalho são exemplos dessa influência nas organizações hospitalares (TREVIZAN, 1988).

Para Taffe (1997), a divisão técnica do trabalho passa a adquirir características mais modernas, no sentido de que o produto final é uma ação de saúde que resulta da concorrência do trabalho de diversos profissionais não mais independentes entre si, mas responsáveis por parcelas de trabalho controladas pelo médico, que gradativamente vai assumindo também o papel de gerenciador do trabalho em organizações hospitalares e ambulatoriais.

Conforme a autora, durante o século XX houve uma ampliação do sistema hospitalar, pela implantação de novas tecnologias médicas, pelo desenvolvimento de conhecimentos relativos à

saúde e pela especialização crescente da medicina. Junto com essa ampliação, aumentou também a importância dos médicos dentro de organizações hospitalares. Eles tornaram-se elementos principais nesse tipo de organização, bem como em instituições governamentais de saúde, norteando ações coletivas de saúde (TAFPE, 1997).

Assim, de acordo com Gonçalves (1987), a compreensão do hospital como uma organização permite encará-lo como uma realidade que é simultaneamente econômica, humana e social. Dessa forma, o hospital necessita dispor do seu próprio sistema de valores, que regerão o comportamento da organização, tal como ocorre em qualquer outro tipo de organização (GONÇALVES, 1987). O caráter plural do trabalho hospitalar fica implícito. A medicina e suas técnicas preenchem, sistematicamente, os espaços e determinam novas formas e divisão do trabalho no interior do hospital (PITTA, 1990).

A forma de organização de trabalho coletivo em saúde apresenta uma divisão técnica com características de manufatura; pelo seu valor de uso e sua lógica de qualificação, é um serviço a ser consumido (PITTA, 1990). Focando o mercado brasileiro de saúde, Negri & Giovanni (2001) afirmam que está acontecendo um processo de “mercantilização da saúde” (p.17), no qual o setor privado de produção de bens e prestação de serviço de saúde ganha autonomia no que diz respeito às suas condições de financiamento, ao mesmo tempo em que o Estado desenvolve um novo aparato regulatório para o desenvolvimento do setor.

Conforme Machado & Rego (1996), a evolução tecnológica e da ciência médica proporcionaram uma verdadeira revolução na geografia do saber científico, que pode ser traduzida pelo surgimento de novas profissões no campo da saúde, em que os avanços tecnológicos ocorridos têm promovido o aparecimento em maior proporção, de especialidades e subespecialidades sofisticadas. Isso provocou efeitos positivos na credibilidade da ciência médica, ao mesmo tempo em que produziu uma dependência, por parte do médico, em relação aos recursos tecnológicos quanto à precisão do diagnóstico e terapia (MACHADO & REGO, 1996). Além disso, apesar da dinâmica incorporação de novas tecnologias à área de assistência à saúde, tal dinamismo não está sendo traduzido por economia de força de trabalho, mantendo o setor, essencialmente, de trabalho intensivo (PITTA, 1990).

Para Braga & Silva (2001), em uma sociedade capitalista a atenção à saúde pode ser viabilizada seja como uma mercadoria de qualidade e preço acessível, seja como um serviço

público eficiente e financiado de maneira estável com recursos tributários. Ao longo do desenvolvimento capitalista no Brasil, nenhuma das duas possibilidades tem sido assegurada amplamente à população. O sistema público de saúde, constitucionalmente aberto a todos, carece de qualidade em muitas de suas unidades. O sistema privado, por sua vez, quando é de qualidade, tem seu preço fixado em patamares inacessíveis à maioria das pessoas; quando tem preço acessível, seu serviço, na maioria das vezes, incide em práticas de reajustes abusivos de preços (BRAGA & SILVA, 2001).

4.3 O TRABALHO MÉDICO

Segundo a Federação Nacional dos Médicos (FENAM, 2007), a Medicina é uma modalidade de trabalho social instituída como profissão de serviço e uma instituição social a serviço da humanidade. A atividade desenvolvida por seus praticantes destina-se, essencialmente, ao diagnóstico das enfermidades e à terapêutica dos enfermos, embora, tipicamente, englobe todos os procedimentos decorrentes dessas duas vertentes. Segundo Foucault (1999), a medicina moderna é uma medicina social, que tem como um de seus principais pilares uma certa tecnologia de corpo social. Além disso, a medicina é uma prática social que valoriza muito a relação médico-paciente.

Os médicos só existem porque há doentes a tratar, doenças a conhecer (para reconhecer, para evitar e para curar) e muitas mazelas humanas a prevenir, muito sofrimento a minorar. E essas circunstâncias criaram uma demanda específica para algum agente social que pudesse diagnosticar as doenças e tratar mais adequadamente os doentes: esses são os médicos. Tecnicamente, o médico pode ser definido como o ser humano pessoalmente apto, tecnicamente capacitado e legalmente habilitado para atuar na sociedade como agente profissional da medicina o que lhe assegura o direito de praticar todos os atos que a legislação permite ou obriga. Não basta que alguém esteja (ou se sinta) apto para exercer um ato profissional. Pode estar vocacionado e evidenciar notável inclinação para a atividade, mas, prioritariamente, precisa estar capacitado e habilitado para tal. A capacitação profissional possui características peculiares que a diferenciam e individualizam. Assim, o processo de capacitação deve ser formal e legalmente instituído para aquela finalidade específica (FENAM, 2007).

O projeto de lei 25/2002, referente ao Ato Médico, prevê que o Ato Médico é todo procedimento técnico-profissional praticado por médico habilitado e dirigido para a prevenção primária, definida como a promoção da saúde e a prevenção da ocorrência de enfermidades ou profilaxia; a prevenção secundária, definida como a prevenção da evolução das enfermidades ou execução de procedimentos diagnósticos ou terapêuticos; e a prevenção terciária, definida como a prevenção da invalidez ou reabilitação dos enfermos. Conforme esse projeto de lei, o Ato Médico objetiva regulamentar os atos médicos, fortalecendo o conceito de equipe de saúde e respeitando as esferas de competência de cada profissional. Dessa forma, o projeto tem como objetivo definir, em lei, o alcance e o limite do ato médico.

A medicina é uma profissão a serviço da saúde do ser humano e da coletividade e deve ser exercida sem discriminação de qualquer natureza. A fim de que possa exercer a medicina com honra e dignidade, o médico deve ter boas condições de trabalho e ser remunerado de forma justa. Ao médico também cabe zelar e trabalhar pelo perfeito desempenho ético da medicina e pelo prestígio e pelo bom conceito da profissão (CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA – CEM, 88).

O médico jamais utilizará seus conhecimentos para gerar sofrimento físico ou moral, para o extermínio do ser humano ou para permitir e acobertar tentativa contra sua dignidade e integridade. Cabe ao médico guardar absoluto respeito pela vida humana, atuando sempre em benefício do paciente (CEM, 88).

É necessário lembrar que os médicos são treinados e acostumados a salvar vidas a qualquer custo, a estar disponíveis e aptos ao ofício a qualquer hora do dia; a omissão de socorro, segundo o Código de Ética Médica, é delito grave, passível de punição com perda do direito do exercício profissional. Os médicos acabam tornando-se, na prática, "guardiões da vida" (MACHADO, 1997).

Para Machado (1997), a profissão médica é o estereótipo de profissão com alto grau de autonomia (saber) e econômica (mercado de trabalho). No entanto, a autora diz que a atividade médica é uma prática desgastante: lidar com vidas quase sempre em situações de fragilidade, tomar decisões que envolvem riscos vitais, fazer intervenções clínicas ou cirúrgicas em indivíduos enfermos.

O processo de trabalho na área de saúde gera como resultado final um serviço. Assim, segundo Da Silva (1999), o trabalho dos profissionais da saúde é caracterizado pela produção de

serviços assistenciais e, como tal, um produto complexo quando comparado com a produção de bens de consumo. O cuidado, ao indivíduo doente ou sadio, é o resultado do trabalho dos componentes da equipe multidisciplinar de saúde. No que se refere ao profissional médico, seu trabalho se dá em meio a alto fluxo de atividades, de pessoal e de clientes. Deve estar preparado para lidar com o inesperado, para minimizar os fatores de agressões e ter habilidades no trato com as pessoas em situações de crise emocional. Esse ambiente de trabalho submete o médico a um constante desgaste mental (DA SILVA, 1999).

As exigências do trabalho levam-no a longos períodos de envolvimento com micro-decisões de toda ordem, ligadas à solicitação da memória, ao seu conhecimento técnico e científico e sujeitas a interrupções constantes por outros membros da equipe de trabalho, familiares ou pelo próprio cliente. Outro fator que provoca alta exigência do trabalho médico está relacionado à desproporção entre exigências do trabalho e o pessoal disponível. No trabalho médico, a organização do trabalho tem um papel de fundamental importância na diminuição da carga mental do trabalho (DA SILVA, 1999). Conforme Nogueira-Martins (2002), entre as décadas de 1980 e 1990, houve um aumento significativo na jornada de trabalho e nas múltiplas ocupações do pessoal de nível superior (33% de todos os profissionais universitários e 46% dos médicos trabalhavam mais de 50 horas semanais) como mecanismo de compensação para perdas salariais e para substituição da ocupação autônoma.

Além disso, segundo Machado (1997), os dados de uma pesquisa sobre a profissão médica e o exercício da medicina nos tempos atuais mostram que há mais de 200.000 médicos em atividade no Brasil; 50% dos médicos têm entre três e quatro atividades, 50% exercem a função de plantonistas e 80% dos médicos que trabalham em consultório particular atendem a convênios de saúde. Porém, apesar do desgaste, das pressões da sociedade, da insatisfação com o mercado e com o salário, 80% dos médicos afirmaram gostar do que fazem.

A estrutura organizacional em hospitais, ou seja, a maneira como a empresa se organiza, seus subsistemas e hierarquias, influencia a operacionalização das tarefas. Há também que se falar dos períodos de lazer e relaxamento, que se tornam cada vez mais escassos na vida do médico, deteriorando sua qualidade de vida. A saúde do médico fica prejudicada devido ao fato de ele não ter horários fixos para as refeições, nem sempre saudáveis, já que, muitas vezes, é obrigado a fazer lanches. A prática de um esporte ou atividade física geralmente esbarra na

dificuldade de encontrar um horário em que não esteja trabalhando, estudando ou dando atenção para a família.

Além disso, a necessidade de agregar conhecimentos atualizados ao seu fazer, pressionado por uma medicina cada vez mais dependente de tecnologia e dividida em especialidades, leva o médico a buscar melhores condições financeiras para poder frequentar cursos de reciclagem. Lazer, educação permanente, dedicação à família e trabalho em termos equilibrados são garantias para uma boa qualidade de vida, tanto para o médico quanto para seus pacientes, fatores nem sempre conciliáveis na rotina de atendimento à saúde (MACHADO, 1997). Além disso, em seus estudos, Machado (1997) sugere mudanças na organização do trabalho hospitalar como forma de reduzir a carga laboral, principalmente a mental, como medidas que visem aumentar a liberdade dos trabalhadores, a autonomia e a redução da pressão temporal, procurando evitar, assim, a fadiga e o estresse.

4.3.1 Trabalho em turno

O trabalho em turnos se refere a uma forma de organização temporal do trabalho em que diferentes equipes obedecem a rodízios, para garantir a atividade da empresa num horário superior ao horário administrativo, e que utiliza mais de um turno de trabalho. Compreende desde carga horária de trabalho noturno, períodos fixos, incomuns, de plantão ou até as recentes escalas flexíveis de trabalho (FURLANI, 1999). O trabalho em turnos contínuos ou ininterruptos de revezamento caracteriza-se pela não-interrupção da prestação de serviços ou da produção, durante 24 horas diárias e nos sete dias da semana, a exemplo dos serviços hospitalares (FURLANI, 1999).

Conforme Pitta (1990), uma das características do trabalho hospitalar enquanto prestação de serviço é a necessidade de funcionamento diuturno, implicando o regime de plantões. Rutenfranz (apud PITTA, 1990) destaca algumas razões para a existência da organização do trabalho em turnos. Conforme o autor, existem três justificativas: as necessidades de natureza tecnológica, em que em certos ramos da produção a interrupção do processo produtivo não se faria sem o prejuízo da qualidade dos produtos; as imposições econômicas exigindo que maquinaria de preço alto tenha de ser utilizada ininterruptamente para permitir o retorno do investimento em tempo hábil; e o atendimento da população, situação em que o trabalho

hospitalar se encontra, pois constitui uma retaguarda diuturna de atendimento de demandas de cuidados intensivos de saúde (RUTENFRANZ apud PITTA, 1990).

No que se refere ao trabalhador médico, no Brasil, é muito comum encontrá-lo trabalhando em mais de um emprego, em plantões noturnos que se estendem ao período normal de atendimento e em turnos com sistema permanente (horário fixo em turno diurno, vespertino ou noturno) ou em sistemas de rodízios. Os distúrbios do sono podem trazer inúmeras repercussões para o trabalhador médico e para a sociedade, pois deles podem se originar erros fatais (MOTTER, 2001).

Pitta (1990) complementa essa informação afirmando que o regime de turnos e plantões abre a perspectiva de duplos empregos e jornadas de trabalho, comuns entre os trabalhadores de saúde, especialmente em um país onde os baixos salários pressionam para tal. Tal prática potencializa a ação daqueles fatores que por si só danificam suas integridades física e psíquica (PITTA, 1990).

4.3.2 Remuneração

Conforme o CEM (1988), o médico deve ter boas condições de trabalho e ser remunerado de forma justa. Dessa forma, a Resolução CFM nº 1.673/03 tem como ponto fundamental a adoção da Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos (CBHPM), um padrão mínimo e ético de remuneração dos procedimentos médicos, para o Sistema de Saúde Suplementar, no intuito de servir como balizador de remuneração dos procedimentos da área médica, isto é, ela especifica o padrão mínimo e ético de remuneração dos procedimentos médicos. Os valores relativos aos portes de procedimento são determinados pelas entidades médicas nacionais, por intermédio da Comissão Nacional de Honorários Médicos. As variações são decididas pelas Comissões Estaduais ou Regionais de Honorários Médicos, levando-se em conta as peculiaridades regionais (CBHPM, 2005). A intenção da CBHPM é se consolidar como um referencial entre prestadores e contratantes de serviço de saúde e balizador de remuneração dos procedimentos da área médica.

A partir disso, a atual classificação dos procedimentos médicos ficou agrupada em 14 portes e três subportes (A, B, C), conforme o quadro abaixo. Quantos aos custos, foi estabelecida

a unidade de custo operacional (UCO), no valor de R\$ 11,50, que incorpora depreciação, manutenção, mobiliário, imóvel, aluguel, folha de pagamento, etc.

1A	R\$ 8,00	5C	R\$ 184,00	10B	R\$ 608,00
1B	R\$ 16,00	6A	R\$ 200,00	10C	R\$ 676,00
1C	R\$ 24,00	6B	R\$ 220,00	11A	R\$ 716,00
2A	R\$ 32,00	6C	R\$ 240,00	11B	R\$ 784,00
2B	R\$ 42,00	7A	R\$ 260,00	11C	R\$ 860,00
2C	R\$ 50,00	7B	R\$ 280,00	12A	R\$ 892,00
3A	R\$ 69,00	7C	R\$ 340,00	12B	R\$ 960,00
3B	R\$ 88,00	8A	R\$ 368,00	12C	R\$ 1.176,00
3C	R\$ 100,00	8B	R\$ 384,00	13A	R\$ 1.292,00
4A	R\$ 120,00	8C	R\$ 408,00	13B	R\$ 1.420,00
4B	R\$ 132,00	9A	R\$ 436,00	13C	R\$ 1.570,00
4C	R\$ 148,00	9B	R\$ 476,00	14A	R\$ 1.750,00
5A	R\$ 160,00	9C	R\$ 524,00	14B	R\$ 1.900,00
5B	R\$ 172,00	10A	R\$ 560,00	14C	R\$ 2.100,00

Quadro 2: Portes de Procedimento Médicos

Fonte: Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos

SÍNTESE GERAL DOS CAPÍTULOS 2, 3 E 4

Os três primeiros capítulos tiveram por objetivo ambientar o leitor para que compreenda o contexto do objeto do presente estudo. Foram apresentados no Capítulo 2 a organização do trabalho e o trabalho organizacional; no Capítulo 3, a dialética prazer e sofrimento no trabalho e, posteriormente, as explicações sobre *workaholic* e *worklover*; e por fim, no Capítulo 4, o trabalho na área médica.

O primeiro capítulo procurou mostrar algumas maneiras de como o trabalho pode ser organizado, sua origem como atividade econômica e suas modificações ao longo do tempo. Fez-se um histórico das Teorias Administrativas que possuem uma relação mais estreita com as organizações hospitalares. Para tanto, deu-se maior atenção à Escola Clássica, à Escola das Relações Humanas, ao Estruturalismo e à Teoria Contingencial.

Em seguida, foi apresentada a dialética prazer e sofrimento do trabalho, com enfoque especial na psicopatologia do trabalho. Foi constatado que o trabalho é imprescindível a qualquer pessoa, independentemente de sua natureza e de suas condições de realização. O trabalho determina a própria sobrevivência e condicionamento social do indivíduo, constituindo-se em um fator de equilíbrio e desenvolvimento do ser humano e possuindo, assim, um poder estruturante tanto na saúde mental quanto na física. Além disso, foram apresentados os conceitos e as características de *workaholic* e *worklover* dentro das perspectivas pessoal e profissional dos sujeitos.

Por fim, mostrou-se um histórico sobre a evolução dos hospitais desde seu surgimento até suas concepções mais atuais. Também foram apresentadas as características e as funções do trabalho hospitalar, a partir da Teoria Estruturalista, e do trabalho médico, focando sua realidade no atual contexto brasileiro.

CAPÍTULO 5 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Este capítulo tem como objetivo apresentar o procedimento escolhido para a condução do trabalho, a Análise de Conteúdo, determinando os principais objetivos que se quer atingir com sua utilização. Por fim, apresentar-se-á o campo de pesquisa do estudo.

5.1 MÉTODO DE PESQUISA

O presente estudo se caracteriza por ser um estudo de caso, pois representa uma maneira de investigar um tópico empírico, seguindo um conjunto de procedimentos pré-especificados. Segundo Joia (2004), de modo geral, três tipos básicos de estudo de caso se sobressaem: o descritivo, que tem por objetivo descrever uma situação com profundidade, buscando ilustrar e dar realismo a ela, pela maior quantidade de dados e informações coletados; o explanatório, que busca explicar o relacionamento entre os vários componentes do caso, tentando avaliá-lo por meio de relações causais; e o exploratório, que é recomendado quando existe uma situação nova, objetivando gerar hipóteses que possam ser testadas por investigações futuras. Para este trabalho, será adotado o método descritivo de pesquisa, de cunho qualitativo.

Neste trabalho, foi utilizado o estudo de múltiplos casos, baseado em Yin (2001), que demonstra que o estudo de caso pode ser usado quando se levantam questões do tipo “como” e “por quê”, quando o pesquisador tem pouco controle sobre os eventos e quando o foco se encontra em fenômenos contemporâneos inseridos em algum contexto da vida real, o que atende aos objetivos desta pesquisa.

Para esse autor, a escolha entre projetos de caso único e de casos múltiplos permanece dentro da mesma estrutura metodológica. Ele indica que, normalmente, as provas resultantes de casos múltiplos são consideradas mais convincentes, e o estudo global é visto, por conseguinte, como sendo mais robusto. Assim, justifica-se o uso de pesquisa qualitativa, pois esta busca

satisfazer o uso que o pesquisador faz de observações detalhadas e minuciosas do mundo natural, além de evitar comprometimentos anteriores a qualquer modelo teórico (YIN, 2001).

Yin (2001) propõe o seguinte roteiro sobre o método de estudos de caso múltiplos, como nos mostra o Quadro 2: Roteiro sobre o método proposto por Yin.

PRIMEIRA ETAPA Definição e Planejamento	- Desenvolvimento do Referencial Teórico - Seleção de Casos e Amostras
SEGUNDA ETAPA Preparação, Coleta e Análise	- Condução do Casos - Entrevistas semi-estruturadas - Análise de Conteúdo dos casos
TERCEIRA ETAPA Análise e Conclusão	- Análise(s) Comparativa(s) - Conclusões de casos cruzados - Considerações acerca do referencial teórico

Quadro 3: Roteiro sobre o método proposto por Yin

Fonte: Adaptado de Yin (2001).

A validade interna da aplicação do método de estudo de caso reside na possibilidade de identificação de relação causal entre eventos e de formulação de inferências com relação ao fenômeno estudado. Externamente, sua validade está na possibilidade de generalização das descobertas feitas além do estudo imediato. Dessa forma, essa metodologia se faz particularmente válida para delinear a pesquisa.

5.2 CAMPO DE PESQUISA

Considerando-se que este trabalho tem como objetivo verificar o conceito e as características do indivíduo *worklover* e utilizando-se médicos como grupo analisado, devido às suas características profissionais, foi estudado um grupo de profissionais de um Centro Clínico (CC), ligado a um Hospital Universitário (HU) de uma universidade do Rio Grande do Sul. Nesse CC, encontram-se 250 profissionais da área médica, divididos em 81 especialidades.

Os casos analisados foram escolhidos por conveniência a partir de indicações pessoais. Todos os casos estavam de acordo com os critérios estabelecidos na definição do campo, ou seja,

um CC ligado a um HU. Com base nessa regularidade, foram entrevistados oito médicos vinculados ao CC analisado.

As entrevistas foram realizadas no período de agosto a novembro de 2006. O extenso intervalo entre a primeira e a última entrevista deve-se à disponibilidade dos entrevistados de conceder entrevistas.

5.2.1 Descrição da organização analisada

O HU iniciou suas atividades em outubro de 1976 com a missão de desenvolver assistência, ensino e pesquisa em saúde. A busca da excelência, em caráter interativo, nessas três linhas de ação, tem levado o HU, nos seus mais de 25 anos de existência, a permanecer atualizado com o que há de mais moderno e eficiente em equipamentos, tecnologias e gestão. O HU é um hospital geral, de natureza filantrópica, que assiste a pacientes adultos e pediátricos, abrangendo praticamente todas as especialidades médicas.

Na área de ensino, situa-se como campo de estágio curricular envolvendo, anualmente, mais de 800 alunos dos cursos de graduação, pós-graduação e profissionalizantes. No HU são desenvolvidos projetos de pesquisa básica e clínica, em articulação com as faculdades da área das ciências da saúde, com o Instituto de Pesquisas Biomédicas e o Instituto de Geriatria e Gerontologia.

O CC a ser analisado foi inaugurado em 08 de novembro de 1988. Desde então, trabalha em parceria com o hospital universitário ao qual está vinculado, onde a tecnologia avançada se associa a profissionais extremamente qualificados e preparados para oferecer o que existe de mais moderno na medicina contemporânea. Tem por missão promover assistência à saúde qualificada pela observância aos valores humanos, satisfazendo e superando as expectativas dos clientes e comprometendo-se com a saúde da comunidade.

O centro clínico dispõe de 160 conjuntos, nos quais 71 clínicas médicas especializadas, com 261 profissionais, prestam atendimento a 95 convênios oferecidos. Um comitê administrativo, formado por representantes do hospital universitário, discute as diretrizes de funcionamento e implementa a filosofia com o objetivo de satisfazer às necessidades dos seus

clientes. A parceria centro clínico e hospital universitário se caracteriza como uma das maiores e melhores estruturas de atendimento à saúde na América do Sul.



Figura 1: Organograma do hospital

5.2.2 Os sujeitos da pesquisa

Para esta pesquisa, foram entrevistados oito médicos vinculados ao centro clínico analisado, que foram convidados a participar por conveniência por meio de indicações pessoais. Os médicos são, em sua grande maioria, homens, com idade que varia entre 42 a 57 anos, casados e com dependentes. Suas especialidades são as mais variadas: pediatria, neurologia, otorrino, oftalmologia, anestesista, cirurgia pediátrica e ortopedia.

Para facilitar a visualização geral do perfil dos médicos pesquisados, segue Quadro 4:

Entrevista	Idade	Sexo	Especialidade	Estado Civil	Número de dependentes
1	51	Masculino	Pediatra	Casado	3
2	42	Masculino	Neurologista	Casado	2
3	42	Masculino	Otorrino	Casado	2
4	57	Masculino	Oftalmologista	Casado	4
5	56	Masculino	Anestesista	Casado	1
6	55	Feminino	Cirurgia pediátrica	Casado	0
7	42	Masculino	Pediatra	Separado	2
8	54	Masculino	Ortopedista	Casado	2

Quadro 4: Perfil dos médicos

Fonte: Quadro elaborado pela autora.

Com relação à profissão, a escolaridade dos entrevistados encontra-se em nível de pós-graduação. O tempo de profissão varia entre 15 e 32 anos. O vínculo com o centro clínico também varia entre 10 e 20 anos, ou seja, a maioria dos médicos entrevistados está em contato com o CC desde seu início. Grande parte dos entrevistados trabalha em mais de um local, que vai desde outros hospitais, a consultórios e instituições de ensino. A quantidade de horas trabalhadas por dia pelos médicos é alta. A média da jornada de trabalho é dez horas por dia, sendo que alguns fazem um pouco mais, outros menos.

Entrevista	Escolaridade	Tempo de profissão	Tempo de Centro Clínico	Jornada de trabalho	Locais de trabalho
1	Mestrado	26 anos	17 anos	11 hs/dia	3
2	Mestrado	20 anos	15 anos	8 hs/dia	2
3	Doutorado	18 anos	14 anos	12 hs/dia	2
4	Doutorado	32 anos	10 anos	8 hs/dia	2
5	Doutorado	31 anos	20 anos	8 hs/dia	5
6	Mestrado	30 anos	20 anos	12 hs/dia	2
7	Mestrado	15 anos	12 anos	10 hs/dia	1
8	Especialista	29 anos	20 anos	10 hs/dia	2

Quadro 5: Perfil da profissão

Fonte: Quadro elaborado pela autora.

Os médicos também foram questionados se continuam estudando. A grande maioria segue seus estudos dentro de sua especialidade. Outros, além de se atualizar com relação a suas especialidades, também fazem cursos de pós-graduação. Somente um entrevistado afirmou que, além de estudos médicos, também estuda outros assuntos de seu interesse.

Entrevista	Estudos
1	Doutorado
2	Atualizações
3	Doutorado
4	Não
5	Atualizações
6	Doutorado
7	Atualizações
8	Atualizações e escultura

Quadro 6: Estudos

Fonte: Quadro elaborado pela autora.

Os médicos também foram questionados sobre uma outra profissão que gostariam de ter seguido caso não fossem médicos. As respostas dos entrevistados foram as mais variadas, sendo que nenhuma delas têm qualquer relação com a medicina; porém, muitas têm ligação com seus *hobbies* e atividades que fazem nos seus momentos de lazer.

Entrevista	Outra profissão
1	músico ou jogador de futebol
2	engenheiro mecânico
3	executivo
4	jogador de futebol
5	aviador
6	advogado ou professor
7	engenheiro civil
8	agrônomo

Quadro 7: Outra profissão

Fonte: Quadro elaborado pela autora.

5.3 COLETA DE DADOS

A fim de atingir os objetivos propostos, foi feita uma pesquisa qualitativa, de caráter descritivo-exploratório. O uso da pesquisa qualitativa é recomendável, pois satisfaz ao uso que o pesquisador faz de observações detalhadas e minuciosas do mundo natural, além de evitar comprometimentos anteriores a qualquer modelo teórico (YIN, 2001).

Uma das mais importantes fontes de informações para um estudo de caso são as entrevistas. Neste estudo, foram realizadas entrevistas semi-estruturadas. As entrevistas são espontâneas e assumem o caráter de uma conversa informal, apesar de se seguir um roteiro básico preestabelecido de questões originadas dos objetivos do estudo. Uma das vantagens desse tipo de entrevista é corroborar certos fatos que se acredita terem sido estabelecidos e não indagar sobre outros tópicos de natureza mais ampla e espontânea (YIN, 2001).

As entrevistas semi-estruturadas foram gravadas, se referiram ao mesmo tema e foram obtidas por intermédio de técnicas idênticas. Segundo Bardin (1977), essa regra é, sobretudo, utilizada quando se deseja obter resultados globais ou comparar entre si os resultados individuais.

As entrevistas foram conduzidas por um roteiro padrão com as seguintes questões:

- Por que você escolheu a medicina?
- Qual o significado do trabalho na sua vida?
- Existe interferência do trabalho na sua vida familiar? Em que sentido?
- Qual o significado do prazer no trabalho?
- Qual o significado do sofrimento no trabalho?
- Como a situação do Brasil (política, econômica, social) influencia no seu trabalho?

5.4 ANÁLISE DOS DADOS

Antes da análise propriamente dita, o material reunido foi preparado. Para a análise das informações obtidas nas entrevistas, foi utilizado o enfoque qualitativo da análise de conteúdo, segundo Bardin (1977), por se tratar de um método que permite a descrição do conteúdo manifesto das comunicações que são empreendidas e submetidas à interpretação inferencial.

A análise de conteúdo é uma metodologia de pesquisa que, por meio de leitura e interpretação do conteúdo de qualquer classe de documentos, permite a realização de análises que conduzem a descrições objetivas, sistemáticas, qualitativas ou quantitativas das informações, auxiliando a reinterpretá-lo e a atingir uma compreensão aprofundada de seus significados. Tal metodologia é a parte da busca histórica, teórica e prática no campo das investigações sociais e representa bem mais do que uma simples técnica de análise de dados (MORAES, 1993).

Conforme Bardin (1979), as fases da análise de conteúdo são:

- 1) pré-análise: fase de organização na qual se escolhem os documentos, formulam-se as hipóteses e prepara-se o material para análise;
- 2) exploração do material: fase em que se realizam as tarefas de codificação; e por fim,
- 3) tratamento dos dados, inferência e interpretação: fase que objetiva tornar os dados válidos e significativos.

Tratar o material é codificá-lo. A codificação corresponde a uma transformação, efetuada segundo regras precisas, dos dados brutos do texto, transformação esta que, por recorte, agregação e enumeração, permite atingir uma representação do conteúdo ou da sua expressão, suscetível de esclarecer o analista acerca das características do texto (BARDIN, 1977). Esta representação do conteúdo é denominada de categorização.

Ainda para Bardin (1977), as categorias são classes que reúnem um grupo de elementos selecionados por características comuns e sob um título genérico. O processo de categorização se dá de duas maneiras distintas:

- o sistema de categorias é fornecido e repartem-se os elementos da melhor maneira possível, à medida que vão sendo encontrados;

– o sistema de categorias não é fornecido, resultando da classificação analógica e progressiva dos elementos.

O conjunto de categorias deve ser exaustivamente trabalhado, de forma que haja grupos suficientes para incluir todas as respostas. Porém, deve-se ter o cuidado de não estender muito esse número de categorias para não dificultar a análise dos dados ou até confundir os resultados. Assim, é conveniente a inclusão de uma categoria residual com o objetivo de eliminar categorias que envolvam poucos elementos. Além disso, as categorias devem ser organizadas de tal modo que não seja possível colocar determinada resposta em mais de um grupo (GIL, 1995). Essas orientações foram seguidas no desenvolvimento do estudo.

A técnica de categorização será utilizada com intenção de classificar os elementos que constituem um conjunto. A classificação em categorias pressupõe a investigação de pontos em comum entre os elementos. A categorização fornece, de maneira condensada, uma representação simplificada dos dados brutos. As categorias reúnem um grupo de elementos sob um título genérico, feito em razão de pontos em comum desses elementos (MORAES, 1993).

O processo de estabelecimento de categorias iniciais começou após a leitura de todo o material coletado, atendendo aos critérios de classificação sugeridos por Moraes (1993): validade, exaustividade, homogeneidade, consistência e exclusividade. Cada uma das categorias comporta um tema dominante referente a um primeiro julgamento que provoca uma cadeia de relações, ou seja, derivações. Após um reagrupamento progressivo, surgem as categorias intermediárias e, por fim, as finais, que agregam e aprofundam as categorias intermediárias em um segundo nível de interpretação.

6 RESULTADO DA PESQUISA

A análise de conteúdo das entrevistas busca interpretações acerca do conceito de *worklover*.

O processo de derivação das categorias iniciou-se após a leitura de todo o material coletado. Cada uma das categorias contém um tema dominante referente a um primeiro julgamento que provoca uma cadeia de relações, ou seja, derivações. Variáveis de inferência levaram a uma categorização inicial, segundo a qual foram construídas interpretações iniciais, categorias intermediárias e, finalmente, as categorias finais.

Para cada uma das categorias, foi produzido um texto-síntese, acrescido de falas dos entrevistados, onde são expressos os significados de cada unidade de análise que as compõem. As categorias iniciais, intermediárias e finais constam no quadro, a seguir:

Categorias iniciais	Categorias intermediárias	Categorias finais
1 O porquê da profissão	A. Características da profissão	I. O significado do trabalho médico
2 O bom profissional		
3 Compreender a profissão		
4 Metas e objetivos	B. Organização do trabalho	
5 Trabalho em equipe		
6 Trabalhar além do previsto	C. Relação do médico com o tempo	
7 Distribuição do tempo		

Categorias iniciais	Categorias intermediárias	Categorias finais	
8 Remuneração	D. Mudanças no trabalho	II. A realidade médica do Brasil	
9 Relação médico-paciente			
10 Contexto político e a medicina	E. Contexto brasileiro		
11 Contexto social e a medicina			
12 Convênios e a medicina			
13 Tempo livre	F. Tempo para lazer		III. Recompensas da profissão
14 Férias			
15 Período de férias			
16 Pensamentos			
17 Reconhecimento do trabalho	G. Relacionamentos		
18 Trabalho e vida pessoal			
19 Frustração	H. Sofrimento no trabalho	IV. A dialética prazer e sofrimento	
20 Fuga de problemas			
21 Desvantagens			
22 Criatividade no trabalho	I. Prazer no trabalho		
23 O que mais gosta na profissão			
24 Amor ao trabalho			
25 Vantagens			

Quadro 8: Demonstrativo Geral das Categorias

Fonte: Quadro elaborado pela autora

6.1 CATEGORIAS INICIAIS

As 25 categorias iniciais são apresentadas sequencialmente, segundo a ordem estabelecida no plano da análise de conteúdo, traçado a partir do quadro anteriormente apresentado.

No Quadro 9 – Categorias iniciais, são apresentadas essas categorias, bem como suas idéias principais.

Categorias iniciais	Palavras-chave	Resumo
1 O porquê da profissão	Identificação, ajuda, questão familiar, atratividade, desafio	A escolha pela profissão está relacionada com a identificação pelo curso e com a possibilidade de ajudar as pessoas, além da atratividade e dos desafios que a profissão apresenta.
2 O bom profissional	Gostar do que faz, amor, dedicação, paciência, ética profissional	Um bom profissional precisa gostar do que faz, ter amor, dedicação, paciência, humanidade, doação e ética profissional.
3 Compreender a profissão	Família, apoio, compreensão, amigos	O apoio e a compreensão por parte da família e dos amigos é essencial para o profissional.
4 Metas e objetivos	Atender bem, resolver problemas, curar	As metas e os objetivos são fixados pelos próprios profissionais e estão relacionados com o bom atendimento, a resolução de problemas, curar pessoas e dar boas aulas.
5 Trabalho em equipe	Parceria, primordial, resultado, competição	O trabalho em equipe é primordial para o profissional e não é visto como forma de competição, mas de parceria, visando sempre a bons resultados.
6 Trabalhar além do previsto	Horários, delimitações, jornada de trabalho	A profissão possibilita que se trabalhe além dos horários previstos; porém, isso pode ser evitado quando há delimitações para a jornada de trabalho.
7 Distribuição do tempo	Planejamento, plantão, disciplina	É preciso ter disciplina e planejamento para distribuir o tempo entre plantão, vida pessoal e vida profissional.
8 Remuneração	Profissional liberal, várias fontes, trabalhar demais	Por serem profissionais liberais, precisam trabalhar muito e ter várias fontes de renda para uma remuneração aceitável.
9 Relação médico-paciente	Formar relação, convênio, fidelidade	Não existe mais fidelidade na relação médico-paciente, pois é difícil formar uma relação quando muitos pacientes são guiados pelos convênios em que os médicos trabalham.

Categorias iniciais	Palavras-chave	Resumo
10 Contexto político e a medicina	Saúde pública, más condições, ganhar voto	Os políticos ganham voto prometendo boa saúde pública, quando esta enfrenta péssimas condições.
11 Contexto social e a medicina	Dificuldades, ir além, pacientes	A situação social afeta o profissional no sentido de que este precisa ir além das dificuldades encontradas para atender dignamente todos os tipos de pacientes.
12 Convênios e a medicina	SUS, baixo pagamento, paciente particular	Com a entrada dos convênios, os pagamentos repassados pelo SUS ficaram mais baixos e o número de paciente particulares também diminuiu.
13 Tempo livre	Racionalizar, conciliar, priorizar, administrar, organizar	É possível ter tempo livre para outras atividades desde se racionalize, priorize, administre e organize esse tempo.
14 Férias	Programação, organização, trabalho em equipe	Com organização e programação, as férias são possíveis, especialmente porque existe o trabalho em equipe, pois um supre o trabalho do outro.
15 Período de férias	Curto período, finais de semana prolongados.	O período de férias geralmente é curto, variando de 10 a 15 dias a finais de semana prolongados.
16 Pensamentos	Família, esportes, diversão, futuro, paciente	Os pensamentos dos profissionais fora do trabalho geralmente são focados na família, em esportes, diversão, futuro e em pacientes que ainda estejam mal de saúde.
17 Reconhecimento do trabalho	Colegas, alunos, residentes, pacientes	O reconhecimento existe por parte de colegas, alunos, residentes e pacientes e é percebido quando os profissionais recebem indicações.
18 Trabalho e vida pessoal	Conhecer pessoas, troca de experiências, aprendizado	O trabalho ajuda na vida pessoal, pois, como se conhecem muitas pessoas, existe muita troca de experiência e aprendizado.
19 Frustração	Metas, objetivos, chateação, culpa, resolução	A frustração e a chateação acontecem quando metas e objetivos não são cumpridos; mas são momentâneas, pois geralmente possuem resolução.
20 Fuga de problemas	Distração, prioridade, solução	O trabalho até pode distrair, mas o melhor é enfrentar, priorizar, resolver e solucionar os problemas que aparecem tanto na vida pessoal como profissional.

Categorias iniciais	Palavras-chave	Resumo
21 Desvantagens	Horários, sistema de saúde, reconhecimento	Entre as desvantagens de ser médico está a falta de horário e privacidade, o sistema de saúde ruim e a falta de reconhecimento da profissão por parte dos políticos.
22 Criatividade no trabalho	Liberdade, autonomia, solução, novos recursos	O profissional possui liberdade e autonomia para usar a criatividade no seu trabalho, buscando novos recursos e melhores soluções.
23 O que mais gosta na profissão	Contato com pessoas, credibilidade, dar aula, glamour	Fatores importantes que fazem os profissionais gostar do que fazem são ter contato com as pessoas, dar aula e ajudar, além disso, ainda há a credibilidade e o glamour da profissão.
24 Amor ao trabalho	Amor, sentir prazer, complemento, realização	O amor pelo trabalho é muito mais que sentir prazer, é um complemento à vida, uma realização.
25 Vantagens	Satisfação pessoal, conceito social, ajudar, reconhecimento	Entre as vantagens de ser médico está a possibilidade de ajudar pessoas, o conceito social da profissão, o reconhecimento e, especialmente, a satisfação pessoal.

Quadro 9: Categorias Primárias

Fonte: Quadro elaborado pela autora

6.1.1 O porquê da profissão

Na categoria inicial “O porquê da profissão”, os entrevistados revelam alguns motivos que os fizeram optar por essa profissão. De modo geral, os motivos são diversos, mas, de alguma forma, semelhantes.

Alguns relatos mostraram que a principal razão de escolha pela profissão foi a possibilidade de ajudar aqueles que estão precisando. A identificação com a profissão, dentro desse motivo, está fortemente relacionada, pois os entrevistados já conseguiam se imaginar curando e auxiliando os outros.

A medicina eu escolhi por uma questão de identificação com a própria profissão, desde os 14-15 anos de idade, eu acho, essa questão de... de ajudar de uma forma bem objetiva. (E3)

Olha, eu sempre gostei de curativos e coisas parecidas. Então, quando chegou a hora de escolher que curso eu ia fazer, eu achei que ia ser uma coisa que eu ia gostar de fazer.

Além desse meu gosto próprio, meu tio acabou influenciando muito a minha escolha. **(E6)**

O fator humano também foi uma importante razão na escolha da profissão. Alguns entrevistados mostraram que sempre tiveram interesse em se relacionar com pessoas. Viam que a possibilidade de relacionamento, de estar em contato com outras pessoas, de aprender com pessoas diferentes também seria uma forma de ajudá-las e se auto-ajudar.

Achava que eu tinha uma... uma das qualidades era de me relacionar bem com as pessoas, então acho que essa área do humanismo sempre me chamou a atenção, né?, desde guri. Também induzido às vezes por um avô, enfim, por coisas fora da capacidade de pensar na profissão, né? Ainda mais antigamente, que era uma coisa assim mais direcionada pela família, mas eu achava que esta área das humanas ia cair bem para mim. **(E1)**

E também porque eu gostava mais da área humana, até gostava de matemática, mas a parte mais humana me chamava mais a atenção, por causa das pessoas, de estar em contato com elas... algo mais ou menos assim... **(E8)**

Um outro motivo para os entrevistados e, para a maioria, uma das razões que mais foram levadas em consideração na hora da escolha, foi orientação familiar. Com familiares médicos ou não, os entrevistados mostraram que a opinião da família pode ter mais peso do que seus próprios interesses.

Porque eu gostava da profissão. Por já ter um certo conhecimento, porque meus familiares também atuam na área médica. **(E2)**

Meu pai sempre teve uma voz muito ativa comigo e ele achou que naquele momento, pensando nos empregos, mercado de trabalho, etc., era a profissão que me daria uma boa perspectiva de emprego... e naquele momento, e hoje também, eu fiquei e fico muito satisfeito com a minha escolha. Mas eu, antes de fazer medicina, cursei um semestre de engenharia, mas o único vínculo que eu tinha com a engenharia era o fato de eu gostar de carros e esse curso me aproximava disso. **(E7)**

Eu tinha um tio médico que me estimulava muito e eu gostava daquilo ali. Eu comecei a acompanhar ele cedo e eu achei que ia ser uma coisa que eu ia gostar de fazer... meu tio acabou influenciando muito a minha escolha. **(E6)**

Eu tinha dois tios médicos, meu pai não era médico, mas dois irmãos dele eram. E eu sempre achei que eles eram os melhores, os maiores... isso naquela época, é claro. E outra, que eu sempre gostei de, por curiosidade, de dissecar animais pequenos... sozinho e desde pequeno... no colégio, por curiosidade... dissecava minhoca, peixe... então eu sempre gostei de mexer nessa área, e isso me fez escolher medicina. **(E8)**

A questão do *status* e da atratividade da profissão também foram motivos de escolha da profissão. A possibilidade de superar desafios e de mostrar que era possível vencer outros candidatos foram vistos como fatores de estímulo por alguns entrevistados.

Eu percebi, quando estava no 2º grau, que a minha facilidade era com as ciências biológicas – com a biologia, tinha facilidade com a biologia. Então, dentro dessa linha, eu tinha que escolher o que tinha no mercado – biologia, medicina, odonto, veterinária... mas eu acabei escolhendo a medicina. Ela era a escolha mais atrativa. Foi muito mais pela atratividade do que com um dom mesmo. (E6)

A medicina me pareceu a que eu mais iria gostar, porque ela era mais atrativa, tinha mais *status* social, econômico, a mais desafiante. Também foi pelo desafio, porque tinha mais candidato por vaga e eu me sentia bem preparado. (E5)

Enquanto, para a maioria dos entrevistados, as razões que os fizeram optar por essa profissão eram os mais diversos, somente um entrevistado não apresentou motivos para sua escolha.

Por quê? Difícil saber hoje. Não foi por questão familiar, ninguém na minha família era médico..., mas foi uma decisão. Eu nem sei o por que exatamente, não sei, foi uma decisão naquele momento lá, e foi assim. Não pensei muito a respeito, simplesmente decidi. (E4)

6.1.2 O bom profissional

Os médicos, ao serem questionados sobre o que é preciso ser para se ter um bom profissional, responderam das formas mais variadas. Um ponto interessante foi que a questão da vocação é importante para uns e nem tanto para outros; não mostra ser um quesito fundamental para se ter bons profissionais.

Bom, eu acho que tem que ter vocação... isso é fundamental... (E1)

Vocação eu acho que não, porque eu não tinha e me considero um bom médico. Bom, pelo menos é o que as pessoas falam. (E7)

O bom profissional, para a maioria dos entrevistados, independentemente da profissão, precisa gostar muito do que faz. Para eles, se o profissional está satisfeito com aquilo que está fazendo, ele será, conseqüentemente, um bom profissional.

Em primeiro lugar, tem que gostar do que faz, isso é fundamental... se não gostar, não adianta estudar. Em segundo, tem que ter uma capacidade de resistência, como chama...

resistir às dificuldades. Gostar de estudar muito e sempre, gostar de se relacionar com as pessoas antes de mais nada, acho que são os aspectos mais relevantes... (E1)

Hoje em dia, tu tem que gostar muito do que tu faz, porque não é fácil a vida do médico, porque eles te chamam de noite, te chamam no final de semana, te chamam a qualquer horário e muitas vezes nem é urgência, mas como para ele é mais fácil ligar de noite, ele me liga de noite... então realmente tu tem que gostar muito do que tu faz para poder fazer direito. (E6)

Mas acho que o básico é gostar do que faz, do que tu tá fazendo. Ter responsabilidade, interesse, disciplina... é um conjunto de coisas. E precisam estar misturadas com gostar de exercer a atividade. E isso é para qualquer profissão. Não interessa o que tu faz, mas se tu está gostando de fazer e se empenhando em fazer, vai te transformar num bom profissional. (E7)

A boa formação profissional, o conhecimento, a capacidade de ser também são apontados como fatores que fazem com que um profissional seja diferenciado dos demais, tornando-o, assim, um bom profissional. A dedicação e a seriedade que se tem pela sua profissão também são motivos para se ter um bom profissional.

O bom médico sabe ouvir seu paciente e, mais do que isso, sabe interpretar o que ouve. Muitos dizem que já se identificam com a carreira desde cedo, estudando biologia, onde aparece a sensação subjetiva da vocação, mas, para ser um médico de primeira linha, tem de estudar muito, no curso, na residência, no mestrado, no doutorado, cursos de especialização e aí vai. Além disso, deve ter disposição para trabalhar em dois ou três empregos, até conseguir abrir um consultório particular, para trabalhar mais. Sem falar nos plantões de fins de semana em hospitais diversos. Enfim, a medicina atual exige mais de seus candidatos: dedicação, idealismo, disposição e conhecimento científico aprimorado.

Precisa... em primeiro lugar, precisa ter um grande conhecimento, precisa ter uma atitude de empatia e de tranquilidade para com os pacientes e gostar basicamente de exercer a profissão. (E2)

Eu acho que... começa o principal que tá fora da faculdade que é a tua educação, a tua formação dentro da tua família, dentro da tua casa... Então, é fundamental pro alicerce, depois vem a tua graduação. E a graduação não é a faculdade, é o médico, é o aluno empenhado, né?, é muita dedicação, muita paciência, muita serenidade, muito bom senso... é uma profissão que te exige demais, as pessoas te exigem muito. Eu tenho, vamos dizer, uma cobrança em geral da sociedade, a postura do médico não só na questão técnica, na questão profissional, enfim, mas médico, ele é... a gente vê que na sociedade é uma profissão de muita credibilidade não só na questão da técnica, do que o médico sabe que é difícil... acho que é uma questão também que envolve essa questão personalidade, pessoal, confiança, credibilidade, eu acho. (E3)

Tem que ter a capacidade de ser! E a capacidade de envolver a parte técnica e a parte emocional. Tu tem que gostar de trabalhar com pessoas, tu tem que fazer

acompanhamento, tu te envolve emocionalmente com as pessoas. Basicamente é isto: técnica e emocional voltadas para isso. Se tu tiver essas habilidades, tu vai ser um bom médico, tu vai gostar do que faz. (E5)

A questão ética na profissão só foi apontada por um entrevistado como sendo fator para se ter bons profissionais. Porém, outras qualidades, que são intrinsecamente ligadas à ética foram citadas por outros entrevistados. Além disso, ser um profissional produtivo e independente, apto a obter informações e material de pesquisa e utilizá-las na sua atividade prática, ser um indivíduo com sólida formação ética e humanística, consciente de seu papel social e assistencial, voltado para a melhoria da qualidade de vida na comunidade, ser um profissional dotado de amplos conhecimentos científicos, autocrítica e habilidades técnicas suficientes para atender às necessidades locais.

Humanidade, critério, honestidade, desprendimento, paciência, amor, dedicação... um monte de coisa. (E4)

Ser humanitário, ter um bom relacionamento médico-paciente... acho que tu tem que ter uma boa relação, uma parte ética. E tu ser um confidente, mas que tenha uma relação de ida e volta com o paciente. Acho que isso é fundamental para tu poder fazer medicina. Claro que tem áreas que ter tudo isso não é 100% necessário, mas para a área que eu resolvi seguir dentro da medicina, é fundamental, extremamente necessário. Então eu vejo a medicina assim, acho que a pessoa precisa ter bastante doação, uma boa relação com os pacientes e uma relação ética, e ter uma personalidade firme... (E8)

6.1.3 Compreender a profissão

Todos os entrevistados reconhecem que a medicina é uma profissão que exige demais do profissional. Dentro desse contexto, a compreensão, especialmente dos familiares e das pessoas mais próximas, é fundamental para o profissional. Com esse apoio, o médico sabe que pode se dedicar à profissão sem comprometer de maneira prejudicial sua família e amigos.

E as pessoas que convivem comigo entendem isso, se eu me ausento ou chego atrasado, eles sabem que é porque eu estou ocupado. Eles entendem. A própria profissão é assim, faz parte de ser médico. É uma das profissões que está sujeita a isso, porque a tua prioridade é tratar das pessoas. (E5)

E eu acho que eu não vejo tanto problema com o fato de me exceder nas horas, é porque eu tenho o apoio da minha família, e isso é uma coisa muito importante. E o mais importante para mim não ter tanto problema de suspender uma atividade de lazer porque eu tenho esse apoio. (E6)

A questão da autoprogramação (com alguma margem de erro) também é um fator que ajuda a compreender melhor a profissão. A programação permite que o profissional siga uma rotina um pouco mais definida, o que colabora, tanto para o profissional como para aqueles mais próximos a ele, na melhor compreensão da profissão.

Existe uma margem de erro que eu estipulei. E se eu deixei de fazer alguma coisa, ou perca algum compromisso, eu sempre procuro remarcar, reagendar para não deixar nada pendente. **(E7)**

Não chegava a comprometer a minha vida com a minha família porque eu nunca deixei de sair com meus filhos no final de semana por ter que ficar de plantão no final de semana, esperando trabalho. Tinha um dia que eu fazia plantão e nesse dia meus filhos sabiam que eu tinha que trabalhar... e entendiam isso. Mas não que eu inventasse coisas para ficar trabalhando, isso nunca. **(E8)**

6.1.4 Metas e objetivos

As metas e os objetivos dos entrevistados são traçados por eles mesmos. A organização na qual estão inseridos não exige nem demanda nenhum tipo de meta e/ou objetivo. Isso fica critério do profissional. Inclusive, alguns entrevistados vêem a organização somente como um local que sede espaço para exercer a profissão, sem maiores influências sobre o profissional.

Eu me coloco metas. No Centro Clínico, eu alugo o consultório, é a minha sede. Mas sou eu quem coloco as minhas metas, em todos os sentidos: na minha vida profissional, pessoal, no lazer, etc., e olha, é muito difícil de eu não conseguir bater as minhas metas. Eu sempre tenho conseguido atingir metas totalmente ou parcialmente. **(E5)**

Sim, eu me coloco metas. Eu tenho um foco bem direcionado do que eu quero, de quanto tempo mais eu quero continuar trabalhando, organizar a minha saída... isso eu tento ter. E eu tenho conseguido atingir, digamos que parcialmente, essas minhas metas. **(E6)**

Não... que alguém estipule para mim, não. Além daqui, eu também trabalho em serviço público e não tem superior ou chefe que me diga quantas pessoas que eu tenho que atender, que eu tenha que atender mais ou menos. Eu atendo a quantidade que eu acho que é certo naquele período. **(E8)**

As metas e os objetivos traçados pelos entrevistados geralmente estão relacionados ao bom atendimento, à resolução de problemas, à cura. Por serem muito básicos e genéricos, são vistos como fundamentais para qualquer profissional da área, já que é exatamente esse o motivo que faz com que as pessoas os procurem.

As metas são aquelas básicas de atender bem as crianças, atender bem as famílias, conseguir resolver os problemas de saúde, de dar boas aulas, então, são metas bem

genéricas assim... não são metas específicas. Conseguir ter um sustento da minha família, tudo, mas não é uma coisa isolada uma da outra, essas coisas andam bem juntas. **(E1)**

O objetivo é sempre resolver os problemas que se possa resolver e tal. Esses são os objetivos. E as metas, é fazer bem direito. Então o objetivo é sempre deixá-los bem. **(E4)**

Metas, aqui, eu tenho mais com uma parte de ambulatório que eu desenvolvo, com os alunos e residentes. Que não é que eu tenha metas, tenho mais é objetivos. Objetivos que eles têm que aprender, que eu tenho que ensinar. Funciona mais como uma troca, na verdade. Eles me estimulam para continuar estudando e eu estimulo eles a começar a fazer mais coisas. **(E8)**

Mesmo sendo os próprios profissionais que estipulam suas metas e objetivos, os entrevistados afirmaram que é necessário haver bom senso e viabilidade na hora de traçá-los. E, com uma programação, é possível delimitar prazos para que seja atingido aquilo que foi determinado.

Eu sou um privilegiado, talvez porque eu sou sensato nos meus objetivos, eu não boto coisas... assim muito... Geralmente dá certo, né? Custa um pouco, às vezes são termos de tempo, assim, tu programa as coisas pra um prazo mais curto do que tu consegue, às vezes custa, mas aí tu segue adiante, né? Geralmente nessas questões não há assim uma data que tu não consigas modificá-la, acho importante tu colocar prazo, que se tu não for tu não faz nunca, né?, deixa sempre pra depois. **(E3)**

Quando tu faz um planejamento, tem que ser um planejamento viável. Não adianta eu querer aprender chinês em uma semana. Tem que fazer uma meta viável, e quanto mais viável, mais fácil de atingir. A meta só serve para te alimentar, para te dar um norte. E se tu já está fazendo planos para o ano que vem, tu já tem que estar fazendo isso agora, porque, quando chegar a hora, tu não vai ter tanta dificuldade de botar em prática teus planos, tuas metas. Por isso que eu atinjo minhas metas, porque elas são “fáceis” de atingir, são bem planejadas. **(E5)**

6.1.5 Trabalho em equipe

O trabalho em equipe é tido como primordial para os entrevistados, pois é visto como um complemento para que, dentro de uma especialidade, cada um se desenvolva em uma área. Esse trabalho em equipe tanto pode ser no momento em que cirurgias são realizadas como dividindo os consultórios.

Bom, aqui no consultório eu atendo meus pacientes, eventualmente atendo pacientes dos meus colegas e os meus colegas atendem os meus pacientes quando a gente está viajando. Mas no hospital a gente trabalha bem legal. Trabalha na UTI com uma equipe, somos muito amigos, dá essa abertura um para o outro, se entende bem nos horários, se entende bem, funciona bem. **(E1)**

A medicina tá cada vez mais se especializando. Então a gente não consegue saber e não consegue fazer tudo. Então hoje em dia eu acho que é primordial o trabalho em equipe, porque cada um é bom em determinado aspecto. Então, a equipe e o trabalho se somam e os resultados também. **(E2)**

Nós temos uma equipe, aqui trabalhamos bem em equipe, trabalhamos em equipe. Dentro da especialidade, é preciso equipe porque cada um se dedica a uma área, né? Então, a gente trabalha há muito tempo aqui em equipe, nenhum problema. **(E4)**

Trabalhar estritamente sozinhos, para os entrevistados, é algo muito difícil. O trabalho em equipe permite que os profissionais possam ter vida além do ambiente de trabalho, pois seria humanamente impossível trabalhar 24 horas por dia.

Para essa atividade propriamente dita, eu não preciso ter uma equipe. Por outro lado, eu preciso ter uma equipe porque o anestesista precisa ter uma equipe de rodízio, já que ele, sozinho, não vai poder atender a todas as cirurgias em todos os horários marcados. **(E5)**

Nós só trabalhamos em equipe. O médico precisa trabalhar em equipe. Tanto aqui como no outro hospital que eu trabalho. Porque eu teria muito problema em trabalhar sozinho. O fato de tu trabalhar em equipe é que te dá oportunidade de sair, de poder fazer algumas coisas, né? E se o médico trabalha realmente sozinho, acaba virando um problema muito grande. A maioria dos médicos trabalha em equipe até para poder ter uma vida pessoal, né? **(E6)**

Acho que é imprescindível para um médico trabalhar em equipe. Senão, fica muito difícil. Acho que até dá tempo de fazer outras coisas por causa disto, né? Porque se a gente fosse fazer sozinho todas as coisas que a gente faz, ficariam impossíveis se não existisse uma equipe trabalhando junto. A gente, de certa forma, fica dependente de outras pessoas. Dependente no bom sentido. Acho que trabalho em equipe é uma coisa excelente, essencial. **(E7)**

A competição dentro das equipes é percebida, mas de forma saudável, como uma parceria. Os entrevistados relataram que é possível sentir alguma competição, mas ela é vista como um motivador da profissão, no sentido de fazer com que os médicos comecem a estudar mais, se especializar mais, pesquisar mais. Além disso, a competição mais brusca não é vista com bons olhos pelos entrevistados, pois equipe serve como suporte e não como algo para ser derrotado.

Nessa equipe, não existe um sentimento de competição, mas de parceria. Não existe essa competição por paciente... inclusive, aqui no consultório, nós fazemos caixa único... daí, tanto faz eu fazer uma cirurgia pelo SUS ou particular, que vai tudo para a mesma caixa e nós dividimos tudo irramente. **(E5)**

Sempre existe alguma competição, mas eu acho saudável essa competição, porque, se ela não existir, tu não vai ter parâmetros para melhorar, né? Eu até acho saudável esse

lado da competição. E o trabalho em equipe também te permite estudar mais, porque existe a discussão dos casos com os colegas, a gente acaba estudando mais. (E6)

E eu até não vejo tanta competição, mas acho bom que tenha, porque motiva, faz a gente ir atrás, estudar mais, pesquisar mais. E competição num sentido não desagregador, mas como uma coisa saudável, que te obriga a atuar mais. (E7)

Não vejo o trabalho em equipe como forma de competição. Eu não vou formar tal pessoa tão bem quanto eu me formei. Acho que isso é muito pequeno. Acho que tu tem que mostrar tudo o que tu sabe, e mostrar como tu aprendeu, e mostrar tudo, sem esconder. Acho que não cabe, ainda mais nós, que estamos ligados a uma universidade. Acho que isso é uma falta de personalidade... (E8)

6.1.6 Trabalhar além do previsto

Trabalhar além do previsto é algo naturalmente intrínseco à vida profissional dos médicos. Essa categoria procurou mostrar como o médico percebe essa condição.

Os profissionais relataram as diferentes formas de conviver com essa realidade. A maioria dos entrevistados afirmou que trabalhar além do previsto é algo básico para o médico, que, quando se escolhe a profissão, já se deve ter isso em mente. É visto como normal, para um médico, trabalhar demais. Os motivos são os mais diversos, como estar sempre disponível para os pacientes e a dificuldade de estabelecer um horário fixo.

Porém, foi verificado que, quando existe um horário estabelecido e este, por diferentes motivos, não é cumprido, há um desconforto para os entrevistados. Apesar de compreenderem que é normal para um médico trabalhar muito, pode-se perceber que, em algumas circunstâncias, trabalhar além do prevista é, para eles, uma fonte de sofrimento.

Isso a profissão do médico já pressupõe que a gente trabalhe sem ter um horário rígido, então essas coisas já são pressupostas, já tão..., já são introjetadas na profissão. Em geral, a gente não questiona muito isso. A gente gostaria de bater o ponto e não se preocupar mais com a profissão da gente, né? Mas a gente se preocupa, às vezes fica chateado pelo horário, às vezes se incomoda, mas eu entendo que faz parte, faz parte da profissão. (E2)

Sempre, não tem hora... 8 horas da noite é horário médico. Essa semana eu cheguei às 10... 10 e meia. Eu acho que... eu vejo isso em geral nos médicos, o trabalho que tu gera... a tua questão individual, profissional, o teu reconhecimento profissional te faz trabalhar mais, mais e mais. É um pouco frustrante porque tu às vezes acha que tá cuidando demais dos outros e cuidando pouco de ti, mas eu não vejo assim, tem também a questão econômica. Porque o médico, se ele não trabalha bastante, ele também não tem uma questão de remuneração compatível. Eu acho que o médico deveria trabalhar o que se diz que é o saudável: seis a oito horas por dia e ganhar talvez o que ele tá ganhando trabalhando quatorze. (E3)

Não consigo ter um horário fixo de trabalho. E meu marido, que também é médico, aceita muito bem isso. E o mais importante para mim, não ter tanto problema de suspender uma atividade de lazer porque eu tenho esse apoio. **(E6)**

Um ponto interessante foi o fato de alguns entrevistados ficarem mais tempo nos seus escritórios, mas fazendo outras atividades, e não exercendo os afazeres de sua profissão. Nesses momentos, os entrevistados afirmaram que conseguem botar em dia suas leituras, fazer pesquisas e finalizar trabalhos e artigos. Eles têm consciência de que estão ficando mais tempo no ambiente de trabalho por escolha própria; dessa forma, nenhum desconforto é gerado.

E hoje, como eu também estou finalizando meu doutorado, eu acabo passando do horário porque eu fico trabalhando na tese. E eu acho que eu não vejo tanto problema com o fato de me exceder nas horas, é porque eu tenho o apoio da minha família, e isso é uma coisa muito importante. **(E6)**

Eu tenho um horário definido... em média eu trabalho sempre por dia em torno de umas 10 horas... em média, é difícil dizer... olha, trabalhando nem sempre eu passo do meu horário... quer dizer, trabalhando com pacientes... mas às vezes, para ler algum artigo, daí sim, e eu considero isso como tempo reservado para estudo. Mas isso eu não considero trabalho, eu considero estudo. Pensando dessa maneira, eu não passo das minhas horas reservadas para trabalho. O trabalho seria eu ter que ficar no hospital, fazendo uma cirurgia, ou atendendo pacientes, coisa assim. Hoje em dia, isso já acontece bem menos na minha vida. Até acontecia mais há uns 15 anos atrás. Que às vezes, nesses tempos atrás, chegava um paciente e eu tinha que atender. Hoje em dia eu já passo delegar, passo para um, passo para outro... já me recolho um pouco... e na época, quando isso acontecia, não chegava a comprometer a minha vida com a minha família porque eu nunca deixei de sair com meus filhos no final de semana por ter que ficar de plantão no final de semana, esperando trabalho. Tinha um dia que eu fazia plantão e nesse dia meus filhos sabiam que eu tinha que trabalhar... e entendiam isso. Mas não que eu inventasse coisas para ficar trabalhando, isso nunca... e hoje em dia, posso até ficar mais tempo no consultório, mas daí fazendo outras coisas... **(E8)**

Alguns entrevistados, porém, afirmaram que não costumam passar do seu horário de trabalho. Especialmente devido a questões de planejamento, esses profissionais conseguem cumprir aquilo que eles mesmos predeterminaram. Em alguns casos, isso é possível por causa da especialidade do médico e do tipo de paciente que ele trata.

Não, porque, na verdade, como eu já faço um horário grande no hospital e no consultório... eventualmente, né?... mas em geral não, nas horas previstas é que eu fico. **(E4)**

Olha, a minha especialização é anestesista e, como anestesista, eu não coloco o horário da cirurgia. Quem coloca é o cirurgião. Então, tem dias que eu começo de manhã bem cedo. Outros que eu começo às 10 horas. Tem dias que eu trabalho até as 9 da noite porque a cirurgia começou mais tarde e, entre o início do dia até o horário da cirurgia no final da tarde, eu não tenho nada. É bem variado. Mas, de um modo geral, eu

começo a trabalhar cedo, por volta das 8 horas, e acabo umas 4, 5 horas da tarde. Tem tardes que eu tenho livre. **(E5)**

Eu tenho um período que eu delimito, que seriam as minhas horas de trabalho. Às vezes escapa um pouco e, quando isso acontece, não me atrapalha. Digamos que essas escapadas de tempo estariam dentro da margem de erro que eu estipulei. **(E7)**

6.1.7 Distribuição do tempo

A categoria “Distribuição do tempo” verificou como estão distribuídas as atividades dos entrevistados com relação a trabalho, família, lazer, etc.

Mesmo tendo os entrevistados afirmado que é comum ultrapassar as horas de trabalho diárias, de modo geral, eles possuem um rotina de vida com outras atividades fora do ambiente de trabalho. Porém, mais uma vez, a questão do planejamento e da organização prévia é essencial para essa distribuição de tempo nas suas vidas. E, apesar de terem uma rotina previamente estabelecida, os profissionais têm consciência de que sempre existe uma probabilidade de essas outras atividades não acontecerem por causa do trabalho. Além disso, para alguns entrevistados, o fato de misturarem trabalho no seu tempo de lazer é visto como um período de prazer.

Bom, meu lazer é ir pra serra. Meus fins de semana, a maior parte são lá, viagens, próximas. Mas eu acho que ainda na profissão isso é uma coisa que a medicina não tem de boa. A medicina também me absorve nos finais de semana. Então, é preparar aula, estudar, ver paciente, eu não tenho um dia que eu não tenha ligação com a medicina. Mas... tu tem que calcular: oito horas de sete, seis a sete horas de sono, 14 de trabalho, o que que sobra de lazer? É que pra mim trabalho já mistura um pouco de lazer e prazer, eu acho. **(E3)**

Bom, minha rotina é trabalho todo o dia de manhã e à tarde, e depois... todas as noites e final de semana fico com a família, não tenho plantão... é tranqüilo. **(E1)**

Trabalho das 8 da manhã às 6 da tarde, às 6 encerro. Daí, é tudo família e lazer. **(E4)**

A gente tem que ter um certo treinamento para distribuir bem o tempo, porque a gente nunca sabe bem se vai conseguir realizar aquilo que tá planejado... Hoje eu tenho uma atividade de lazer pra de noite. Mas eu não sei 100% se eu vou poder realizar essa atividade de lazer. Tem uma chance de 70% que eu vá, mas tem uma chance de 30% que eu não vá. Então, essas são as relações que a gente faz. E se não for, fica pra outro dia sem problema nenhum... a gente tenta fazer eles entenderem que isso tá relacionado com a profissão da gente. Isso eventualmente é assim, que outra hora a gente vai ter a oportunidade de fazer. **(E2)**

6.1.8 Remuneração

A categoria “Remuneração” procurou verificar a percepção dos entrevistados com relação ao salário que estão recebendo pelas atividades exercidas. Para alguns entrevistados, os pagamentos não são vistos como salários propriamente ditos, mas como uma remuneração aos serviços prestados.

Não. Na verdade a gente não recebe salários né? A gente recebe remuneração por serviço. E a medicina entrou numa fase em que o médico trabalha basicamente para as empresas de saúde e a remuneração não é nada adequada, a meu ver. **(E2)**

Mas, se tu for me perguntar se eu acho que eu sou bem remunerada, obviamente a cirurgia é muito mal paga, se for por um convênio... é muito mal remunerado. Meu salário é bom porque eu faço muitas outras coisas. Mas a cirurgia em si, pelos convênios e pelo SUS, é extremamente mal remunerada. Então, para aqueles que só fazem cirurgia, a remuneração é horrível. Tem que fazer muita, mas muita cirurgia para conseguir ganhar um pouco. **(E6)**

A questão da responsabilidade do médico relacionada ao salário foi citada por alguns entrevistados. Para eles, a responsabilidade sobre a vida dos pacientes assumida pelos profissionais deveria fazer com que a remuneração fosse maior. Fazendo uma comparação com a remuneração recebida por outras atividades de áreas profissionais diferentes, os entrevistados percebem que, em várias situações, eles estão recebendo aquém do que deveriam.

Poderia ser melhor. Sempre. Acho que poderia ser mais pela quantidade de responsabilidade que a gente assume. Acho que a gente ganha pouco por isso. Mas, pela resolução das coisas, dos trabalhos, das doenças, do ensino, pode-se dizer que satisfaz, que é um bom pagamento. O retorno que a gente tem de tudo isso é satisfatório. E a gratificação que a gente tem pela nossa profissão, por estar ajudando as pessoas, faz com que o salário fique até maior. **(E7)**

É o mais injusto... eu acho que a gente tem que ter valores para falar em salários... mas existe uma coisa assim, não um desprezo, mas é dado menos importância ao que o médico recebe do que algumas outras profissões. Não pela responsabilidade, porque todas têm responsabilidades, mas às vezes até pelo que tu faz. Por exemplo, uma cirurgia que tu faz, o valor que o cirurgião recebe é muito menor, é um quarto de um valor de uma televisão... uma cirurgia simples, pequena, mas que tem riscos como todas as cirurgias, em alguns casos, tu não ganha nem R\$ 50,00. Tanto é que as consultas pagas pelos SUS são baixíssimas, algo em torno de R\$ 7,50 por consulta, sendo que R\$ 2,50 é para o hospital e R\$ 5,00 para o médico. Então essa é a desvalorização. Se tu chama um técnico de televisão na tua casa, a visita dele não vai sair menos que R\$ 50,00. Então existe uma desvalorização para o serviço de saúde, e não só para o serviço médico, mas para enfermeiros, auxiliares... ao contrário de um juiz, que tem um horário predeterminado, de um turno só, e tem um salário de 15, 16 mil, e se acha normal. Eu acho que eles ganham bem, somos nós é que ganhamos mal. Claro, é como diz o cara, tem muita gente no mercado, e quando tu tem mais oferta do que demanda, acaba acontecendo isso. **(E8)**

Porém, para a maioria dos entrevistados, é possível ganhar razoavelmente bem, desde que se trabalhe muito. Segundo os profissionais, é preciso ter várias fontes de renda, pois não existe uma proporção entre o que é feito e o que se recebe por isso. A questão de trabalhar demais com diferentes fontes de renda está muito relacionada, porque, para conseguirem ganhar um pouco melhor, os entrevistados vão atrás de outras atividades, que acabam ocupando demais o seu tempo. Para alguns, a entrada dos convênios fez com que a remuneração diminuísse muito, e como grande parte dos pacientes não é particular, eles acabam tendo que se submeter à remuneração que é repassada a eles.

Pediatra é como um clínico. Não só eu, mas os médicos clínicos ganham muito pouco. Eu faço horário integral no hospital, eu ganho muito pouco, não tenho a menor dúvida, o dinheiro que se ganha é muito pouco. Não existe uma proporção entre o que é feito pelo que eu estudei, pelo que eu me dediquei. (E1)

Eu acho que, dentro do Brasil, o meu salário... o que eu ganho é bom. Mas eu acho que eu trabalho demais, isso é uma queixa em geral das pessoas, né? Mas eu acho... eu gostaria de trabalhar um pouco menos e ganhar o que eu ganho. O grande problema do médico, como de muitos profissões liberais. Eu não tenho aposentadoria, eu não tenho limite de juros que me diga que amanhã eu paro de trabalhar e alguém possa dar uma continuidade pro que eu já faço. Eu dependo, o que eu ganho hoje, mês que vem depende diariamente de eu estar executando isso aí. (E3)

Hmmmm, isso é complicado porque quem recebe sempre acha que vai estar recebendo menos. Agora, para quem paga, acha que está pagando muito. Olha, eu sou professor da faculdade. E eu acho que estou sendo bem pago por essa atividade com relação às horas de trabalho que eu faço. Em outras instituições que eu atendo, eles pagam bem mal. Com alguns convênios é razoável. Não é muito, mas não é pouco também... é aceitável. Outros são terríveis, pagam pouco mesmo. Quando o paciente é particular, eu acho que o pagamento é justo. Mas isso é muito raro de acontecer... paciente particular é mais para caso de cirurgia plástica... (E5)

Depende... eu tenho várias fontes de renda. Então, somando tudo, eu acho que eu ganho bem, mas eu acho que eu trabalho demais para isso. Hoje em dia, um dos grandes problemas do médico é ter que trabalhar demais para conseguir ganhar relativamente bem. Acho que vai ser um problema bem mais sério para o pessoal mais jovem, né? E as minhas várias fontes deixam meu salário ok. E eu também tenho meu marido, né?, que me ajuda com as despesas, a gente divide as coisas. Então, na verdade, eu acho que eu ganho bem. É melhor do que a maioria ganha. (E6)

6.1.9 Relação médico-paciente

Segundo os entrevistados, a relação médico-paciente não é mais como era tempos atrás e essa mudança se constitui em um dos principais problemas atuais da medicina. A falta de um maior relacionamento com o paciente faz com que as relações sejam mais efêmeras, sem fidelidade. Os são os convênios um dos principais responsáveis por esse novo cenário, já que os

pacientes não vão mais atrás dos médicos pelo renome deles, e sim daqueles que atendem em seus convênios.

E eu também acho que a medicina perdeu muito, é que antigamente o paciente vinha consultar contigo porque tu era o dr. Fulano de Tal. E hoje em dia o paciente vem consultar contigo porque tu tem o convênio Tal, entendeu? ... eles não vêm mais por ti, não existe mais uma “fidelidade” nem aproximação. A relação médico-paciente mudou muito. Eu acho que esse é o grande problema da medicina e dos outros problemas como processo, etc. E piorou muito. Muitas vezes, o paciente nem sabe quem operou.... com os pacientes com doenças mais graves, tu ainda consegue fazer um relacionamento melhor, mas paciente do dia-a-dia é complicado. **(E6)**

Porém, existem casos, quando os laços ficam mais estreitos, em que os médicos se mostram muito satisfeitos com o relacionamento com seus pacientes. E isso depende muito do problema do paciente, do tratamento para resolução do problema e a solução propriamente dita. Esta categoria está fortemente ligada ao reconhecimento que os pacientes têm pelos médicos que os atendem.

Porque é o recém-nascido aquele paciente que tu consegue formar aquela relação médico-paciente que eu já tinha te falado. Primeiro, porque é um paciente que todo mundo espera que nasça bem, mas daí nasce com problema, e se já tem o diagnóstico antes de nascer, eles já se preparam mais, porque já entram em contato com os médicos antes. Eu também tenho uma excelente evolução desses meus pacientes e a maioria dos meus pacientes fica muito bem, então eles ficam muitos ligados a mim. Eu tenho pacientes com 15 anos que me convidam para aniversário ou para formaturas. Então eu acho que isso é o reconhecimento do meu trabalho, né? **(E6)**

Eu acho que varia de paciente para paciente. Acho que uns não me reconhecem mais porque eu falhei com eles, é uma falha minha. Às vezes eu não consegui com aquele paciente, talvez, uma relação tão boa quanto com outros... às vezes é com o paciente também... **(E8)**

6.1.10 Contexto político e a medicina

A questão política brasileira foi um tópico abordado pelo entrevistados como sendo um dos maiores problemas para a medicina no Brasil.

Conforme apareceu nas entrevistas, a questão política interfere bastante na saúde no Brasil por causa do dinheiro que vem do Ministério da Saúde, e isso gera sérias conseqüências no trabalho médico. A aparente falta de interesse dos políticos na área da saúde desagrade aos médicos, pois é refletida no seu trabalho quando os médicos se deparam com as dificuldades de

tratamento, de realizar exames e cirurgias e, até mesmo, para a compra de medicamentos para alguns pacientes.

O repasse das verbas para a área da saúde, de acordo com a percepção dos médicos, é bastante reduzido, pois eles visualizam tanto a falta de equipamentos como de profissionais destinados a atender a população como um todo.

A gente vive uma situação muito complicada hoje em dia. Então, é obvio que isso interfere no trabalho, porque as pessoas têm suas dificuldades, então isso interfere bastante no trabalho. As pessoas têm dificuldades pra chegar às opções de tratamento, têm dificuldades de realizar os exames, têm dificuldades de realizar cirurgias, têm dificuldades de vir às consultas, têm dificuldades de comprar os medicamentos, então, isso interfere bastante na profissão do médico. **(E2)**

Embora agente tenha a subsistência de clínica privada que atende também a parte social de SUS, isso é uma tragédia, né? Eu queria que cada político que fosse falar de saúde passasse um dia do meu lado no ambulatório da SUS pra ver como é que funciona. Eles não vêm. Eles são os comandantes, que mandam os soldados atacar o inimigo, né? Não vão lá pegar o fuzil. O médico ta no campo de batalha. **(E3)**

Eu acho que isso repercute em termos salariais, em termos de aumento para área da saúde, que é baixa. A própria CPMF, que foi feita para a saúde, nunca foi aplicada em saúde. Acho que por isso que nós estamos com déficit na saúde, porque uma coisa que a gente vê e sabe, por exemplo, nos últimos 30 anos, não teve um concurso para o antigo INAMPS, que seria hoje o SUS, para médicos. Nunca mais se faz concurso, o governo nunca mais teve interesse, e não só esse governo, mas nunca tiveram interesse em ter mais funcionários. Então, nunca mais teve reposição. Então, por exemplo, no local de serviço público que eu trabalho, para prefeitura, ali tem um posto. E quando eu era estudante, os meus professores, uns 15 deles trabalhavam nesse posto. Eram 35 ortopedistas, que eram da minha área, que atendiam consultas. Hoje, tem somente dois médicos que atuam nessa parte das consultas. Os outros estão todos aposentados e não foram repostos. Então, por isso que tu vê no jornal filas para serem atendidos... e isso é verdade, porque não tem pessoas para atender... **(E8)**

Uma questão crítica apontada por alguns entrevistados é o fato de algumas figuras políticas se utilizarem da medicina e da área da saúde pública para ganhar votos nas eleições. De acordo com as entrevistas, por ser um assunto de interesse de todo cidadão brasileiro, a possibilidade de se visualizar uma melhora nesse setor faz com que as pessoas acreditem no que está sendo prometido; porém, essa realidade não acontece.

E eu acho que o grande problema político da medicina foi quando os políticos acharam um meio de ganhar voto falando em saúde pública. Porque eles começaram há 20 anos atrás a dizer “não, todo mundo tem direito a saúde...”, mas depois não dão condições. É muito fácil falar e ganhar votos dizendo que todo mundo tem direito a saúde, e eu acho que todo mundo tem direito a saúde, só que aí depois eles não melhoram a saúde pública. Daí eles dizem, ganham votos, se elegem e depois não fazem nada. E tu continua com a saúde pública sem dinheiro, porque eles investem dinheiro em outras

coisas e não colocam dinheiro na saúde... então é muito importante a parte política do Brasil para que as coisas possam ficar melhores, né? **(E6)**

A questão política relacionada com a medicina, para alguns entrevistados, é uma importante causa de sofrimento no trabalho, pois eles pouco podem fazer para mudar a situação. O sofrimento está ligado ao fato de os médicos, de certa forma, sentirem-se incapazes de mudar a situação nacional.

Porém, no intuito de aliviar o sofrimento, e também procurando colaborar com a sociedade, os médicos acabam fazendo algumas ações que contribuem com algumas comunidades.

Eventualmente as coisas estão ao alcance da gente, a gente procura contornar da melhor maneira possível. Mas, se não estão ao alcance da gente, é difícil a gente tentar... conseguir uma solução adequada. Isso deixa um pouco chateado porque, às vezes, a gente não consegue exercer a profissão da melhor maneira possível. Tem que exercer a profissão do modo como é possível... dentro das possibilidades. **(E2)**

Agora, com 40 que eu tô, já desisti, não adianta. Neste país, no Brasil especialmente, eu não acredito mais. Eu vivi 20 anos pensando que as coisas iam mudar e eu acho que nos próximos 20.... que eu vou estar com 60, eu não vejo perspectiva. Eu acho que as coisas no Brasil são para daqui 50 anos. Só há uma forma hoje de fazer alguma coisa neste país, que é fazer uma reforma política, essa é minha opinião. Acabar com esse sistema que tá aí. Democracia burra que eu chamo. Uma democracia de 2 mil anos e acham que 2007 as coisas têm que continuar como eram antes. Tá tudo errado, as coisas das pessoas irem lá decidir coisas extremamente importantes sem informação, eu não acredito. Eu, pra ser médico, tive que fazer seis anos de medicina, quatro de residência. Eu não aceito que um político sente lá em cima e resolve, crie leis, sem ter a mínima formação. Essa democracia... Botar gente desprovida intelectualmente pra resolver coisas sérias é a mesma coisa que pegar qualquer outro profissional, botar atrás aqui e mandar operar ou mandar atender paciente. Vai sair uma cacaca, não vai dar certo, então, eu não acredito nesse sistema. **(E3)**

Eu procuro fazer tudo que eu posso, tudo que eu posso fazer eu faço. E quando não tem condições, eu procuro ajudar da melhor forma encaminhando. Muitas vezes soluciona dando um bom encaminhamento para essas pessoas, porque aqui na nossa instituição, por exemplo, oftalmologia não tem SUS. Então muitas vezes eu lido com esse problema e encaminho pra onde pode ter o tratamento. **(E4)**

6.1.11 Contexto social e a medicina

A categoria “Contexto social e a medicina” possui uma forte relação com as questões políticas levantadas na categoria anterior. A relação existe no sentido de que, assim como os políticos não parecem ter interesse pela área da saúde, também não têm pela área social.

Segundo os entrevistados, o contexto social influencia no trabalho, pois os cidadãos brasileiros são seus pacientes e, quando estes estão com problemas de saúde, são os médicos que procuram socorrê-los e, em alguns casos, essas pessoas possuem pouquíssimas condições. Essas questões se mostram importantes em nossos dias, especialmente quando se aprofundam as desigualdades e aumentam as exclusões sociais, e os médicos precisam atender todos os tipos de pacientes.

A questão da política interfere porque influencia na questão do dinheiro da população. As coisas sociais afetam porque afetam a população que a gente atende. **(E1)**

Acho que a parte que mais influencia é a parte social, porque esses pacientes são de todos os tipos. Então tu tem que atender a todos. Mas é o governo que “achata” a unidade de serviço. **(E5)**

Uma questão importante levantada por alguns médicos está no fato de que alguns pacientes aparecem com problemas cuja solução estaria mais relacionada com um maior controle por parte do governo, como é o caso das verminoses e da desnutrição. Além disso, segundo os relatos, por mais que o governo tivesse mais controle sobre esses assuntos, não seria somente a medicina que estaria envolvida, mas também outras áreas profissionais, como a sociologia e a psicologia.

Em um contexto socioeconômico de desigualdade, com amplo contingente populacional à margem da sociedade, excluído das conquistas desta sociedade e inclusive com pouco acesso aos serviços de saúde, o enfrentamento das questões de saúde supõe uma reflexão ampla sobre o quadro social e sobre as necessidades específicas das populações mais carentes. Sem essa reflexão, as ações de saúde perdem força na resolução de problemas. O que alguns médicos fazem, também procurando minimizar o sofrimento e a impotência de fazer verdadeiras mudanças, é continuar ajudando, muitas vezes, voluntariamente, uma parcela da populações que não possuem condições.

Mas a gente faz muita coisa voluntária aqui. Trabalha em comunidades carentes no domingo, vai atender, faz campanhas, a gente aqui lida com esta área aí, dentro do possível. **(E4)**

Em nível de saúde pública, acho que melhorou, mas poderia ter sido bem melhor. A gente ainda atende no hospital não só problemas médicos, mas também problemas sociais importantes, como verminoses, que poderiam ser evitadas se houvesse um trabalho social mais forte, desnutrição, maus-tratos com crianças... coisas que envolvem um controle maior de governo. Mas na população, com esses problemas sociais, acho eu, a gente, a classe médica, tem que se envolver muito mais e tentar ajudar com aquilo que estiver ao nosso alcance, tentar ajudar... mas tu acaba ficando dependente de outras

estruturas, como psicólogos, assistentes sociais. Mas o que puder ser da gente, nós fazemos. É bem pequeno, poderia ser bem mais. (E7)

6.1.12 Convênios e a medicina

A categoria “Convênios e a medicina” procura verificar como o aparecimento dos convênios e como a sua atuação atual afeta o trabalho dos médicos. Esta categoria possui uma ligação com a categoria “Relação médico-paciente”.

Para alguns entrevistados, a relação médico-paciente é um ponto importante na vida do profissional. É no consultório, quando a pessoa paga para ouvir a opinião, e a dignidade de um médico está na preservação dessa relação. Porém, a sociedade atual levou o paciente a seguir determinadas regras, que nem sempre são as que regem a livre procura por um médico.

Quem paga não é o paciente, quem atrai a clientela não é o médico. A figura do convênio de saúde mudou, há tempos, o perfil da profissão, intermediando a relação entre o médico e o paciente. Quem tem coragem de se arriscar no mundo do atendimento exclusivamente particular garante que uma consulta mais longa e detalhada pode compensar o menor fluxo de pacientes.

Então se o governo melhorasse os planos de saúde, especialmente o sistema previdenciário, as coisas melhorariam muito. Afetaria muito o trabalho do médico. (E5)

Eu lembro que há 30 anos atrás, quando eu me formei, tinha muitos médicos que operavam pelos SUS. E não é que eles ganhavam rios de dinheiro, mas eles ganhavam o suficiente para atender muito bem o SUS e poder atender o paciente privado deles. Com a entrada dos convênios, o SUS achou que não precisava mais pagar bem. Então eles pagam supermal e acham que está superbem pago, porque eles acham que os convênios é que vão pagar bem. Só que, com os convênios, também sumiu o paciente particular. (E6)

Conforme os entrevistados, isso também é resultado da forte concorrência e da lei de mercado. Para outros, possibilidade de ser “achado” pelos pacientes. Para eles, o maior problema das empresas de saúde é a não-distinção entre a qualificação acadêmica e até profissional. Para o plano de saúde, tanto faz se você é recém-formado ou se tem várias especializações e teses de doutorado. O pagamento é o mesmo. Nessa hora, quem dá prioridade para a área acadêmica e investe boa parte de sua carreira num aprendizado de qualidade acaba ficando na contramão do que pensam os planos de saúde. O simples nome no guia não serve para o crescimento profissional.

A gente conversa com os colegas e a situação é a mesma, porque tem muitos médicos... a concorrência é muito grande, pagamento de convênio é baixo, os pacientes se dividem em todos os profissionais, enfim, é uma problemática geral que não é minha pessoalmente, então tem que lidar, porque é assim mesmo. (E1)

Mas com convênio o pagamento é aquém das expectativas. É tudo fixo. Não interessa se tu te formou ontem ou se faz 30 anos, como eu, tu vai receber a mesma coisa. (E5)

O convênio é frustrante, mas acaba sendo um mal necessário, porque é um recurso utilizado por quase toda a classe médica. Se você não entra no convênio, ou acaba sendo marginalizado ou sofre bastante para conseguir se manter com pacientes próprios. (E7)

6.1.13 Tempo livre

A categoria “Tempo livre” procurou verificar se o médico tem tempo livre para se dedicar a outros afazeres ou atividades fora da profissão.

Foi percebido que a maioria consegue ter outros compromissos fora do seu ambiente de trabalho. Porém, para isso ser possível, é preciso ter planejamento e comprometimento, pois eles sabem que é muito fácil, por causa dos compromissos profissionais, deixar de cumprir seus planos.

Tenho tempo livre para outras atividades. E também consigo lidar com os horários de trabalho, lazer e família... eu fiz um planejamento para que a gente pudesse ter horário de trabalho, horário de lazer e horário para família também. (E2)

Consigo ter tempo para cursos ligados à área. Isso se chama extensão do trabalho... é trabalho, né? Cursos fora da medicina eu acho que assim, à medida que tu... isso é uma questão muito individual, se tu não racionalizar teu tempo, acaba sobrando pouco tempo, né? Eu te digo assim, a profissão... o primeiro, junto com a profissão vem a questão lazer com família; então, às vezes tu tem que abrir mão do teu lazer individual pro lazer da família, isso é importante. E questão *hobbies*, coisas pessoais, sobra pouco tempo né? É o que se pode.

Já pratiquei muito futebol, mas lesões físicas, torções que me tiravam do trabalho, de cinco a sete dias de imobilizações e tal fizeram com que eu desistisse. Mas já tive que desistir várias vezes de outras atividades... ah, várias vezes... Se tu não botar essa condição, tu evita de fazer qualquer coisa, porque aí tu não tá cumprindo com essa questão de médico. Porque médico, o profissional que se dedica, ele tem que estar disponível 24 horas por dia, então, tu não pode chegar: – hoje eu não vou atender ninguém porque eu vou pra uma festa ou porque eu vou... não adianta, se te chamam, paciente que tu operasse tá sangrando, tem que largar tudo e ir lá atender, não adianta dizer: – Ah, segunda-feira eu resolvo. Isso é pra todos os médicos. (E3)

É interessante notar que poucos entrevistados afirmaram já terem se privado de outras atividades por causa do trabalho. Eles reconhecem que em alguns momentos algumas atividades

precisam ser remanejadas, mas não as cessam por causa do trabalho. E quando esse remanejamento acontece devido a compromissos profissionais, não é visto de forma negativa, como uma fonte de sofrimento. Eles reconhecem que esse tipo de situação é comum na vida do médico.

Tenho, tenho *hobbies* que de, certa forma também, são esportes e faço cursos quando é necessário para a profissão e cursos de meu interesse também. Mas nem sempre se consegue conciliar todas as coisas. Eu sempre achei que tem que ter horário para a parte da profissão, mas também te que dar espaço para viver. Eu tenho vários *hobbies*. Eu gosto de andar a cavalo, eu ando toda semana. Em tempos passado, eu também andava todo final de semana. Gosto de aviação também. Eu separo um tempo para aprender, ler sobre esses assuntos que me interessam. Eu também consegui ter tempo para fazer cursos profissionais, porque faz parte da profissão, da minha especialização. Como eles são necessários, tu tem que conseguir tempo. O tempo existe, desde que tu priorize esse tempo, porque ele existe, está aí. Agora, tu tem que administrar esse tempo. Eu sempre tive tempo para fazer meus cursos, ir nos meus congressos. Vou ao congresso todo ano. Eu fiz isso sempre, e não só agora que eu estou mais maduro na carreira, mas eu sempre fiz. Tem que se organizar. (E5)

Tenho, tenho tempo sim. E faço tudo isso, nunca deixei de fazer. Nunca me privei, nem durante a faculdade, de sair, de ir em uma festa... nunca me privei de nada, jamais me privei disso. Eu fazia futebol, sempre gostei de esportes, sempre pratiquei esportes, sempre fiz cursos...o fato de ser médico, ou de ter sido estudante, nunca foi uma barreira para deixar de fazer o que eu gosto. Pelo contrário, até me estimula a fazer mais, até gostaria de fazer mais, para espalhar... mas daí, o tempo limita um pouco, né? Mas eu sempre fiz tudo o que eu queria fazer e continuo fazendo. Mas, eventualmente, eu já tive de faltar algumas dessas atividades por causa da profissão. Daí, isso sim. Às vezes, eventualmente, uma cirurgia atrasa e tu tem que cancelar ou adiar algum compromisso... mas isso faz parte... acho que essa é parte da doação que eu te falei. Então, normalmente, nos dias que eu tenho reservado para outras atividades, eu procuro não marcar nada que vá me ocupar além daquela hora... às vezes acontecem eventualidades ou algum paciente de urgência aparece... mas daí faz parte... (E8)

Porém, alguns entrevistados, pelos motivos mais variados, realmente não possuem outra atividade constante fora do trabalho. A desorganização ou a simples falta de interesse configuram-se como os principais motivos, mas os entrevistados têm consciência de que no momento em que decidirem, seriamente, fazer outra atividade, vão ser bem-sucedidos.

Hmmm, eu não faço nada. Eu até teria tempo se eu me decidisse a fazer. Eu acho que todo mundo que se decide a ter um *hobby*, fazer esporte consegue. Antigamente, que eu trabalhava mais que eu trabalho hoje, eu fazia bem mais coisas fora daqui. Mas é uma opção minha, porque eu acabo me envolvendo demais, acabo chegando em casa cansada... até porque eu já não sou tão moça, né?... então acabo não fazendo outras coisas do ponto de vista de lazer. E, na época que eu ainda fazia outras atividades, várias vezes eu tive que cancelar, desistir das minhas atividades por causa da profissão. Ou porque eu tinha uma cirurgia, ou porque aparecia alguma coisa. E eu não me sentia mal, porque a minha opção era a profissão, eu não via como um grande problema na grande maioria das vezes. O problema maior era quando eu tinha uma grande

programação de final de semana que eu fosse viajar, sair e tal, e então surgia alguma coisa. Isso me chateava mais, mas o resto não era problema para eu não ir. (E6)

Ter tempo eu tenho... mas é pura desorganização minha não separar melhor o meu tempo. Agora, eu tô um pouco mais organizado e estou conseguindo fazer algumas atividades físicas, esportes... mas o tempo sempre é curto, né? ...acho que tudo é uma questão de disciplina e organização, e não tanto de falta de tempo. Ele existe, basta organizar melhor ele. Mas, como eu nunca fui muito organizado para fazer essas coisas, esportes, *hobbies*, etc., eu nunca realmente precisei separar tempo para parar e fazer. Agora que eu tô me organizando a fazer, e quando não dá em um dia, eu faço no outro. Não tem nada que realmente me atrapalhe. O trabalho em si não me atrapalha praticamente em nada para fazer e ter outras atividades. (E7)

6.1.14 Férias

A intenção do tópico “Férias” foi verificar se é fácil para um médico sair de férias. Para grande parte dos entrevistados, tirar férias é bastante possível, desde que haja uma programação feita com bastante antecedência para que possa acontecer.

Os entrevistados afirmaram que não é algo fácil de se fazer, pois, como trabalham com pessoas de saúde debilitada, muitas vezes fazer um acompanhamento mais próximo é necessário e acaba adiando a possibilidade de tirar férias.

Alguns profissionais possuem empregos regidos pela CLT. Nesses casos, tirar férias está regulamentado por lei.

Não, não é fácil porque a gente não pode planejar a vida da gente, principalmente pro cirurgião, nem pra daqui uma semana. Mas a gente tem que ter um certo rigor e conseguir tirar férias. Dá mais ou menos pra... pra programar. (E2)

Tem médicos que são CLTs, que são empregados, aí entram como qualquer empregado, né? O profissional liberal acho que é fácil, só que tu estuda com muita antecedência e, por incrível que pareça, assim, o médico que tem uma atividade como, por exemplo, a que eu tenho, é muito difícil. (E3)

Tem uns empregos que te dão um período de férias, até por questões trabalhistas. Mas a parte autônoma, de consultório, não tem como tirar um período longo. E só dá para tirar por causa da equipe. (E7)

Eu acho que é... não é que seja fácil, mas tu tem que te organizar. Eu nunca tive um problema de não tirar férias. Eu nunca me privei de algumas coisas, como tirar férias, porque eu tinha que trabalhar. (E8)

Porém, mesmo havendo um sério planejamento de férias, o principal fator que permite que seja possível tirar férias é o fato de os médicos trabalharem em equipe, caso contrário,

segundo alguns relatos, seria praticamente impossível. O trabalho em equipe, além de já ser benéfico para os profissionais, também os ajuda a fazer rodízios para que possam sair de férias, sem que seus pacientes fiquem sem acompanhamento ou alguém responsável disponível.

Olha, eu sempre procuro tirar, eu raramente não consigo, não que seja fácil. Como eu trabalho com um grupo, aí a gente consegue se organizar. Nesse ano que vem eu não sei se vai dar, acho que não vai dar. Isso vai ser uma coisa que vai me fazer muito falta... **(E1)**

Eu acho que tu trabalhando em equipe, na maioria das vezes, tu consegue tirar férias. Se tu trabalhar sozinha, é muito difícil. Mas trabalhando em equipe é mais fácil, porque eles me cobrem caso meus pacientes precisem de mim. **(E6)**

6.1.15 Período de férias

Mesmo não sendo fácil de sair de férias, havendo um bom planejamento e o apoio de sua equipe, é possível sair durante um certo período.

A maioria dos entrevistados afirmou que o período de férias é geralmente curto, variando de 15 a 20 dias por ano. Em alguns casos, existe também a possibilidade de mais uma semana durante o resto do ano. Finais de semana prolongados também são uma opção aos médicos, mas a viabilidade varia bastante de acordo com a especialidade.

Os congressos e os simpósios de medicina também são vistos como oportunidades de tirar algum tempo livre e são considerado por alguns como férias.

Minhas últimas férias foram no congresso de medicina no ano passado. E as deste ano serão no congresso de novo, que vai ser em novembro. Geralmente fico um pouco mais do tempo do congresso. E isso é suficiente para mim. E, no verão, eu consigo fazer finais de semana mais prolongados, a partir de quinta-feira. Daí, se for juntar tudo, dá para dizer que é suficiente. Isso me basta. **(E5)**

Eu tirei férias em... não me lembro, não me lembro mais, tu vê... mas em fevereiro do ano passado eu tirei. Eu sempre tiro 15 dias em todos os verões. Normalmente, são 15 dias. E algumas vezes eu saio mais alguns dias durante o ano, daí eu vou para congressos e tal. Mas daí não é descanso puro, né? Ah, tô te mentindo, viu? Em julho eu saí de férias, fui para Europa! Viu como a gente esquece! Nem me lembrava! Foram 15 dias também... **(E6)**

Normalmente, eu tiro um período de 15 dias de férias por ano. Não tem como esticar porque compromete o teu atendimento, o vínculo que tu tem com teus pacientes. E mesmo assim, nas férias tu fica dependente de telefone, de celular... minhas últimas férias foram em janeiro de 2006. Tirei 15 dias. Normalmente, são 15 dias com a possibilidade de tirar uma semana depois. Esse ano eu não tirei essa uma semana, fiquei só com os 15 dias mesmo. **(E7)**

Minhas últimas férias foram em fevereiro de 2006, e durou 18 dias. E agora, eu vou no congresso, é que congresso, para médico, serve para duas coisas: uma, para te ver os amigos; segundo, às vezes tu vê alguma coisa diferente, e hoje em dia, com a internet, tu vê várias coisas diferentes sem precisar ir a congressos; e outra, para descanso. E agora eu vou sair uns oito dias, quatro para o congresso e quatro para descansar. Mas isso está ficando mais raro de fazer por causa dos custos. Para ti poder ir para qualquer lugar, tu vai gastar... (E8)

6.1.16 Pensamentos

A categoria “Pensamento” procurou verificar para onde os pensamentos dos entrevistados estavam focados quando fora do ambiente de trabalho.

Levar trabalho para casa é uma prática polêmica. Os entrevistados afirmaram que, eventualmente, quando existe alguma cirurgia ou um paciente mais crítico, eles acabam dedicando um pouco do seu tempo livre para estudar novas práticas ou fazer pesquisas. Alguns profissionais disseram que levar trabalho demais para casa pode comprometer o convívio com a família.

A gente tá sempre pensando em algum paciente, alguma coisa. Mas, em geral, são voltadas pros *hobbies*, pra diversão, pra família, pros filhos. (Consegue desligar do trabalho ou às vezes não?) Consigo desligar. (Na maioria das vezes?) Depende da situação. Se a gente tá numa situação mais calma, com pacientes mais tranquilos, a gente consegue fazer um desligamento maior. Se tem um paciente mais grave, um paciente que preocupa mais, a gente desliga, mas não desliga. Mas... tem momentos que a gente desliga e não fica pensando. (E2)

Eu acho que eu não penso tanto em trabalho quando eu estou fora do meu trabalho. A não ser que eu tenha paciente muito grave. Daí sim, eu não consigo me desligar. E isso também é uma desvantagem da profissão, porque eu, pessoalmente, não consigo me desligar, outros médicos até conseguem, mas eu não consigo... chego em casa, discuto com meu marido, etc., porque eu não consigo desligar. Agora, se não for grave, eu consigo desligar tranquilamente. (E6)

Claro que, às vezes, mesmo tu estando de folga, na véspera de uma cirurgia, é normal tu pensar a respeito. Pensar na complexidade da cirurgia... não que eu vá estudar, mas fico pensando no paciente, se já baixou, se tá tudo ok... então, mesmo estando de folga, a gente acaba pensando. Tu não desliga totalmente. Mas hoje, por exemplo, saindo daqui, eu vou para o supermercado e nem penso mais na medicina... (E8)

O tempo fora do trabalho deve ser destinado ao lazer, às atividades culturais e à família. Ou seja, é necessário um regime de vida no trabalho que limite e delimite espaços no trabalho e fora dele. Levar a vida sadia, com objetivos, com atividades e com lazer faz com que o profissional perceba que sua vida vai além do trabalho. Segundo os entrevistados, todas as

atividades fora do trabalho, o convívio com a família, um passeio, entre outras coisas, são muito importantes, pois proporcionam bem-estar e, conseqüentemente, os tornam mais produtivos. A boa administração do tempo contribui para a diminuição do estresse, melhora o bem-estar e a qualidade de vida.

Para o prazer, digamos assim: do esporte, da família. **(E1)**

Eu gosto dessa coisa de.... filosófica. Muito a família, e as coisas assim... projetos, sou um sonhador, o que eu vou fazer, tô sempre projetando coisas. Profissional, viagens, intelectual, coisas pra mim mesmo, coisas, sei lá... em geral o futuro. Eu penso muito no futuro, não sou assim: eu vou viver o hoje. Acho isso um pouco inconseqüente, né? cada um com seu cada um. **(E3)**

Alguns médicos afirmaram que, normalmente, concentram seus pensamentos naquilo que estão fazendo, não importando a atividade. Eles sabem que precisam trabalhar, mas também precisam aproveitar a vida.

Depende da situação. Se eu estou no aeroclube, eu só penso nos aviões, se eu estou no sítio, eu só penso nos bichos do sítio, etc. Depende da situação. Se eu estou na minha clínica, eu penso nas coisas da clínica. Mas eu não vou para clínica ou para qualquer outro lugar e fico pensando nas coisas do hospital. A não ser, é claro, que eu esteja com paciente mal e que possa precisar de mim. Mas, se eu não tiver uma coisa assim, eu vou estar com o foco onde eu estiver. **(E5)**

... acho que família, saúde da família, bem-estar da família... envolve saúde, envolve lazer... pensamentos envolvendo filhos, familiares mais diretos. Não costumo pensar muito no trabalho fora daqui, mas às vezes acontece... **(E7)**

Ahhh, eu gosto de futebol, gosto de praticar esportes. Gosto de tênis, gosto de praticar tênis. Fora da medicina, eu faço qualquer coisa! Gosto muito de ir para Serra, para o mato. Eu gosto muito da terra, eu gosto de plantar, de esculpir. Consigo me desligar completamente. **(E8)**

6.1.17 Reconhecimento do trabalho

O reconhecimento pelo trabalho feito pelos profissionais é especialmente sentido pelos colegas de profissão. Como são eles que estão em maior contato, o reconhecimento aparece quando existem recomendações ou indicações por parte dos colegas. Também porque eles conhecem o trabalho dos entrevistados há mais tempo e estão em contato diário mais do que outras pessoas. O reconhecimento por parte dos alunos e dos residentes é percebido pela expressão de alguns, comentários ou gestos de carinho.

Com relação aos pacientes, as opiniões se dividem. Alguns afirmam que os pacientes realmente reconhecem o esforço despendido pelos profissionais. Outros consideram que o reconhecimento da parte dos pacientes é muito momentâneo, pois o contato é muito rápido. Por fim, existem alguns entrevistados que não percebem o reconhecimento dos pacientes pelo seu trabalho, tanto pela falta de mas contato como também por falhas do próprio profissional.

Uma questão importante apareceu quando algumas opiniões demonstraram que é a organização quem menos reconhece o trabalho dos profissionais.

Olha, eu acho, como a gente trabalha no ensino, assistência hospitalar e no consultório, são três áreas. Eu acredito que de maneira geral são bem reconhecidas. São bem reconhecidas pelos alunos, pelos meus pacientes. O que atualmente tem causado um certo desconforto de uma maneira geral para todos os médicos e para mim também é o sentimento de que às vezes a instituição não reconhece o teu trabalho, a instituição como um todo, não as pessoas. Porque a gente trabalha bastante, e não vê o reconhecimento. **(E1)**

Tenho certeza que meu trabalho é reconhecido, especialmente pelos cirurgiões que eu trabalho diretamente. Os alunos também reconhecem, meu colegas-parceiros... e tu sente este reconhecimento quando eles te pedem para anestesiarem pessoas da família: mãe, esposa, filhos... então é aí que está o reconhecimento, porque eles estão reconhecendo o teu padrão profissional. E esse é o meu parâmetro para saber, especialmente quando vêm dos meus colegas anestesistas... da parte do paciente, eu não sinto reconhecimento porque é uma atividade muito específica. Ele dorme e acorda. Ele não tem como saber se a anestesia foi boa ou não. Ele sabe que aconteceu, mas o que está importando para o paciente é a cirurgia. O paciente procura o cirurgião, e o cirurgião, que também trabalha com equipes, vai levar o anestesista que faz parte deste time, que ele chefia. Daí tu vê o reconhecimento... **(E5)**

Primeiro por vários médicos (pediatras) que me chamam em qualquer lugar que eles estão trabalhando. Então esses médicos que te chamam reconhecem muito. E eu tenho muito paciente também. Especialmente aqueles que eu atendo quando são recém-nascidos, que realmente reconhecem meu trabalho. **(E6)**

Acho que sim. Principalmente com os colegas, não dá para ver tão longe assim. É o que me interessa. É não estar deixando colegas na mão, é estar ajudando os colegas e eles estão vendo que a gente trabalha bem assim. Os pacientes reconhecem também, mas não é uma coisa que tu vai sentir para sempre. É claro que eles ficam gratos, mas como tu não vê teus pacientes todos os dias, o reconhecimento é muito mais momentâneo e o com os colegas é mais perene. **(E7)**

Alguns pacientes reconhecem, não todos. E os colegas, os alunos, os residentes que estão trabalhando e aprendendo junto conosco. Então a gente se sente reconhecido. A gente vê, às vezes, isso pela expressão de um deles, às vezes por um comentário de um paciente, às vezes por um cartão que tu recebe de um deles, de um dos pacientes. Eu acho que varia de paciente para paciente. Acho que uns não me reconhecem mais porque eu falhei com eles, é uma falha minha. Às vezes eu não consegui com aquele paciente, talvez, uma boa relação, tão boa quanto com outros... às vezes é com o paciente também. **(E8)**

Uma reclamação apontada por alguns entrevistados é a idade do profissional, do tempo de carreira que já têm. Segundo alguns relatos, existe um desconforto por parte dos médicos mais antigos quando eles comparam o que eles ganham com o que os médicos mais jovens estão ganhando. Um recém-formado, conforme foi citado em algumas entrevistas, recebe o mesmo que um profissional mais antigo. Não existe diferenciação pela idade.

Hoje em dia não tem muita diferença entre os profissionais: se ele é novo, se é velho, se estuda, se não estuda. Não há essa diferenciação. (E1)

Mas, com convênio, o pagamento é aquém das expectativas. É tudo fixo. Não interessa se tu te formou ontem ou se faz 30 anos como eu, tu vai receber a mesma coisa. (E5)

6.1.18 Trabalho e vida pessoal

A categoria “Trabalho e vida pessoal” mostra como o trabalho influencia na vida pessoal dos entrevistados. Os profissionais trouxeram interessantes informações e percepções a respeito do tema.

O trabalho ajuda na vida pessoal dos médicos de diversas maneiras. Por estarem lidando com pessoas, com os mais diferentes problemas e em situações adversas, os entrevistados afirmaram que aprendem muito com suas rotinas e com seus pacientes. As trocas de informações e experiências de vida com outras pessoas permitem que os profissionais levem esse aprendizado informal para fora do ambiente de trabalho e isso, segundo os médicos, é algo positivo na sua vida.

A medicina... ela... te dá... é um contato muito grande com as pessoas. Ela lida muito com uma questão sensível das pessoas, né?... A saúde inteira não quer... as pessoas se dão conta do valor, na verdade, quando começam a perdê-la, né? Aí vêm o quão frágeis são, isso aí os pacientes dividem muito seus problemas com a gente. Isso tu vai aprendendo, vai trocando experiências com os pacientes, tu vai ajudando e às vezes, indiretamente, tu é ajudado também, tu passa isso pra resolver os teus problemas às vezes. Assim a gente aprende com os outros também, né? (E3)

Meu trabalho é técnico. Eu preciso estar sempre planejando. Planejo sempre, início, meio e fim. E qualquer atividade humana tu também tem que planejar. Então, por causa da profissão, acho que esta questão do planejamento acaba me ajudando na minha vida pessoal. Eu consigo me planejar com facilidade. Me auxilia muito nesse sentido. Além disso, o fato de eu ser médico também me ajuda no sentido de entender melhor as pessoas, toda esta parte psíquica também. Nós, como médicos, temos que aprender a tratar o paciente como um todo e nós levamos esta capacidade de compreensão para vida pessoal também. Tu te integra mais, tu compreende mais as pessoas. Estes conhecimentos todos te ajudam. (E5)

Outros entrevistados afirmaram que a profissão é o complemento de sua vida. Para alguns, o fato de estarem se aproximando do tempo para se aposentar faz com que eles repensem essa relação profissional-pessoal. Afirmaram também que não querem parar totalmente com suas atividades profissionais, mas também consideram fazer atividades de outras áreas de seus interesses.

Ah, sim. Eu não saberia viver sem fazer nada. Eu até conseguiria fazer outras coisas, mas não ficar sem fazer nada. Eu acho que escolhi medicina e me desenvolvi muito bem com a medicina porque eu gosto. Mas eu sei que eu vou ter parar algum dia, e eu já estou me preparando para isso. E eu já tenho pensando no que eu vou fazer depois. **(E6)**

Acho que é um complemento para minha vida. Te diria assim, eu não saberia fazer outra coisa assim, todos os dias, se não fosse uma coisa que me desse prazer. E acho que a medicina realmente me fez sentir completo... eu não saberia te dizer o que eu poderia fazer em outra área. Tanto é que a minha previsão de aposentadoria é daqui a sete anos, e acho que eu vou continuar trabalhando, para continuar tendo sustento, porque hoje em dia está difícil, não dá para ficar sem trabalhar. Mas outra porque eu gosto também. O pessoal daqui do consultório sabe que, quando eu tiver aposentado, eu vou continuar atendendo... não a mesma quantidade que eu atendo hoje... mas eu vou vir aqui fazer uma cirurgia difícil, eu posso continuar vindo aqui pra contribuir... então, fazer outras coisas também. Eu gosto de fazer outras coisas, né? Eu gosto de fazer esculturas, coisas assim. Eu até quero fazer algumas coisas para ocupar meu tempo... mas eu me vejo assim. Acho que não saberia fazer outra coisa que não me completasse. **(E8)**

O modo pelo qual a vida profissional mais afeta a pessoal é na satisfação pessoal. O fato de estarem curando, ajudando pessoas, percebendo o reconhecimento dos seus esforços, vendo os pacientes ficar melhores é algo que traz uma satisfação profissional muito elevada, e essa satisfação acaba invadindo a vida pessoal, sendo, assim, uma satisfação como um todo.

Ajuda, porque... digamos assim: eu passo a ser uma pessoa conhecida, né? Conheço mais pessoas, então, isso tudo ajuda a gente a se sentir bem. Fazer parte da vida que a gente vive, acho que ajuda bastante, conhecer novas pessoas, familiar de pacientes, etc. **(E1)**

Ajuda, acho que sim, porque isso traz satisfação, e isso ajuda na vida pessoal. É, acho que é isso sim. A gente vê os pacientes melhorando, as pessoas melhorando, acho que traz satisfação. **(E2)**

... ajudar, ajudar, eu acho que não. Acho que me dá uma outra visão das coisas, faz com que eu seja mais responsável. Acho que não existe mais tanto aquela coisa "ah, ele é médico, então ele pode tudo". Acho que essa crendice já caiu e não gosto de estimular isso, gosto de ser tratado como qualquer outra pessoa. É injusto isso. Mas, como satisfação, como lucro pessoal, o fato de ser médico me satisfaz 100%. Talvez seja essa satisfação que faça diferença na minha vida. **(E7)**

6.1.19 Frustração

A categoria “Frustração” procurou descobrir o que pode causar frustrações, angústias ou chateações para os profissionais. Os entrevistados afirmaram que sempre existe algum tipo de incômodo na profissão, especialmente os relacionados à resolução dos problemas dos pacientes. Quando não conseguem solucionar integralmente o problema, os médicos sofrem bastante.

A gente fica muito chateado, né? Porque o objetivo é de curar, né? Mas isso também, com o passar dos anos, a gente vai ficando calejado, a gente sabe que a gente não consegue resolver tudo, mas mesmo assim a gente se sente frustrado quando as coisas não vão como a gente quer. A gente fica muito triste.

(Consegue lidar com isso?) Tem que lidar, a gente lida, mas a gente fica chateado. **(E1)**

O objetivo é sempre resolver os problemas que se possa resolver e tal. Esses são os objetivos. E as metas é fazer bem direito, então, nesse sentido, sim. (?) Frustrado, preocupado. Os meus objetivos é... eu lido muito com criança e especialmente estrábicos e tal. Então o objetivo é sempre deixá-los bem. Se não ficam bem, a gente se preocupa muito. **(E4)**

Outros entrevistados relacionam a frustração com aquilo que estão deixando de fazer por falta de tempo. A falta de tempo disponível apareceu como sendo um importante causador de sofrimento aos profissionais. Outro fator de frustração no trabalho é o não-cumprimento das metas e dos objetivos traçados. Por mais que eles compreendam os motivos que não permitiram que suas metas fossem atingidas, os entrevistados afirmam que sofrem por isso. Porém, esse sofrimento é passageiro, pois eles sabem que existem outras maneiras de resolvê-lo.

É claro que com algumas coisas tu fica mais chateado, por exemplo, o meu doutorado. Eu queria ter terminado em julho, mas só vou poder terminar em janeiro. Mas mesmo isso eu não vejo como um problema muito sério. Talvez seja a minha personalidade, né? Mas a maioria das coisas que eu quero, eu consigo fazer e me sinto realizada. E as outras que eu não consigo, não fica sendo uma coisa problemática para mim... **(E6)**

Eu chego até a me culpar, porque eu não me programei para resolver aquilo e não consegui... não é uma situação agradável. E, olha, eu te diria que 40, 50% das vezes eu não consigo atingir, então eu poderia dizer que eu teria uns 40, 50% de frustrações, mas elas são resolvíveis. São resolvidas. **(E7)**

Às vezes eu tenho um objetivo de fazer um trabalho científico e eu não consigo fazer porque um residente não fez tudo o que tinha que fazer, ou eu mesmo fui deixando, perdendo tempo, me desestimulei... e, quando isso acontece, me sinto chateado, mas não impede que eu continue, porque daqui a pouco eu invento outro objetivo que eu consigo fazer. Daí eu faço um outro trabalho. **(E8)**

6.1.20 Fuga de problemas

Conforme os entrevistados, a melhor maneira de vencer seus medos e temores é enfrentá-los, e não fugir deles ou usar a profissão como válvula de escape. Os profissionais afirmaram que, quando aparece problema, ou mesmo quando se incomodam e se perturbam, a melhor atitude que podem tomar é encarar a fera de frente e procurar resolver a questão, ao invés de ficar adiando indefinidamente uma tomada de posição. Usar o trabalho para fugir dos problemas é uma solução paliativa, pois o problema continuará a existir.

Não que os problemas não interfiram tanto na vida pessoal como na profissional, mas resolvê-los da melhor maneira possível, mesmo que durante a resolução haja muito sofrimento, é o melhor caminho a seguir.

Eu acho que os problemas sempre acabam interferindo de uma forma ou de outra no teu trabalho. Eu acho que não seria uma boa forma de fugir dos problemas. A melhor forma de fugir dos problemas é enfrentar os problemas. (E2)

Acho que o problema tem que ser solucionado por outras formas. O trabalho até pode distrair, mas não vai resolver o problema. (E4)

6.1.21 Desvantagens de ser médico

A vida de um médico não é nada fácil, segundo os entrevistados. Apesar de haver um retorno financeiro satisfatório, têm de dar muito de si e muitas vezes abdicar da vida pessoal e/ou familiar.

A insatisfação com os horários e com as finanças aparece na lista das principais desvantagens da medicina. Somadas a isso estão algumas limitações e dificuldades existentes no sistema médico brasileiro, tanto público como privado, que colaboram para traduzir um descontentamento e frustração profissional.

Mas o maior desconforto é com relação aos horários. Porque o médico muitas vezes tem que trabalhar em horários que outras pessoas não trabalham, como feriados, Natal, etc. É uma profissão que te envolve 24 horas por dia. É não poder trabalhar somente em horário comercial... acho que isso me desagrada. (E5)

... a gente sofre um pouquinho, às vezes, com a falta de resolução porque, ah, o sistema de saúde é muito ruim, né? É ver que tem algum problema, indicar uma cirurgia, pedir um exame e isso vai levar meio ano para tu conseguires. Não é tua autonomia, de domínio público, de acelerar esse processo, né? Tu depende de várias estruturas, lidando com pessoas que estão precisando de ajuda e, às vezes, imediata, ela tranca no sistema de saúde, ela tem que fazer o exame que não vai conseguir e vai ser só no mês que vem, cirurgia só tem horário daqui a um ano, ou o sistema de saúde não paga tal

exame e tal tipo de cirurgia pelo SUS, só pode ser feita dessa forma e não de outra que é menos lesiva... então, algumas coisas assim chateiam. (E7)

Desvantagem? Eu acho que é ganhar pouco. Quer dizer, não é ganhar pouco. A gente ganha o suficiente para viver... é o reconhecimento da saúde pelos políticos, não é o que a gente acha que deveria ser. Não é pelo valor, é pelo reconhecimento, uma coisa muito mais subjetiva... (E8)

Mesmo estando conscientes de que um das principais funções da medicina é cuidar e ajudar as pessoas, em alguns casos, a rotina de lidar com doentes graves provoca tristeza nos profissionais.

Desvantagem é estar tratando sempre com doenças, né? Poderia tratar com coisas mais alegres né?... como é eventualmente... A minha especialidade trata com acidentados, trata com pessoas que têm doenças graves. Eventualmente, mesmo dentro da medicina, como é a obstetrícia, trata com pessoas, mas com uma coisa um pouquinho mais alegre. Acho que essa é a desvantagem da profissão. (E2)

6.1.22 Criatividade no trabalho

A categoria 19, “Criatividade no trabalho”, procurou verificar se era possível para um médico ser criativo enquanto exerce suas atividades profissionais. Apesar de ser uma atividade predominantemente técnica, foi possível verificar um alto índice de criatividade por parte dos entrevistados.

Tanto na parte do tratamento ambulatoria e de consultório como em cirurgias, os médicos afirmaram que o uso da criatividade é muito importante na profissão, pois eles vêem a possibilidade de desenvolver novas estratégias, direcionado seus esforços aos pacientes e à sociedade.

O uso da criatividade é muito importante, tanto na parte do tratamento das doenças, na parte das cirurgias, na parte de tratamento com os pacientes, na forma como os pacientes são tratados. Acho que o trabalho médico pressupõe bastante criatividade. (E2)

O cirurgião é um artesão, né? O cirurgião, ele tem que estar sempre apto a resolver problemas que são daquele momento, e se tu fica às vezes sem solução adequada, então, ou pelo menos tu não consegue buscar uma solução melhor, começa a repetir coisas e que tu tem coisas melhores a ser feitas se ele for criativo... Não é uma matemática. (E3)

De acordo com os entrevistados, a liberdade e a criatividade do médico não estão cerceadas com a adoção de protocolos, que podem ser reformulados a qualquer momento. O protocolo permite padronizar a assistência, mas a criatividade permite otimizar os tratamentos.

A criatividade e a inventividade entram em jogo, é quando é possível definir os próprios ritmos e formas de executar as tarefas, personalizando o processo de trabalho. Esse tipo de comportamento transforma e reordena o trabalho na direção do prazer, possibilitando um ajuste entre as exigências do processo de trabalho e a estrutura de cada profissional. Para muitos, o truque é ajustar as tecnologias, os padrões, o talento e a criatividade do médico.

Porém, se ocorre a impossibilidade de atendimento com possível uso da criatividade, pode ocorrer uma mudança no significado do trabalho dos indivíduos. Ou seja, quando o processo de trabalho é conduzido em direção oposta ao uso da criatividade, com modos operatórios rígidos e padronizados, o trabalho poderá constituir-se em fonte de sofrimento.

A cirurgia tem muito disso. Por exemplo, às vezes tu pensa que vai fazer um tipo de cirurgia e, quando tu abre, tu vê que vai ter que fazer uma outra coisa diferente daquilo que tu estava pensando. Tu consegue encontrar outras saídas, outros caminhos. Tu tem que encontrar saídas e ali joga muita criatividade. E eu acho que o grande sucesso do cirurgião é aquele que consegue desenvolver bastante sua criatividade, né? (E6)

Na cirurgia, isso é muito freqüente, o uso da criatividade; na clínica já não é tanto, mas às vezes sim. E na cirurgia, às vezes tu te prepara para fazer um caso, e tu vai preparado para fazer uma técnica, e quando tu começa tu vê o nível do problema, e aparecem outras coisas que tu não conseguia perceber, daí tu tem que mudar o que tu pensou em fazer. E às vezes, na hora, tu tem que fazer uma coisa que não estava prevista, então tu te surpreende. O que não deve acontecer freqüentemente, essas surpresas. Se acontecer freqüentemente, pode ser porque tu não está vendo direito as coisas. Mas às vezes pode acontecer... (E8)

Digamos que eu tenho autonomia para mudar algum “rumo” caso seja necessário. No meu trabalho é recomendável que não haja imprevistos. Mas, se houver, como é uma coisa muito técnica, tu sabe os passos que tu vai ter que seguir para reverter a situação. (E5)

6.1.23 O que mais gosta na profissão

A categoria “O que mais gosta na profissão” buscou analisar o que os médicos mais gostam na sua profissão. Foram encontrados os mais diversos motivos. Esta categoria mostrou ter forte relação com a categoria #10, “Trabalho e vida pessoal”.

A possibilidade de ajudar pessoas e de se relacionar com elas foram apontados pelos entrevistados como o que eles mais gostam pelo fato de ser médico. O público atendido pelo

médico também é algo importante para o profissional, pois, como sua especialidade é voltada para esse grupo de pessoas, poder ajudá-las e conhecê-las melhor faz com que o médico fique feliz com sua profissão. Poder aprender com os pacientes e trocar experiências com eles também.

Esse contato com as pessoas, o fato de atender as crianças, é uma coisa apaixonante que a gente não se cansa, são muito engraçadinhas... a gente sempre gosta, isso é uma coisa legal. Eu não teria problemas se tivesse que atender adultos, digamos assim, mas a criança é um ser muito especial, então, eu faço muitas brincadeiras no consultório. Pode ver, tá cheio de brinquedos, eu sou muito brincalhão com as crianças. Eu procuro fazer desse momento que eu tô atendendo aqui uma coisa alegre, muito divertida dentro do possível. **(E1)**

A possibilidade de poder ajudar as pessoas. É o que eu mais gosto. **(E2)**

O que eu mais gosto, realmente, é de atender as pessoas. Mais gosto. E de tentar resolver o problema dessas pessoas. Claro que nem sempre eu consigo resolver... mas eu acho que esse é o ponto que eu mais gosto, porque tu aprende uma coisa para resolver o problema dos outros... **(E8)**

Desenvolver suas atividades-fim ou passar o conhecimento adiante também foram pontos levantados pelos entrevistados que fazem com que eles tenham certeza de sua escolha profissional. Enfrentar desafios e superá-los também é muito estimulante para os médicos.

Dar aula, passar adiante o que eu sei. E outra coisa é fazer anestesia nos casos mais complexos. Eu sou top de carreira. Eu tenho 30 anos de profissão e anestesia comunzinha não me chama mais atenção, não me desafia mais. Eu gosto de uma coisa mais complicadinha. Me realiza o desafio. **(E5)**

Eu gosto de tudo. Adoro operar. Adoro ficar operando. Eu acho que o consultório eu não gosto tanto, mas operar é a minha paixão. E operar recém-nascido. Quanto menor a criança, melhor para mim é a cirurgia. **(E6)**

6.1.24 Amor ao trabalho

A categoria “Amor ao trabalho” procurou verificar se os médicos amam o seu trabalho. Esta categoria contou com diversas respostas, pois os entrevistados tiveram várias conceituações sobre o amor ao seu trabalho.

A maioria dos médicos é vocacionada e trabalha por amor à medicina. O médico preocupa-se em dar aos pacientes os melhores tratamentos, o que existe de mais atual em sua especialidade. Faz parte dos seus preceitos dar a cada um o que lhe é devido. O amor ao trabalho ajuda a ter mais energia, criatividade e comprometimento.

Segundo os entrevistados, o amor ao trabalho está intrinsecamente ligado a sua escolha profissional e aos valores e aos interesses da personalidade do médico, isto é, fazer aquilo que escolheram juntamente com a percepção que eles próprios possuem sobre a atividade que fazem. Além disso, os benefícios tangíveis e intangíveis proporcionados pela profissão também fazem com que os médicos se sintam motivados com seu trabalho.

Mas esse amor ao trabalho é um sentimento bastante controlado pelos médicos; eles não permitem que a vida profissional invada a vida pessoal.

Eu não faço do meu trabalho uma idolatria, gosto do que faço, mas também estou pensando em outras coisas que eu também gosto, mas gosto do que faço. (E1)

Eu acho que eu trabalho demais, e gosto de trabalhar e me sinto mal quando paro de trabalhar, mas lido muito bem com tudo. (E3)

Eu faço porque eu gosto. Eu trabalho no que eu gosto. Se tu me convidar para trocar de área dentro da medicina, dependendo da área, eu não ia topar, porque não seria uma coisa que me completaria, eu não iria amar a atividade... então, eu não iria mudar. Eu faço o que eu gosto e que eu escolhi para gostar. (E8)

6.1.25 Vantagens de ser médico

São muitas as vantagens de ser médico, segundo os entrevistados. Esta categoria está fortemente relacionada com a categoria #20, “O que mais gosta na profissão”, e com a categoria #1, “O porquê da profissão”.

Colocar em prática aquilo que aprenderem e estudaram no intuito de ajudar as pessoas é apontada pelos médicos como uma das principais vantagens da profissão. O desafio de salvar vidas e a expectativa de contribuir para a melhoria da sociedade também configuram como pontos positivos.

Isso traz alguma vantagem no trato com as outras pessoas, no trato dos parentes, dos filhos, nos traz uma tranquilidade maior do que para outras pessoas que não conhecem essa área... seria basicamente isso. (E2)

É tu poder ajudar alguém. De alguma forma, tu detém aquilo, tu tem alguma coisa que a pessoa precisa, de um auxílio. A pessoa te procura porque ela precisa de uma ajuda, alguma coisa está preocupando esta pessoa, e de repente tu tem a resposta para esse problema. Tu detém algum tipo de conhecimento, alguma habilidade, que isso pode ajudar a pessoa. E quando isso dá certo, ah, é uma sensação muito boa. (E7)

A união dos motivos que os fizeram escolher a medicina com o que eles mais gostam na profissão, faz com que a maior vantagem seja a satisfação pessoal dos profissionais. A medicina é bastante atraente, não só pelas possibilidades que pode proporcionar, pelo dinheiro que possa trazer, mas também pela satisfação pessoal e pelas perspectivas de evolução que, inerentemente, acompanham o curso.

Ela me trouxe satisfação pessoal; pra mim, é a maior vantagem. Eu não sou frustrado dentro da profissão, acho que é o principal. **(E4)**

Acho que é a minha satisfação pessoal. Para mim, é satisfação pessoal. E ter essa troca, essa relação com os pacientes. Acho que essa é a maior vantagem e minha maior satisfação... **(E8)**

Os incentivos financeiros e o *status* da profissão ainda estão entre as vantagens de ser médico, especialmente devido a fatores socioculturais de nossa sociedade. Segundo alguns relatores, o fato de ser médico faz com eles se sintam diferentes com relação ao resto das pessoas.

O conceito social do médico. É o conceito que tu tem socialmente, que é uma pessoa que estudou e estuda, que passou em um vestibular difícil e concorrido, que não deve ser ladrão, mau caráter, deve ganhar bem, deve ter uma vida regrada porque a profissão exige isso, uma responsabilidade maior. Então tem um bom conceito social e eu acho que esta é a maior vantagem da profissão, que dá para dar crédito, que dá para confiar porque ela é uma boa pessoa, tem cultura, tem bom nível de cultura... **(E5)**

Ainda é uma profissão reconhecida. O pessoal sabe que tu é médico, te olham de um jeito diferente... eu acho que isso até pode ser uma vantagem. **(E6)**

6.2 CATEGORIAS INTERMEDIÁRIAS

As informações apresentadas, nas 25 categorias iniciais, foram agrupadas em novas categorias, de caráter mais abrangente, dando origem ao que se denomina de Categorias Intermediárias. A seguir, são apresentadas as nove categorias intermediárias, individualmente, precedidas do respectivo quadro demonstrativo do seu processo de derivação.

Categorias iniciais	Idéias-chave	Categorias intermediárias
1 O porquê da profissão	A escolha pela profissão está relacionada com a identificação com o curso e com a possibilidade de ajudar as pessoas, além da atratividade e dos desafios que a profissão apresenta.	A. Relações com a profissão
2 O bom profissional	Um bom profissional precisa gostar do que faz, ter amor, dedicação, paciência, humanidade, doação e ética profissional.	
3 Compreender a profissão	O apoio e a compreensão por parte da família e amigos são essenciais para o profissional.	
4 Metas e objetivos	As metas e os objetivos são fixados pelos próprios profissionais e estão relacionados com o bom atendimento, a resolução de problemas, curar pessoas e dar boas aulas.	B. Organização do trabalho
5 Trabalho em equipe	O trabalho em equipe é primordial para o profissional e não é visto como forma de competição, mas de parceria, visando sempre a bons resultados.	
6 Trabalhar além do previsto	A profissão possibilita que se trabalhe além dos horários previstos; porém, pode ser evitado quando há delimitações para a jornada de trabalho.	C. Relação do médico com o tempo
7 Distribuição do tempo	É preciso ter disciplina e planejamento para distribuir o tempo entre plantão, vida pessoal e vida profissional.	
8 Remuneração	Por serem profissionais liberais, precisam trabalhar muito e ter várias fontes de renda para uma remuneração aceitável.	D. Mudanças no trabalho
9 Relação médico-paciente	Não existe mais fidelidade na relação médico-paciente, pois é difícil formar uma relação quando muitos pacientes são guiados pelos convênios em que os médicos trabalham.	

Categorias iniciais	Idéias-chave	Categorias intermediárias
10 Contexto político e a medicina	Os políticos ganham voto prometendo boa saúde pública, quando esta enfrenta péssimas condições.	E. Contexto brasileiro
11 Contexto social e a medicina	A situação social afeta o profissional no sentido de que este precisa ir além das dificuldades encontradas para atender dignamente todos os tipos de paciente.	
12 Convênios e a medicina	Com a entrada dos convênios, os pagamentos repassados pelo SUS ficaram mais baixos e o número de paciente particulares também diminuiu.	
13 Tempo livre	É possível ter tempo livre para outras atividades desde se racionalize, priorize, administre e organize esse tempo.	F. Tempo para lazer
14 Férias	Com organização e programação, as férias são possíveis, especialmente porque existe o trabalho em equipe, pois um supre o trabalho do outro.	
15 Período de férias	O período de férias geralmente é curto, variando de 10 a 15 dias a finais de semana prolongados.	
16 Pensamentos	Os pensamentos dos profissionais fora do trabalho geralmente são focados na família, em esportes, diversão, futuro e em pacientes que ainda estejam mal de saúde.	
17 Reconhecimento do trabalho	O reconhecimento existe por parte de colegas, alunos, residentes e pacientes e é percebido quando os profissionais recebem indicações.	G. Relacionamentos
18 Trabalho e vida pessoal	O trabalho ajuda na vida pessoal, pois, como se conhecem muitas pessoas, existe muita troca de experiência e aprendizado.	

Categorias iniciais	Idéias-chave	Categorias intermediárias
19 Frustração	A frustração e a chateação acontecem quando metas e objetivos não são cumpridos, mas são momentâneas, pois geralmente possuem resolução.	H. Sofrimento no trabalho
20 Fuga de problemas	O trabalho até pode distrair, mas o melhor é enfrentar, priorizar, resolver e solucionar os problemas que aparecem tanto na vida pessoal como profissional.	
21 Desvantagens	Entre as desvantagens de ser médico, estão a falta de horário e privacidade, o sistema de saúde ruim e a falta de reconhecimento da profissão por parte dos políticos.	
22 Criatividade no trabalho	O profissional possui liberdade e autonomia para usar a criatividade no seu trabalho, buscando novos recursos e melhores soluções.	I. Prazer no trabalho
23 O que mais gosta na profissão	Fatores importantes que fazem os profissionais gostar do que fazem são ter contato com as pessoas, dar aula e ajudar; além disso, ainda há a credibilidade e o <i>glamour</i> da profissão.	
24 Amor ao trabalho	O amor pelo trabalho é muito mais que sentir prazer, é um complemento à vida, uma realização.	
25 Vantagens	Entre as vantagens de ser médico estão a possibilidade de ajudar pessoas, o conceito social da profissão, o reconhecimento e, especialmente, a satisfação pessoal.	

Fonte: Quadro elaborado pela autora.

Quadro 10: Categorias Intermediárias

6.2.1 Categoria intermediária A: Relações com a profissão

Título	Idéias-chave	Categoria intermediária
1 O porquê da profissão	A escolha pela profissão está relacionada com a identificação com o curso e com a possibilidade de ajudar as pessoas, além da atratividade e dos desafios que a profissão apresenta.	A. Relações com a profissão
2 O bom profissional	Um bom profissional precisa gostar do que faz, ter amor, dedicação, paciência, humanidade, doação e ética profissional.	
3 Compreender a profissão	O apoio e a compreensão por parte da família e amigos são essenciais para o profissional.	

Quadro 11: Processo de derivação da categoria intermediária “Relações com a profissão”

Fonte: Quadro elaborado pela autora.

... quando chegou a hora de escolher que curso eu ia fazer, eu achei que ia ser uma coisa que eu ia gostar de fazer. (E6)

... tem que gostar do que faz, isso é fundamental... se não gostar, não adianta estudar. Em segundo, tem que ter uma capacidade de resistência, como chama... resistir às dificuldades. Gostar de estudar muito e sempre, gostar de se relacionar com as pessoas antes de mais nada... (E1)

Ter responsabilidade, interesse, disciplina... é um conjunto de coisas. E precisam estar misturadas com gostar de exercer a atividade. E isso é para qualquer profissão. Não interessa o que tu faz, mas, se tu está gostando de fazer e se emprenhando em fazer, vai te transformar num bom profissional. (E7)

E eu acho que eu não vejo tanto problema com o fato de me exceder nas horas, é porque eu tenho o apoio da minha família, e isso é uma coisa muito importante. (E6)

A categoria intermediária “Característica da profissão” resultou do reagrupamento das seguintes categorias: 1 – O porquê da profissão, 2 – O bom profissional e 3 – Compreender a profissão.

Num sentido mais geral, quando os entrevistados escolheram a medicina como profissão foi porque viram que teriam a possibilidade de ajudar aqueles que precisam. Identificar na profissão um meio de atingir a auto-satisfação e a autovalorização também é característica motivadora tanto para os entrevistados entrarem no curso como para permanecerem na profissão.

Foi percebido também que o *status* e a atratividade na medicina continuam sendo fatores característicos da profissão, pois fazem com que os entrevistados sejam vistos pela sociedade como pessoas que, além de já terem enfrentado um dos vestibulares mais concorridos de diversas universidades, também estão constantemente superando desafios, aprendendo e se diferenciando o máximo que podem.

Para os entrevistados, gostar daquilo que se faz, ter dedicação e seriedade são características essenciais não só para os profissionais da medicina, mas para qualquer profissional. Se este não gosta daquilo que faz, pode começar a não dar a devida importância para suas atividades, o que pode resultar em negligência profissional. Porém, no caso da medicina, uma eventual negligência poderá afetar a vida dos pacientes.

Estar em contato com sangue, doenças, etc. são alguns requisitos que devem ser previamente considerados quando se pensa em ser médico. Alguns entrevistados afirmaram que é conveniente que haja alguma vocação, pois, se o profissional não se visualizar lidando com esse tipo de atividade, não se dará bem na profissão de médico. O médico também deve ter uma forte disposição para os estudos, pois terá que estudar constantemente. Além disso, deve ter dedicação, idealismo e disposição para trabalhar em mais de um local.

Eles acreditam que, para conseguir atingir o sucesso no trabalho, é preciso determinação. Mas é importante levar em conta que a vida profissional é dividida em fases e que se deve saber como se desenvolver em cada uma delas. No início da carreira, é importante ter foco e ser dedicado, depois é conveniente destacar-se e desenvolver-se na especialização, para, no final da carreira, focar-se na manutenção da profissão.

Como em qualquer outra profissão, a área médica também deve ser guiada por questões éticas e humanísticas, tendo sempre em mente seu papel social e assistencial, voltado para a melhoria da qualidade de vida na comunidade, ser um profissional dotado de amplos conhecimentos científicos, autocrítica e habilidades técnicas suficientes para atender às necessidades daqueles que precisam.

Uma outra característica da profissão é a intensa exigência cobrada dos profissionais tanto pelas organizações em que estão inseridos como por seus pacientes. Para estarem à altura das exigências, é necessária uma forte dedicação à profissão; assim, é importante contar com o apoio daqueles que convivem com os médicos. Esse apoio, de certa forma, é um dos pilares na vida dos

médicos, pois eles sabem que poderão se dedicar à profissão sem comprometer as outras áreas de sua vida.

6.2.2 Categoria intermediária B: Organização do trabalho

Título	Idéias-chave	Categoria intermediária
4 Metas e objetivos	As metas e os objetivos são fixados pelos próprios profissionais e estão relacionados com o bom atendimento, a resolução de problemas, curar pessoas e dar boas aulas.	B. Organização do trabalho
5 Trabalho em equipe	O trabalho em equipe é primordial para o profissional e não é visto como forma de competição, mas de parceria, visando sempre a bons resultados.	

Quadro 12: Processo de derivação da categoria intermediária “Organização do trabalho”

Fonte: Quadro elaborado pela autora.

“Eu me coloco metas. No Centro Clínico, eu alugo o consultório, é a minha sede. Mas sou eu quem coloca as minhas metas, em todos os sentidos: na minha vida profissional, pessoal, no lazer, etc., e olha, é muito difícil de eu não conseguir bater as minhas metas. Eu sempre tenho conseguido atingir metas totalmente ou parcialmente.” (E5)

“... no consultório, eu atendo meus pacientes, eventualmente atendo pacientes dos meus colegas e os meus colegas atendem os meus pacientes quando a gente está viajando. Mas, no hospital, a gente trabalha bem legal. Trabalha na UTI com uma equipe, somos muito amigos, dá essa abertura um para o outro, se entende bem nos horários, se entende bem, funciona bem.” (E1)

A categoria intermediária “Organização do trabalho” resultou do reagrupamento das seguintes categorias 4 – Metas e objetivos e 5 – Trabalho em equipe.

Os entrevistados, ao relatarem suas percepções, ressaltam alguns aspectos da organização do seu trabalho que têm implicações na maneira como eles percebem sua profissão. O trabalho médico, em função de sua complexidade, apresenta uma dimensão coletiva, ao ser realizado por uma equipe de trabalhadores, com formações iguais ou diferentes, que evidencia a necessidade do trabalho em conjunto para sua realização.

Assim, para os entrevistados, o êxito do trabalho em equipe depende do trabalho de cada um e o resultado só será satisfatório a partir de bons trabalhos individuais.

Além disso, o fato de o trabalho ser organizado de uma maneira que o médico não trabalhe individualmente permite que eles possam ter momentos de lazer fora do ambiente de trabalho; trabalhando-se em conjunto, possibilita-se um rodízio de profissionais.

O trabalho organizado em equipe, ao contrário do que se pode pensar, auxilia nos aspectos interpessoais dos profissionais, pois faz com que, no ambiente de trabalho, exista um sentimento de harmonia, respeito mútuo e relacionamentos amistosos e cordiais entre os membros da equipe e até mesmo entre as equipes. Além disso, o trabalho em conjunto ajuda no crescimento profissional e pessoal dos médicos entrevistados. Dessa forma, o trabalho acaba se tornando uma fonte de prazer e não uma fonte de competição para ver quem é melhor que o outro. Os médicos mostram-se conscientes da necessidade e da importância desse tipo de trabalho para o alcance de seus objetivos e metas.

Com relação ao trabalho organizado a partir de objetivos e metas, os médicos da organização analisada possuem autonomia para delinear suas próprias metas e objetivos. Essa liberdade permite que os entrevistados organizem seu trabalho da maneira que lhes for mais conveniente, contribuindo para o sentimento de bem-estar no trabalho. Porém, apesar de terem autonomia para traçar seus objetivos de acordo com a maneira que eles querem, é necessário haver bom senso, para que elas sejam cumpridas no prazo e da maneira como eles visualizaram que seria feito.

6.2.3 Categoria intermediária C: Relação do médico com o tempo

Título	Idéias-chave	Categoria intermediária
6 Trabalhar além do previsto	A profissão possibilita que se trabalhe além dos horários previstos; porém, pode ser evitado quando há delimitações para a jornada de trabalho.	C. Relação do médico com o tempo
7 Distribuição do tempo	É preciso ter disciplina e planejamento para distribuir o tempo entre plantão, vida pessoal e vida profissional.	

Quadro 13: Processo de derivação da categoria intermediária “Relação com o tempo”

Fonte: Quadro elaborado pela autora.

“... a profissão do médico já pressupõe que a gente trabalhe sem ter um horário rígido, então essas coisas já são pressupostas, já tão..., já são introjetadas na profissão. Em geral, a gente não questiona muito isso. A gente gostaria de bater o ponto e não se preocupar mais com a profissão da gente, né? Mas a gente se preocupa, às vezes fica chateado pelo horário, às vezes se incomoda, mas eu entendo que faz parte, faz parte da profissão. (E2)

Bom, meu lazer é ir pra serra. Meus fins de semana, a maior parte são lá, viagens, próximas. Mas eu acho que ainda na profissão isso é uma coisa que a medicina não tem de boa. Os fins de semana eu acabo tendo tempo... mas a medicina me absorve nos finais de semana. Então, é preparar aula, estudar, ver paciente, eu não tenho um dia que eu não tenha ligação com a medicina. Mas... tu tem que calcular: seis a sete horas de sono, 14 de trabalho, o que sobra de lazer? É que pra mim trabalho já mistura um pouco de lazer e prazer, eu acho. (E3)

A categoria intermediária “Relação do médico com o tempo” resultou do reagrupamento das seguintes categorias: 6 – Trabalhar além do previsto e 7 – Distribuição do tempo.

O médico é médico 24 horas por dia, sete dias por semana. Ele não consegue dissociar sua vida profissional da pessoal, e isso se deve às características de sua profissão. Com relação à flexibilidade de seu tempo, dois pontos interessantes podem ser levantados: possuem liberdade e autonomia para distribuir seu tempo nas diferentes esferas de sua vida e para delimitar sua jornada de trabalho. A autonomia é o ponto fundamental para essa flexibilidade, pois lhes possibilita priorizar suas necessidades, problemas e obrigações, permitindo que tenham uma vida além do trabalho.

Porém, mesmo tendo autonomia para adaptar o tempo às suas vidas, é fundamental que haja um sério planejamento e organização para que funcione aquilo que foi delimitado. Os entrevistados também têm consciência de que a natureza de suas atividades abre margem para que nem sempre esse planejamento de tempo seja cumprido. O sentimento que isso causa aos entrevistados diverge um pouco. Para alguns, quando o planejamento não é cumprido à risca, sobressai um sentimento de desconforto e mal-estar que, em alguns casos, pode gerar sofrimento no trabalho. Para outros, por melhor que tenha sido feito o planejamento do tempo, se ele não for cumprido, isso faz parte da profissão. Esse não-cumprimento do planejamento pode acontecer quando uma cirurgia que estava prevista para ter um certo tempo de duração acaba ultrapassando

o tempo previsto. Nesse tipo de situação, nenhum sentimento de mal-estar é gerado, é algo que faz parte da profissão médica.

Uma outra forma que os entrevistados encontraram para colocar em dia leituras, realizar pesquisas e finalizar trabalhos acadêmicos pendentes é ficar mais tempo no consultório. E isso também só é conseguido devido à autonomia que eles possuem. Porém, para eles, por mais que continuem nos seus consultórios, isso não é visto como trabalho, e sim como atividades extracurriculares e ligadas à profissão que precisam ser feitas.

6.2.4 Categoria intermediária D: Mudanças no trabalho

Título	Idéias-chave	Categoria intermediária
8 Remuneração	Por serem profissionais liberais, precisam trabalhar muito e ter várias fontes de renda para uma remuneração aceitável.	D. Mudanças no trabalho
9 Relação médico-paciente	Não existe mais fidelidade na relação médico-paciente, pois é difícil formar uma relação quando muitos pacientes são guiados pelos convênios com que os médicos trabalham.	

Quadro 14: Processo de derivação da categoria intermediária “Mudanças no trabalho”

Fonte: Quadro elaborado pela autora.

“Na verdade, a gente não recebe salários, né? A gente recebe remuneração por serviço. E a medicina entrou numa fase em que o médico trabalha basicamente para as empresas de saúde e a remuneração não é nada adequada, a meu ver.” (E2)

“Depende... eu tenho várias fontes de renda. Então, somando tudo, eu acho que eu ganho bem, mas eu acho que eu trabalho demais para isso. Hoje em dia, um dos grandes problemas do médico é ter que trabalhar demais para conseguir ganhar relativamente bem. Acho que vai ser um problema bem mais sério para o pessoal mais jovem, né? E as minhas várias fontes deixam meu salário ok. E eu também tenho meu marido, né?, que me ajuda com as despesas, a gente divide as coisas. Então, na verdade, eu acho que eu ganho bem. É melhor do que a maioria ganha.” (E6)

“E eu também acho que a medicina perdeu muito, é que antigamente o paciente vinha consultar contigo porque tu era o dr. Fulano de Tal. E hoje em dia o paciente vem consultar contigo porque tu tem o convênio Tal, entendeu? Eles não vêm mais por ti, não existe mais uma ‘fidelidade’ nem aproximação. A relação médico-paciente mudou muito. Eu acho que este é o grande problema da medicina...” (E6)

A categoria intermediária “Mudanças no trabalho” resultou do reagrupamento das seguintes categorias: 8 – Remuneração e 9 – Relação médico-paciente.

Os entrevistados percebem que o que eles estão recebendo como salário está aquém daquilo que deveriam estar ganhando pelo tipo de atividade que fazem e pela responsabilidade de seu trabalho. Eles salientam que o salário básico, por si só, não é capaz de garantir uma vida como eles acreditam que deveria ser e, para chegar a esse ponto, são obrigados a trabalhar em mais de um local para poder ganhar razoavelmente bem.

Ainda existe uma outra questão apontada pelos entrevistados, em que eles comparam o valor que recebem por seus serviços prestados com outros tipos de serviço de outros profissionais. Ao fazerem esse tipo de comparação, eles percebem como seu trabalho está sendo pouco valorizado. Há alguns anos, a realidade era outra. A profissão parecia ser mais valorizada. Hoje em dia, até mesmo devido ao maior número de profissionais no mercado de trabalho e a mudanças político, econômico e social, a situação é bem diferente. Como a remuneração causa descontentamento, muitos já vêem que os profissionais mais novos não têm pela profissão o mesmo sentimento que os entrevistados têm. Eles acreditam que os jovens médicos terão mais dificuldades em se estabelecer no mercado de trabalho.

Outra mudança percebida pelos entrevistados, além da baixa remuneração, está na relação entre os médicos e os pacientes. Muitos relataram que antigamente havia uma relação de confiança, de fidelidade. Os pacientes procuravam os médicos por quem estes eram; hoje em dia, porém, os pacientes estão muito mais preocupados em saber se o médico atende ao plano de saúde que eles possuem. Por causa disso, os profissionais percebem que a relação com os pacientes está cada vez mais efêmera.

Porém, em algumas situações, devido ao problema que o paciente está enfrentando, a relação acaba ficando mais estreita. E, quando isso acontece, os médicos sentem-se extremamente satisfeitos. A questão do cuidado, da cura, de estar com contato com as pessoas, de formar uma relação entre médico e paciente ainda é um sentimento muito forte entre os entrevistados.

Mesmo que a situação tenha mudado, eles acreditam que em alguns momentos o trabalho médico, como era visto e tido antigamente, ainda é possível de existir. E, quando isso acontece, por mais que a remuneração seja baixa, o sentimento de ver curado alguém que eles

acompanharam durante um certo tempo faz com eles se sintam os profissionais mais completos, gerando um forte sentimento de bem-estar.

6.2.5 Categoria intermediária E: Contexto brasileiro

Título	Idéias-chave	Categoria intermediária
10 Contexto político e a medicina	Os políticos ganham voto prometendo boa saúde pública, quando esta enfrenta péssimas condições.	E. Contexto brasileiro
11 Contexto social e a medicina	A situação social afeta o profissional no sentido de que este precisa ir além das dificuldades encontradas para atender dignamente todos os tipos de pacientes.	
12 Convênios e a medicina	Com a entrada dos convênios, os pagamentos repassados pelo SUS ficaram mais baixos e o número de pacientes particulares também diminuiu.	

Quadro 15: Processo de derivação da categoria intermediária “Contexto brasileiro”

Fonte: Quadro elaborado pela autora.

“A gente vive uma situação muito complicada hoje em dia. Então é obvio que isso interfere no trabalho, porque as pessoas têm suas dificuldades, então isso interfere bastante no trabalho. As pessoas têm dificuldades pra chegar às opções de tratamento, têm dificuldades de realizar os exames, têm dificuldades de realizar cirurgias, têm dificuldades de vir às consultas, têm dificuldades de comprar os medicamentos, então, isso interfere bastante na profissão do médico.” (E2)

“A gente ainda atende no hospital não só problemas médicos, mas também problemas sociais importantes, como verminoses, que poderia ser evitadas se houvesse um trabalho social mais forte, desnutrição, maus-tratos com crianças... coisas que envolvem um controle maior de governo. Mas, na população, com esses problemas sociais, acho eu, a gente, a classe médica, tem que se envolver muito mais e tentar ajudar com aquilo que estiver ao nosso alcance, tentar ajudar... mas tu acaba ficando dependente de outras estruturas, como psicólogos, assistentes sociais. Mas o que puder ser da gente, nós fazemos. É bem pequeno, poderia ser bem mais.” (E7)

“Com a entrada dos convênios, o SUS achou que não precisava mais pagar bem. Então eles pagam supermal e acham que está superbem pago porque eles acham que os convênios é que vão pagar bem. Só que, com os convênios, também sumiu o paciente particular.” (E6)

A categoria intermediária “Contexto brasileiro” resultou do reagrupamento das seguintes categorias: 10 – Contexto político e a medicina, 11 – Contexto social e a medicina e 12 – Convênios e a medicina.

A situação atual brasileira gera profundas conseqüências no trabalho dos médicos. Os entrevistados afirmaram que se sentem impotentes e decepcionados com a aparente falta de preocupação por parte dos políticos e das políticas públicas em prol de um sistema de saúde digno para a população. Eles percebem que o repasse de verbas destinado à saúde nem sempre acontece como deveria, causando severas discrepâncias no atendimento médico.

Em alguns locais, os médicos conseguem elaborar diferentes saídas para situações complicadas; porém, em outros, mesmo que o médico se esforce muito, devido à falta de equipamentos, materiais e pessoal, os profissionais não conseguem oferecer um atendimento apropriado. Quando isso acontece, existe sofrimento no trabalho, pois os médicos se sentem com as mãos atadas em relação a esse contexto. Porém, mesmo não tendo condições de reverter a situação, alguns médicos, no intuito de eliminar esse sofrimento, acabam fazendo outras atividades, na maioria das vezes voluntária, procurando minimizar os problemas de parte da sociedade em que estão inseridos. Quando esse tipo de atividade dá certo, mesmo sem ter as condições mais apropriadas, os médicos sentem que estão cumprindo seu dever profissional, o que permite que um forte sentimento de prazer comece a ser sentido.

Uma outra questão percebida pelos médicos está relacionada com a ligação entre a obrigação em oferecer saúde a todos e uma maneira de os políticos conseguirem voto. Segundo os entrevistados, esse tipo de ação só colabora para o sucateamento do setor de saúde, pois se percebe que não há uma real prioridade em melhorá-lo.

Além disso, para os entrevistados, se o governo implantasse mais políticas sociais no intuito de prevenir algumas doenças, muitos dos problemas que os médicos enfrentam nos hospitais e nos postos de saúde seriam minimizados, pois problemas como verminoses, desidratação e desnutrição não seriam tão acentuados como são hoje em dia. Dessa forma, além de priorizar melhores políticas de saúde, o governo também deveria dar maior atenção a políticas sociais.

Alguns entrevistados acreditam que, devido à expansão dos planos de saúde, muitas pessoas sem condições de receber bons atendimentos agora estão tendo a possibilidade de tê-lo.

Dessa forma, eles acreditam que os políticos não vêem a real necessidade de mudar o sistema de saúde, porque uma parcela da população já está conseguindo com os planos de saúde. Esse tipo de situação acaba se tornando, segundo os entrevistados, um ciclo vicioso, pois nada, aparentemente, parece estar sendo feito para mudar a situação. O governo continua sem melhorar o setor da saúde, pois acha que os planos já estão cobrindo boa parte da população; porém, nem toda a população é atendida pelos planos de saúde.

Um outro problema percebido pelos médicos com relação aos planos de saúde está no fato de eles terem contribuído na mudança da relação com os pacientes e na má remuneração dos médicos. O perfil da profissão começou a ser alterado com a entrada dos planos; dessa forma, os médicos não são mais diferenciados por quem eles são, e sim pelos planos a que atendem. Com relação à remuneração, os planos não fazem distinção dos médicos pelo tempo de atuação, ou seja, um médico recém-formado recebe o mesmo de um plano de saúde que um médico com um considerável tempo de profissão. De acordo com os entrevistados, os médicos mais jovens é que enfrentarão as conseqüências mais severas dessa nova realidade, até pelo fato de a concorrência no mercado de trabalho de hoje em dia ser mais acirrada que a de alguns anos atrás.

6.2.6 Categoria intermediária F: Tempo para lazer

Categorias Iniciais	Idéias-chave	Categorias Intermediárias
13 Tempo livre	É possível ter tempo livre para outras atividades desde que se racionalize, priorize, administre e organize esse tempo.	F. Tempo para lazer
14 Férias	Com organização e programação, as férias são possíveis, especialmente porque existe o trabalho em equipe, pois um supre o trabalho do outro.	
15 Período de férias	O período de férias geralmente é curto, variando de 10 a 15 dias a finais de semana prolongados.	
16 Pensamentos	Os pensamentos dos profissionais fora do trabalho geralmente são focados na família, em esportes, diversão, futuro e em pacientes que ainda estejam mal de saúde.	

Quadro 16: Processo de derivação da categoria intermediária “Tempo para lazer”

Fonte: Quadro elaborado pela autora.

“... nem sempre se consegue conciliar todas as coisas. Eu sempre achei que tem que ter horário para a parte da profissão, mas também tem que dar espaço para viver. Eu tenho vários *hobbies*. Eu gosto de andar a cavalo, eu ando toda semana. Em tempos passados, eu também andava todo final de semana. Gosto de aviação também. Eu separo um tempo para aprender, ler sobre esses assuntos que me interessam. Eu também consegui ter tempo para fazer cursos profissionais porque faz parte da profissão, da minha especialização. Como eles são necessários, tu tem que conseguir tempo. O tempo existe, desde que tu priorize esse tempo, porque ele existe, está aí. Agora, tu tem que administrar esse tempo. Eu sempre tive tempo para fazer meus cursos, ir nos meus congressos. Vou ao congresso todo ano. Eu fiz isso sempre, e não só agora que eu estou mais maduro na carreira, mas eu sempre fiz. Tem que se organizar.” (E5)

“... não é que seja fácil, mas tu tem que te organizar. Eu nunca tive um problema de não tirar férias. Eu nunca me privei de algumas coisas, como tirar férias, porque eu tinha que trabalhar.” (E8)

“A gente tá sempre pensando em algum paciente, alguma coisa. Mas em geral são voltadas pros *hobbies*, pra diversão, pra família, para os filhos. Consigo desligar... mas depende da situação. Se a gente tá numa situação mais calma, com pacientes mais tranquilos, a gente consegue fazer um desligamento maior. Se tem um paciente mais grave, um paciente que preocupa mais, a gente desliga, mas não desliga. Mas... tem momentos que a gente desliga e não fica pensando.” (E2)

A categoria intermediária “Tempo para lazer” resultou do reagrupamento das seguintes categorias: 13 – Tempo livre, 14 – Férias, 15 – Período de férias e 16 – Pensamentos. Os entrevistados percebem que, apesar de em alguns momentos ser bastante complicado, é possível para um médico ter tempo para lazer, inclusive para tirar férias.

De acordo com os entrevistados, as férias médicas só são possíveis quando há uma programação séria feita com bastante antecedência. E como aqui também os médicos possuem autonomia para tirar férias, é comum eles saírem duas vezes por ano; porém, as segundas férias, na maioria das vezes, são tiradas na época dos congressos de medicina. Existe uma tendência de eles unirem compromissos profissionais com momentos de lazer.

Além disso, a autonomia que eles possuem para tirar férias só é possível pelo fato de eles trabalharem em equipe. Durante esses períodos, os médicos trabalham com um sistema de rodízio em que em alguns momentos eles atendem os pacientes de seus colegas de equipe. Essa liberdade e flexibilidade são fontes de bem-estar para os médicos, pois eles não trabalham com formas rígidas de trabalho.

Porém, o tempo em que o médico se afasta de suas atividades geralmente é curto, mesmo que eles saiam mais de uma vez por ano. O máximo de tempo que os entrevistados afirmaram se afastar fica em torno de duas semanas. Outros, também devido à liberdade de ajustar sua jornada de trabalho, conseguem ter finais de semana prolongados, trabalhando de segundas-feiras a quintas-feiras.

Um outro ponto importante para os momentos de lazer do médico está no foco de seus pensamentos. Para alguns entrevistados, de nada adianta sair de férias se os pensamentos continuam no local de trabalho. Para eles, o tempo fora do trabalho deve ser dedicado a outras atividades, como esportes, programas culturais, etc. É importante que o profissional perceba que existe vida além do trabalho. Porém, eventualmente, alguma dedicação à profissão fora do ambiente de trabalho é necessário, como nos casos de haver necessidade de um estudo mais aprofundado sobre a situação de algum paciente.

Apesar de terem autonomia para programar seu tempo livre, nem sempre conseguem administrá-lo bem, pois, em alguns casos, eles não possuem controle da situação. Aniversários, festas de família, encontros com amigos são algumas das atividades de que os entrevistados já deixaram de participar por estarem envolvidos com seus trabalhos. E essa ausência não causa maiores danos na vida pessoal dos médicos, pois eles contam com o apoio de seus familiares e amigos. Portanto, os entrevistados acreditam que o importante é manter um foco e saber separar as necessidades da vida pessoal das da carreira profissional.

6.2.7 Categoria intermediária G: Relacionamentos

Título	Idéias-chave	Categoria intermediária
17 Reconhecimento do trabalho	O reconhecimento existe por parte de colegas, alunos, residentes e pacientes e é percebido quando os profissionais recebem indicações.	G. Relacionamentos
18 Trabalho e vida pessoal	O trabalho ajuda na vida pessoal, pois, como se conhecem muitas pessoas, existe muita troca de experiência e aprendizado.	

Quadro 17: Processo de derivação da categoria intermediária “Relacionamentos”

Fonte: Quadro elaborado pela autora.

“Acho que sim. Principalmente com os colegas, não dá para ver tão longe assim. É o que me interessa. É não estar deixando colegas na mão, é estar ajudando os colegas e eles estão vendo que a gente trabalha bem assim. Os pacientes reconhecem também, mas não é uma coisa que tu vai sentir para sempre. É claro que eles ficam gratos, mas como tu não vê teus pacientes todos os dias, o reconhecimento é muito mais momentâneo e o com os colegas é mais perene.” (E7)

“Ajuda, porque... digamos assim: eu passo a ser uma pessoa conhecida, né? Conheço mais pessoas, então, isso tudo ajuda a gente a se sentir bem. Fazer parte da vida que a gente vive, acho que ajuda bastante, conhecer novas pessoas, familiar de pacientes etc.” (E1)

A categoria intermediária “Relacionamentos” resultou do reagrupamento das seguintes categorias: 17 – Reconhecimento do trabalho e 18 – Trabalho e vida pessoal. O fato de serem médicos permite que o relacionamento com aqueles com quem eles possuem mais contato seja único e peculiar.

O relacionamento com os pacientes foi um ponto de discórdia entre os entrevistados. Alguns vêem a relação com os pacientes como algo fundamental, pois conseguem trocar experiências com eles tanto com relação à profissão como com relação a se relacionar melhor com as pessoas. Além disso, quando os pacientes se mostram gratos e demonstram reconhecer o trabalho feito pelos médicos, fazem com que estes se sintam pessoas melhores. Porém, outros médicos não acham que esse relacionamento com os pacientes seja benéfico, pois como o contato, muitas vezes, é breve, não há como criar relações mais aprofundadas.

Esses relacionamentos são fonte de bem-estar para os entrevistados. As pessoas com que eles possuem maior contato são outros médicos, residentes, alunos e pacientes. A relação com os colegas de profissão faz com os laços, tanto profissional como pessoal, sejam estreitados. Essa maior proximidade é percebida de maneira muito positiva pelos entrevistados, porque é a partir disso que se dá o reconhecimento de seu trabalho.

Uma outra forma de reconhecimento do trabalho acontece a partir do relacionamento com os alunos e os residentes. O fato de estarem vendo o desenvolvimento deles faz com os médicos sintam que um dos seus deveres está sendo cumprido, que é o de passar seu conhecimento adiante.

A existência de um clima propício ao trabalho favorece o compartilhamento de experiências, vivências e conhecimento, além de oportunizar condições do livre exercício de

expressão de opinar e sugerir que conduzem à percepção de um trabalho melhor e mais prazeroso. A interação também permite o desenvolvimento de laços afetivos e de amizade, contribuindo para o sentimento de bem-estar no trabalho. Os entrevistados afirmaram que, em alguns casos, seus relacionamentos fora do ambiente de trabalho contaram com dicas recebidas de seus pacientes ou de colegas de trabalho.

Um dos aspectos que chamam a atenção é que nem vida pessoal nem trabalho aparecem como excludentes um do outro, ou seja, mesmo aparecendo em alguns momentos algumas dificuldades de administrar ambos, não há um discurso de que se deixou de fazer alguma coisa em detrimento de outra por vontade própria, senão por necessidade da profissão. Ao contrário, a vida profissional aparece como complemento da vida dos entrevistados.

Um outro ponto que merece destaque está no fato de a profissão afetar diretamente a satisfação pessoal dos entrevistados. Como sua principal função é ajudar, cuidar e curar as pessoas, quando eles atingem esses objetivos, a satisfação profissional é intensa e transcende para a vida pessoal. Por se sentirem plenamente satisfeitos, os médicos afirmaram que esse sentimento acaba auxiliando nos relacionamentos tanto na vida profissional como na pessoal.

6.2.8 Categoria intermediária H: Sofrimento no trabalho

Título	Idéias-chave	Categoria intermediária
19 Frustração	A frustração e a chateação acontecem quando metas e objetivos não são cumpridos, mas são momentâneas, pois geralmente possuem resolução.	H. Sofrimento no trabalho
20 Fuga de problemas	O trabalho até pode distrair, mas o melhor é enfrentar, priorizar, resolver e solucionar os problemas que aparecem tanto na vida pessoal como na profissional.	
21 Desvantagens	Entre as desvantagens de ser médico estão a falta de horário e privacidade, o sistema de saúde ruim e a falta de reconhecimento da profissão por parte dos políticos.	

Quadro 18: Processo de derivação da categoria intermediária “Sofrimento no trabalho”

Fonte: Quadro elaborado pela autora.

“A gente fica muito chateado, né?, porque o objetivo é de curar, né? Mas isso também, com o passar dos anos, a gente vai ficando calejado, a gente sabe que a gente não consegue resolver tudo, mas mesmo assim a gente se sente frustrado quando as coisas não vão como a gente quer. A gente fica muito triste. Tem que lidar, a gente lida, mas a gente fica chateado.” (E1)

“... a gente sofre um pouquinho, às vezes, com a falta de resolução porque, ah, o sistema de saúde é muito ruim, né? É ver que tem algum problema, indicar uma cirurgia, pedir um exame e isso vai levar meio ano para tu conseguires. Não é tua autonomia, de domínio público, de acelerar esse processo, né? Tu depende de várias estruturas, lidando com pessoas que estão precisando de ajuda e, às vezes, imediata, ela tranca no sistema de saúde, ela tem que fazer o exame que não vai conseguir e vai ser só no mês que vem, cirurgia só tem horário daqui a um ano, ou o sistema de saúde não paga tal exame, e tal tipo de cirurgia pelo SUS só pode ser feita dessa forma e não de outra que é menos lesiva... então, algumas coisas assim chateiam.” (E7)

A categoria intermediária “Sofrimento no trabalho” resultou do reagrupamento das seguintes categorias: 19 – Frustração, 20 – Fuga de problemas e 21 – Desvantagens. Tal categoria intermediária refere-se às fontes de sofrimento no trabalho dos médicos entrevistados e aos sintomas de sofrimento.

O sofrimento dos entrevistados dá-se principalmente pelo fato de algumas vezes eles terem que abdicar de sua vida pessoal ou familiar em nome do trabalho. Por mais que tanto os médicos quanto seus familiares saibam que é comum que esse tipo de situação aconteça, não é algo bom para o médico, pois gera angústia e insatisfação ao profissional.

Os sofrimentos sentidos pelos entrevistados são diversos. Além de sofrerem pela falta de disponibilidade de estar junto com a família, ainda sofrem devido aos horários não convencionais que muitas vezes precisam ser cumpridos. Ter que trabalhar de madrugada, fazer muitos plantões, trabalhar nos finais de semana, apesar de fazer parte da rotina dos médicos, não é algo que agrada, tanto é que, quando os entrevistados vivenciam essas situações de modo muito freqüente, outros tipos de problemas podem começar a surgir, especialmente problemas de saúde.

Trabalhar em diversos locais para oferecer uma boa qualidade de vida e um bom sustento a sua família também é apontado como uma fonte de angústia e sofrimento. A situação econômica do país, assim como em outras profissões, reflete-se de maneira muito intensa no trabalho médico.

Para os entrevistados, o sofrimento também acontece quando eles não conseguem solucionar os problemas relacionados com os pacientes. Sofrem quando dão esperanças ao

paciente, mesmo sabendo que não existe cura para seu problema. O sofrimento tem o significado de frustração e, às vezes, de autopunição.

Não conseguir atingir objetivos e não conseguir superar expectativas também gera sofrimento. Por isso, deve-se depositar expectativas reais nas coisas para não se frustrar depois. A angústia também é causada pelo sofrimento de não ter as coisas feitas da maneira como se planejou. No entanto, os entrevistados percebem que a privação faz parte da vida e devem saber lidar com essas situações sempre que elas ocorrerem.

No plano profissional, o sofrimento pode vir dos conflitos que é preciso enfrentar. O sofrimento no trabalho também provoca estresse e angústia. Porém, ao contrário de fugir dos conflitos e dos problemas negando sua existência, no intuito de não sofrer ou esperando que a situação se resolva naturalmente, acreditando que, deixando os conflitos de lado e se focando em outros fatos, eles, automaticamente, serão solucionados, os entrevistados costumam enfrentar a situação, por mais sofrimento que ela possa trazer. Segundo sua visão, ficar fugindo dos problemas só faz com que o sofrimento aumente, assim, é preferível resolvê-lo o quanto antes.

6.2.9 Categoria intermediária I: Prazer no trabalho

Categories Iniciais	Idéias-chave	Categories Intermediárias
22 Criatividade no trabalho	O profissional possui liberdade e autonomia para usar a criatividade no seu trabalho, buscando novos recursos e melhores soluções.	I. Prazer no trabalho
23 O que mais gosta na profissão	Fatores importantes que fazem os profissionais gostar do que fazem é ter contato com as pessoas, dar aula e ajudar, além disso, ainda têm a credibilidade e o <i>glamour</i> da profissão.	
24 Amor ao trabalho	O amor pelo trabalho é muito mais que sentir prazer, é um complemento à vida, uma realização.	
25 Vantagens	Entre as vantagens de ser médico estão a possibilidade de ajudar pessoas, o conceito social da profissão, o reconhecimento e, especialmente, a satisfação pessoal.	

Quadro 19: Processo de derivação da categoria intermediária “Prazer no trabalho”

Fonte: Quadro elaborado pela autora.

“O cirurgião é um artesão, né? O cirurgião, ele tem que estar sempre apto a resolver problemas que são daquele momento, e se tu fica, às vezes, sem solução adequada, então, ou pelo menos tu não consegue buscar uma solução melhor, começa a repetir coisas que tu já tem, tem que ser criativo.” (E3)

“O que eu mais gosto, realmente, é de atender as pessoas. Mais gosto. E de tentar resolver o problema dessas pessoas. Claro que nem sempre eu consigo resolver... mas eu acho que esse é o ponto que eu mais gosto, porque tu aprende uma coisa para resolver o problema dos outros...”(E8)

“Eu não faço do meu trabalho uma idolatria, gosto do que faço, mas também estou pensando em outras coisas que eu também gosto, mas gosto do que faço.” (E1)

“Acho que é a minha satisfação pessoal. Para mim, é satisfação pessoal. E ter essa troca, essa relação com os pacientes. Acho que essa é a maior vantagem e minha maior satisfação...” (E8)

A categoria intermediária “Prazer no trabalho” resultou do reagrupamento das seguintes categorias: 22 – Criatividade no trabalho, 23 – O que mais gosta na profissão, 24 – Amor ao trabalho e 25 – Vantagens. Esta categoria busca identificar nos discursos dos entrevistados fontes de prazer no trabalho para os médicos.

Talvez a principal fonte de prazer no trabalho médico esteja na possibilidade de ajudar as pessoas. Eles consideram que esse prazer é atingido quando realizam algo importante, que faça a diferença, quando percebem que as coisas estão acontecendo e dando resultados por meio de seu trabalho. Cuidá-las das pessoas, tratá-las, curá-las, conhecê-las melhor faz com que o médico sinta que sua função principal está sendo cumprida. Fazer o acompanhamento e ver a melhora constante também traz muita satisfação ao trabalho médico.

Para muitos, o sucesso dos tratamentos recomendados está intrinsecamente ligado à dedicação dada aos pacientes e ao amor à profissão. O amor à profissão faz com que haja a identificação com aquilo que se faz, especialmente por se estar fazendo aquilo que se escolheu como profissão. Além disso, também permite que os profissionais dêem tudo de si, possibilitando o aparecimento de bons profissionais. Eles consideram que uma consequência do trabalho é ter sorte de gostar daquilo que se faz, pois o profissional bem-sucedido é aquele que tem equilíbrio e sente prazer no que faz. A realização pessoal e profissional decorre, portanto, de poder realizar o trabalho, contemplar o trabalho realizado e ver seus bons resultados. Tais situações são percebidas como extremamente prazerosas. Ter o trabalho valorizado, traduzido em comentários

positivos, em demonstrações de agradecimento e de reconhecimento gera sentimentos de profundo prazer.

Uma outra fonte de prazer está na atividade docente dos entrevistados. A possibilidade de expandir conhecimentos, passá-los adiante e vê-los sendo postos em prática traz muita satisfação aos entrevistados. Além disso, a atividade docente faz com que eles estejam constantemente aprendendo e se aperfeiçoando. E o aprendizado também pode vir da parte dos pacientes.

A autonomia e a liberdade na profissão também se refletem no prazer no trabalho, quando a criatividade é posta em prática. Essa criatividade é percebida pelos médicos nas mais diversas maneiras e, especialmente, em achar saídas boas e eficientes para os problemas e os inconvenientes que enfrentam. É uma maneira de desenvolver novas estratégias, aprimorando a profissão.

Com relação a trabalhos ambulatoriais, a criatividade entra quando, mesmo por falta de materiais, equipamentos ou pessoal, o médico consegue realizar seu trabalho. O mesmo acontece nos trabalhos acadêmicos. É uma maneira de se autopotencializar, é descobrir que tem capacidade para desenvolver algo mais e sentir prazer no exercício dessa nova atividade.

A liberdade de usar a criatividade faz com que o trabalho médico tenha características de trabalho personalizado. É a valorização da participação, a valorização do ser humano. Assim, nasce o sentimento de fazer parte, vindo no reconhecimento das diversas pessoas que o rodeia a importância daquilo que faz. Esse tipo de situação e comportamento permite que, cada vez mais, o médico se identifique com sua profissão, aumentando, conseqüentemente, o prazer no trabalho.

O *status* do médico e os incentivos financeiros para alguns profissionais são importantes estimulantes à profissão. Não que esses fatores, por si só, sejam fontes de prazer para os entrevistados, mas, direta e indiretamente, contribuem para que haja sentimentos de satisfação pessoal, sendo esta uma boa ligação com o prazer no trabalho.

6.3 CATEGORIAS FINAIS

As categorias finais foram obtidas com a derivação das categorias intermediárias, pelo mesmo processo utilizado anteriormente.

A seguir, apresenta-se o quadro representando o processo de derivação das categorias intermediárias em finais e, posteriormente, a análise dessas categorias.

Categorias intermediárias	Idéias-chave	Categorias finais
A. Características da profissão	O profissional precisa identificar-se com a profissão e com seus desafios, deve gostar do que faz, ter amor e dedicação, contar com o apoio e a compreensão da família e dos amigos, gostar de trabalhar em equipe e estar preparado para trabalhar além dos horários previstos.	I. O significado do trabalho médico
B. Organização do trabalho		
C. Relação do médico com o tempo		
D. Mudanças no trabalho	O contexto da medicina no Brasil apresenta muitas dificuldades, especialmente de pessoal e de materiais. Além disso, com a entrada dos planos de saúde, os médicos precisam trabalhar muito para ter uma remuneração aceitável.	II. A realidade médica no Brasil
E. Contexto brasileiro		
F. Tempo para lazer	Mesmo sendo a medicina uma profissão que exige muito, as recompensas também são muitas, como ser reconhecido por colegas, alunos, residentes e pacientes, conseguir administrar e priorizar o tempo para tirar férias e ficar mais tempo com a família.	III. Recompensas da profissão
G. Relacionamentos		
H. Sofrimento no trabalho	O trabalho médico possui muitas desvantagens e frustrações, mas o prazer de ter a possibilidade de usar a criatividade, de estar em contato com outras pessoas e de ajudá-las, além do <i>glamour</i> e do conceito social da profissão, fazem com que os profissionais se sintam completos.	IV. A dialética prazer e sofrimento
I. Prazer no trabalho		

Quadro 20: Processo de derivação das categorias finais

Fonte: Quadro elaborado pela autora.

6.3.1 Categoria final I: O significado do trabalho médico

Categorias intermediárias	Idéias-chave	Categorias finais
A. Características da profissão	O profissional precisa identificar-se com a profissão e com seus desafios, deve gostar do que faz, ter amor e dedicação, contar com o apoio e a compreensão da família e dos amigos, gostar de trabalhar em equipe e estar preparado para trabalhar além dos horários previstos.	I. O significado do trabalho médico
B. Organização do trabalho		
C. Relação do médico com o tempo		

Quadro 21: Processo de derivação da categoria final “O significado do trabalho médico”

Fonte: Quadro elaborado pela autora.

Hoje em dia, tu tem que gostar muito do que tu faz, porque não é fácil a vida do médico, porque eles te chamam de noite; te chama no final de semana, te chama a qualquer horário e muitas vezes nem é urgência, mas como para ele é mais fácil ligar de noite, ele me liga de noite... então, realmente tu tem que gostar muito do que tu faz para poder fazer direito. **(E6)**

Tem que ter a capacidade de ser! E a capacidade de envolver a parte técnica e a parte emocional. Tu tem que gostar de trabalhar com pessoas, tu tem que fazer acompanhamento, tu te envolve emocionalmente com as pessoas. Basicamente é isto: técnica e emocional voltada para isso. Se tu tiver essas habilidades, tu vai ser um bom médico, tu vai gostar do que faz. **(E5)**

A categoria final “O significado do trabalho médico” engloba as categorias intermediárias A – Relações com a profissão, B – Organização do trabalho e C – Relação do médico com o tempo.

De um modo geral, os entrevistados consideram o trabalho uma necessidade tanto de ordem econômica, um meio de sustento, como emocional, uma forma de prazer, de auto-satisfação e autovalorização, que dá um sentimento de utilidade e motivação, complementa a vida e a torna mais atrativa, constituindo-se em uma das coisas mais importantes da vida.

Os entrevistados salientaram que o trabalho, qualquer que seja, constitui-se numa forma de relacionar-se com as pessoas e de fazer alguma coisa de útil. Conforme NOGUEIRA-MARTINS (2002), há inúmeras gratificações psicológicas inerentes à profissão médica. Aliviar a dor e o sofrimento, curar doenças, salvar vidas, diagnosticar corretamente, sentir-se competente,

ensinar, aconselhar, educar, prevenir doenças, receber reconhecimento e gratidão são algumas das características psicológicas da tarefa médica que fazem da medicina uma profissão ainda muito atraente e gratificante.

Além de terem na medicina uma forma de ajudar às pessoas, os entrevistados afirmaram que a profissão também possui um forte apelo atrativo. A questão do *status* de serem médico, de serem vistos pela sociedade como pessoas diferenciadas, que passaram em um vestibular concorrido e que estudaram muito até chegar onde estão, de estarem constantemente superando desafios em nome da vida de outras pessoas, faz com que eles vejam a profissão como um complemento de sua vida.

O trabalho, para os entrevistados, é algo que dá prazer. Significa fazer o que gostam, por isso dá prazer. Além de gostar e precisar do trabalho, este é visto como um meio de se tornar um bom profissional. Outras características essenciais para um bom profissional são dedicação e seriedade com suas atividades. A realização pessoal e profissional decorre, portanto, de poder realizar o trabalho, contemplar o trabalho realizado e ver seus bons resultados. Tais situações são percebidas como extremamente prazerosas.

Segundo NOGUEIRA-MARTINS (2002), a medicina permanece uma profissão que oferece várias possibilidades de realização material, intelectual e emocional. É uma área fascinante, de capital importância para a sociedade e, como tal, uma carreira desejada e idealizada por muitos. O grau de idealização pode gerar altas expectativas que, não correspondidas, tendem a produzir decepções e frustrações significativas, com repercussões importantes na saúde de estudantes, residentes e médicos (NOGUEIRA-MARTINS, 2002).

Para os entrevistados, um bom profissional precisa ter muita determinação. Essa determinação é um dos caminhos para se atingir o sucesso profissional, e sucesso profissional aliado ao desenvolvimento de sua carreira. Possivelmente, esse sucesso não será alcançado nos primeiros anos de profissão. A vida profissional é dividida em fases, e em cada uma dessas fases o profissional procurará se desenvolver buscando o maior aprimoramento possível. Na vida profissional médica, o aprimoramento é, praticamente, uma constante, pois os médicos devem buscar sempre os melhores métodos e técnicas para tratar e cuidar de seus pacientes.

Questões éticas e humanísticas são fundamentais para os médicos. De nada adianta ter as melhores técnicas de trabalho se o profissional não colocar seu paciente em primeiro lugar. O

médico deve sempre ter em mente seu papel social e assistencial, voltado para a melhoria da qualidade de vida da comunidade, ser um profissional dotado de amplos conhecimentos científicos, autocrítica e habilidades técnicas suficientes para atender às necessidades daqueles que precisam.

Uma característica do trabalho médico é a sua complexidade. Basicamente, um médico é médico 24 horas por dia, sete dias por semana. É difícil dissociar a vida profissional da pessoal. Para que o médico consiga ter tempo para realizar outras atividades, tanto pessoais quanto profissionais, o trabalho em equipe passa a ser essencial. Além disso, o trabalho em equipe permite que diferentes especializações trabalhem conjuntamente, propiciando o tratamento mais completo possível aos pacientes. O êxito do trabalho em equipe depende do trabalho de cada um; assim, o resultado só será satisfatório a partir de bons trabalhos individuais.

Além disso, ter uma equipe de trabalho permite aos médicos momentos de lazer fora do ambiente de trabalho. A equipe possibilita que rodízios profissionais aconteçam; dessa forma, os pacientes sempre terão alguém para atendê-los. Trabalhar conjuntamente também tem outros pontos positivos. Um deles está na possibilidade de os profissionais se inter-relacionarem. As relações interpessoais fazem com que existam no ambiente de trabalho um sentimento de harmonia, respeito mútuo e relacionamentos amistosos e cordiais entre os membros da equipe e até mesmo entre as equipes.

Trabalhar em equipe, conforme os entrevistados, é visto como uma maneira de crescer profissionalmente e pessoalmente, pois uns ficam constantemente aprendendo com os outros. A questão competitividade dentro das equipes não é percebida pelos entrevistados. Segundo eles, existe um sentimento muito forte de parceria, por isso que a competição é praticamente inexistente, mesmo que existam metas a serem atingidas, pois se trabalha conjuntamente para alcançá-las. Na verdade, as metas e os objetivos são delineados pelos próprios médicos e servem como parâmetros para a realização de um bom trabalho. O bom senso é fundamental na hora de traçá-los, pois permitirá que sejam cumpridos no prazo e da maneira como eles visualizaram que seria feito.

Como são os médicos que criam suas metas e objetivos, também são eles que delimitam sua jornada de trabalho. A flexibilidade no tempo do médico também é um aspecto característico da profissão. Dessa forma, ter autonomia nessa profissão é fundamental, pois lhes possibilita

priorizar suas necessidades, problemas e obrigações permitindo que tenham uma vida além do trabalho.

Para que tudo ocorra aconteça como o médico delineou, é necessário um sério planejamento e organização, pois, pela natureza de seu trabalho, é muito fácil que o planejamento original não sejam completamente cumprido. Quando não ocorre o cumprimento do planejamento, os entrevistados mostraram-se um tanto insatisfeitos com a situação, apesar de entenderem que ser médico pressupõe esse tipo de acontecimento.

A flexibilidade no tempo do médico, aliada ao trabalho em equipe, também permite que o médico use o seu tempo, tanto no ambiente de trabalho como fora dele, para fazer pesquisas e colocar em dia as leituras.

6.3.2 Categoria final II: A realidade médica no Brasil

Categorias intermediárias	Idéias-chave	Categorias finais
D. Mudanças no trabalho	O contexto da medicina no Brasil apresenta muitas dificuldades, especialmente de pessoal e de materiais; além disso, com a entrada dos planos de saúde, os médicos precisam trabalhar muito para uma remuneração aceitável.	II. A realidade médica no Brasil
E. Contexto brasileiro		

Quadro 22: Processo de derivação da categoria final “A realidade médica brasileira”

Fonte: Quadro elaborado pela autora.

... a gente não recebe salários, né? A gente recebe remuneração por serviço. E a medicina entrou numa fase em que o médico trabalha basicamente para as empresas de saúde e a remuneração não é nada adequada, a meu ver. (E2)

Embora a gente tenha a subsistência de clínica privada que atende também à parte social de SUS, isso é uma tragédia, né? Eu queria que cada político que fosse falar de saúde passasse um dia do meu lado no ambulatório da SUS pra ver como é que funciona. Eles não vêm. Eles são os comandantes, que mandam os soldados atacar o inimigo, né? Não vão lá pegar o fuzil. O médico tá no campo de batalha. (E3)

A categoria final “A realidade médica no Brasil” engloba as categorias intermediárias D – Mudanças no trabalho e E – Contexto brasileiro. Esta categoria procurou verificar a percepção dos médicos entrevistados acerca da realidade médica no Brasil.

Um dos pontos que mais é afetado no atual contexto brasileiro são os salários médicos. De acordo com os entrevistados, o que eles estão recebendo pelo tipo de trabalho que fazem e pela responsabilidade que assumem está aquém do que realmente deveriam ganhar. Para conseguir garantir uma vida como eles acreditam que deveria ser, os médicos precisam trabalhar em mais de um local, pois o salário básico não é capaz de garantir essa expectativa.

Um outro ponto levantado pelos entrevistados está no fato de que, se forem comparar o valor recebido por suas atividades com outros serviços, eles estão ganhando consideravelmente menos. A partir desses fatos, eles percebem uma forte desvalorização, tanto nos serviços de saúde, como no próprio trabalho médico.

Apesar de a medicina ainda atrair muitas pessoas devido ao *status* de ser médico ou pelo desejo de ganhar dinheiro, os entrevistados afirmam que a profissão mudou muito, especialmente devido ao grande número de profissionais no mercado, às mudanças políticas, econômicas e sociais e também ao pouco valor dado à profissão pelas autoridades governamentais. Essa realidade faz com que profissionais mais jovens que os entrevistados já percebam a medicina de maneira diferenciada, pois, possivelmente, enfrentam dificuldades muito maiores do que os médicos com mais tempo de profissão.

Com relação às mudanças no Brasil, os entrevistados percebem uma despreocupação e um descaso para com o sistema de saúde. Segundo eles, as verbas destinadas à saúde parecem estar sendo entregues a outras áreas, pois não é vista sua aplicação na saúde. Segundo o Código de Ética do Médico (1988), o alvo de toda a atenção do médico é a saúde do ser humano, em benefício da qual deverá agir com o máximo de zelo e o melhor de sua capacidade profissional, sem negar qualquer tratamento; porém, em muitos casos, os médicos não conseguem atender na totalidade a esses dizeres, pois lhes faltam condições para tal. Situações como essas geram um sentimento de sofrimento para os profissionais, pois eles se sentem impotentes com relação a essa realidade.

Porém, alguns médicos conseguem criar novas soluções para amenizar a falta de materiais e de pessoal com que às vezes se deparam. Nesses casos, o sofrimento dá lugar a um forte sentimento de prazer, pois, mesmo sem condições básicas de atendimento, estão conseguindo exercer a finalidade de sua profissão.

O descaso dos políticos para com o sistema de saúde brasileiro também é verificado, segundo os entrevistados, quando a saúde é usada como uma maneira de receber votos nas eleições parlamentares. Ainda conforme os entrevistados, oferecer saúde a todos e depois não cumprir o prometido só faz com que a saúde para todos seja cada vez mais deixada de lado, pois da maneira como está, algumas pessoas ainda saem beneficiadas.

Outra crítica feita aos governantes é com relação à falta de políticas sociais para prevenir algumas doenças, como verminoses, desidratação e desnutrição. Se elas tivessem um sério tratamento de prevenção, muitos problemas que os médicos enfrentam hoje seriam minimizados.

Com relação aos planos de saúde, estes passaram a impressão de que agora todos estão tendo acesso à saúde, pois muitas pessoas que não tinham bons atendimentos agora estão tendo a possibilidade de tê-los. Porém, conforme os entrevistados, essa impressão não está totalmente correta, pois muitos planos não cobrem todas as situações que os pacientes podem enfrentar. Além disso, a situação da saúde brasileira tende a não melhorar, pois, como uma boa parcela da população está realmente tendo acesso à saúde com os planos de saúde, os governantes, aparentemente, não parecem ver por que devam alterar o quadro da saúde pública, aquele a que realmente todos deveriam ter acesso.

A remuneração dos médicos, com a entrada dos planos de saúde, também diminuiu consideravelmente, segundo os entrevistados. A não-distinção dos médicos pelo tempo em que estão atuando fez com que todos ficassem em um mesmo nível. Os planos não fazem distinção dos médicos pelo tempo de atuação, ou seja, um médico recém-formado recebe o mesmo de um plano de saúde que um médico com um considerável tempo de medicina. A profissão teve boa parte do seu perfil alterado, pois agora os pacientes, na grande parte dos casos, vão atrás de médicos que atendem a seus planos e não tanto pela diferenciação que possuem no mercado de trabalho. Os entrevistados afirmam que há grande possibilidade de que médicos mais jovens enfrentem conseqüências muito mais severas dessa realidade.

Como, a partir da entrada dos planos de saúde, muitos médicos não são mais escolhidos por quem são e sim pelos planos a que atendem, a relação médico-paciente também começou a ser alterada. Segundo os entrevistados, o conceito de médico de família é praticamente inexistente no local onde atuam. De acordo com seus relatos, hoje em dia não existe a forte relação de confiança e fidelidade que existia há alguns anos. A relação está mais efêmera.

Mas nem todas as relações médico-paciente são assim. Em alguns casos, dependo da seriedade, um maior contato é fundamental. Quando isso acontece, conforme os entrevistados, a relação médico-paciente praticamente volta a ter as antigas características citadas pelos entrevistados. Essas relações mais próximas trazem muita satisfação aos profissionais, pois eles conseguem ter maior contato com seus pacientes. Em momentos como esses, por mais que a remuneração não seja a esperada nem as condições de trabalho sejam as melhores, o sentimento de prazer e satisfação é tanto que faz com que os médicos se sintam os profissionais mais completos e auto-realizados.

6.3.3 Categoria final III: Recompensas da profissão

Categorias intermediárias	Idéias-chave	Categorias finais
F. Tempo para lazer	Mesmo a medicina sendo uma profissão que exige muito, as recompensas também são muitas, como ser reconhecido por colegas, alunos, residentes e pacientes, conseguir administrar e priorizar o tempo para tirar férias e ficar mais tempo com a família.	III. Recompensas da profissão
G. Relacionamentos		

Quadro 23: Processo de derivação da categoria final “Recompensas da profissão”

Fonte: Quadro elaborado pela autora.

Tenho tempo livre para outras atividades. E também consigo lidar com os horários de trabalho, lazer, e família. E isso é assim há muito tempo, a gente... eu fiz um planejamento para que a gente pudesse ter horário de trabalho, horário de lazer e horário para família também. (E2)

Ahhh, eu gosto de futebol, gosto de praticar esportes. Gosto de tênis, gosto de praticar tênis. Fora da medicina, eu faço qualquer coisa! Gosto muito de ir para a Serra, para o mato. Eu gosto muito da terra, eu gosto de plantar, de esculpir. Consigo me desligar completamente. (E8)

... isso traz satisfação, e isso ajuda na vida pessoal. É, acho que é isso sim. A gente vê os pacientes melhorando, as pessoas melhorando, acho que traz satisfação. (E2)

A categoria final “Recompensas da profissão” engloba as categorias intermediárias F – Tempo para lazer e G – Relacionamentos. Esta categoria procurou verificar que outras recompensas, além de poder ajudar as pessoas, a profissão de médico pode trazer.

Um dos fatores, apontado pelos entrevistados, como recompensa que se tem na profissão é a possibilidade de se relacionar com pessoas durante o trabalho. Os relacionamentos entre colegas, alunos, residentes, pacientes, etc., são fonte de bem-estar para os médicos entrevistados.

O grupo com que possuem o maior contato é com outros colegas de trabalho, tanto da mesma equipe como em equipes diferentes. Os entrevistados percebem essa relação de maneira muito positiva, pois eles vêem a possibilidade de estreitar os laços profissionais e pessoais. A partir disso, é possível que haja espaço para opiniões e sugestões, no intuito de melhorar as práticas e as relações de trabalho, permitindo que laços afetivos e de amizade surjam mais facilmente, além de possibilitar o compartilhamento de experiências e conhecimento.

A forte proximidade entre os colegas também possibilita o surgimento de uma outra recompensa da profissão, que é o reconhecimento de seu trabalho. O reconhecimento entre os colegas é percebido, principalmente, no dia-a-dia, quando colegas levam em conta a opinião de outros, quando colegas pedem a outros que façam cirurgias em familiares, etc. Um forte reconhecimento no trabalho também é percebido no relacionamento com residentes e alunos. Os entrevistados afirmaram que o fato de poder visualizar o desenvolvimento de seus pupilos faz com que sintam que sua missão com eles está praticamente completa.

Porém, com relação ao reconhecimento por parte dos pacientes, as opiniões divergiram. Um grupo afirmou que a relação com os pacientes é ótima e benéfica, por isso conseguem sentir o reconhecimento por parte deles. Outro grupo, ao contrário, devido às mudanças percebidas por eles no relacionamento médico-paciente e sua fugacidade, acredita que os pacientes não têm tempo hábil para reconhecer o trabalho dos médicos, e outros mal conhecem aqueles que os atendem, como é o caso dos anestesistas. Dessa forma, este grupo de médicos não consegue perceber o reconhecimento por parte dos pacientes.

Um outro tipo de recompensa que pode ser percebido é com relação às férias. Segundo os entrevistados, as férias são possíveis e muito necessárias; porém, elas só acontecem quando há uma séria programação, feita com bastante antecedência. Como os médicos possuem autonomia com sua jornada de trabalho, é possível que saiam de férias até duas vezes por ano. Novamente, essa autonomia para tirar férias só é permitida devido ao fato de os médicos trabalharem em equipe, e esta flexibilidade existente também no momento de sair de férias é uma forte fonte de bem-estar aos médicos. Eles sentem que estão no comando de sua profissão.

Mas, mesmo podendo sair de férias até duas vezes por ano, geralmente o período em que permanecem afastados de suas atividades profissionais é relativamente curto. Na maior parte das vezes, o máximo de tempo que conseguem sair de férias fica em torno de duas semanas. Porém, como sua jornada é flexível, também existe a possibilidade de terem finais de semana prolongados. Assim, se forem contar a totalidade de dias fora do ambiente de trabalho, é possível que seja superior a 30 dias.

Os momentos de lazer, para os médicos entrevistados, também são vistos como uma recompensa de seu trabalho. Mas, para que um momento de lazer seja realmente um momento de lazer, é preciso que os pensamentos estejam focados nisso. De nada adianta, segundo os médicos, sair para se divertir quando se fica constantemente pensando no trabalho, quando não se deveria pensar. Vão existir momentos fora do trabalho que deverão ser destinados especialmente para o trabalho, como estudar uma nova técnica cirúrgica. Mas, enquanto esses períodos não ocorrem, o tempo fora do trabalho deve ser dedicado a outras atividades, como esportes, programas culturais, etc. É importante que o profissional perceba que existe vida além do trabalho.

Também na vida profissional dos médicos, existe uma forte tendência deles de unir compromissos profissionais com momentos de lazer. Congressos de medicina também servem como períodos de férias para muitos deles.

Mesmo tendo bastante autonomia para programar o seu tempo, em alguns casos, nem sempre a programação acontece como foi inicialmente planejada. Aniversários, festas de família, encontros com amigos são algumas das atividades de que os entrevistados já deixaram de participar por estarem envolvidos com seu trabalho. Porém, eles entendem que esse tipo de situação também está prevista na vida do médico. É fundamental ter um foco e saber separar as necessidades da vida pessoal com as da carreira profissional.

É importante perceber que nem vida pessoal nem trabalho aparecem como excludentes uma do outro. Em algumas situações, evidentemente, uma vai ter que dar espaço ao outro. Ambos, conforme os entrevistados, parecem se completar, formando um sujeito único. Esta união harmônica afeta diretamente a satisfação pessoal dos entrevistados. É essencial, dessa forma, encontrarem um equilíbrio em que tenham tempo para tudo, sem ter que abrir mão de nada, e ter paciência para atingir o equilíbrio entre trabalho, família e lazer. Quando há um bom motivo, devem determinar horário e períodos de trabalho e dedicar o tempo a si mesmos.

6.3.4 Categoria final IV: A dialética prazer e sofrimento

Categorias intermediárias	Idéias-chave	Categorias finais
H. Sofrimento no trabalho	O trabalho médico possui muitas desvantagens e frustrações, mas o prazer de ter a possibilidade de usar a criatividade, de estar em contato com outras pessoas e de ajudá-las, além do <i>glamour</i> e do conceito social da profissão, faz com que os profissionais se sintam completos e auto-realizados.	IV. A dialética prazer e sofrimento
I. Prazer no trabalho		

Quadro 24: Processo de derivação da categoria final “A dialética prazer e sofrimento”

Fonte: Quadro elaborado pela autora.

Desvantagem é estar tratando sempre com doenças, né? Poderia tratar com coisas mais alegres, né?, como é eventualmente... A minha especialidade trata com acidentados, trata com pessoas que têm doenças graves. Eventualmente, mesmo dentro da medicina, como é a obstetrícia, trata com pessoas, mas com uma coisa um pouquinho mais alegre. Acho que essa é a desvantagem da profissão. (E2)

Esse contato com as pessoas, o fato de atender as crianças, é uma coisa apaixonante que a gente não se cansa, são muito engraçadinhas... a gente sempre gosta, isso é uma coisa legal. Eu não teria problemas se tivesse que atender adultos, digamos assim, mas a criança é um ser muito especial, então, eu faço muitas brincadeiras no consultório. Pode ver, tá cheio de brinquedos, eu sou muito brincalhão com as crianças. Eu procuro fazer desse momento que eu tô atendendo aqui uma coisa alegre, muito divertida dentro do possível. (E1)

Eu faço porque eu gosto. Eu trabalho no que eu gosto. Se tu me convidar para trocar de área dentro da medicina, dependendo da área, eu não ia topar, porque não seria uma coisa que me completaria, eu não iria amar a atividade... então, eu não iria mudar. Eu faço o que eu gosto e que eu escolhi para gostar. (E8)

A categoria final “A dialética prazer e sofrimento” engloba as categorias intermediárias H – Sofrimento no trabalho e I – Prazer no trabalho. Esta categoria mostra como os sentimentos de sofrimento e prazer no trabalho se refletem nos sujeitos analisados.

Observou-se que o sofrimento e o prazer no trabalho vêm da própria natureza do trabalho dos médicos. O sofrimento, geralmente, aparece a partir da angústia de algumas insatisfações profissionais. O fato de ter que abdicar de momentos com a família em nome do trabalho é um dos principais fatores geradores de sofrimento no trabalho.

Os horários desgastantes da profissão também colaboram para o surgimento desse sentimento. Os diferentes turnos em que muitas vezes são obrigados a trabalhar, quando em excesso, podem inclusive causar problemas de saúde. Devido às mudanças na vida política, econômica e social do país, os médicos têm que trabalhar em mais de um local para oferecer uma boa qualidade de vida e um bom sustento a sua família.

Muitos outros fatores também são responsáveis pela angústia e pelo sofrimento dos entrevistados. Quando seus objetivos profissionais traçados não são atingidos ou quando estão à espera da melhora de um paciente e isso não acontece, os médicos tendem a ter fortes decepções e frustrações com relação a seu trabalho. Mesmo entendendo que isso pode, e deve, acontecer com alguma frequência, quando acontece, o sentimento de sofrimento é inevitável.

Porém, foi observado que é característica dos entrevistados não fugir dessas angústias e/ou problemas que vão surgindo. Eles tendem a enfrentá-los, no intuito de solucioná-los, buscando alterar o quadro de sofrimento no trabalho.

Ao conseguir resolver situações difíceis e complicadas, o sentimento de sofrimento dá lugar ao sentimento de prazer no trabalho, e é esse sentimento que, aparentemente, os entrevistados buscam alcançar. Mesmo que o sofrimento no trabalho apareça na vida dos indivíduos de modo um tanto freqüente, o sentimento de prazer parece estar mais presente.

A própria natureza da profissão, os motivos que os fizeram escolhê-la, o propósito dela na vida das pessoas e ver que eles são capazes de ajudar pessoas talvez seja a principal fonte de prazer. O momento em que estão colocando em prática seus conhecimentos é aquele em que tudo parece estar fazendo sentido, o momento em que realmente se consideram completos e auto-realizados.

Para que isso aconteça, segundo os entrevistados, é essencial a presença de amor e dedicação ao trabalho. Tendo isso, a identificação acontecerá, o que dará margem para o aparecimento de bons profissionais. Eles consideram uma consequência do trabalho ter sorte de gostar daquilo que fazem, pois o profissional bem-sucedido é aquele que tem equilíbrio e sente prazer no que faz. Contemplar os bons resultados faz com que haja um sentimento de valorização do trabalho.

A medicina é uma profissão que possibilita a autonomia e a liberdade nas atividades. Essas duas características são essenciais para o surgimento da criatividade no trabalho. A

criatividade no trabalho médico permite a elaboração de diferentes saídas e soluções para os problemas de suas atividades. Ela é vista como uma maneira de desenvolver novas estratégias, aprimorando a profissão e dando a ela características de trabalho personalizado, afinal, nenhum médico agirá exatamente da mesma maneira que outro médico. A criatividade é essencial em trabalhos ambulatoriais, quando, por falta de materiais e pessoal, os médicos são obrigados a desenvolver novas técnicas para continuar ajudando as pessoas. Porém, o seu uso deve estar sempre dentro dos limites permitidos pela organização.

Alguns profissionais têm a possibilidade de realizar atividades docentes. Aqueles que as fazem se sentem plenamente satisfeitos com elas, pois vêem a possibilidade de passar adiante seus conhecimentos e técnicas, além de estar constantemente aprendendo e se aperfeiçoando.

O *status* de ser médico e os ganhos financeiros são bastante chamativos; porém, não são, em si só, fatores primordiais para o sentimento de prazer. O sentimento de prazer no trabalho dos médicos entrevistados parece estar mais intrinsecamente ligado a razões de cunho intangíveis do que tangíveis.

6.4 SÍNTESES

O presente capítulo mostrou a análise dos dados coletados a partir do método de análise de conteúdo (MORAES, 1993). Por meio do método escolhido, chegou-se a 25 categorias iniciais, as quais derivaram em sete categorias intermediárias. A última derivação resultou nas quatro categorias finais da pesquisa.

Com esse método, informações pertinentes a respeito dos sujeitos da pesquisa e como eles se comportam diante de algumas questões como profissão, família, ambiente de trabalho, etc. foram encontradas.

A seguir, serão apresentadas algumas considerações finais sobre o estudo.

CAPÍTULO 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este capítulo tem como objetivo retomar o processo de elaboração desta pesquisa, bem como delinear algumas conclusões com base nos dados colhidos. A pesquisa apresentada buscava analisar o conceito e as características do indivíduo *worklover*, no intuito de verificar se ele realmente existe ou se não é uma nova denominação para *workaholic*, e teve como objetivos específicos para alcançar o objetivo final identificar fatores que implicam a significação do trabalho; analisar a dialética prazer e sofrimento no trabalho; identificar as relações estabelecidas entre a vida pessoal e o trabalho; e verificar como os médicos entrevistados percebem a vida além do trabalho.

Para tanto, foi necessário estudar a organização do trabalho, o trabalho organizacional, a dialética prazer e sofrimento, os conceitos de *workaholic* e *worklover* e o trabalho na área médica, para que, então, se pudesse dar seguimento à pesquisa. Esse referencial teórico foi de suma importância para este estudo, pois foi não apenas fonte de conhecimento, mas também uma ferramenta para a construção dos instrumentos para a coleta e a análise dos dados.

Seguindo a seqüência de passos da metodologia da análise de conteúdo proposta por Moraes (1993), foi possível a realização de análises que levaram a descrições objetivas, sistemáticas e qualitativas dos depoimentos dos entrevistados, o que auxiliou a reinterpretar seu conteúdo e atingir uma compreensão aprofundada de seus significados, bem como o conhecimento de aspectos e fenômenos da vida social que, de outro modo, seriam inacessíveis.

De acordo com os princípios da exclusão mútua e da homogeneidade propostos por Moraes (1993), cada elemento foi classificado em apenas uma categoria, de acordo com um único princípio de classificação. Com isso, as categorias representaram, na verdade, um esforço de síntese da comunicação, onde foram destacados seus aspectos mais relevantes. Em cada categoria, foram compiladas todas as informações relativas a ela, utilizando-se o princípio da exaustividade.

Igualmente, a análise levou a diferentes dimensões de investigação, relacionando as categorias entre si, seja por características sutis ou subjetivas, seja por contradições explícitas ou implícitas, por meio do princípio da representatividade. A partir disso, o estudo levou em conta o encadeamento das categorias, que, embora sigam regras que objetivam a síntese dos dados, não podem negar a riqueza e a complexidade das informações obtidas. Por isso, as categorias não foram tratadas isoladamente ou analisadas de forma estanque.

Foram obtidas 25 categorias iniciais, a partir do exame das oito entrevistas realizadas, passando pelas etapas de preparo das informações. Fez-se, então, a categorização das unidades e, em seguida, a descrição e a interpretação de cada uma das categorias obtidas.

Nas categorias iniciais, alguns tópicos referentes aos objetivos do trabalho foram surgindo, tais como aspectos que proporcionam prazer e sofrimento no trabalho, aspectos pertinentes à profissão no atual contexto brasileiro, aspectos relacionados com a vida dos entrevistados fora do ambiente de trabalho e as percepções que eles têm sobre seu trabalho.

Com as categorias iniciais prontas, uma nova releitura dos materiais foi feita e o processo, repetido, de forma a chegar à elaboração de um número menor de categorias, mais amplas e abrangentes que as anteriores, denominadas de categorias intermediárias. Chegou-se a um número de oito categorias intermediárias, as quais reforçaram os aspectos referentes aos objetivos principal e específicos desta pesquisa.

A partir das categorias intermediárias, deu-se início a uma nova repetição do processo, no intuito de encontrar as categoriais finais. Chegou-se a quatro categorias finais: I. O significado do trabalho médico; II. A realidade médica brasileira; III. Recompensas da profissão; e IV. A dialética prazer e sofrimento.

Assim, torna-se conveniente fazer algumas considerações a respeito das categorias finais, relacionando-as com os objetivos do trabalho, a fim de verificar se estes foram atingidos.

Na categoria final I (O significado do trabalho médico), pode-se chegar à consideração de que o trabalho para os médicos entrevistados é inerente a sua vida. Não se vive sem trabalho, e vários são os motivos que os levam a trabalhar, além da necessidade de sobrevivência, como a realização pessoal e profissional, a possibilidade de aprendizado e o próprio gosto pelo ato de trabalhar. Em se tratando do trabalho específico dos médicos entrevistados, o motivo maior é poder ajudar as pessoas, curar doenças, salvar vidas. Para alcançar esse objetivo, é fundamental

que o profissional tenha muita determinação, pois o aprimoramento da profissão do médico é praticamente uma constante, no sentido de que eles estão sempre buscando as melhores técnicas para cuidar de seus pacientes.

Segundo estudos de Ferreira et al. (2000), investigar o desejo de ser médico pode ser frágil e mesmo pretensioso, pois esse aspecto pode ser desconhecido, muitas vezes, para o próprio sujeito. Estudos mostram que o fascínio que a medicina continua a exercer sobre aqueles que escolhem a profissão não se deve apenas às questões de mercado. A imagem e o status social que o título de médico confere, conquistado, principalmente, a partir do século XIX, devem ser ainda a razão mais forte. O capital simbólico¹⁰ da medicina, representando prestígio e poder, pode ainda colocar a profissão como símbolo de ascensão social. Ainda existe uma imagem idealizada do médico na sociedade (FERREIRA et al., 2000).

Mesmo sendo o trabalho médico marcado pela complexidade e pela alta dedicação, é um trabalho que possibilita o convívio com diversas pessoas, pois os médicos trabalham com outras pessoas, ou seja, eles possuem equipes de trabalho. O trabalho em equipe, além de fornecer aos pacientes um tratamento mais completo devido ao trabalho conjunto de diferentes especialidades, também permite aos médicos ter momentos de lazer fora do ambiente de trabalho. Um outro modo de convívio com outras pessoas é o contato com os pacientes, aprender e trocar experiências com eles. Esse contato com diferentes pessoas precisa ser pautado por princípios éticos e humanísticos, de modo a proporcionar, com respeito ao outro, uma melhor qualidade de vida aos que necessitam. Dessa forma, o trabalho manifesta-se como uma forma de construção de identidade, de sentido e também de inserção social. Assim, foi possível atingir o objetivo de identificar fatores que implicam a significação do trabalho.

Nesta mesma categoria, é possível identificar um aspecto relacionado tanto a esse objetivo específico quanto a outro. Quando o trabalho possui um significado na vida do profissional, esse fato se torna uma fonte de prazer. Existe uma realização pessoal e profissional quando o profissional consegue contemplar seu trabalho e ver bons resultados.

¹⁰ Conforme Bourdieu (2005), o capital simbólico, geralmente chamado prestígio, reputação, fama, é a forma percebida e reconhecida como legítima das diferentes espécies de capital. Os possuidores de capital simbólico são dotados de poder simbólico, espécie de poder quase natural e incessantemente naturalizado, que confere aos seus detentores a legitimidade pela enunciação legítima da palavra. O poder simbólico é um poder de fazer coisas com palavras. Nesse sentido, o poder simbólico é um poder de consagração ou de revelação, um poder de consagrar ou de revelar coisas que já existem (BOURDIEU, 2005).

Um outro ponto importante que apareceu nesta categoria irá ajudar a explicar o objetivo geral deste estudo, que será tratado mais adiante. Os médicos entrevistados deram bastante ênfase na flexibilidade e na autonomia de seu trabalho, especialmente pelo fato de eles determinarem suas metas e objetivos. Porém, quando se analisam essa flexibilidade e autonomia, percebem-se limitações. A flexibilidade e a autonomia para se estabelecer metas e objetivos, e até mesmo para exercer a profissão, estão delimitadas tanto pela organização em que os médicos estão inseridos como pela própria especialidade médica. Essas limitações pareceram não ser percebidas pelos entrevistados.

A categoria final II (A realidade médica no Brasil) pode ser relacionada tanto ao objetivo de identificar as relações estabelecidas entre a vida pessoal e a vida no trabalho, como ao de verificar como os médicos percebem a vida além do trabalho.

A medicina ainda exerce um certo fascínio na sociedade brasileira. Existe uma forte idéia de que os médicos, além de terem a capacidade de ajudar e curar outras pessoas, também recebem os maiores salários do país. É sobre essa segunda idéia que os médicos entrevistados divergem. Para que os salários ultrapassem o básico, é necessário que trabalhem em mais de um local e, com isso, seu tempo para outras atividades fica reduzido. Além disso, muitos comparam o valor de uma consulta médica com o que profissionais de outras áreas cobram por seus serviços. A diferença de valor faz com que os médicos sintam que sua profissão, apesar de sua importância, está desvalorizada. A entrada dos planos de saúde também colaborou com a baixa dos salários dos médicos, uma vez que, agora, todos os profissionais encontram-se no mesmo nível e, por isso, recebem iguais valores.

O aumento do número de médicos no mercado de trabalho é outro fator que faz com que a atual situação da profissão seja percebida dessa maneira pelos entrevistados. Inclusive a maneira como os novos profissionais percebem a profissão possivelmente seja diferente da dos que já estão há mais tempo atuando, pois agora, devido à maior concorrência, estabelecer-se no mercado não é mais uma tarefa tão simples.

O descaso e a despreocupação das autoridades para com o sistema de saúde brasileiro são outro ponto que influencia tanto na vida profissional quanto na pessoal dos entrevistados. Como, aparentemente, as verbas destinadas à saúde não estão sendo repassadas em sua totalidade, em

muitos casos os médicos não conseguem prestar um atendimento como deveriam, pois lhes faltam condições materiais, de pessoal e de infra-estrutura.

Esse tipo de acontecimento gera sofrimento aos médicos, visto que pouco pode ser feito, por parte deles, para mudar a situação. Porém, mesmo sem muitas condições, alguns profissionais conseguem criar novas soluções para amenizar as carências do serviço de saúde brasileiro. Quando essas novas soluções conseguem atenuar alguns dos problemas que enfrentam, o sentimento de sofrimento dá lugar ao sentimento de prazer. Aqui, mais uma vez, é possível perceber a dialética prazer e sofrimento no trabalho.

A terceira categoria final (Recompensas da profissão) também possui forte ligação com os objetivos de identificar as relações estabelecidas pelos entrevistados entre a vida pessoal e a vida no trabalho, como também de verificar a forma como esses percebem a vida além do trabalho.

Conforme já havia sido percebido na categoria final, “O significado do trabalho”, a possibilidade de estar em contato com outras pessoas é uma recompensa fundamental na profissão do médico. O contato com os colegas de trabalho, tanto da mesma equipe como de equipes diferentes, é percebido como uma maneira de se estreitarem os laço profissionais e pessoais e também de melhorar suas técnicas e práticas de trabalho por meio de opiniões, sugestões e discussões dos casos trabalhados. Neste momento, é possível perceber o espaço da palavra proposto por Dejours (1992), ou seja, é criado um espaço de debate, um espaço para debate, o que caracteriza o espaço público proposto por Arendt (2004).

O reconhecimento do trabalho também é uma recompensa para os médicos. Conforme afirma Dejours (1996), o reconhecimento é decisivo na dinâmica da mobilização subjetiva da inteligência e da personalidade no trabalho, ele gera uma motivação no trabalho. Devido ao maior contato com os colegas de trabalho, o reconhecimento por parte desses é percebido diariamente, quando os colegas levam em conta a opinião de outros, quando colegas pedem a outros que façam cirurgias em familiares, etc. O reconhecimento por parte de alunos e residentes também é importante no sentido de os médicos verem nessa relação que aquilo que estão ensinando está sendo bem compreendido e bem aplicado no desempenho da profissão. O reconhecimento por parte dos pacientes é um ponto de divergência entre os médicos. Alguns consideram que existe o reconhecimento; outros, porém, devido à fugacidade da relação médico-paciente, consideram que os pacientes não possuem tempo hábil para reconhecer o trabalho do médico.

Outro tipo de recompensa da profissão diz respeito aos momentos de lazer dos médicos. Como em todas as profissões, momentos de lazer fora do ambiente de trabalho são muito necessários e, segundo os entrevistados, esses momentos são muito valorizados, devido ao fato de que é muito difícil consegui-los. E, quando isso acontece, é necessário aproveitá-los completamente, ou seja, os pensamentos devem estar voltados para os momentos de lazer, e não para a profissão. Observou-se que, mesmo os médicos sabendo que nem sempre é possível ter muitos momentos de lazer, é importante possuir uma vida além do trabalho. Também se notou que, para que isso aconteça, o médico precisa fazer uma programação e um planejamento sério para realizar essas atividades.

Com a análise dessa categoria também se percebeu que, se a relação entre a vida pessoal e a profissional possui algum limite, ele é muito tênue. Com o exame das entrevistas, observou-se que a vida pessoal e a profissional não são excludentes, e sim complementares, no sentido de que a união de ambas faz do sujeito um ser único. Complementando essa consideração, a harmonia e o equilíbrio dessas duas vidas é que permitem que o profissional se sinta auto-realizado.

É interessante observar que uma categoria está conectada a outra e que, na análise das três primeiras categorias, menções sobre a dialética prazer e sofrimento estão sempre presentes. E é exatamente esse o tema da categoria IV – A dialética prazer e sofrimento.

A categoria permite manifestar que o prazer e o sofrimento no trabalho são gerados pela própria natureza do trabalho, pelo atual contexto da saúde no Brasil, pela (des)valorização pessoal e profissional do médico e da Medicina e pela possibilidade, ou não, de encontrar novas soluções no exercício do trabalho médico propriamente dito.

Segundo Dejours & Abdoucheli (1994), o prazer e o sofrimento são vivências subjetivas, que implicam um ser de carne e um corpo onde ele se exprime e se experimenta, da mesma forma que a angústia, o desejo, o amor, etc. Assim, pode-se considerar que qualquer situação ou evento de trabalho não são, necessariamente, eventos negativos, mas caso o sejam, vai depender muito do profissional alterar esse quadro negativo para um positivo.

Observou-se que o sofrimento no trabalho dos médicos possui muitas fontes, como a abdicação de momentos com a família em nome do trabalho, os horários desgastantes, as mudanças de ordem política, econômica e social, entre outras. Também foi percebida uma forte determinação no sentido de alterar as situações de sofrimento, ou seja, é característica dos

entrevistados enfrentar esses eventos no intuito de minimizar o sofrimento no trabalho. Essas novas saídas são elaboradas a partir da criatividade de cada profissional, utilizando-se dos recursos disponíveis.

Assim, quando conseguem resolver essas situações, o sofrimento dá lugar ao prazer, e este parece ser o sentimento que os entrevistados buscam. Dessa forma, percebe-se que o sentimento de prazer, conforme afirmam Tejada & Mazzilli (2002), pode ser conseguido através do próprio trabalho, e esse sentimento acaba indo em direção à saúde do trabalhador e ao aumento da produtividade. Para Dejours (1992), o prazer no trabalho é um produto derivado do sofrimento. O trabalho determina a própria sobrevivência e o condicionamento social do indivíduo, constituindo-se em um fator de equilíbrio e desenvolvimento do ser humano.

Conforme afirma Dejours, foi percebido que o prazer é derivado do trabalho; porém, ele também pode vir de outras fontes. A natureza da profissão, os motivos de sua escolha, a prática de seus conhecimentos fazem com que os indivíduos se sintam auto-realizados. Junto a isso, também estão o amor, dedicação e a identificação com o trabalho. A consequência dessas percepções é um profissional bem-sucedido no seu trabalho, que tem equilíbrio nas suas atividades e que sente prazer no que faz.

Cabe salientar que essa categoria final revelou sua importância na significação do trabalho e na dialética prazer e sofrimento, uma vez que, segundo Dejours & Abdoucheli (1994), aspectos relacionados com as falas, como a inventividade, a cooperação e a confiança estão, em parte, ligadas ao prazer no trabalho.

Enfim, pode-se verificar a existência de coerência e inter-relação entre as categorias finais obtidas dos processos de derivação das categorias por meio do método de Análise de Conteúdo preconizado por Moraes (1999). Para o autor, as categorias devem obedecer a alguns critérios. Elas devem ser válidas, exaustivas, homogêneas, exclusivas e objetivas.

A validade das categorias, conforme o item Procedimentos Metodológicos, é dada por sua pertinência ou adequação, ou seja, as categorias criadas devem ser pertinentes aos objetivos da análise, à natureza do material avaliado e às questões a que se pretende responder (MORAES, 1999). Nesse quesito, considera-se que as categorias obtidas na pesquisa são válidas, uma vez que são adequadas ao que foi proposto inicialmente, e chegam a ampliar algumas percepções ou

mesmo criar novas possibilidades de pesquisa. Além disso, algumas categorias estão adequadas ao referencial teórico escolhido, especialmente a dialética prazer e sofrimento no trabalho.

O critério da exaustividade pode ser definido como critério de inclusividade. Este critério determina que todo o conteúdo significativo obtido deva ser categorizado, definido de acordo com os objetivos da análise (MORAES, 1999). Nesse estudo, foram encontradas categorias referentes ao prazer no trabalho, sofrimento no trabalho, significado do trabalho, a medicina no atual contexto brasileiro, a vida fora do ambiente de trabalho, entre outras. Assim sendo, pode-se afirmar que esse critério foi alcançado.

O terceiro critério, o da homogeneidade, significa que cada conjunto de categorias deve ser homogêneo, deve ser estruturado em uma dimensão de análise (MORAES, 1999). É possível afirmar que esse critério também foi alcançado nos processos de derivação. Embora se tenham obtido vários aspectos a serem discutidos dentro de uma mesma categoria, eles podem ser considerados parte de um mesmo tema, como se pode observar nos processos de derivação das categorias intermediárias e finais.

O critério da exclusividade de cada elemento da análise, ou cada unidade de conteúdo, não pode fazer parte de mais de uma divisão. É a exclusividade mútua. Para tanto, é preciso fazer uma classificação precisa e clara nesse processo. O critério da objetividade, que visa à consistência das análises, está estreitamente associado ao critério da exclusividade. Contudo, o próprio Moraes (1999) questiona o uso da objetividade na pesquisa qualitativa, ao dizer que cada um pode captar diferentes dimensões para um mesmo texto ou conteúdo exposto, em função da própria subjetividade.

Moraes (1999) considera que não é possível fazer uma leitura neutra do conteúdo obtido, já que toda leitura constitui uma interpretação. Por esse motivo, há a possibilidade de múltiplos significados, e a coincidência de significados entre diferentes leitores não é indispensável. Além disso, é preciso considerar o contexto, além do conteúdo, do autor, do destinatário e das formas de codificação e de transmissão das mensagens nesse processo de análise. Dessa forma, por mais que se tenha tentado objetivar o processo de categorização do conteúdo, ele foi afetado pela subjetividade da autora e pelo contexto vivenciado. Ou seja, as categorias formadas são exclusivas e fidedignas dentro da interpretação atual da autora; porém, em outro momento, em

outro contexto, com outra análise, ou outros leitores, outras e novas categorias poderiam ser formadas, sem serem perdidas a exclusividade e a fidedignidade dos conteúdos.

Em se tratando de haver coerência entre as quatro categorias finais obtidas, considera-se que o referencial teórico escolhido foi adequado para nortear e embasar a pesquisa realizada, bem como para atingir os objetivos propostos. Porém, após essas primeiras considerações, questiona-se: onde está a análise do indivíduo *worklover*? Dessa forma, a partir do delineamento das categorias iniciais, intermediárias e finais, foi possível responder a questão central da pesquisa: *É possível existir o indivíduo worklover da maneira como está sendo apresentado na literatura ou ele é apenas uma nova denominação para workaholic?* Primeiramente, antes de analisar o indivíduo *worklover*, tentar-se-á examinar se os entrevistados podem ser considerados *workaholics*.

A partir do referencial teórico sobre *workaholics*, verifica-se que esses indivíduos não possuem uma relação indivíduo-organização saudável. Além disso, apresentam dificuldades de tirar férias ou ter momentos de lazer, exatamente pelo fato de, quando o fazem, não conseguirem se desvincular, nem em pensamento, de seus trabalhos. Os *workaholics* também são caracterizados por se transformar somente em força de trabalho, sem que este tenha significado. Esse tipo de alienação, segundo os autores desse tema, pode ser evidenciado especialmente em organizações coercitivas, que possuem poder sobre os indivíduos que nelas atuam. Os *workaholics*, segundo SERVA & FERREIRA (2004), também podem ser identificados a partir de alguns tipos de comportamento: compulsivo-dependente, perfeccionista e orientado para realização.

Tendo estas características em mente, é possível perceber que os médicos entrevistados não se encaixam nessas descrições. Em certas ocasiões, alguns traços podem ser observados, mas é importante salientar que estes não são significativos a ponto de se poder afirmar que os médicos são *workaholics*.

Feitas essas considerações sobre os *workaholics*, pode-se passar para a análise do conceito e das características dos indivíduos *worklovers*. Segundo CODO (2004), os *worklovers* possuem uma autonomia maior em suas tarefas, pois eles sentem que podem modificar o mundo com seu trabalho. Relacionando essa característica às análises feitas com relação às entrevistas, os médicos possuem autonomia e flexibilidade para realização de seu trabalho. Porém, como já

havia sido citado anteriormente, a autonomia e a flexibilidade não são ilimitadas. Afinal, os médicos estão inseridos em uma organização que recomenda um determinado tipo de comportamento. Fazendo com que a autonomia e a flexibilidade fiquem limitadas àquilo que é aceitável pela organização.

Uma outra questão diz respeito à criatividade. Tem-se a impressão de que o uso da criatividade fica restrito aos indivíduos *worklovers*; porém, a criatividade pode estar presente em todos os tipos de pessoas e profissionais, inclusive nos *workaholics*.

Com relação ao tempo cronológico, em termo de quantidade de horas trabalhadas, em muitos casos, devido à natureza da profissão, uma maior dedicação é necessária. O fato de um profissional despender muitas horas em seu trabalho não quer, necessariamente, dizer que o indivíduo seja um *worklover* ou um *workaholic*.

O *worklover* também seria um indivíduo que está sempre satisfeito com seu trabalho. Assim, conforme foi visto nas entrevistas, a satisfação com o trabalho não é uma constante, pois é possível que existam momentos em que esse sentimento, devido a diversos fatores, possa ser comprometido. Além disso, a partir das análises e do referencial teórico, verificou-se que o prazer deriva do sofrimento no trabalho, mas não apenas deste. Se, a princípio, um indivíduo não sofre, parte do sentimento de prazer terá grandes chances de não existir.

Dessa forma, a partir desta análise, pode-se concluir que tanto o conceito de *worklover* como suas características ainda não são consistentes a ponto de se poder afirmar que o *worklover* é um novo estilo de trabalhador. Além disso, sua fundamentação teórica é recente, e os exemplos e as situações citados pelos autores que advogam o tema são vagos e, em alguns momentos, inconsistentes.

O presente estudo também possibilitou visualizar a existência tanto do prazer como do sofrimento no trabalho, suas localizações, os fatores que os motivam e como ocorre sua dinâmica dialética. Percebe-se que o trabalho em si, apesar do sofrimento que contém, possibilita também vivenciar um prazer real e concreto, ao passo que parte do sofrimento que foi relatado reside na própria natureza da profissão e no atual contexto brasileiro.

Como limitações do estudo, pode-se apontar o tipo de amostra definida para a entrevista, que foi composta por médicos com mais de 20 anos de profissão e, por conseguinte, com um bom nível socioeconômico, além de uma posição mais estável na profissão. Embora esses critérios

fossem importantes para configurar a regularidade da amostra, considera-se a amostra apenas um recorte do mercado de trabalho médico. Isso implica a impossibilidade da generalização dos resultados obtidos, embora eles possam ser validados por outros estudos.

Uma outra limitação foi a dificuldade de contato e agendamento com os médicos. Foram quatro meses de coleta de dados e muitas entrevistas precisaram ser remarçadas mais de duas vezes. Embora houvesse interesse em boa parte dos médicos convidados a participar da pesquisa, seus compromissos profissionais eram a sua prioridade, por isso, algumas das entrevistas não puderam ser realizadas em tempo hábil.

Como já foi citado, a falta de referenciais teóricos para o tema *worklover* também foi, de certa forma, uma limitação. Porém, essa limitação acabou colaborando no delineamento da pesquisa e nas considerações finais.

Por ser o *worklover* um assunto novo, pouco explorado e estruturado, novos questionamentos foram suscitados, os quais podem orientar estudos futuros.

Assim como há defensores do termo *worklover*, há também quem não o utilize ou até mesmo o critique. Sendo assim, outros estudos poderiam ser feitos no sentido de classificar e, até mesmo, não mais classificar o termo *worklover*. Os *workaholics* possuem um referencial mais consistente e, conforme se observou nas análises das entrevistas, alguns profissionais possuem características de viciados em trabalho. Dessa forma, mais reflexões sobre o tema poderiam ser feitas, também no sentido de melhor caracterizá-los.

Uma outra sugestão para estudos futuros diz respeito ao tempo de profissão dos entrevistados. Conforme foi verificado, as percepções dos médicos estão relacionadas com o tempo de carreira e a estabilidade no mercado de trabalho. Portanto, uma questão suscitada seria verificar a opinião e o comportamento de médicos e até mesmo profissionais de outras áreas que recém estejam entrando no mercado de trabalho. Como seria o significado do trabalho para eles? E como seria a dialética prazer e sofrimento?

Enfim, espera-se que a partir desse estudo, novas pesquisas sobre os temas venham a ser realizadas.

REFERÊNCIAS

- ALBORNOS, Suzana. **O que é trabalho**. 5ª ed, São Paulo: Brasiliense, 1992.
- ALBUQUERQUE, L. G.de; FRANÇA, A. C. L. Estratégias de recursos humanos e gestão da qualidade de vida no trabalho : o stress e a expansão do conceito de qualidade total. **Revista de Administração de Empresas**, v. 33, n. 2, p. 40-51, abr./jun. 1998.
- ANSALONI, J. A.; ÉSTHER, A. B. Relações de Trabalho e Inovação Tecnológica na Gerência de Sistemas de uma Organização Produtora de Jornais, **RAC – Revista de Administração Contemporânea**, v. 3, n. 2, Mai./Ago. 1999.
- ANTUNES, Ricardo. **Os sentidos do trabalho**. São Paulo: Boitempo, 2000.
- ARENDT, Hannah. *A condição humana*. 10.ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2004.
- BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977. 226 p.
- BASTOS, A. V. B., et al. Significado do trabalho: um estudo entre trabalhadores inseridos em organizações formais. *Revista de Administração de Empresas*. São Paulo, v. 35, n. 6, p 20 - 29. 1995.
- BORGES, Livia. As concepções do trabalho: um estudo de análise de conteúdo de dois periódicos de circulação nacional, **RAC – Revista de Administração Contemporânea**, v.3, n.3, set./dez. 1999.
- BOURDIEU, Pierre. **O poder simbólico**. 8. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2005.
- BRAGA, José Carlos de Souza; SILVA, Pedro Luiz Barros. In: NEGRI, Barjas; GIOVANNI, Geraldo Di (Orgs.) **Brasil: radiografia da saúde**. Campinas: UNICAMP, 2001.
- BRANT, Luiz Carlos; GOMEZ, Carlos Minayo. **A transformação do sofrimento em adoecimento**: do nascimento da clínica à psicodinâmica do trabalho. Rio de Janeiro, 2003. Disponível em: <http://www.interfaz.com.br>. Acesso em: 03 jul. 2005.
- BRASIL. **Projeto de Lei do Ato Médico n.25/2002**. Disponível em: <<http://www.fenam.org.br>> Acesso em: 29 jan. 2007.
- BRASIL. Resolução **CFM nº 1.673/03**. Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos. Brasília, Diário oficial da união de 7/08/03.
- CHANLAT, Jean-François **O indivíduo na organização**: dimensões esquecidas. São Paulo: Atlas, 1991-1994. 3 v
- CHANLAT, Jean-François. **Ciências sociais e management**: reconciliando o econômico e o social. São Paulo: Atlas, 1999.

CHESNAIS, François. Mundialização do capital, regime e acumulação predominantemente financeira e programa de ruptura com o liberalismo. In: **Revista da sociedade brasileira de economia política**. Rio de Janeiro n.1, 1997.

Científica. São Paulo: Atlas, 1985.

CODA, Roberto; FONSECA, Gláucia Falcone. Em busca do Significado do trabalho: Relato de um estudo qualitativo entre executivos. **Revista Brasileira de Gestão de Negócios**, n.14, p.7-18, abr.2004.

CODIGO DE ÉTICA MÉDICO. Resolução CFM nº 1.246/88. Brasília, Diário oficial da união de 26/01/88.

CODO Wanderley. **É permitido gostar de trabalhar**. Brasília. Disponível em: <<http://www.unb.br/acs/bcopauta/comportamento>>. Acesso em: 01 dez. 2005.

CODO, Wanderley, SAMPAIO, José Jackson Coelho e HITOMI, Alberto Haruyoshi. **Indivíduo, trabalho e sofrimento**. Petrópolis: Vozes, 1993.

CODO, Wanderley. **O que e alienação**. 7.ed. Sao Paulo: Brasiliense, 1991.

DA SILVA, M. A. **Concepção ergonômica dos locais e dos espaços de trabalho de uma unidade de emergência hospitalar**. Florianópolis, 1999 Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção). Programa de Pósgraduação em Engenharia de Produção, UFSC, 1999.

DE MASI, Domenico. **O ócio criativo**; Trad. Lea Manzi. – Rio de Janeiro: Sextante, 2000.

DEJOURS, Christophe **A banalização da injustiça social**. Rio de Janeiro: FGV, 1999.

DEJOURS, Christophe. **A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho**. São Paulo: Cortez, 1992.

DEJOURS, Christophe. Trabalho e saúde mental: da pesquisa à ação. In: DEJOURS, C.; ABDOUCHELI, E.; JAYET, C. **Psicodinâmica do trabalho: contribuições da escola dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho**. São Paulo: Editora Atlas, 1994.

DEJOURS, Christophe. Uma nova visão do sofrimento humano nas organizações. In: CHANLAT, Jean-François.(Org.). **O indivíduo na organização: dimensões esquecidas**. V. 1. 3ª ed. São Paulo: Editora Atlas, 1996.

ETZIONI, A. Sociologia industrial: o estudo das organizações econômicas. In:_____. (Org). **Organizações complexas**. São Paulo : Atlas, 1981.

ETZIONI, Amitai. **Organizações Modernas**. São Paulo: Pioneira. 5ed. 1976

FARIA, José Carlos. **Administração: teorias e aplicações**. São Paulo, SP: Thomson/Pioneira, 2002.

FEDERAÇÃO NACIONAL DE MEDICINA. **O que é medicina?** Disponível em <www.fenam.org.br>. Acesso em: 29 jan. 2007.

FERREIRA, José Maria Carvalho. Novas tecnologias e organização do trabalho. **O&S – Organização & Sociedade**. v.7, n.19, Set/Dez, 2000.

FERREIRA, José Maria Carvalho. **Trabalho e sindicalismo no contexto da globalização**, 2002.

FERREIRA, R.A., PERET FILHO, L.A., GOULART, E.M.A., VALADÃO, M.M.A. **O estudante de medicina da Universidade Federal de Minas Gerais: perfil e tendências.** Revista da Associação de Medicina Brasileira. vol.46 n.3 São Paulo Jul/Set. 2000. Disponível em: <www.ramb.org.br>. Acesso em: 10 dez. 2005.

FLEURY, Afonso; VARGAS, N. **Organização do Trabalho: uma abordagem interdisciplinar: sete casos brasileiros para estudo.** São Paulo: Atlas, 1987.

FOSSÁ, Maria Ivete Trevisan. **A cultura de devoção nas empresas familiares e visionárias :** uma definição teórica e operacional. 2003. 296f. Tese de Doutorado em Administração - Escola de Administração, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

FOUCAULT, M. **Vigiar e Punir.** 5 ed. Petrópolis: Vozes, 1987.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder.** 14ªed., Rio de Janeiro: Graal, 1999

FRANÇA, Ana Cristina Limongi; RODRIGUES, Avelino Luiz. **Stress e trabalho: uma abordagem psicossomática.** 2. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

FURLANI, D. **As necessidades humanas básicas de trabalhadores noturnos permanentes de um hospital geral frente ao não atendimento da necessidade sono.** Florianópolis, 1999. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção). Programa de Pós-graduação em Engenharia de Produção, UFSC, 1999.

GARDNER, Howard, CSIKSZENTMIHALYI, Mihaly, DAMON, William. **Trabalho Qualificado: quando a excelência e a ética se encontram;** Trad. Maria Adriana Veríssimo Veronese. – Porto Alegre: Artmed/Bookman, 2004.

GIL, Antonio Carlos. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social.** 4. ed. São Paulo: Atlas, 1994.

GONÇALVES, E. **Administração de recursos humanos nas instituições de saúde.** São Paulo: Pioneira, 1987.

HANSEN, Randall S. **Are you – or someone you know – a workaholic?** In: Quintessential careers on line. Disponível em <<http://www.quintcareers.com>>. Acesso em: 17 set. 2005.

HARVEY, David. **A condição pós-moderna: uma pesquisa sobre as origens da mudança cultural.** São Paulo: Loyola, 2005.

JESUS, Teresinha de. **O trabalho do trabalho do homem.** Disponível em <<http://www.cuidardoser.com.br>>. Acesso em: 04 dez. 2006.

JOIA, Luiz Antonio. Geração de modelos teóricos a partir de estudos de casos múltiplos: da teoria à prática. In. VIEIRA, Marcelo Milano Falcão; ZOUAIN, Deborah Moraes (org.) **Pesquisa Qualitativa em Administração.** Rio de Janeiro, Editora FGV, 2004.

JUNIOR, Lybio. **História da Medicina: Curiosidades & Fatos.** São Paulo: Astúrias, 2004.

LAPLANCHE, Jean. **Vocabulário da Psicanálise.** São Paulo: Martins Fontes, 1995.

LEME, Patrícia Regina Stumpf Paes. **Análise do significado de Programa de Demissões Voluntárias do Banco do Brasil.** 2000. 129. Dissertação (Mestrado em Administração) - Escola de Administração, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

LUNARDI FILHO, Wilson Danilo. **Prazer e sofrimento no trabalho: contribuições à organização do processo de trabalho da enfermagem..** 1995. 288. Dissertação (Mestrado em

Administração) - Escola de Administração, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

MACEDO, Kátia Barbosa. Cultura, Poder e Decisão na Organização Familiar Brasileira. **RAE-eletrônica**, Volume 1, Número 1, jan-jun/2002. Disponível em: <<http://rae.com.br>>. Acesso em: 09 mai. 2005.

MACHADO, M. H.; REGO, S. **Essencialidade da profissão médica e serviços de saúde**. São Paulo: Cadernos Fundap, 1996. Disponível em <<http://www.fundap.sp.gov.br>>. Acesso em 5 fev. 2006.

MACHADO, M.H. **Os médicos no Brasil: um retrato da realidade**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1997.

MANSSOUR, Ana Beatriz Benites. **Análise do impacto do teletrabalho em uma empresa jornalística**. 2001. 106f. Dissertação (Mestrado em Administração) - Escola de Administração, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

MARX, Karl. **Manuscritos econômicos e filosóficos**. Rio de Janeiro: Zahar, 1984.

MATTOSO, Jorge. **A Desordem do Trabalho**. São Paulo: Scritta, 1995

MAXIMIANO, Antonio César Amaru. **Teoria Geral da Administração: da escola científica à competitividade em economia globalizada**. São Paulo: Atlas, 1997.

MAZZILLI, Cláudio Pinho; PAIXÃO, Regina da. Análise do Significado do Trabalho dos Juizes em Mato Grosso do Sul. **REAd – Revista Eletrônica de Administração**. Porto Alegre, v.8, n 1, jan-fev. 2002. Disponível em: <<http://read.adm.ufrgs.br>>. Acesso em: 09 mai. 2005

MENDA, Patrícia Buksztejn. **Análise da dicotomia sofrimento e prazer na função gerencial feminina**. 2004. 182f. Dissertação (Mestrado em Administração) - Escola de Administração, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

MENDES, A. B. **Valores e vivências de prazer-sofrimento no contexto organizacional**. Brasília, 1999. Tese de doutorado. Programa de Pós-graduação em Psicologia, UnB, 1999.

MINTZBERG, Henry. **Mintzberg on management: inside our strange world of organizations**. New York: Free Press, 1989.

MINTZBERG.H. **Criando organizações eficazes**. 2.ed. São Paulo: Atlas, 2003

MORAES, Roque. **Análise de conteúdo**. Porto Alegre: PUCRS, 1993.

MORGAN, Gareth. **Imagens da organização**. São Paulo: Atlas, 1996.

MORIN, Estelle. Os Sentidos do Trabalho. **RAE – Revista de Administração de Empresas**. v. 41, n. 3, p. 8-19, jul./set., 2001.

MOTTA, Fernando C. Prestes. **Teoria geral da Administração**. 3. ed. São Paulo: Thomson, 2006.

MOTTA, Fernando C. Prestes. **Teoria Geral da Administração: uma introdução**. São Paulo: Pioneira, 1997

MOTTA, Rodrigo Trommer da. **O sentido do trabalho para os telefônicos filiados ao SINTTEL**. 2003. 37f. Trabalho de Conclusão de Graduação – Escola de Administração, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

- MOTTER, Arlete Ana. **Qualidade de vida dos médicos militares do hospital geral de Curitiba**. Florianópolis, 2001. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção). Programa de Pós-graduação em Engenharia de Produção, UFSC, 2001.
- NEGRI, Barjas; GIOVANNI, Geraldo Di. In: NEGRI, Barjas; GIOVANNI, Geraldo Di (Orgs.) **Brasil: radiografia da saúde**. Campinas: UNICAMP, 2001.
- NOGUEIRA-MARTINS, L.A. Saúde Mental dos Profissionais de Saúde. In: BOTEGA, N.J. (org.) **Prática Psiquiátrica no Hospital Geral: Interconsulta e Emergência**. Porto Alegre, Artmed Editora, 2002.
- PAGÈS, Max. **O poder das organizações**. São Paulo:Atlas, 1987.
- PICHLER, Nadir Antonio. **A felicidade na ética de Aristóteles**. Passo Fundo: UPF, 2004.
- PITTA, Anna. **Hospital dor e morte como ofício**. São Paulo: Hucitec, 1990.
- RIFKIN, Jeremy. **O Fim dos Empregos: o declínio inevitável dos níveis dos empregos e a redução da força global de trabalho**. São Paulo: Makron, 1995.
- SCHULZ, Rockwell; JOHNSON, Alton. **Administração de hospitais**. São Paulo: Pioneira, 1979.
- SENNETT, Richard. **A Corrosão do caráter: conseqüências pessoais do trabalho no novo capitalismo**. 7 ed. Rio de Janeiro: Record, 2003.
- SERVA, Mauricio; FERREIRA, Joel. O fenômeno workaholic na gestão de empresas. In: Encontro Nacional de Programas de Pós-Graduação em Administração, 28, 2004, Curitiba. **Anais...**, Curitiba, ANPAD, 2004. 1CD-ROM
- TAFFE, Rejane Eloisa. **Prazer e Sofrimento em um trabalho de mulheres**. 1997. Dissertação (Mestrado em Administração) - Escola de Administração, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.
- TAPPAN, Frances Marie. **Administração hospitalar**. São Paulo: Edart, 1976.
- TAYLOR, Frederick Winslow. **Princípios de administração científica**. 8.ed. São Paulo: Atlas, 1990.
- TEJADA, José; MAZZILLI, Cláudio Pinho. **Análise da dicotomia sofrimento e prazer na construção civil**. In: Assembléia do CLADEA, 37, 2002, Porto Alegre. Anais..., CLADEA, 2002. 1CD-ROM
- TREVIZAN, M. A. **Enfermagem hospitalar: administração e burocracia**. Brasília: Universidade de Brasília, 1988.
- VASCONCELOS, Anselmo Ferreira. Felicidade no ambiente de trabalho: exame e proposição de algumas variáveis críticas. **REAd – Revista Eletrônica de Administração**. Porto Alegre, v.10, n 1, jan-fev. 2004. Disponível em: <<http://read.adm.ufrgs.br>>. Acesso em: 25
- VERGARA, Sylvia C.; PINTO, Mario C. S. Cultura e Mudança Organizacional: o Caso TELERJ, RAC – **Revista de Administração Contemporânea**, v.2, n.2, Maio/Ago. 1998
- YIN, Robert. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 2.ed. Porto Alegre: Bookman, 2001.