

TRABAJO Y SALUD MENTAL: SUFRIMIENTO PSÍQUICO DEL PROFESIONAL DE MEDICINA

Antonio Eustáquio Furiati
Brasil

Introducción

Si a alguien se le preguntara, a la vuelta de la década de los 60, cuál profesión le gustaría que su hijo desempeñara, no sería difícil obtener como respuesta: "médico o funcionario del Banco del Brasil".

Acerca de la categoría de los bancarios se han hecho varios estudios orientados a comprender las transformaciones ocurridas en esta actividad, sus características y los efectos sobre la esfera mental de los trabajadores (Lima, 1997, por ejemplo). Bonelli (1993), al evaluar las profesiones superiores y la manera como gozan de prestigio en la sociedad, constató que la Medicina ocupa una posición privilegiada en esta jerarquía.

Según Collins, citado por Bonelli (1993, p.34), las profesiones alcanzan una posición de prestigio según la combinación de dos factores: "(1) la capacidad de crear sus propios problemas para, enseguida, desarrollar un conocimiento abstracto sobre cómo solucionarlos y (2) la capacidad de monopolizar la ejecución de una actividad especializada, para la cual hay una demanda externa reconocida en la sociedad".

Analizando cuidadosamente las profesiones superiores, la autora concluye que sólo el Derecho y la Medicina son consideradas fuertes, pues son profesiones tradicionales que poseen los instrumentos de control del mercado. Landmann (1984, p.220) considera que la finalidad de la profesión médica (ayudar y curar a los enfermos) no ha sido alterada con el transcurrir del tiempo, pero el status (reconocimiento social) que posee fue adquirido hace poco tiempo, cuando empezó a ser reconocida como una profesión dominante y específica: "es la única que detiene el derecho y el monopolio oficial de determinar la enfermedad y la salud y manejarlas".

El monopolio del ejercicio profesional fue posible a través del desarrollo de la tecnología que limitó la ejecución de actos médicos a los profesionales adiestrados. Good, citado por Landmann (1984) afirma que las bases del profesionalismo son el ejercicio continuado acerca de conocimientos especializados y la orientación constante y estable al servicio. Los aspectos más importantes en la profesionalización médica son:

“determinación de patrones propios de educación y entrenamiento; reglas rigurosas para garantizar esos patrones; autorización exclusiva para el ejercicio profesional a los que concluyeron el entrenamiento y lograron un registro en órganos específicos controlados por la profesión y de acuerdo con los poderes establecidos (en Brasil representados por los consejos de medicina); la ausencia de evaluaciones y control por entidades no-médicas; normalización de la práctica profesional más rígida que los controles legales y leyes creadas a partir de las necesidades identificadas por la propia profesión” (Good, citado por Landmann, 1984, p.224).

Si bien es innegable el reconocimiento social de la Medicina y de sus profesionales, resulta difícil explicar las paradojas existentes en el ejercicio de esta profesión.

Una encuesta realizada por el Sindicato de los Médicos de Rio de Janeiro, en el período de 1987 a 1992, constató que, de todos los profesionales de nivel superior, los médicos cariocas ocuparon el primer lugar en número de suicidios y el segundo en casos de alcoholismo. Otra encuesta hecha en el Hospital Pedro Ernesto, también en Rio, mostró que 52% de los médicos sufrían de problemas cardiovasculares, 60% estaban deprimidos y 38% afirmaban sufrir de impotencia después del trabajo (Médico, 1998).

La revista *Veja*, en reportaje publicado en febrero de 2000 (Poles & Boccia, 2000), presenta resultados de estudios relacionados con la dependencia de morfina por parte de los médicos. Las autoras demuestran que este es un fenómeno mundial; citando un estudio realizado por la Universidad de California, en el cual fueron entrevistados 9.600 médicos, resultando que el 20% de ese total consumían morfina y sustancias similares, una incidencia dos veces más grande que la media de uso de drogas por la población en general.

Una encuesta hecha a estudiantes que ingresaron a la Escuela de Medicina de la Universidad Federal de Minas Gerais entre 1995 y 1999 (Siqueira, 2000) constató que el 86% de esos estudiantes ya habían probado bebidas alcohólicas en algún estadio de la vida, otro 41% admitió el consumo de tales bebidas semanalmente. La encuesta posibilitó aún la constatación de que el consumo de estas bebidas empieza a intensificarse en el segundo período del curso, tendiendo a aumentar en los tres años siguientes; el problema parece agravarse en este momento (noveno período del curso), cuando se observó una reducción en el consumo de bebida pero un aumento en el consumo de cocaína; las explicaciones para tales hechos no fueron buscadas por la encuesta.

Un estudio realizado por Luiz Atônio Nogueira Martins, maestro del Departamento de Psiquiatría de la Escuela Paulista de Medicina de la Universidad Federal de São Paulo, acerca del período de especialización en determinada área profesional, realizado con los graduados en el curso de Medicina, que puede ser de dos a cuatro años, citado por Cristie (1999, p.4-5), demuestra que,

“durante las primeras semanas los graduados están bien dispuestos, entusiasmados con las perspectivas de recobrar la salud de las personas. A pesar de eso, en el segundo mes, son invadidos por la inseguridad o sentimientos de rabia, resentimiento y miedo ante las limitaciones materiales así como deficiencias de la red pública de salud, la escasez de condiciones de trabajo e imposibilidades personales. El tercer mes es marcado por un estado de depresión, que aumenta aún más en los meses siguientes, ante una carga desmedida de trabajo, los complejos procedimientos y la abstinencia de sueño debido a las horas de trabajo y por llevar una vida des-
arreglada”.

La importancia de este estudio consiste en que brinda la posibilidad de que se pueda ampliar la discusión acerca de la interrelación entre trabajo y salud mental, haciendo énfasis en el análisis de las condiciones concretas de trabajo y la relación de ellas con la subjetividad del trabajador. Es importante también llamar la atención sobre las ambigüedades que acompañan a varias actividades profesionales y, de manera particular, la actividad de los médicos que, a menudo, sufren evaluaciones superficiales y emotivas, que poco sirven para la comprensión de la complejidad del fenómeno como un todo.

De esta forma, este trabajo tiene en consideración la preocupación de la Organización Mundial de Salud (OMS) en promover y mantener en el más alto nivel de bienestar físico, mental y social los trabajadores de todas las profesiones. Según la OMS (Servicios..., 1984, p.5), "la salud de los trabajadores y su protección contra efectos nocivos del medio ambiente de trabajo se convierten así en un aspecto importante de toda la política que intente llegar al mejoramiento del nivel de salud general de la población, conjuntamente con la búsqueda del desarrollo económico".

Objetivos

Comprender la interrelación entre trabajo y salud mental en la categoría profesional de los médicos. Adicionalmente,

- Investigar las condiciones concretas de trabajo de los profesionales de la Medicina
- Identificar los factores materiales y psicológicos vinculados al ejercicio de la profesión.
- Analizar el impacto causado en la estructura mental de los trabajadores por las condiciones concretas.
- Comprender las formas de actuación encontradas por los profesionales de la Medicina para mantenerse el equilibrio mental.

Marco teórico

Leontiev, al analizar las leyes generales que determinan el desarrollo psíquico, afirma que el mundo animal sigue las leyes de la evolución biológica; con los seres humanos, el psiquismo se somete a las leyes del desarrollo socio-histórico. La conciencia depende de dos factores: las relaciones sociales existentes y la posición que cada individuo ocupa en cada una de ellas. Luego, la "conciencia es el reflejo de la realidad, refractada a través del prisma de las significaciones y de los conceptos lingüísticos, elaborados socialmente" (Leontiev, s.s., p. 94).

Berger & Luckmann (1985) también defienden que la realidad es construida socialmente a partir de la experiencia subjetiva de la vida cotidiana. Para la investigación de la relación entre procesos de salud y enfermedad de la población y el trabajo cotidiano, Jacques (1997) propone el estudio de la relación entre la dimensión subjetiva y la dimensión objetiva, representada por el trabajo, lo que constituye un rompimiento en la costumbre de imputar al individuo libre la causalidad de sus acciones (Goffman, citado por Jacques, 1997). Este análisis es posible a partir de la constatación de que las relaciones sociales ejercen un papel central en la construcción de la identidad.

Rosen, citado por Facchini (1993), añade que la enfermedad humana es mediada y modificada por la actividad social y por el ambiente natural donde tal actividad se desarrolla. Eso quiere decir que los procesos biopsíquicos humanos son modificados dadas las modificaciones sociales ocurridas. Según Facchini (1993, p.50), el ejemplo de la determinación social de la enfermedad contribuyó a un "entendimiento más complejo de la distribución desigual de los problemas de salud de la colectividad (...) haciendo más precisa la relación entre proceso de producción y el conjunto de problemas de salud de los trabajadores".

Lima (1997, p.50) adiciona que la relación entre trabajo y salud mental no ha sido adecuadamente discutida por la psicología, y la categoría trabajo no ocupa un puesto de destacado en las teorías psicológicas. En caso de que eso ocurriera, "comprender el hombre en cualquier contexto, sería imposible sin la comprensión de su actividad laboral"; y afirma que todos los estudios que busquen identificar las formas de articulación entre salud mental y trabajo deben enfatizar el "rescate de la actividad práctica y sensible del hombre como categoría central para la psicología". En la sociedad occidental el trabajo ocupa un puesto destacado en el reconocimiento social, al punto de que "al intentar decir 'quién es', el lenguaje lleva a decir 'qué hace alguien', reservando un puesto importante para la ocupación del trabajador" (Arendt, citado por Jaques (1997).

Dejours, Dessors & Desriaux (1993) destacan la importancia del trabajo en la vida del hombre, puesto que representa una manera de ganarse la vida, un status social, un trabajo o empleo, una reflexión, una actividad que implica el "saber-hacer". Así, el trabajo no es apenas una mercancía ni una relación de empleo, es a partir de él que el hombre da sentido a su existencia. Codo (1997, p.25) lo define como "una relación de doble transformación entre hombre y naturaleza, que crea una significación", que trasciende al productor. Así, el trabajo es considerado un elemento fundamental en la construcción de la identidad social.

Dado esto, se observa una estrecha relación entre trabajo y salud. El trabajo puede ser visto como un factor de equilibrio y desarrollo o, al revés, un factor de trastorno mental y enfermedad.

Según Dejours & Abdoucheli (1994), en el trabajo están envueltos factores físicos y mentales. El componente físico del trabajo se caracteriza por las condiciones de trabajo, agregándosele presiones físicas, mecánicas,

químicas y biológicas. El componente mental del trabajo se refiere a la división del trabajo (división de tareas, marcha, el modo de ordenamiento) y la división de los hombres (repartición de responsabilidades, jerarquía, comando, control, etc.). Mientras las condiciones de trabajo se relacionan con la salud física, la sistematización del trabajo es considerada elemento directamente relacionado a la salud mental de los trabajadores.

Laurell & Noriega (1989, p.100) consideran la relación entre salud y enfermedad un proceso social y buscan identificar la "historicidad de los procesos humanos, biológicos y psíquicos"; afirman también que la salud es determinada según "la manera de vivir" (Tambellini, citado por Laurell & Noriega, 1989, p.101).

A partir del análisis del conocido caso de las hermanas Papin, Le Guillant (1984) estudió las manifestaciones psicopatológicas de las criadas, privilegiando la comprensión de sus condiciones concretas de existencia, subrayando que poseen gran potencial patógeno. Él sugirió la existencia de situaciones "predominantes", o sea, que "actúan de forma tan presente que es imposible no ser influenciado por ellas, esa influencia surge casi siempre de una trama compleja y con frecuencia mal diseñada o indescifrable". La principal contribución del autor citado para la comprensión del sufrimiento humano en el trabajo fue el descubrimiento de una psicopatología, no en la vida, sino en la realidad cotidiana, la búsqueda del equilibrio entre lo que es individual y lo que es colectivo, para poder valorar las condiciones concretas de la existencia de sus enfermos.

Tras constatar una mejora en la divulgación, en libros científicos de editoriales que se refieren a agravamientos psíquicos, medicación y suicidio de profesionales de la área de salud, Pitta (1999) afirma que las leyes laborales de varios países reconocen la rela-

ción de causa y efecto de innumerables agentes físicos, químicos y biológicos como causa de enfermedades ocupacionales.

Método

El estudio realizado se tipifica como una encuesta narrativa que, según Gil (1994, p.45), objetiva la "descripción de las características o fenómenos o el establecimiento de relaciones entre variables de determinado grupo". Al mismo tiempo busca ser un estudio explicativo, en tanto que intenta identificar los factores que determinan o contribuyen a la ocurrencia de los fenómenos citados en la introducción de este estudio.

Las informaciones necesarias para el análisis del desgaste mental del profesional de Medicina fueron obtenidas por distintos medios (Gil, 1991): a) revisión bibliográfica (libros, revistas y artículos científicos); b) revisión de documentos (materiales a los cuales aún no habían sido hechos estudios más detallados o que no pudieron ser utilizados para alcanzar los objetivos de esta investigación); c) citas semi-estructuras al rededor del análisis del contenido (basándose en una relación de puntos de interés explotados a lo largo de la cita).

En lugar de hacer un abordaje cuantitativo para la comprensión de la complejidad y amplitud del fenómeno estudiado, la presente investigación utilizó un abordaje cualitativo. Según Oliveira (1997, p.117), este modelo es pertinente cuando ocurren "situaciones en las cuales observaciones cualitativas son utilizadas como indicadores del funcionamiento de estructuras sociales", o en "situaciones en las cuales hay necesidad de un abordaje cualitativo para que se pueda comprender aspectos psicológicos, cuyos datos no pueden ser colectados de manera completa por otros medios, dada la complejidad de la investigación".

La primera etapa de la investigación empírica incluyó la revisión de documentos, que

empezó con la búsqueda en Internet, con énfasis en las consultas a periódicos y revistas relevantes con circulación nacional. Por estos medios se hizo una búsqueda de reportajes relacionadas con el trabajo médico en los periódicos "Estado de São Paulo" y "Folha de São Paulo" dentro del periodo de 1994 a diciembre de 2000. Todos los ejemplares de la revista "Época", que empezó a circular a mediados de 1998, también fueron consultados. Fueron consultados también sitios WEB de búsqueda, enfatizando temas como: "trabajo médico", "salud mental y trabajo", "sufrimiento mental en el trabajo", "stress", "stress de los médicos", "errores médicos", entre otros.

Para el caso de otras publicaciones de restringido acceso a través de la Internet, se hicieron búsquedas en la biblioteca del Unicentro Newton Paiva - Unidad Silva Lobo. También en las revistas "Veja" y "Isto É", durante los años de 1999 y 2000, y el periódico "Estado de Minas" desde el año de 1998 hasta fines de 2000.

La investigación documental permitió que elementos significativos que constituyen factores de tensión mental para los profesionales del área médica fueron enumerados. Esas características fueron elegidas como categorías centrales de análisis y permitieron la elaboración de un itinerario semi-estructurado para la investigación de campo. Entre ellas podemos destacar: Formación profesional; Reconocimiento social de la profesión; Relación de la actuación de empresas de salud en el trabajo de los médicos; Estructura hospitalaria/condiciones de trabajo; Influencia de los laboratorios farmacológicos en la actividad profesional; Desarrollo tecnológico y consecuencias en el trabajo; Fragilidad del vínculo médico-paciente; Remuneración profesional; Jornada de trabajo; Drogadicción; Error Médico; Causas y consecuencias; Implicación emocional con pacientes; Convivencia con la muerte.

Para conocer mejor el día a día profesional del médico, se citó a once personas, una de ellas enfermera, profesora de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Minas Gerais y diez médicos, con especializaciones distintas; de ellos, 3 ocupaban la presidencia de entidades representativas relacionadas con el área médica: Asociación de Hospitales de Minas Gerais; Asociación Médica de Minas Gerais y Sindicato de Médicos de Minas Gerais; a los tres últimos se les pidió que tuvieran en cuenta experiencias personales y percepciones acerca de los profesionales que representaban.

El examen de los datos se concluyó después de una mañana, acompañando a los profesionales de la salud en su campo de trabajo, el sector de urgencias de un hospital de la Fundación Hospitalaria del Estado de Minas Gerais (FHEMIG), en Belo Horizonte. Con el objeto de evidenciar "in situ" algunas características del trabajo, como dilemas y angustias vivenciadas por estos profesionales en el trabajo cotidiano.

Presentación y discusión de resultados

Elección de la Profesión

Landmann (1984) destaca el humanitarismo como factor de motivación para ingreso en la profesión; no obstante, hay siempre el interés de ganar prestigio social y material.

El psiquiatra José Elias Aiex Neto (Aiex Neto, 1994) describe cómo el humanitarismo intervino en su decisión: "decidí que sería médico cuando era un niño que se deslumbraba por el trabajo realizado por el único profesional que ejercía esta profesión en la ciudad donde vivía. El trabajo era una mezcla de sacerdocio, ejecutado con idealismo por aquel hombre que había perdido el dominio de su vida, puesto que se la había entregado a la comunidad".

La satisfacción personal por tener la posibilidad de relacionarse con personas, salvar vidas o ayudar a alguien en su rehabilitación, ha sido otro aspecto bastante citado. Algunos de los entrevistados resaltarán también la tradición familiar como influencia para la elección de la profesión. Para otros no hay como defraudar la expectativa de los padres y abuelos, que desean tener un médico en la familia.

Sin dejar de considerar que la medicina disfruta de un reconocimiento social distinto, los entrevistados fueron unánimes al afirmar que ese prestigio se ha tornado decreciente con el pasar del tiempo. Un entrevistado destaca que en algunas especialidades que utilizan recursos de alta tecnología se ha logrado mantener el estatus. Algunos factores han sido citados como determinantes para esta desvalorización: la inserción de otros profesionales de salud que ayudaron a cambiar el posicionamiento egocéntrico de los médicos; la manifestación de pacientes que ahora se sienten como consumidores de un servicio; la pérdida gradual de la condición de profesional liberal debido al aumento de la dependencia en relación con las instituciones contratantes. Un entrevistado ha llegado a decir, con cierta consternación, que "¡para ser médico hoy, a uno le tiene que gustar mucho!"

Formación profesional

Los primeros cursos de medicina fueron creados en Brasil después de la llegada de la parentela real al Brasil. Hasta la proclamación de la República ya habían sido creados dos liceos para formación de médicos: uno en Salvador y otro en Rio de Janeiro. Gradualmente hubo un aumento en el número de facultades, sobretudo a finales de la década del 60 y comienzo de la década del 70, con una centralización muy grande en la región sudeste del País (Machado, 1997). El Consejo Regional de Medicina de São Paulo llegó

a realizar, en octubre de 1999, una campaña, frente a la apertura de nuevos cursos, que tenía como consigna "Nuevos cursos de medicina hacen mal a la salud" (CRM..., 1999); en el mismo año, facultades de medicina de São Paulo ofrecieron 2.173 plazas (Abramczyk, 1999).

De esos cursos han ingresado profesionales de mala calidad, dado que muchas facultades no poseen un profesorado fijo entre los cuales gran número se dedican integralmente a las investigaciones básicas o clínicas. Son pocas las escuelas que poseen hospital-escuela propio, de modo que hay que improvisarse la enseñanza práctica (Pozzi, 1996).

Se presenta también la concentración de profesionales en determinadas regiones del país mientras escasean en otras (la Organización Mundial de Salud preconiza la proporción de un médico por cada mil habitantes) (CRM..., 1999). En 1997 la Fundación Oswaldo Cruz publicó el resultado de una encuesta, hecha con 183.052 participantes, acerca del perfil

de los médicos en Brasil (Machado, 1997); el análisis de la Tabla 1 corrobora un desequilibrio en la distribución de los profesionales por las regiones del país.

Cuando la encuesta fue realizada había en Minas Gerais 18.957 médicos (8.978 en la capital y 9.979 en el interior). La relación total de médicos/1.000 habitantes era de 1,6; en Belo Horizonte la relación era de 4,32 mientras en el interior, 0,70 (Machado, 1997).

Otra consecuencia directamente ligada al gran número de facultades de medicina consiste en aumentar la demanda de cursos de especialización, residencia médica y posgrado. Eleuses Vieira de Paiva, elegido como presidente de la Asociación Médica Brasileña en Agosto de 1999, afirma que el 35% de los graduados no consiguen plazas en esos cursos y, "sin condición ni para abrir un consultorio o para asociarse a convenios, los estudiantes empiezan a hacer intentos en hospitales de la periferia. Trabajan en urgencias y emergencias, sectores que deberían contar con los profesionales mejor preparados.

Tabla 1: *Relación médico/1.000 habitantes en grandes regiones. Brasil 1970/1980/1995*

Regiones	Relación médico/1.000 habitantes			Incremento relativo (70-95) (%)
	1970	1980	1995	
Región Norte	0,09	0,44	0,52	477,8
Región Nordeste	0,28	0,56	0,66	135,7
Región Sudeste	0,72	1,08	1,64	127,8
Región Sur	0,43	0,98	1,23	186,0
Región Centro-Oeste	0,22	0,66	1,23	459,1
Brasil	0,48	0,85	1,19	147,9

Fuente: Machado, Maria Helena (coord.). *Os médicos no Brasil: um retrato da realidade*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997.

La calidad de formación de los profesionales ha sido muy criticada por los entrevistados. El pequeño número de plazas para especialización ha sido citado como uno de los factores más determinantes de la falta de preparación de gran parte de los profesionales. Aquellos que no consiguen plazas para residencia médica o que tienen dificultades financieras, se desdoblan en trabajos con jornadas muy largas y que terminan por reducir el tiempo de estudio y actualización. La tabla 2 representa la situación de los residentes y la gravedad de la situación: el 68,75% de los residentes poseen dos o más actividades profesionales y el 31,08% de ellos ejercen tres o más actividades.

La proliferación de las escuelas de medicina, el aumento en los intereses comerciales y la disminución de la preocupación por la calidad de la enseñanza han sido citados como factores directamente relacionados con el empeoramiento en la calidad de la formación de los profesionales.

Remuneración

A pesar del hecho de poseer un destacado reconocimiento social, es posible percibir una desmejora en los sueldos de médicos, que no llegan a recibir R\$3,00 por consulta, en el

Sistema Único de Salud (SUS). Para los asociados a otras instituciones el ingreso (por consulta) fluctúa entre R\$20,00 y R\$30,00, siendo que la mayoría recibe el mínimo (Medicina..., 1998). Según Antonio Celso Nassif, en aquél entonces presidente de la Asociación Médica Brasileña (Associação..., 1996), al médico le resta sólo una salida: someterse a varios empleos por una cuestión de supervivencia.

Marín (1995) resalta que son pocos los médicos que actúan como profesionales liberales, sólo 5% son dueños de sus gabinetes sin ningún vínculo con hospitales, organismos de salud o industrias farmacéuticas. No se puede ignorar las consecuencias de tal hecho; de acuerdo con Eurípedes Carvalho, presidente de la Federación Nacional de Médicos en aquél entonces (Associação..., 1996), el mercado de trabajo acaba por deteriorarse, muchas actividades pasan a ser consideradas subempleos y dejan a los médicos a la merced de los empleadores. A la profesora Lilia Blima Schraiber (Associação..., 1996) también le preocupa la pérdida de autonomía profesional, ella afirma que "cualquier interdicción en procesos de libre decisión en la medicina, es vista como pérdida de autonomía y perjudica la calidad de la prestación de servicios".

Tabla 2: Médicos residentes de según número de actividades. Brasil – 1995

Número de actividades	Frecuencia	Porcentual
Una	3.201	31,25
Dos	3.859	37,67
Tres	1.774	17,32
Cuatro	945	9,23
Cinco o más	464	4,53
	10.243	100,00

Fuente: Machado, Maria Helena. *Os médicos no Brasil: um retrato da realidade*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

Jornada de Trabajo

La jornada de trabajo de la mayoría de los médicos brasileños resulta de la conciliación con actividades en una institución pública y en el gabinete propio. Vamos a tomar el ejemplo del médico ginecólogo de São Paulo, Márcio Valente Alberte (Rotina..., 1996) para que sea ilustrada la rutina de un profesional del área:

“los lunes y miércoles por la mañana son días de consultas en el gabinete. Los otros días de la semana, en el mismo periodo, trabaja para una firma de medicina de grupo: en caso que sea día de cirugía, irá a Moeme; prestación de servicios en los ambulatorios, en el Alto da Lapa. Desde el mediodía hasta las 16.30, de lunes a viernes, Unidad Básica de Salud Jardim Eliana, de la alcaldía, en Grajaú. De las 17.00 hasta el último paciente, gabinete particular, una vez más, en Moema. Una

vez por semana, en la noche (y un fin de semana por mes), turnos en el Hospital Paulistano, en Paraíso”.

Eurípedes de Carvalho en aquél entonces presidente de la Federación Nacional de Médicos (Associação..., 1996) ha dicho que algunos médicos llegan a trabajar hasta 100 horas por semana.

La encuesta acerca del perfil del médico brasileño, hecha por la Fundación Oswaldo Cruz, ha constatado que más de la mitad de los profesionales (54,7%), trabaja por lo menos en tres lugares distintos, incluyendo instituciones públicas, privadas y gabinetes particulares; la influencia de las regiones analizadas es muy pequeña y no llega a significar cambios sustantivos. Se puede observar solo una pequeña reducción (52,3%) en la región sudeste. Se pueden observar los datos en la tabla 3.

Tabla 3: *Ordenación de médicos y número de actividades según las regiones del país – 1995*

Regiones	Número de actividades (público + privado + gabinete)						Total
	Una	Dos	Tres	Cuatro	Cinco	Más que 5	
Norte	850 (15.2)	1.464 (26.2)	1.673 (30.0)	1.111 (19.9)	416 (7.4)	71 (1.3)	5.585 (100.0)
Nordeste	4.442 (15.6)	7.251 (25.5)	9.292 (32.7)	4.831 (17.0)	1.808 (6.4)	774 (2.7)	28.398 (100.0)
Suroeste	18.245 (17.4)	31.735 (30.3)	30.590 (29.2)	15.855 (15.1)	6.198 (5.9)	2.158 (2.1)	104.781 (100.0)
Sur	5.188 (18.8)	6.242 (22.7)	9.033 (32.8)	4.535 (16.5)	1.569 (5.7)	964 (3.5)	27.531 (100.0)
Centro-Oeste	2.390 (19.7)	3.063 (25.2)	3.432 (28.2)	2.069 (17.0)	875 (7.2)	329 (2.7)	12.158 (100.0)
Brasil	31.115 (17.4)	49.755 (27.9)	54.020 (30.3)	28.401 (15.9)	10.866 (6.1)	4.296 (2.4)	178.453 (100.0)

Obs.: Valores entre paréntesis corresponden al porcentaje en cada línea. Los médicos jubilados, apartados, desempleados y aquellos que no se manifestaron son responsables por la diferencia en el total general de médicos (183.052). Fuente: Machado, Maria Helena. *Os médicos no Brasil: um retrato da realidade*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

Esta realidad que podemos llamar de "multi empleo" acaba por comprometer la calidad de los servicios prestados por el médico, desmejora la relación médico-paciente, restringe el tiempo para la actualización profesional, amplía las probabilidades de cometer un error y empobrece las relaciones sociales y afectivas pues los médicos acaban afectados por el agotamiento.

Nuevas Tecnologías

La evolución tecnológica recientemente observada en la actividad médica ha provocado innumerables cambios en el trabajo cotidiano; determinados equipos han posibilitado procedimientos inimaginables. El 30 de agosto de 1999, por ejemplo, médicos del Instituto do Coração de Uberlândia (MG) y del Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto (Universidad de São Paulo), realizaron la primera cirugía a distancia en la América Latina, a través de la Internet 2 (Braghetto, 1999).

A pesar de que muchos médicos reconocieron la mejora proveniente de tales innovaciones, varios de ellos han criticado el aumento en la dependencia de esas tecnologías para la obtención de diagnósticos, llegando a decir que algunos profesionales se han convertido en técnicos en medicina. El internista Oswaldo Luiz Ramos, en aquél entonces jefe de la clínica médica de la Universidad Federal de Medicina, se refirió a tales especialistas como "chulos de ingenio" en el Congreso Brasileño de Clínica Médica, que se realizó en octubre de 1995; después de haber criticado los "exámenes inútiles" (que como regla, muestran resultados sin alteración o negativos), él afirmó que muchos profesionales sin buena formación eligen una área muy específica y así, "viven con la ayuda de los ingenieros" (Biancarelli, 1995).

Los médicos que han participado en la presente encuesta, están de acuerdo con las afirmaciones anteriores. Una médica ha observado que la enfermedad ha tomado el lugar

del paciente, la causa pasó a ser más importante que el propio fenómeno; reafirmó que hay una "tendencia a tecnificarse", que haría que el médico no fuera más que un "técnico en el cuerpo humano".

Los sueldos también interfieren en el proceso. Un buen examen toma tiempo; y como el precio de cada consulta es muy poco, sea en el sistema público o en las cooperativas, el tiempo para hablar y relacionarse con el paciente, es sustituido por el análisis clínico, para que se pueda atender el mayor número de personas posible. Los médicos acaban por trabajar demasiado y la relación de confianza médico-paciente, acaba por enfriarse.

Laboratorios Farmacéuticos

Con frecuencia los laboratorios farmacéuticos son acusados de intervenir de forma abusiva en el trabajo del médico. Felinto (1999) afirma que los laboratorios envuelven a los médicos, financian asambleas de medicina, pagan todo, reparten medicamentos gratuitamente hasta lograr que los médicos prescriban sus medicamentos. Médicos jóvenes, recién graduados de la universidad, se sienten constreñidos a recetar nuevos medicamentos, supuestamente más 'modernos', dejan de administrar medicamentos semejantes, ya conocidos y más baratos. Creen que serían considerados incompetentes".

El presidente del Consejo Regional de Medicina do Estado de São Paulo (Cremesp) en noviembre de 1999, Pedro Paulo Roque Monteleone, afirmó que los laboratorios definen hasta las pautas de las asambleas científicas, y que en todo encuentro que reúne especialistas de un área específica hay sitios para divulgación de productos, donde son distribuidos brindis y premios con el nombre de la marca. Dijo que "las sociedades especializadas se han convertido 'rehenes' de los laboratorios" que "llegan a patrocinar los seminarios y traer los conferenciantes para los encuentros" (Scheinberg, 1999).

Los médicos que participaron en la encuesta confirman que hay un "juego de seducción tramado por los laboratorios", que ofrecen brindis y llegan a auxiliarlos para que participen en los congresos, todo eso para que sus medicamentos sean prescritos por los médicos. Algunas de las personas que participaron de la encuesta resaltaron que la inexperiencia y falta de información de los recién graduados los ha dejado expuestos a las presiones de la industria farmacéutica.

Empresas de Salud

Los planes de salud han posibilitado una democratización de la medicina, desde la dé-

cada del 70, permitiendo que personas con poco poder adquisitivo tuvieran acceso a consultas particulares y a exámenes en buenos laboratorios. La principal ventaja para los médicos es el aumento de pacientes en sus gabinetes (Souza, 1998).

Lo que se observa hoy es una gran participación de profesionales en convenios y/o cooperativas médicas, llegando a representar casi 90% de los médicos de la región Sur. La región Sudeste representa el más pequeño porcentaje, con la participación del 75% de los profesionales. Los resultados son presentados en la tabla 4.

Tabla 4: *Médicos que trabajan en gabinetes distribuidos por participación en convenios y/o cooperativas según la región del país – 1995*

Regiones	Participante	No participante	No computados	Total
Norte	3.324 (80.7)	790 (19.2)	4 (0.1)	4.118 (100.0)
Nordeste	16.913 (83.2)	3.401 (16.7)	11 (0.1)	20.325 (100.0)
Sudeste	59.053 (74.3)	20.287 (25.5)	139 (0.2)	79.479 (100.0)
Sur	20.985 (88.6)	2.693 (11.4)	0 (0.0)	23.678 (100.0)
Centro-Oeste	7.758 (85.6)	1.290 (14.2)	12 (0.1)	9.060 (100.0)
Brasil	108.033 (79.1)	28.461 (20.8)	166 (0.1)	136.660 (100.0)

Obs.: Valores entre paréntesis corresponden al porcentaje en cada línea. Fuente: Machado, Maria Helena. *Os médicos no Brasil: um retrato da realidade*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

Hay otras consecuencias en ese proceso que deben ser resaltadas; la más grande de ellas consiste en que hay exigencias que interfieren con la autonomía profesional. Según Eleuses Paiva, en aquél entonces presidente de la Asociación Médica Brasileña, la ley de junio de 1998 que reglamenta los planes de salud, hizo que ocurriera una reducción en el lucro de las empresas de salud. Estas empezaron a adoptar procedimientos que perjudican la prestación de los servicios a los asegurados, tales como restringir el número de análisis clínicos y la duración de la hospitalización (Médicos..., 1999). Al pediatra Sérgio Sarrubbo (Pediatría..., 1995) también le parece que es necesario añadir a los factores ya expuestos la

mala remuneración de los profesionales, que acaban por trabajar demasiado, haciendo que haya una disminución de la calidad de los servicios prestados y dificultando la creación del lazo médico-paciente.

Souza (1998) refuerza que a las empresas que administran los planes de salud les interesa mantener los costos dentro de límites por ellas estipulados, así, tienden a aumentar su lucro. Generalmente presionan sus acreditados para que no prescriban exámenes o tratamientos muy costosos: a muchos profesionales no les resta otra opción sino la de cumplir las metas de las empresas administradoras ya que pueden ser descalificados.

Los participantes de la encuesta confirman la interferencia por parte de las empresas; uno de ellos dijo que las empresas se interponen entre el paciente y el médico. La gran mayoría de los profesionales señaló la devaluación profesional, que resulta en mala remuneración. Otra vez más, se resaltó el aumento en el número de pacientes atendidos y, por consiguiente, la disminución de la calidad de los servicios prestados. El límite en números de análisis clínicos que los médicos pueden prescribir fue otro dato importante.

Condiciones de Trabajo

Las condiciones de trabajo son frecuentemente citadas como un factor problemático para el trabajo del médico. José Aristodemo Pinotti (Biancarelli, 1999) político y médico considera que en Brasil, más que falta de competencia para que se emplee los recursos destinados a la salud, hay poca inversión del gobierno en esta área. Después de haber explicado que la manera correcta de valorar la inversión del estado en salud es a través del porcentaje del Producto Interno Bruto (PIB), afirma que Brasil invierte un 2%, mientras Cuba invierte el 7%, Francia el 14%, Estados Unidos el 18% y Canadá el 20%; él aún dijo que la Organización Mundial de la Salud recomienda que al menos el 5% del PIB de cada país sea destinado a la salud.

Todo esto tiene consecuencias como: romería por los hospitales en busca de servicios, largas esperas, falta de medicamentos, falta de equipos adecuados y de profesionales especializados. Algunos datos pueden comprobar tal afirmación. Lambert & Vergara (1997) fueron a cuatro centros de salud de la provincia y pudieron constatar que algunos medicamentos no eran entregados hasta, por lo menos, dos meses después de formulados. Fueron también a cuatro centros de salud municipales con una lista de 93 medicamentos básicos; en ninguno de ellos estaban disponibles todos los medicamentos.

La dirección del hospital Souza Aguiar (en Rio) confirmó que el 40% de los enfermos graves que reciben mueren el día de la hospitalización por falta de médicos. Las muertes se dan debido a la falta de profesionales y la insuficiencia de espacio físico (Torres, 1994).

Cinco médicos de Belo Horizonte llevaron a la Justicia Federal, en Brasília, una interpelación contra el presidente de la República, el Ministro de la Salud y el Congreso Nacional, para exigir del gobierno una actuación más responsable en las cuestiones de la salud. En aquél entonces el presidente del Sindicato de Médicos de Minas Gerais, Ricardo de Menezes Macedo, uno de los que articipó en la interpelación, afirmó que "los médicos se ven obligados a escoger quien va a morir y quien va a vivir. En caso de que haya una plaza, el médico decide quién va a ocuparla. A veces, Ud. tiene que elegir el más joven o el que tiene más condiciones (de sobrevivir). Eso es absurdo y no es pertinente tal proceso de selección" (Peixoto, 1997). El presidente del Consejo Regional de Medicina de aquella época, hizo 3 denuncias al Ministério Público en el año de 1999 debido a las condiciones de los hospitales públicos y los comparó con "campos de concentración", donde un médico que está de guardia tiene que examinar 70 a 80 pacientes (Fernandes, 1999).

Las condiciones de trabajo han sido bastante criticadas. Muchos de los que participaron en la encuesta hicieron referencia al «multi-empleo» y a la prolongación de la jornada de trabajo como elementos que dificultan la actualización profesional. Otros dijeron que están expuestos a riesgos de contaminación. Una gran mayoría enfatizó la ausencia de recursos materiales adecuados para el desarrollo de actividades, con eso se sienten frustrados, una vez que son competentes para realizar determinado procedimiento y no pueden hacerlo porque no hay recursos suficientes.

Otra consecuencia de la precariedad de las condiciones de trabajo es la violencia. El portero del hospital donde los investigadores estuvieron, explicó de una forma muy simple lo que ocurre: “un paciente desempleado, que siente dolores, tiene que esperar mucho tiempo en una cola, puesto que todo el procedimiento para consultas es muy lento. A veces él necesita más del psicólogo que del doctor; ya está nervioso... Si el médico también lo está, acaban por pegarse”.

Violencia en el Trabajo

Los médicos están expuestos también a actos de violencia practicados por pacientes, eso contribuye al aumento de la inseguridad psicológica y física de los profesionales; no son pocos los que se sienten desprotegidos delante de un paciente exaltado. Letícia Neumann de Almeida, una médica que en mayo de 2002 trabajaba en el servicio de urgencias de Diadema, declaró que “antiguamente las personas eran más solidarias y no les importaba que un paciente que estuviera más enfermo fuera examinado primero. Ahora se dicen conocedores de sus derechos y de pronto amenazan con reclamar al Consejo Regional de Medicina (...) Dicen tener dolor de cabeza y piden una constancia; si no se la das, se tornan agresivos y rasgan la prescripción.” (Bastos, 2000b)

El Sindicato de Médicos de São Paulo ha hecho una encuesta con 500 profesionales que trabajan en la región metropolitana, dado el número de agresiones y asaltos a los sitios de trabajo. Más del 80% de ellos ocurrieron en hospitales públicos, notablemente en servicios de urgencias (62,36%). Del total, 40,8% de los profesionales ya habían sido víctimas de algún tipo de violencia. La amenaza ha sido la más frecuente (53,36% de los casos); el 26,47% de ellos ya fueron asaltados. Algunos dijeron que habían sido amenazados por pacientes que exigían consultas inmediatas, otros relatan la ocurrencia de rescate a pre-

sos llevados por la policía al servicio de urgencia después de un tiroteo (Bastos, 2000a).

La encuesta constató que los más grandes índices de violencia ocurren “donde hay más pobreza, donde los problemas se concentran y la población vive al margen de los derechos sociales”, según el presidente del Sindicato de aquí entonces, José Erivalder Guimarães; el paciente llega al hospital con la esperanza de ser atendido pronto, pero eso no es posible, no hay equipo, tampoco medicamentos: “la población se pone revoltosa y ¿a quién van a pegar? Al médico” (Bastos, 2000a). El ortopédista Fábio Nóbrega Pinto está de acuerdo con eso, afirma que “el servicio público es realmente malo y quien personifica esa estructura es el médico”. La internista Letícia Newmann de Almeida afirma que se siente como el peor enemigo de la población: “el retraso en las consultas, la falta de medicamentos, y el equipo de rayo-X dañado, todo es mi culpa” (Bastos, 2000b).

Los médicos que participaron de la encuesta confirman que no hay seguridad física ni psíquica para la realización del trabajo, especialmente en el sector público. Algunos afirman ya haber sido agredidos verbal o físicamente por los pacientes y sus familiares.

Error Médico

El análisis de errores profesionales es siempre muy complejo; en la actividad médica principalmente puesto que sus consecuencias son, muchas veces, irreversibles, llegando a resultar en muerte. Los números son alarmantes; un informe del Instituto de Medicina de los Estados Unidos (Weiss, 1999) ha revelado que aproximadamente 98 mil americanos mueren cada año debido a errores médicos, farmacéuticos y de otros profesionales de salud; las faltas detectadas envuelven desde de una mala comunicación entre médico y enfermera, en una conversación telefónica acerca del nombre del medicamento a ser administrado hasta una incorrecta

programación de una compleja intervención médica al final de un exhaustivo turno de trabajo nocturno en el hospital, entre otros. Ahí están incluidos diagnósticos equivocados, tratamientos que fallan porque los medicamentos no contienen datos suficientes en sus rótulos, dosificaciones inadecuadas causadas por errores de cálculo y una simple falta de comunicación cuando un paciente es transferido de un hospital a otro.

Al analizar los factores determinantes de errores médicos, Cutait (1999) hace una distinción entre incompetencia y negligencia. Displigencia, negligencia, imprudencia y poco apego, son por él considerados inadmisibles, principalmente para aquellos que se propusieron cuidar de sus semejantes.

La incompetencia puede resultar de un desinterés en aprender pero puede ser también resultado de la inexperiencia. Hay que considerar las limitaciones al transferir pacientes a médicos u hospitales más capacitados en casos graves, así como la falta de plazas especializadas (principalmente en el sector público) o las restricciones impuestas por las fuentes de pago (en el sector privado). La toma de decisiones en casos más difíciles trae dilemas al profesional, sobretodo cuando la rápida evolución de los conocimientos científicos puede tornar obsoleta una conducta de rutina. No se puede dejar de considerar las dificultades para la obtención de exámenes y hasta la misma falta de equipos, que es lo más común en el sector público.

La evaluación de la competencia profesional debe considerar también:

“enseñanza precaria, ofrecida por facultades poco comprometidas con la calificación de los alumnos. La mejoría, después de la graduación, en práctica médica, está limitada por la cantidad insuficiente de plazas en el país. De otro lado, la remuneración de los médicos es tan mala que la mayoría de ellos trabaja en exceso, sin tener dinero ni tiempo para invertir en una educación continuada” (Cutait, 1999:3).

Biancarelli & Schlegel (1996), basándose en una encuesta realizada por la Fundación Oswaldo Cruz y el Consejo Federal de Medicina, se centran en el análisis de los factores concretos del trabajo médico para debatir la incidencia de los errores. La mala remuneración acaba por hacer que los médicos mantengan varios vínculos profesionales; algunos llegan a trabajar hasta 100 horas por semana y, mientras corren de un empleo a otro, ni siquiera tienen tiempo para oír a los pacientes, y así abren camino para que el error ocurra; el atosigamiento hechos por laboratorios, los fabricantes de equipos y las empresas de medicina social acaban por fragilizar la relación médico-paciente. La mayoría no va a congresos y el 8% no tiene acceso siquiera a revistas científicas. Son habituales las quejas de stress y solamente el 20% de ellos se dicen optimistas con el porvenir de la profesión.

Los encuestados refuerzan la importancia en distinguir la negligencia de la incompetencia, que muchas veces es consecuencia de una formación inadecuada. Otros subrayan que no son los errores médicos lo que está aumentando, sino la conciencia de la gente y las denuncias. Gran parte de ellos cree que no es justo inculpar exclusivamente los profesionales por los errores, dado que están expuestos a un desgaste emocional muy grande, que empeora con las largas jornadas de trabajo.

Relación Médico-Paciente

Los médicos que participaron en la encuesta resaltaron el empeoramiento en la relación médico-paciente. A algunos les parece muy importante el vínculo afectivo; ver al paciente como un ser humano y desarrollar una relación de respeto y confianza son factores esenciales para el éxito terapéutico. Pero les parece difícil determinar un límite adecuado para ese vínculo, de manera que sea balanceado, sin ser indiferente y tampoco comprometerse emocionalmente.

Entretanto, los profesionales vienen percibiendo que esa relación está cada vez más debilitada. Para varios de ellos la baja remuneración, que lleva al aumento de la jornada de trabajo, es uno de los factores principales; las consultas son cada vez más rápidas, muchas veces sin reconocimiento médico adecuado; el desarrollo tecnológico y la capacitación insuficiente de varios profesionales empeoran la situación, ya que cualquier queja es solucionada con un pedido de análisis clínico. Uno de ellos ha manifestado su punto de vista: hay una "falta de inversión afectiva por parte del profesional, que cada día se hace más frío y poco interesado por esta relación".

Desgaste Emocional

Es bastante grande la carga emocional en el trabajo médico, ya que hay una gran responsabilidad que envuelve la realización de las actividades y por la proximidad de la convivencia con situaciones de sufrimiento y de muerte. Nivaldo de Souza, especialista en terapia intensiva psiquiátrica de la Universidad Federal de São Paulo (UNIFESP) afirma que tales situaciones deprimen y hacen que el profesional se quede introspectivo. Sérgio Wey, médico de la UTI del hospital Albert Einstein, especialista en el área de infecciones de la UNIFESP, convive con frecuencia con situaciones de desesperación de pacientes al ser informados acerca de enfermedades serias; lo que más le angustia a él es oír: "¿han hecho ustedes todo lo que podrían para salvarle?" El especialista en enfermedades infecciosas Davi Lewi, encargado de informar a los pacientes que están infectados por el SIDA, afirmaba que las reacciones de pánico y falta de esperanza no iban a afectarle en su vida personal; actualmente relata sentirse deprimido: "la sensación es de impotencia" (Abud, 1998).

Un estudio realizado en 1989 por el Instituto de Investigación en Medicina Preventiva, en California (EUA), con más de 5.000

profesionales, constató que los médicos estaban muriéndose, en promedio a los 58 años, mientras la expectativa de vida del hombre americano era de 68 años. Lo que determina esto es el stress profesional, causado por la sensación de total responsabilidad que al médico se le atribuye con relación al paciente, que le hace sentirse mal, impotente o con rabia cuando no hay mejora en la salud del paciente (Lima, 1998).

Patricia Bellodi, psicóloga del departamento de apoyo pedagógico y psicológico de la Santa Casa de São Paulo ha dicho que un promedio del 10 % de los 600 alumnos de la institución busca ayuda en el departamento. Ha afirmado que "el médico convive con la muerte, el dolor y el sufrimiento". Las causas que les llevan a buscar apoyo cambian, desde dudas con relación a la escogencia de la profesión hasta dificultades en convivir con sentimientos como irritabilidad y depresión, entre otras (10% De Los Alumnos..., 1999).

La encuesta acerca del perfil del médico brasileño, realizada por la Fundación Oswaldo Cruz (Machado, 1997), ha constatado que el desgaste profesional aumenta según el número de actividades, tabla 5. Otros factores que han sido citados como determinantes del desgaste fueron: exceso de trabajo/ «multiempleo», baja remuneración, malas condiciones de trabajo, responsabilidad por la "vida", área de especialidad, relación médico-paciente, conflicto en relación con el cobro, pérdida de autonomía.

Son varias las estrategias utilizadas para trajinar con el dolor y el sufrimiento, un ejemplo es la ayuda psicológica. Son muchos los profesionales que utilizan un tratamiento más formal, objetivándose la reducción del vínculo afectivo y el compromiso emocional.

Ribeiro (1999) resalta que muchos profesionales juegan y hacen chistes acerca del dolor y eso es una forma de combatir el dolor extremo. Una encuesta realizada por Márcia Froés Skaba (Médicos..., 1997) ha detectado que se mantiene la distancia al utilizar una

Tabla5. Médicos por desgaste profesional según número de actividades. Brasil – 1995

Número de Actividades	Siente desgaste	No siente desgaste		Total
Una	20.187 (64,9)	9.908 (31,8)	1.020 (3,3)	31.115 (100,0)
Dos	38.737 (77,9)	10.706 (21,5)	312 (0,6)	49.755 (100,0)
Tres	45.128 (83,5)	8.564 (15,9)	328 (0,6)	54.020 (100,0)
Cuatro	25.017 (88,1)	3.207 (11,3)	177 (0,6)	28.401 (100,0)
Cinco o más	13.650 (90,0)	1.291 (8,5)	221 (1,5)	15.162 (100,0)
Total	142.719 (80,0)	33.676 (18,9)	2.058 (1,2)	178.453 (100,0)

Obs. : Valores entre paréntesis corresponden al porcentaje en cada línea. Los médicos jubilados, apartados, desempleados y aquellos que no se manifestaron son responsables por la diferencia en el total general de médicos (183.052). Fuente: Machado, Maria Helena. *Os médicos no Brasil: um retrato da realidade*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

jerga y siglas para identificar víctimas de violencia y procedimientos más comunes; un paciente que llega al hospital con un tiro en el cráneo llevó un “paf en la cabeza” (iniciales de herido por proyectil de arma de fuego), a la víctima de atropello se dice “pimba” (pie hinchado, desgarrado, borracho y atropellado).

Drogadicción

Cálculos hechos por médicos de la Universidad de São Paulo, que hacen parte del Grupo de Estudios sobre Drogas y Alcohol (GREA) comprueban que el Brasil tiene un perjuicio de R\$19 billones cada año por la dependencia química; el costo incluye tratamiento de accidentes en el trabajo y la caída de la productividad de los empleados. También constataron que el consumo de drogas es responsable por 25% de los accidentes de trabajo y por 50% de las ausencias de los trabajadores, proporción que es aún más grande en profesiones estresantes, como la de los médicos (Dimenstein, 1999).

Según un cardiólogo, que declaró llegar a inhalar cocaína durante la guardia y buscar ayuda para dejar el vicio, “la vida estresante del estudiante de medicina, el hecho de vivir lejos de la familia, y la soledad, todo eso sirve como estímulo para la dependencia”; también precisó que “para mantenerse despierto

en una guardia, el uso de anfetamínicos es una salida muy buena y muy utilizada” (Cardiologista..., 1999).

Una encuesta realizada por la Universidad de São Paulo (USP) con 2.600 estudiantes de medicina de la capital comprobó el uso excesivo de drogas, incluso alcohol, entre los encuestados. El consumo aumenta con la proximidad del final del curso. Constataron que en el primer año la media de personas que declararon beber con frecuencia es del 39%, llegando al 82% de los alumnos del sexto año; los investigadores consideraron eso como un refuerzo de una tendencia, no llegando a ser una regla, que lleva al alcoholismo. El stress característico de los cursos de medicina fue considerado el principal factor para ese comportamiento; incluye la exposición a situaciones de extrema tensión, una vez que los estudiantes conviven con personas en el límite entre la vida y la muerte, y son obligados a quedarse despiertos en las guardias, lo que fue denominado “proceso de bombardeo psicológico” por Wagner Gattaz, en aquel entonces jefe del Departamento de Psiquiatría de la USP (Dimenstein, 1998). Se observó que la ausencia de un soporte afectivo-emocional, la falta de alternativas de pasatiempo y descanso y el vivir lejos de la familia, son factores que agravan el problema.

Según los entrevistados la droga es utilizada por muchos médicos como un escape de las situaciones estresantes, debido a la ansiedad o como una tentativa de minimizar el sufrimiento. El alejamiento de la familia durante el curso o después de él, también han sido mencionados. La ansiedad provocada por la desilusión con el estudio y la falta de coraje para abandonarlo, también fue recordada, así como la impotencia y las frustraciones ante ciertas situaciones – principalmente aquellas que guardan relación con decisiones críticas y urgentes, donde la palabra final es la del médico.

Consideraciones Finales

Esta investigación ha constatado que el desgaste existente en la profesión médica proviene, fundamentalmente, de la propia actividad y de los dilemas enfrentados en el ejercicio de la profesión.

La pérdida del prestigio social fue evidenciada por todos los entrevistados. También se evidenció en las encuestas que muchos profesionales se sienten presionados a ostentar símbolos de status social y aquellos que no lo hacen, sea por opción o por no tener condiciones debido a la disminución del ingreso ocurrida en los últimos años, acaban por ser evaluados de manera negativa. Uno de los entrevistados ha dicho que “un médico que tenía un coche bien viejo había sido abordado por una paciente, que le consideró un médico malo, puesto que él ya era un médico añejo y no tenía un coche nuevo”.

Varios entrevistados destacaron la precariedad de las relaciones sociales y la existencia de un aislamiento profesional. En muchos casos se lo atribuyó a las largas jornadas de trabajo, exceso de pacientes, “multiempleos” y al carácter crítico de las decisiones tomadas. Otros destacaron que esto se deriva de un sentimiento de omnipotencia que, según Zaidhaft (1990), se desarrolló a partir del siglo XIX, con la creencia de que la medicina podría dominar el mundo y crear un estado

de salud y bien estar totales. Según un médico, el sentimiento de omnipotencia es lo que explica el comportamiento del médico que “no admite preguntar algo a un colega y compartir dudas”.

El alejamiento social trae también un crecimiento en la dificultad para descargar las tensiones vivenciadas en el trabajo cotidiano. Algunos entrevistados confirmaron que pocos profesionales logran hacer otra actividad distinta del trabajo, actividades que les den placer. Otros refuerzan que, debido al tiempo dedicado al trabajo, es muy común que el círculo de amistades se limite a los profesionales médicos que, casi siempre, en los momentos de pasatiempo, hablan acerca del trabajo, haciendo que los problemas del trabajo nunca dejen de estar cerca. A despecho de ser un tema muy importante, no se ahondó en el debate acerca del papel del soporte afectivo-emocional promovido por las relaciones sociales, como forma de prevenir el desgaste psíquico de los médicos; se sugiere que este sea ahondado en estudios posteriores.

Otro tema superficialmente investigado en este estudio se refiere a la manera en que los médicos enfrentan las tensiones. Algunos afirmaron que los médicos no están listos para lidiar con las situaciones de tensión existentes en la profesión, además, la formación académica ha valorizado muy poco esa cuestión. Para otros, las drogas, lícitas o no, son la principal válvula de escape para las situaciones inherentes a la profesión. Otros consideran que el tiempo de formación y el aumento de la experiencia profesional son determinantes en el desarrollo de la capacidad de enfrentar el sufrimiento, el dolor y la muerte de los pacientes: uno de los entrevistados llegó a decir que son necesarios diez años para el perfeccionamiento de tal habilidad. Algunos entrevistados afirman que muchos médicos buscan distanciarse de cualquier situación relacionada con el trabajo en momentos de

pasatiempo (uno de ellos participa de un conjunto musical, aunque todos sean médicos); muchos buscan en los deportes radicales la adrenalina necesaria para relajar el ritmo estresante del trabajo. Un entrevistado afirmó que ha observado un aumento en la porción de profesionales que buscan la capacidad de asimilar las experiencias traumáticas del trabajo cotidiano con ayuda de un acompañamiento psicoterapéutico; y que otros buscan en la doctrina espiritista una nueva forma de ver la muerte. El cuestionamiento acerca de las relaciones existentes entre las características personales, el trabajo cotidiano y los impactos sobre la subjetividad, así como

las estrategias de enfrentamiento utilizadas por los médicos, es otro tema de investigación con perspectivas importantes. Se sugiere, finalmente, un estudio que relacione los patrones de desgaste y las especialidades médicas.

El presente estudio ha investigado la relación entre las condiciones concretas de realización del trabajo y el desgaste mental, y ha demostrado que es parcial cualquier análisis que no considere la compleja relación entre esas dos dimensiones y que considere solamente los factores personales en la determinación del sufrimiento mental de los trabajadores.

Referencias

- 10% Dos Alunos de medicina buscam ajuda psicológica. *Folha de São Paulo*, São Paulo, 06/11/1999. Caderno Cotidiano.
- Abramczyk, Júlio. Cursos médicos em SP oferecem 2.173 vagas. *Folha de São Paulo*, São Paulo, 18/04/1999. Caderno Cotidiano.
- Abbud, Lia Regina. Médicos são o elo entre a vida e a morte. *Folha de São Paulo*, São Paulo, 08/02/1998. Caderno Empregos.
- Aiex Neto, José Elias. Não quero viver da doença. *Folha de São Paulo*, São Paulo, 07/06/1994. Caderno Cotidiano.
- Arendt, H. *A condição humana*. Rio de Janeiro: Forense-EPU, 1981 apud JACQUES, Maria da Graça Corrêa. Identidade e trabalho: uma articulação indispensável. In: TAMAYO, Álvaro, BORGES-ANDRADE, Jairo, CODO, Wanderley (orgs.). *Trabalho, organizações e cultura*. São Paulo: Cooperativa de Autores associados, [1997?].
- Associação culpa 'sistema corruptor'. *O Estado de São Paulo*, São Paulo, 20/03/1996.
- Bastos, Rosa. Escalada de violência no trabalho assusta médicos. *O Estado de São Paulo*, São Paulo, 07/05/2000.
- Bastos, Rosa. Rotina de trabalho inclui ameaças e desrespeito. *O Estado de São Paulo*, São Paulo, 07/05/2000.
- Berger, Peter L., Luckmann, Thomas. *A construção social da realidade: tratado de sociologia do conhecimento*. Petrópolis: Vozes, 1985. (Antropologia, 5).
- Biancarelli, Aureliano. Clínico critica exame inútil. *Folha de São Paulo*, São Paulo, 29/10/1995. Caderno Cotidiano.
- Biancarelli, Aureliano. Médicos elegem chapa única. *Folha de São Paulo*, São Paulo, 30/08/1999. Caderno Cotidiano.
- Biancarelli, Aureliano. Pinotti vê 'incompetência' na Saúde. *Folha de São Paulo*, São Paulo, 11/10/1999. Caderno Cotidiano.
- Biancarelli, Aureliano, SCHLEGEL, Rogério. Baixo salário e correria 'explicam' erros. *Folha de São Paulo*, São Paulo, 06/10/1996. Caderno Cotidiano.
- Bonelli, Maria da Glória. As ciências sociais no sistema profissional brasileiro. *ANPOCS BIB*, Rio de Janeiro, no.36, p.31-61, 1993.

- Bragheto, Alessandro. País faz cirurgia via Internet. *Folha de São Paulo*, São Paulo, 31/08/1999. Caderno Cotidiano.
- Cardiologista se drogava na UTI. *Folha de São Paulo*, São Paulo, 04/07/1999. Caderno Cotidiano.
- Codo, Wanderley. Um diagnóstico do trabalho (em busca do prazer). In: Tamayo, Álvaro, Borges-Andrade, Jairo, Codo, Wanderley (orgs.). *Trabalho, organizações e cultura*. São Paulo: Cooperativa de Autores associados, [1997?].
- Collins, Randall. Changing conceptions in the Sociology of the Professions. In: Torstendahl, Rolf, Burrage, Michael (eds.). *The formation of professions: knowledge, state and strategy*. Londres: Sage Publications, 1990 apud Bonelli, Maria da Glória. As ciências sociais no sistema profissional brasileiro. *ANPOCS BIB*, Rio de Janeiro, no.36, p.31-61, 1993.
- Cristie, Ellen. Um raio-x da residência médica. *Estado de Minas*, Belo Horizonte, 24/08/1999. Caderno Campus, p.4-5.
- CRM combate novos cursos de medicina. *Folha de São Paulo*, São Paulo, 19/10/1999. Caderno Cotidiano.
- Cutait, Raul. Para prevenir o erro médico. *Folha de São Paulo*, São Paulo, 21/03/1999. Caderno Opinião.
- Dejours, Christophe, Abdoucheli, Elizabeth. Itinerário teórico em psicopatologia do trabalho. In: Dejours, Christophe, Abdoucheli, Elizabeth, Jayet, Christian. *Psicodinâmica do trabalho: contribuições da escola dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho*. São Paulo: Atlas, 1994.
- Dejours, Christophe, Dessors, Dominique, Desriau, François. Por um trabalho, fator de equilíbrio. *Revista de Administração de Empresas*, São Paulo, no.33, v.3, p.98-104, 1993.
- Dimenstein, Gilberto. Estudo conclui que uso de álcool dobra durante curso. *Folha de São Paulo*, São Paulo, 12/08/1998. Caderno Cotidiano.
- Dimenstein, Gilberto. Prejuízo com drogas chega a R\$19 bi. *Folha de São Paulo*, São Paulo, 04/07/1999. Caderno Cotidiano.
- Facchini, Luiz Augusto. Por que a doença? A inferência causal e os marcos teóricos de análise. In: Rocha, Lys Esther, Rigotto, Raquel Maria, Buschinelli, José Tarcísio Penteado (orgs.). *Isto é trabalho de gente? Vida, doença e trabalho no Brasil*. São Paulo: Vozes, 1993. p.33-55.
- Felinto, Marilene. Fabricante de remédio faz pacto com médico. *Folha de São Paulo*, São Paulo, 10/08/1999. Caderno Cotidiano.
- Fernandes, Kamila. ES investiga morte em porta de hospital. *Folha de São Paulo*, São Paulo, 11/09/1999. Caderno Cotidiano.
- Gil, Antônio Carlos. *Como elaborar projetos de pesquisa*. São Paulo: Atlas, 1991.
- _____. *Métodos e técnicas de pesquisa social*. São Paulo: Atlas, 1994.
- Goffman, E. *A representação do eu na vida cotidiana*. Petrópolis: Vozes, 1985 apud Jacques, Maria da Graça Corrêa. Identidade e trabalho: uma articulação indispensável. In: Tamayo, Álvaro, Borges-Andrade, Jairo, Codo, Wanderley (orgs.). *Trabalho, organizações e cultura*. São Paulo: Cooperativa de Autores associados, [1997?].
- Jacques, Maria da Graça Corrêa. Identidade e trabalho: uma articulação indispensável. In: Tamayo, Álvaro, Borges-Andrade, Jairo, Codo, Wanderley (orgs.). *Trabalho, organizações e cultura*. São Paulo: Cooperativa de Autores associados, [1997?].
- Lambert, Priscila, Vergara, Rodrigo. Faltam remédios na rede pública de SP. *Folha de São Paulo*, São Paulo, 25/11/1997. Caderno Cotidiano.
- Landmann, Jayme. *A outra face da medicina: um estudo das ideologias médicas*. Rio de Janeiro: Salamandra, 1984.

- Laurell, Asa Cristina, Noriega, Maríano. *Processo de produção e saúde: trabalho e desgaste operário*. São Paulo: Hucitec, 1989.
- Le Guillant, Louis. *Quelle psychiatrie pour notre temps?* Toulouse: Érès, 1984. p.289-329: incidences psychopathologiques de la condition de "bonne a tout faire".
- Leontiev, Alexis. *O desenvolvimento do psiquismo*. São Paulo: Moraes, s.d.
- Lima, Maria Elizabeth Antunes. A LER no setor bancário. In: Garcia, José Newton, Lima, Maria Elizabeth Antunes, Lima, Francisco de Paula Antunes (orgs.). *L.E.R.: dimensões ergonômicas e psicossociais*. Belo Horizonte: Health, 1997.
- Lima, Maria Elizabeth Antunes. A pesquisa em saúde mental e trabalho. In: Tamayo, Álvaro, Borges-Andrade, Jairo, Codo, Wanderley (orgs.). *Trabalho, organizações e cultura*. São Paulo: Cooperativa de Autores associados, [1997?].
- Lima, Maria Elizabeth Antunes. A psicopatologia do trabalho: origens e desenvolvimentos recentes na França. *Psicologia Ciência e Profissão*, vol.18, n.2, p.10-15, 1998.
- Lima, Roni. Médico nos EUA morre antes de paciente. *Folha de São Paulo*, São Paulo, 30/04/1998. Caderno Cotidiano.
- Machado, Maria Helena (coord.). *Os médicos no Brasil: um retrato da realidade*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997.
- Marin, Denise Chrispim. Cursar medicina não garante bom salário. *Folha de São Paulo*, São Paulo, 11/06/1995. Caderno Empregos.
- Medicina não traz dinheiro fácil. *Folha de São Paulo*, São Paulo, 08/10/1998. Caderno Fovest.
- Médico é recordista em suicídio. *Folha de São Paulo*, São Paulo, 29/05/1998. Caderno Cotidiano, p.8.
- Médicos criticam as empresas de saúde pela busca de lucros. *Folha de São Paulo*, São Paulo, 22/12/1999. Caderno Dinheiro.
- Menezes, Cynara. Casal faz jornada dupla e leva trabalho para casa. *Folha de São Paulo*, São Paulo, 25/05/1998. Caderno Cotidiano.
- Oliveira, Silvio Luiz de. *Tratado de metodologia científica: projetos de pesquisas, TGI, TCC, monografias, dissertações e teses*. São Paulo: Pioneira, 1997.
- Pediatra reclama da falta de controle. *Folha de São Paulo*, São Paulo, 21/03/1995. Caderno Especial.
- Peixoto, Paulo. Médicos vão à Justiça contra 'roleta-russa'. *Folha de São Paulo*, São Paulo, 28/10/1997. Caderno Cotidiano.
- Pitta, Ana. *Hospital: dor e morte como ofício*. São Paulo: Hucitec, 1999.
- Poles, Cristina, Boccia, Sandra. Vício de branco. *Veja*, São Paulo, no.1637, p.76-80, 23/02/2000.
- Pozzi, Diana Helena de Benedetto. Diplomacia e ensino médico. *O Estado de São Paulo*, São Paulo, 21/11/1996.
- Ribeiro, Renato Janine. O trote e a dor. *Folha de São Paulo*, São Paulo, 07/07/1999. Caderno Opinião.
- Rosen, G. *Da polícia médica à medicina social*. Rio de Janeiro: Graal, 1980 apud Facchini, Luiz Augusto. Por que a doença? A inferência causal e os marcos teóricos de análise. In: Rocha, Lys Esther, Rigotto, Raquel Maria, Buschinelli, José Tarcísio Penteado (orgs.). *Isto é trabalho de gente? Vida, doença e trabalho no Brasil*. São Paulo: Vozes, 1993. p.33-55.
- Rotina inclui consultório e laboratório. *O Estado de São Paulo*, São Paulo, 20/03/1996.
- Scheinberg, Gabriela. CRM critica intervenção de laboratórios. *Folha de São Paulo*, São Paulo, 17/11/1999. Caderno Cotidiano.
- Servicios de medicina del trabajo. In: Conferencia Internacional del trabajo. 70ª reunión. Ginebra: Oficina Internacional del Trabajo, 1984. Informe V (1).

- Siqueira, Márcia. Álcool seduz futuros médicos. *Estado de Minas*, Belo Horizonte, 26/04/2000. Caderno Gerais/Saúde, p.23.
- Souza, Okky de. A dura rotina de branco. *Veja*, São Paulo, no.1560, 19/08/1998.
- Tambellini, A. M. Contribuição à análise epidemiológica dos acidentes de trânsito. Campinas, 1975, p.55-60 (Tese de doutorado) apud LAURELL, Asa Cristina, NORIEGA, Mariano. *Processo de produção e saúde: trabalho e desgaste operário*. São Paulo: Hucitec, 1989.
- Torres, Sérgio. 40% de doentes graves morrem em PS. *Folha de São Paulo*, São Paulo, 11/10/1994. Caderno Cotidiano.
- Weiss, Rick. Relatório mostra que erro médico mata 98 mil por ano nos EUA. *O Estado de São Paulo*, São Paulo, 01/12/1999, The Washington Post.
- Zaidhaft, Sérgio. *Morte e formação médica*. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1990.

Cópias de este arquivo pueden obtenerse escribiendo al autor a: eustaqui.furiati@zipmail.com.br