

A INFLUÊNCIA NO PROCESSO DE TRABALHO NA OCORRÊNCIA DO ERRO MÉDICO

Maria Marce MOLLANI¹

Resumo: Ao observar as condições de trabalho médico no Brasil, nota-se uma inadequação entre o sistema de saúde, modelo de medicina e demandas sociais. Os médicos exercem suas funções num sistema de saúde precário, que não dispõe de equipamentos, leitos, medicamentos e profissionais suficientes para o atendimento ao paciente, ocasionando filas imensas e *stress* no ambiente de trabalho. A racionalidade orientadora da medicina ocasiona mudanças do ponto de vista da evolução científico-tecnológica e demanda tanto profissionais especializados quanto equipamentos sofisticados. O tratamento médico perde o seu caráter humano de cuidado ao enfermo para adquirir um caráter técnico, em que o procedimento em si é valorizado, em detrimento do resultado final. O médico especializado não é mais o profissional da saúde do paciente e, sim aquele que lhe prescreve condutas para “uma determinada enfermidade”.

Palavras-chave: Erro médico. Processo trabalho. Situação de trabalho. Especialização. Qualificação.

A medicina é uma técnica que tem a função de restaurar e manter a saúde, melhorar as condições orgânicas e prevenir doenças que o indivíduo possa adquirir e/ou desenvolver. A exemplo de outros saberes, a medicina, também, sofre limitações colocadas tanto pelo desenvolvimento científico-tecnológico, quanto pelas capacitações dos profissionais da área. Seu diferencial aparece na expectativa depositada pela sociedade em relação ao desempenho ou resposta do médico, em qualquer tratamento solicitado.

É importante salientar que as expectativas dos usuários do serviço de saúde concentram-se no médico e não na medicina ou no próprio sistema. Isto porque aos médicos é atribuído um poder que supera o ato técnico assimilado no curso da vida profissional, ou seja, é uma profissão que tem por missão “salvar vidas”. O médico,

¹ Doutoranda em Ciências Sociais. Unicamp – Universidade de Campinas. Instituto de Filosofia Ciências Humanas. Campinas – SP – Brasil – 13083-970. UEPG - Universidade Estadual de Ponta Grossa - Departamento de Educação. Ponta Grossa – PR – Brasil. 84010-919 - mmmolian@uepg.br

à semelhança do xamã², é visto como um indivíduo dotado de poderes divinos que deve, por meios de seus atos, não apenas minorar o sofrimento humano, mas também a culpa e a raiva que se apresentam juntamente à enfermidade.³ “Erro Médico” é assim a antítese da magia inerente aos deuses, ou a quem, ungido do poder divino, dispõe do poder de cura, isto é, o poder que redime o erro natural.

Em todos os manuais de ética médica, deontologia da medicina e mesmo nos códigos de conduta profissional dos conselhos de medicina, erro médico é visto como o mau resultado ou resultado adverso decorrente de ação ou omissão do médico. No direito, o erro médico pode ser originado de três maneiras: imperícia, imprudência ou negligência.

A falta de observação das normas técnicas, despreparo prático ou insuficiência de conhecimento caracterizam a imperícia; imprudência ocorre quando o médico, por ação ou omissão assume condutas de risco para o paciente, sem respaldo científico ou sem o conhecimento e consentimento da parte interessada; e, finalmente, negligência acontece quando o profissional negligencia, isto é, trata com descaso ou pouco interesse os deveres para com o paciente. Essa última é a forma mais comum de denúncia de erros médicos. Há dúvida se é a que ocorre com mais frequência, mas certamente é a mais perceptível ao paciente e, naturalmente mais fácil de ser julgada. Os erros, considerados como negligentes, são aqueles típicos de falha humana do profissional de saúde.

Essa maneira de identificar os “atos adversos”, da prática médica utilizada pelos sistemas legais, apoiados pelos conselhos corporativos dos profissionais de saúde, responsabiliza o médico por qualquer problema decorrente durante o processo terapêutico, dificultando o estudo sobre as causas e a magnitude dos erros no trabalho médico. Provavelmente o médico não comete mais ou menos erros do que outros profissionais de saúde ou mesmo de outras áreas de conhecimento, a diferença principal está na quase proibição formal do erro face à própria natureza do trabalho médico e evidentemente das consequências dos erros destes profissionais. O resultado adverso, da conduta médica não resulta apenas em prejuízos econômicos ou outros transtornos, o “erro médico” pode causar danos irreparáveis, como perda de órgãos, funções e até mesmo a vida humana.

² Em seu trabalho sobre hospitais, Carapineiro (1993) retoma toda a literatura que trata das expectativas colocadas sobre a medicina. Uma atividade profissional que é vista socialmente como imbuída de uma missão e a compara aos poderes mágicos atribuídos a curandeiros e xamãs.

³ Áries (1990) mostra que a idéia de adoecer e morrer foi sofrendo alterações ao longo da história da humanidade, e a doença chega ao século XX visto como uma grande manifestação de fraqueza e a demonstração de sofrimento como de extremo mau-gosto, levando os enfermos a manterem-se apartados dos sadios – seja através de hospitais, seja através da busca de ocultação de seus males. Isso se deve em parte à cobrança social para que os indivíduos mantenham-se sempre produtivos. A doença implica sempre no afastamento do trabalho e esse na marginalização do indivíduo.

É preciso notar que nos códigos de conduta médica não se configuram erros decorrentes de ações coletivas ou mesmo da insuficiência da estrutura de saúde, apesar de a medicina estar se tornando crescentemente uma atividade coletiva, produto do trabalho cooperativo de vários profissionais e dependente de uma estrutura organizacional. A partir da década de 1960 a medicina tornou-se mais tecnicada e cara em todo o mundo

A medicina tecnicada⁴ é cada vez mais exercida no interior dos hospitais e clínicas, pois exige equipamentos sofisticados e profissionais para operá-los, impondo limites para o modelo de medicina liberal tanto economicamente, quanto em termos de assistência. Um mesmo profissional raramente tem qualificações para manusear equipamentos de diagnósticos (exames laboratoriais, por imagem, intervenções cirúrgicas, etc.) e conduzir tratamentos. O alto custo para manter equipamentos de diagnósticos faz com que o trabalho em saúde se torne mais socializado, com a necessidade de interação entre diversos profissionais.

As crescentes mudanças no processo de trabalho em saúde também ocasionam mudanças no papel dos hospitais no sistema de saúde, pois além de sua histórica função asilar de cuidado intensivo aos enfermos, os hospitais passam a desempenhar uma função terapêutica não asilar convivendo com aquela mesma função. O hospital é o local por excelência do exercício de terapêuticas sofisticadas que, apesar de não exigirem a internação do paciente, são suficientemente complexas para a exigência de pessoal altamente qualificado, além da disponibilidade de socorro imediato, no caso de intercorrências de urgência que necessitem procedimentos e instalações para o atendimento imediato do paciente, como, por exemplo, é o caso da hemodiálise que, apesar de não exigir internação, exige a possibilidade desta.

Este artigo visa um breve questionamento sobre o trabalho em hospitais, a fim de incitar uma discussão sobre os efeitos do processo de trabalho na ocorrência do erro médico. O trabalho médico convive com diversas lógicas de assistência a saúde: a lógica liberal do trabalho em consultório particular exercido por profissionais independentes, a lógica do trabalho cooperativo, na qual diversos profissionais interagem para prestar atendimento à saúde, além da burocrática que institui uma forma de procedimento nas grandes organizações. Apesar disso, quando se observa os processos de acusação de “erro médico”, nota-se uma ausência de responsabilização às instituições de saúde e uma concentração de culpa ao médico responsável pelos procedimentos terapêuticos. Evidentemente, existem códigos de conduta e responsabilização aos demais profissionais de saúde, como técnicos, enfermeiros, farmacêuticos, etc., porém são insignificantes, ou praticamente

⁴ Foucault (1977) mostra que o surgimento do hospital, promove uma desapropriação do saber sobre o corpo e o transfere à medicina, que passa a ter a função “científica” de cuidado aos enfermos.

inexistentes os processos por erro médico ou mau exercício profissional dirigido a estes profissionais.

Pode-se argumentar que um erro cometido por um enfermeiro não tem o mesmo grau de gravidade do cometido pelo médico, o qual pode matar um paciente.

O referido argumento não sustenta a observada prática da medicina nos hospitais: uma prescrição errônea de medicamento é tão danosa quanto uma má administração – a prescrição é feita pelo médico e a administração pelo enfermeiro.

Uma hipótese para o significativo menor número de acusações de erros aos profissionais de saúde não médicos, como fisioterapeutas, farmacêuticos, radiologistas, técnicos de anatomia, enfermeiros, etc., é que a acusação aos mesmos atinge diretamente as estruturas organizacionais das quais fazem parte, que agem de maneira mais eficiente, em comparação ao profissional isolado, na ocultação dos erros.

Observa-se os processos de atendimento à saúde, e nota-se uma grande dificuldade da população atendida em intervir nos processos de terapêuticas adotados, criando dificuldades em verificar se os resultados adversos de um tratamento são frutos de incompetência do trabalho médico ou inerente ao processo de cura. Infere-se que o número de erros médicos possa ser muito maior que as notificações, pois, na visão leiga, a existência do erro só ocorre quando o resultado do tratamento contraria as suas expectativas, o que não significa que a vítima não possa estar enganada. O paciente poderá julgar que o resultado adverso de um tratamento foi uma fatalidade, quando de fato um erro grave pode ter ocorrido, assim como o contrário também é verdadeiro: suspeitar de um erro que não ocorreu. Além disso, inúmeros erros podem ser corrigidos ou minimizados sem que o paciente venha sequer a suspeitar de que houve falhas na condução terapêutica.

Apesar de não haver estudos conclusivos sobre a ocorrência de erro médico no Brasil, as estimativas demonstram um número crescente de processos contra a conduta médica. O número de denúncias de erros médicos e falhas no atendimento tiveram um aumento tão significativo que a maior parte dos Conselhos Regionais de Medicina montaram sistemas de notificação e registro de denúncias. O número crescente de acusações de erros médicos no Brasil está longe dos números americanos. Nos Estados Unidos há estimativas de que 40% dos médicos já sofreram ou sofrem processos por erro médico, e esse é considerado como responsável pela quinta causa de morte naquele país.⁵ Não há motivos para crer que a incidência de erros médicos seja menor no Brasil do que é nos Estados Unidos.⁶

⁵ Eleuses Vieira de Paiva – Presidente da AMB – Associação Médica Brasileira.

⁶ O número de denúncias de erro de diagnóstico feitas ao Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (Cremesp) triplicou desde 2000. O órgão recebeu 45 queixas em 2000. Dois anos depois, o

Os principais processos trazem acusações de homicídio, lesões corporais com ou sem danos estéticos, etc. Como causa dessas reclamações pode-se citar: não realização de exames em trauma crânio-encefálico, exame superficial e desatencioso do paciente, omissão de transferência ao especialista, prescrição por telefone, atraso na intervenção cirúrgica, corpo estranho abandonado na cavidade abdominal, erro anestésico, lesão do nervo ciático em cirurgia ortopédica, colocação indevida de aparelhos gessados, secção de ureteres em cirurgia cesariana, deformidade em cirurgia plástica, deformidade em cirurgia traumatológica, seqüelas de cirurgias, entre outras.⁷

Trabalha-se aqui com um conceito ampliado de erro médico, no qual esse decorre de processos sociais que condicionam a ação dos médicos, em que as falhas, tipicamente humanas, situam-se entre outras tantas causas. Nesse sentido é importante colocar a discussão sobre o processo de trabalho médico para entender a racionalidade orientadora dos profissionais de saúde, e quais os efeitos do mesmo na produção do erro.

A especialização fez com que o tratamento médico, perdesse o caráter humano de cuidado ao doente para adquirir um caráter técnico, em que o procedimento em si é valorizado, em detrimento do resultado final. Não obstante o médico especializado não ser mais o profissional da “saúde” do paciente e, sim, aquele que lhe prescreve condutas para “uma determinada enfermidade”. Essa redução da amplitude de intervenção sobre a saúde, com um aumento de sua capacidade de oferecer respostas positivas a determinadas queixas reduz a interação médico-paciente. A tarefa do médico é responder a uma queixa específica do paciente, não mantê-lo saudável ou com qualidade de vida.

Ao discutir a forma neoliberal de produção de saúde no Brasil, Campos salienta que a especialização da medicina, ao fracionar a abordagem sobre a doença, cria uma nova forma de atenção ao doente, um novo objeto de trabalho, cada vez mais destacado do diagnóstico terapêutico: o procedimento,

[...] a realização de algum procedimento – que só raramente coincide com a cura integral, mas que de fato, não depende das ações que lhe deveriam suceder caso prevalecesse o critério técnico científico de busca da saúde. Desta maneira, dilui-se o compromisso que o profissional teria com o restabelecimento do doente e com a proteção á comunidade [...](CAMPOS, 1997, p.58).

número quase dobrou, chegando aos 89 casos. Em 2005, chegou a um recorde, 128 denúncias. Nos seis primeiros meses deste ano, já foram 61. Desde 2000, o total de queixas chegou a 608. Desses casos, 10% se transformaram em processos de ética profissional contra os médicos envolvidos, resultando em 16 condenações. As penas aplicadas pelo Cremesp vão desde a advertência confidencial até a censura aberta - publicada pelo Diário Oficial do Estado.

⁷ Jornal da Assoc. Médica do Rio Grande do Sul (AMRIGS).

A incorporação da tecnologia na produção dos cuidados médicos inviabiliza uma prática terapêutica completamente centrada no consultório, em que até mesmo a anamnese (conjunto de perguntas com vistas a obter diagnóstico) tem o seu significado modificado, e passa a ser aliada de exames complementares. O efeito disso é que as clínicas de diagnósticos, por meio de aparelhos, e os hospitais ocuparão um espaço cada vez maior no processo curativo, o que modifica a forma de captação da clientela do médico e o seu relacionamento com o paciente, transformando a prática da medicina liberal e estabelecendo o trabalho cooperativo.

Ao falar em especialização, a sociologia tem presente as mazelas causadas pela parcialização das tarefas no processo de industrialização, que se intensificou nos diversos modelos de gerenciamento do trabalho - Taylorismo, Fordismo, Toyotismo. No caso do trabalho médico observa-se uma crescente divisão técnica do trabalho com o surgimento de áreas de especialidade e sub-especialidades, além da incorporação de novos instrumentos de trabalho - tecnologia diagnóstica - que impõe novos modelos cognitivos na prática profissional.

Qualificação profissional na medicina pode ser paradigmática, no sentido de que a especialização torna-se desqualificação ou não, dependendo da formação profissional anterior do profissional. Explica-se, no caso de o médico obter uma formação básica sólida, a super especialização, quando em área correlata à formação, pode ser até um grande aliado para tratar determinadas moléstias, caso consiga manter-se qualificado - por meio da educação continuada. Por exemplo, a uma boa formação em pediatria (especialização através de residência médica) pode ser útil uma formação complementar em neonatal, ou em alergias. Mas no caso de o médico não ter uma formação sólida em pediatria, a especialização apenas em alergia pode ser insatisfatória ao tratar de alergias na infância sem a cooperação de um pediatra.

Esse modelo de medicina, além de extremamente dispendioso, requer uma formação profissional que estimule a cooperatividade entre profissionais de áreas diferentes e o conhecimento da área de trabalho destes parceiros; ou seja, a prática de intercâmbio de informações deve ser constante, a fim de observar os avanços tecnológicos não apenas em sua área de atuação, mas também nas dos colegas de outras áreas.

Formação profissional

O modelo de saúde ofertado pelas escolas médicas ainda pressupõe uma atividade de caráter liberal, que privilegia a relação médico-paciente, pautada em uma orientação diagnóstica baseada em dados analíticos. A troca de experiências e a discussão sobre procedimentos estão limitadas ao ensino da medicina, não sendo

comum no exercício profissional, devido tanto ao processo de trabalho, quanto à hierarquização formal e informal presente na medicina.

O curso de graduação de medicina no Brasil tem duração de seis anos, considerado o mais extenso do mundo, tanto em número de anos, quanto em carga horária semanal, composta por uma média de 30 horas aulas. A organização da grade curricular do referido curso dedica os primeiros dois anos e meio à formação básica, os dois anos e meio seguintes à formação médica, e o último ano, à prática médica - internato.

Uma visão superficial faz parecer um tempo significativo para a formação profissional, mas não o é quando observada a realidade epidemiológica e o sistema de saúde brasileiro em comparação com o modelo de medicina. A complexificação do trabalho médico, devido à super especialização, faz com que as universidades tentem oferecer um pouco de conhecimento de todas - ou boa parte - das especialidades médicas, enfatizando - não muito significativamente, as especialidades mais gerais, cuja demanda é maior nos centros de saúde e hospitais públicos: (pediatria, ginecologia e obstetrícia e clínica geral).

É consenso entre os médicos pesquisados que a formação recebida na graduação - mesmo quando de boa qualidade-, não é suficiente para o exercício adequado da profissão. Apesar de não encontrarmos nos órgãos e documentos pesquisados - Conselhos Regionais de Medicina (CRMs), Associação Médica Brasileira (AMB), Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), Ministério da Saúde, Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), Conselhos de Especialidades, etc., afirmações taxativas de que a graduação não é suficiente para o bom exercício profissional, observa-se em todas as entidades uma grande ênfase na necessidade de especialização - especialmente através da residência médica - como uma condição necessária para a boa prática profissional.

A prática médica apresenta assim um paradoxo: para o exercício profissional a única exigência legal colocada sobre o médico é o registro no CRM, concedido com a posse de um diploma de graduação em medicina válido em território nacional. Por outro lado, as associações médicas de especialidades, que mantêm registros de especialistas em suas respectivas áreas, orientam sobre a prática inadequada de suas atividades por não especialistas. Fazem campanhas, tanto para o público geral, quanto para os hospitais e contratadores de médicos - Prefeituras, Estados da Federação, Clínicos e planos de saúde que exijam comprovação de especialidade válida para o exercício profissional. Nem sempre essa orientação é seguida.

A resolução que regulamenta o uso do título de especialista foi publicada pelo conselho federal de medicina (CFM) nº 1634/2002, a partir de um intenso debate entre os médicos. E os principais argumentos a favor da especialização ou da necessidade

de manutenção de uma educação continuada, referiam-se aos avanços cada vez mais rápidos e freqüentes na medicina.

Essa medida, porém, não atinge o total de formandos anualmente no país, quanto mais os já formados que não possuem especialização. Um exemplo disso diz respeito ao número de vagas em residência médica ofertadas anualmente. Apesar de não termos dados precisos, pois nem todas as vagas credenciadas na Secretária do Ensino Superior (SESU), – MEC são utilizadas, pelos dados levantados na CNRM, o Brasil conta com um número aproximado de quatorze mil residentes, considerados todos os anos de residência médica e todas as especialidades, e forma um número próximo de treze mil alunos na graduação. Considerando que para o primeiro ano de residência médica são ofertadas uma média de seis mil vagas, e as demais dispostas para os anos superiores (alguns programas de residência chegam a 5 ou 6 anos, e os conselhos de saúde estão indicando programas de residência com um tempo mínimo de 3 anos), são atingidos apenas cerca 50% dos alunos formados.

Antes de formado, o estudante se depara com a dolorida realidade do sistema brasileiro de saúde. O cinismo e o estresse que acometem os estudantes de medicina são notados em vários trabalhos sobre educação médica, predispondo inclusive a distúrbios neurológicos e psíquicos. Estudos clássicos sobre a medicina abordam fenômenos semelhantes nos Estados Unidos⁸. O curso coloca uma série de espectros de valores morais, que parecem inviáveis aos estudantes, dadas as exigências colocadas e os recursos disponíveis ao atendimento médico para a população.

A escola deve ser vista como um ambiente social, na qual a cultura é transmitida e estabelece uma determinada racionalidade. Os dilemas e os conflitos vividos pelos estudantes, tanto durante o desempenho das atividades, quanto em relação às ambivalências entre o desejado/esperado e a realidade imposta, sofrem os limites colocados pela organização social e se apresenta como um conjunto englobante.

A característica fundamental da instituição de ensino é o fato de que nela o indivíduo aparece como inacabado, colocado numa situação de dependência. Ela favorece a construção de indivíduos para sua devoção/reprodução, na medida em que conseguir se instaurar para eles como pólo ideal e a obcecá-los com o ideal.

Então, se por um lado a formação médica preconiza um ideário de atuação profissional do ponto de vista ético, por outro, a prática cotidiana do estudante lhe coloca numa situação oposta.

⁸ Além dos estudos de Parsons e Merton sobre a medicina e estudantes de medicina, estudos mais recentes de Becker (1961), corroboram premissas de que a escola médica funciona como um modelo estruturante que ao não atender as expectativas dos alunos e colocá-los numa situação de grande ansiedade acaba produzindo uma certa frieza deste com relação ao seu trabalho, frieza esta que gera angústia por distanciar-se do idealismo inicial quando da escolha do curso.

O ensino diz que o paciente deve ser acolhido e ter suas queixas investigadas, mas a realidade dos hospitais e postos de saúde leva a uma prática de minimizar e até dispensar pacientes que necessitam de atendimento, e essa tarefa cabe muitas vezes ao estudante de medicina que tem o papel de convencer o paciente que seu problema não é grave ou que ele deve procurar outro serviço de saúde.

Estas diferentes lógicas impostas sobre o aluno, e depois durante a especialização sobre o residente, levam o médico a adquirir um alto grau de cinismo em relação à sua atividade, colocando para os estudantes uma nova perspectiva:

1. Apesar de todos os nossos esforços, não podemos aprender tudo no tempo disponível.
2. Estudaremos como jamais o fizemos, porém agora o faremos somente da forma mais econômica e eficaz, e aprenderemos o que é mais importante.
3. Alguns estudantes dizem: “Decidiremos se algo é importante se tiver importância na prática médica. Outros estudantes dizem: Decidiremos se algo é importante na medida daquilo que os nossos professores querem que saibamos” (NUNES, 1999, p.184 apud BECKER, 1961, p.79 , grifo do autor).

O anseio dos residentes em observar calmamente as moléstias, verificando as implicações possíveis das diversas terapêuticas, esbarram na experiência e lógica de atendimento dos serviços de saúde que contam com poucos recursos e grandes demandas sociais. Uma queixa comum aos residentes de medicina é que estes se tornam mão-de-obra barata. Por contarem com residentes, os hospitais lhes atribuem uma quantidade excessiva de atividades e mantém um número inadequado de médicos em seu corpo clínico.

Situação de trabalho

O exercício profissional do médico em comparação às outras profissões liberais, ainda é a que melhor remunera. Recente pesquisa pelo Instituto Brasileiro de Economia da Fundação Getulio Vargas confirma que a profissão de maior remuneração entre as profissões de nível superior é a medicina, que apresenta uma renda salarial média para os portadores do título de doutor em torno de R\$ 8.966,07 e R\$ 6.705,00 para graduados, enquanto as demais profissões oscilam em torno de R\$ 5.000,00 para doutores e R\$ 3.500,00 para graduados⁹.

A profissão médica é também a que apresenta maior jornada, em torno de 52 horas semanais, enquanto as jornadas de trabalho das demais profissões giram em torno de 42 horas semanais. A explicação para isso tanto para os maiores salários,

⁹ Jornal do Cremesp, edição 221/ mês /2006

quanto o excessivo número de horas trabalhadas, é que o médico tem maior facilidade em manter vários vínculos empregatícios, além da manutenção de consultório particular, o que permite uma maior remuneração, mas também lhe impõe um ritmo extenuante.

Pesquisa publicada pelo CRM-RJ, sobre as atividades dos médicos que trabalham em emergências nos hospitais do Rio de Janeiro em 2004, salienta a extensa jornada diária, a falta de tempo para qualificação e as péssimas condições de trabalho como as maiores queixas desses médicos. No perfil epidemiológico destaca-se a presença marcante de pacientes portadores de doenças crônicas nos plantões emergenciais por não obterem atendimento ambulatorial, que leva à agudização do quadro clínico com conseqüente superlotação das emergências médicas.

Uma outra questão importante a ser notada diz respeito ao plantão 24 horas. Essa modalidade de jornada de trabalho faz parte do atendimento das emergências e podia ser justificada até o início dos anos 1980 quando ainda não havia grandes superlotações e total falência do modelo previdenciário. O plantão 24 horas pressupunha que o médico deveria estar a postos para o atendimento de qualquer emergência, não que este trabalharia efetivamente 24 horas.

A realidade do plantão 24 horas nos últimos anos é outra. Qualquer clínica ou hospital, público e mesmo os privados, que funcione 24 horas, mantém filas de espera por atendimento durante todo o seu período de funcionamento. A espera pelo atendimento, aliada ao estresse do indivíduo enfermo, de seus familiares e a consciência cada vez maior dos direitos do cidadão, coloca os pacientes e os profissionais de saúde numa situação de grande animosidade. O paciente ressentese por não ser atendido enquanto os médicos se sentem injustiçados devido às suas condições de trabalho.

Nos hospitais e centros policlínicos, a exemplo dos atendimentos emergenciais, as disciplinas médicas têm sempre uma quantidade maior de pacientes a serem atendidos que tempo e recursos disponíveis. Os médicos dão prioridade a determinados casos clínicos, dependendo do estado geral do paciente, do tempo em que este aguarda, da ocupação dos leitos hospitalares, disponibilidade de exames, etc. Ou seja, não é possível atender o paciente de acordo com as normas protocolares.

Esses problemas, oriundos da forma como o trabalho é organizado e da escassez de recursos, se agravam, devido ao relacionamento das diversas disciplinas médicas. Estas estão sempre disputando espaço de atuação, em todos os lugares de atendimento, como os ambulatórios, procedimentos especializados, leitos de internação e também tempo de cirurgias.

A distribuição formal dos tempos e espaços entre as diversas disciplinas médicas é uma maneira da organização de saúde tentar diminuir o conflito entre elas.

Porém, essa organização burocrática das atividades, esbarra na imprevisibilidade do atendimento, que recoloca cotidianamente a necessidade de negociações entre as especialidades a fim de adequarem o atendimento.

Lembrando Crozier (1993) na idéia de negociação e poder nas organizações, observamos que a compartimentalização de funções e os espaços previamente definidos podem ser disfuncionais em termos administrativos, devido às contingências do tipo de trabalho realizado no hospital. A disputa constante dificulta o processo de trabalho em que diariamente é necessário montar um expediente de forma a otimizar a utilização dos recursos.

A especialização médica aparece então, como um entrave nas negociações, pois o “saber médico” não permite que especialistas de outras disciplinas tenham condições de julgar os procedimentos dos colegas, contribuindo para a existência de um clima de hostilidade e desconfiança.

As conseqüências desta meritocracia acentuada, dada pela especialização, tornam o valor orientador das condutas pessoais e profissionais a mestria técnica, para a qual todos primam pela execução metódica do trabalho e manutenção de uma conduta ética e profissional protocolar. Assim a sociabilidade é gerada sobre bases objetivas, reduzindo o espaço de manifestação da individualidade.

A solidariedade, observada entre os médicos, é basicamente de ordem corporativa, no sentido de autoproteção; cada indivíduo ao defender o companheiro o faz não por uma solidariedade pessoal ou por empatia adquirida, e sim observando os seus próprios interesses individuais, pois poderá precisar do apoio dos demais quando enfrentar problemas de trabalho semelhantes; há um ordenamento formal nas relações de trabalho.

No Hospital, o processo de trabalho é cooperativo, e é preciso lembrar a presença de outros agentes: as demais categorias de saúde e os funcionários que mantêm lógicas próprias de atuação. O trabalho das categorias profissionais, presentes nos hospitais, apresenta diferenças significativas entre horários a serem cumpridos, tempo/ritmo de execução das atividades, percepção da importância das tarefas desempenhadas, etc. Tal diversidade de atuação contribui para o estabelecimento de uma comunicação ineficaz.

O hospital, ao organizar a condução das tarefas, atomiza as atuações dos indivíduos e, apesar de cada tarefa ter um sentido na lógica organizacional, o mesmo não fica claro para os trabalhadores; isso faz com que eles não percebam o conteúdo significativo das atividades.

Evidentemente, esse conteúdo significativo apresenta-se de forma diferente para cada indivíduo de cada categoria específica. Para os funcionários, a dificuldade pode estar na ocultação de informações referentes ao paciente; os enfermeiros se

queixam da conduta burocrática e da distância no relacionamento com os médicos, que raramente discutem com eles suas condutas; e os médicos apresentam dificuldade em se adequar às normas de procedimento da enfermagem e dos funcionários. Sendo assim, cada categoria não compreende os condicionantes das atividades das demais. As diferentes lógicas de atuação potencializam a insegurança dos agentes frente à conduta dos demais. Isso se deve à dificuldade de prever como cada ato será interpretado e os impele a pontuar suas condutas pela norma que fundamenta as atividades no hospital.

Essa forma de organização do trabalho em saúde não oferece um resultado objetivo à grande parte dos profissionais envolvidos no atendimento ao enfermo, pois, uma vez que o trabalho é parcelado, o profissional que atende o paciente, num determinado momento, não tem conhecimento sobre o desenvolvimento de cada caso especificamente.

A exemplo das demais organizações de trabalho, orientadas sob a égide da racionalidade, a partir da parcialização das tarefas, o trabalhador do hospital é também um trabalhador coletivo¹⁰, em que o produto do trabalho não é individualmente apreendido pelo membro da organização, e mais: se numa fábrica, ou em uma organização empresarial, o produto do trabalho coletivo é uma mercadoria, que pode ser mensurada; no hospital o produto do trabalho é a cura ou o cuidado, os quais não podem ser mensurados.¹¹

Apenas os médicos, que acompanham o paciente ao longo de seu tratamento, têm uma visão clara de sua evolução, no entanto, devido à grande quantidade de especialistas, acabam por conhecer o paciente por meio das informações do prontuário; assim, a relação médico-paciente está limitada pela orientação técnica, sem outro envolvimento entre o profissional de cura e o paciente.

A natureza do trabalho em saúde não permite que as ações dos indivíduos possam ser orientadas apenas pela condução protocolar, pois as solicitações dos pacientes e o imponderável de suas reações às terapêuticas, freqüentemente, obrigam os funcionários a tomarem atitudes que vão além do procedimento formal, o que

¹⁰ Já vimos com Marx (1985) o efeito da parcialização das tarefas sobre a alienação do trabalhador, cujo produto do trabalho pertence ao coletivo e cuja transformação da força de trabalho em mercadoria, tem o efeito de "alienar" o trabalhador em relação ao efeito social do trabalho executado.

¹¹ O julgamento do usuário limita-se à sua percepção de ter sido bem atendido ou não, percepção esta que tem um grande conteúdo subjetivo, pois o usuário pode sentir-se bem atendido, quando na verdade a organização hospitalar procedeu com ele uma série de procedimentos terapêuticos desnecessários e que aumentaram o seu sofrimento em relação à moléstia, ou ao contrário, este pode sentir-se abandonado dentro do hospital, mas apesar deste atendimento humano ter sido negligenciado, o atendimento terapêutico ter sido correto. Evidentemente, ambos os tipos de atendimento: o humano de atenção e conforto e o técnico, por meio das terapêuticas adotadas, são desejáveis tanto para o paciente, quanto para a organização. Salientamos, porém, as dificuldades do paciente de avaliar positivamente o tipo de atendimento recebido, devido à sua limitada capacidade de avaliar o ato médico em si.

coloca para o trabalhador o paradoxo entre o cumprimento da atividade tal como esta foi orientada e a necessidade de responder a problemas sobre os quais não está autorizado, fazendo com que o trabalho cotidiano mantenha os agentes numa grande insegurança sobre a maneira de agir.

Entende-se que o papel social dos profissionais de saúde, em especial dos médicos, é fundamental para compreender a forma como se apresentam os conflitos vividos por esses devido à sua situação e à natureza do trabalho; e para entender a ação dos mesmos ao elaborarem uma estratégia de exercício.

A situação de trabalho de um sujeito é inseparável de sua situação social total da sociedade. A entrada de um indivíduo num tipo de trabalho e suas experiências nele podem ou não levar ao desenvolvimento de um senso de identidade subjetivo. Mas um grande número de experiências no trabalho, estreitamente relacionadas, exprimem uma identidade coletiva objetiva. Tais identidades não são distribuídas ao acaso, mas de maneira sistemática, através da sociedade. Esta é talvez, a mais importante personificação da estrutura social. É difícil e desaconselhável reduzi-las de qualquer maneira que seja. (DWYER, 1993, p.15).

Desta forma, acredita-se que esse modelo de saúde, centrado na super-especialização, apresenta uma série de problemas tanto de ordem epidemiológica, uma vez que o profissional nem sempre está qualificado para atender o paciente, quanto nas relações sociais e profissionais.

Como observa Ferreira (2006, grifo do autor),

A especialização é uma necessidade da divisão técnica do trabalho, mas a especialização maciça, a grande desproporção entre médicos gerais e especialistas, a "associação de iguais", sem estimular práticas interdisciplinares, o parcelamento do ato terapêutico, a falta de preparo para perceber as necessidades globais do paciente e do sistema de saúde, são fruto do modelo tecnológico vigente subordinado às normas de mercado e ao conceito biológico de prática médica; o modelo tecnológico e a crença habilmente propagada que a expansão hospitalar e a incorporação de tecnologias trariam solução para os problemas da saúde, levaram a uma distorção profunda do modelo médico-assistencial, priorizando o investimento hospitalar e tecnológico e secundarizando o investimento em atenção primária e coletiva, mesmo em países como os EUA;

A formação profissional, por mais crítica que pretenda ser, recebe forte influência da prática médica vigente, dos setores público e/ou privado; e o estudante de medicina sempre construirá seu projeto profissional embasado nos modelos com os quais convive e as possibilidades de inclusão no mercado, por menos que esse lhe seja

atrativo. A medicina, na medida em que passou a incorporar, sobretudo especialistas, tendeu por estender o curso médico através da residência médica, sistema altamente interessante para os hospitais que passaram a ter um corpo clínico permanente e extremamente dedicado, de baixo custo, ávido por praticar e aprender.

Infere-se que problemas no processo de trabalho em saúde e a precariedade das instituições terapêuticas são responsáveis por altos números de morbi-mortalidade. Evidentemente, tal suposição é de difícil comprovação sob o ponto de vista estatístico, mas, a combinação de especialização, compartimentalização e dificuldades nas relações de trabalho, indicam uma ausência de capacidade de controle da organização sobre os profissionais, com conseqüente incapacidade de punição no caso de erro médico.

Se as estruturas das instituições de saúde são responsáveis por uma série de erros e efeitos adversos dos tratamentos oferecidos à população, deduz-se que parte dos erros evitáveis cometidos nas referidas instituições, são conseqüência do descompromisso dos profissionais de saúde para com o paciente, ou, melhor dizendo, da “distância” e frieza construída entre o profissional de saúde e seu paciente. Se num primeiro momento uma proposição dessa pode parecer como uma visão cínica a respeito dos profissionais em questão, nos parece possível oferecer explicações razoáveis para atos aparentemente descomprometidos, senão vejamos:

Sabe-se ser a especialização em medicina um tipo de conhecimento responsável pelo fracionamento da ação sobre o corpo enfermo, o que leva a relação puramente formal entre médico e paciente. Por outro lado, a falta de condições adequadas de trabalho, os leva a conviver constantemente com a possibilidade de reações adversas de seu trabalho, quando não são obrigados a escolher qual paciente tentar salvar. Tanta pressão pode gerar um mecanismo de defesa, em que o profissional abstrai o fato de lidar com vidas humanas e passa a exercer suas atividades de forma puramente mecânica, importando-se pouco com os erros daí decorrentes.

O objeto de estudo tratado – a medicina e, conseqüentemente, o erro médico, está inserido em um universo cognitivo específico. Não se trata de falar do Iluminismo ou da racionalidade ocidental, mas dentro desses universos simbólicos trata-se de um sistema específico de apreensão da realidade, construído de tal maneira que altera a percepção sobre corpo e homem.

A medicina faz parte de uma estrutura de produção de um saber que determina não apenas o olhar do médico sobre o paciente, mas que também formula as crenças do mesmo, a partir desse conhecimento. Este tipo de conhecimento constrói um mundo de significados, em que o conhecimento médico em si determina a existência do real; assim só existe para o médico aquilo que pode ser provado pela medicina.

O paciente, por sua vez, percebe o médico como o distribuidor de dádivas e, somente, manifestar-se-á como sujeito dotado de vontades quando sua expectativa subjetiva de atenção for frustrada. O atendimento desatencioso e impessoal frustra mais as expectativas do paciente do que resultados indesejáveis do tratamento médico; além disso, seja pela dificuldade de acesso à saúde (problema anterior à qualidade do serviço disponível), seja pelo desconhecimento das possibilidades e efetividades terapêuticas, o paciente tem pouca possibilidade de intervir nas condutas médicas tomadas.

A articulação entre especialização crescente, modelo de saúde e condições de trabalho médico apresenta uma situação que pode tornar-se insustentável, configurando uma crise não só no sistema de saúde, mas, também, no modelo de medicina adotado no Brasil.

THE INFLUENCE OF WORK PROCESS IN THE MEDICAL MISTAKE

Abstract: By observing medical work conditions in Brazil we notice the inadequacy of the health system, medicine patterns and social demand. Physicians perform their functions in a precarious health system, not having at one's disposal enough equipment, sickbeds, medicines and professionals to attend patients, hence causing long lines and stress in the working environment. The rationality that orients medicine causes changes from the point of view of the technological and scientific evolution, and demands both specialized professionals and sophisticated equipments. The medical treatment loses its human character of caring for the sick to acquire a technical one, where the procedure itself is valued to the detriment of the final result. The specialized physician is no more the 'health' professional of the patient, but the one who prescribes conduct to 'a certain illness'.

Keywords: Medical errors. Work process. Working condition. Specialization Qualification.

Referências

- ARIÉS, Philippe. **O homem diante da morte**. Rio de Janeiro: F. Alves, 1990. v.2.
- ASSOCIAÇÃO MÉDICA DO RIO GRANDE DO SUL [AMRIGS]. **Jornal da AMRIGS**, Rio Grande do Sul. ano 48, n.7, set. 1998.

BECKER, H. **Boys in white**: student culture in medical school. Chicago: University of Chicago Press, 1961.

CAMPOS, Gastão W. S. **Reforma da reforma**: repensando a saúde. São Paulo: Hucitec, 1997.

CARAPINHEIRO, Graça. **Saberes e poderes no hospital**. Porto: Edições Afrontamento. 1993.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO [CREMESP]. Jornada de trabalho dos médicos é a maior entre todas as profissões: estudo da FGV revela que os médicos trabalham, em média, 52 horas semanais. Também são os profissionais que têm a maior renda. **Jornal do CREMESP**, São Paulo, ed. 221, geral 2, 2006.

CROZIER, Michel. **A sociedade bloqueada**. Brasília, Ed. UNB, 1993.

DWYER, Tom, **A sociologia do trabalho, por uma redefinição através do acionismo histórico e do acionismo fenomenológico**. Campinas: Unicamp, 1993. (Cadernos do IFCH).

FERREIRA, Roberto A. **A medicina atual**: biológica e tecnológica. Depto Ped/UFMG. Disponível em: <www.medicina.ufmg.br/edump/ped/>. Acesso em: 20 out. 2006.

FOUCAULT, Michel. **O nascimento da clínica**. Rio de Janeiro: Forense Universitária. 1977.

MARX, Karl. **O Capital**. 10.ed. São Paulo: Difel. 1985. livro I, v.1.

PAIVA, Eleuses V. de. **Presidente da AMB**. Associação Médica Brasileira. Disponível em: <<http://chat.acm.org.br/editorial/art03.html>>. Acesso em: 30 ago. 2006.

SANT'ANNA, Emilio. Triplica queixa de erro de diagnóstico. **O Estado de São Paulo**, São Paulo, 13 jul. 2006. (Vida &).