

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS

Instituto de Filosofia e Ciências Humanas

MARIA MARCE MOLIANI

O REVERSO DA CURA: ERRO MÉDICO

Orientador: Tom Dwyer

Tese de Doutorado

CAMPINAS

2010

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA
BIBLIOTECA DO IFCH - UNICAMP
Bibliotecária: Cecília Maria Jorge Nicolau CRB nº 3387**

M733r	Moliani, Maria Marce O reverso da cura: erro médico / Maria Marce Moliani. -- Campinas, SP : [s. n.], 2010. Orientador: Thomas Patrick Dwyer. Tese (doutorado) - Universidade Estadual de Campinas, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas. 1. Erro médico. 2. Erros de diagnóstico. 3. Fenomenologia. 4. Médicos – Formação profissional. I. Dwyer, Thomas Patrick. II. Universidade Estadual de Campinas. Instituto de Filosofia e Ciências Humanas. III. Título.
--------------	---

TÍTULO EM INGLÊS: THE REVERSE OF HEALING: MEDICAL ERROR

PALAVRAS CHAVES EM INGLÊS (KEYWORDS) :

**Medical error
Misdiagnosis
Phenomenology
Doctors, training**

Área de Concentração: Ciências Sociais

Titulação: Doutor em Ciências Sociais

Banca examinadora: **Thomas Patrick Dwyer, Madel Therezinha Luz,
José Miguel Rasia,
Gastão Wagner Souza Campos,
Guilherme Raul Ruben**

Data da defesa: 13-12-2010

Programa de Pós-Graduação: Ciências Sociais

MARIA MARCE MOLIANI

“O REVERSO DA CURA: ERRO MÉDICO”

Tese de Doutorado apresentada ao
Programa de Ciências Sociais do
Instituto de Filosofia e Ciências
Humanas da Universidade Estadual de
Campinas sob a orientação do Prof. Dr.
Thomas Patrick Dwyer

Este exemplar corresponde à
redação final da Tese
defendida e aprovada pela
Comissão Julgadora em
13/12/2010

BANCA

Prof. Dr. Thomas Patrick Dwyer - DS/IFCH/Unicamp _____

Prof. Dr. Guilherme Raul Ruben - DA/IFCH/Unicamp _____

Prof. Dr. Gastão Wagner Souza Campos - FCM/Unicamp _____

Prof. Dr. José Miguel Rasia - UFPR _____

Profa. Dra. Madel Therezinha Luz – UERJ _____

SUPLENTES

Profa. Dra. Maria da Gloria Bonelli – UFSCar _____

Profa. Dra. Claire Terezinha Lazzaretti – UFPR _____

Prof. Dr. Valeriano Mendes Ferreira Costa – DCP/IFCH/Unicamp _____

DEZEMBRO / 2010

Aos meus filhos Lucia e Rodrigo

AGRADECIMENTOS

Muitas pessoas contribuíram para a realização desse trabalho. Nomear a todos seria impossível, sob pena de tornar os agradecimentos infindáveis ou ser injusto com um esquecimento imperdoável, pois tanto na vida intelectual, quanto no plano pessoal as contribuições foram muitas.

Minha família e amigos próximos, especialmente minha mãe, Maria Antonia; minha sogra, Hilda Soares Braga; minhas irmãs, Marilce e Tânia; meu irmão Julio, meus filhos Lúcia e Rodrigo e meu companheiro Sérgio Soares Braga, ofereceram amor, incentivo e fé na minha capacidade. São pessoas fundamentais, sempre.

Meu orientador, Tom Dwyer, sempre presente, estimulante e tolerante, obrigado.

A José Miguel Rasia, amigo generoso, concedeu ajuda preciosa na elaboração do trabalho, ajudando a pensar o problema e orientando em dúvidas importantes.

As queridas amigas, Christine, Nara, Graziela e Sonia. Priscila Cury além da amizade e apoio, realizou a formatação e revisão do trabalho. Sandra Lima, também ajudou na revisão das normas, apesar de estar assoberbada de outros trabalhos, tem toda minha gratidão.

Regina O. Guilherme Messias e seu marido Antonio, obrigado pela leitura generosa e pelos conselhos metodológicos e técnicos.

Toda equipe do grupo de pesquisa em Sociologia da Saúde pelas discussões estimulantes e profissionalidade no trabalho.

Aos colegas da UEPG, especialmente ao departamento de enfermagem, pelo apoio, obrigado.

Aos profissionais de saúde que se dispuseram a nos ceder seu tempo e seu testemunho, apesar das dificuldades em fazê-lo.

Aos pacientes e vítimas de erros médicos que compartilharam seus medos e sua dor. Obrigado.

Aos funcionários da Pós-graduação do IFCH/Unicamp, por seu profissionalismo e gentileza sempre que precisei.

RESUMO

Palavras-chave: Erro Médico. Erro Diagnóstico. Fenomenologia. Formação e Prática Médica.

O objetivo desta tese é analisar as causas de erros médicos junto aos profissionais de saúde e os pacientes, vítimas de erros médicos a fim de compreender os condicionantes sociais dos erros e efeitos adversos do processo de tratamento médico, verificando a influência de fatores tais como: os condicionantes profissionais, através da identidade do sujeito social com a profissão e com os papéis sociais desempenhados; formação médica e condições de trabalho. Esse trabalho utilizou como referencial Teórico-metodológico aportes da fenomenologia de Alfred Schutz, a fim de compreender os critérios de relevância mobilizados pelo sujeito social no curso de sua ação. A pesquisa foi elaborada utilizando metodologia qualitativa, através de entrevistas e apreensão dos condicionantes da ação.

ABSTRACT

Key words: Medical Error, Diagnostic Error, Phenomenology, Medical Training and Practice.

The aim of this thesis is to analyze the causes of medical errors, involving health professionals and patients, the victims of medical errors, in order to understand the social conditions of the errors, as well as the adverse effects of the medical treatment process, checking the influence of factors such as: professional conditions, through the social subject's identity in the profession and the social roles played, as well as medical training and work conditions. This work was based on the theoretical and methodological contributions of Alfred Schutz's phenomenology, in order to understand the relevance criteria raised by the social subject in the course of action. The methodology used in the research was qualitative, through interviews and by understanding the action determinants.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	11
CAPÍTULO I	
1 ENQUADRAMENTO CONCEITUAL: OBJETO DE ESTUDO	23
1.1 OS FUNDAMENTOS DA PESQUISA	23
1.1.1 A Fenomenologia	24
1.2 A CONSTRUÇÃO DA PESQUISA	32
1.2.1 Procedimentos da Pesquisa	44
1.2.2 As Vítimas: quando o resultado não é o esperado	48
1.2.3 Profissionais de saúde: medo, solidariedade e indignação	51
1.2.4 Médicos: risco e estigma	54
CAPÍTULO II	
2 ERROS E EFEITOS ADVERSOS	59
2.1 MONTANDO A MOLDURA	59
2.2 O ERRO DIAGNÓSTICO	64
2.2.1 A Desatualização	67
2.2.2 A Questão da Especialização	81
2.2.3 Condições de Trabalho	85
2.2.4 Comunicação entre o Profissional e o Paciente	92
2.3 ERRO DE PROCEDIMENTO	95
2.3.1 Habilidades – Qualificação	100
2.3.2 Condições de Trabalho	108
2.3.3 O Problema da Comunicação	111
CAPÍTULO III	
3 PENSANDO A PROFISSÃO	
3.1 A CONSTRUÇÃO DO PROFISSIONAL	113
3.2 UMA ATIVIDADE SINGULAR	118

3.3	O SIGNIFICADO DO TRABALHO	127
3.4	O ATO TÉCNICO E O ATENDIMENTO	140

CAPÍTULO IV

4 ERROS MÉDICOS E A FORMAÇÃO PROFISSIONAL

4.1	A IMPORTÂNCIA DA FORMAÇÃO	151
4.2	RESIDÊNCIA MÉDICA	172

CAPÍTULO V

5 CONDIÇÕES DE TRABALHO

5.1	CARACTERÍSTICAS DO SETOR SAÚDE NO BRASIL	179
5.2	SITUAÇÃO DE TRABALHO	189
5.3	RELAÇÕES DE TRABALHO E PROCESSO DE TRABALHO	202

CONCLUSÃO	209
------------------	------------

REFERÊNCIAS	213
--------------------	------------

INTRODUÇÃO

Na constituição de uma problemática que delimitasse o erro médico como objeto de estudo, ou os efeitos adversos dessa prática, observamos que, apesar das crescentes discussões sobre o tema, esses aspectos do trabalho médico são pouco observados. Não obstante o crescimento de denúncias de erros médicos observado nos últimos anos, ainda há poucas reflexões sobre o problema no Brasil, e os estudos analisados salientam aspectos específicos do problema, como a prescrição de medicamentos, ou o atendimento pós-cirúrgico, ou, até mesmo, a atuação isolada de uma determinada categoria profissional. Sendo assim, consideramos que a análise empreendida se justifica devido à busca pela apreensão mais global do problema.

Observamos uma grande quantidade de trabalhos que trazem reflexões sobre a profissão médica, o ensino da medicina e, especialmente, muitos trabalhos sobre o sistema de saúde brasileiro. E, apesar de vários estudos apontarem as dificuldades do exercício profissional, esses se limitam à discussão das dificuldades de oferta dos serviços de saúde e/ou de precarização das condições de trabalho para os profissionais de saúde.

Os conselhos profissionais, ao se verem às voltas com um número crescente de denúncias por erros médicos e acusações de má prática profissional, adotaram uma política de condenação à abertura de escolas médicas, atribuindo à expansão do ensino a deterioração da qualidade dos profissionais formados. Além disso, pudemos observar a adoção de medidas defensivas contra a acusação de erros médicos, por meio da contratação de orientação jurídica e treinamentos que orientam as relações médico - paciente.

Essas orientações jurídicas, que incluem assinatura de termo de risco, pressupõem que a forma como se estabelece a relação médico - paciente é importante para a decisão do paciente sobre efetuar ou não uma queixa sobre erro médico. Isso nos remete a uma questão fundamental na discussão sobre esse erro que é a capacidade de detecção do mesmo pelo paciente.

O crescente aumento de queixas sobre erros médicos indica maior consciência

da população sobre os serviços recebidos e podem influenciar positivamente na atuação profissional dos médicos e das instituições de formação e controle profissional. Porém, uma hipótese levantada é a de que o paciente somente irá perceber a ocorrência de erro médico quando o resultado da prática médica frustrar suas expectativas. Assim, a denúncia do erro depende da percepção do mesmo pelo paciente.

Explica-se: a intervenção médica oferece pouca possibilidade de controle por parte do paciente, com exceção dos casos em que o mesmo ou o seu acompanhante conheça adequadamente o trabalho médico, especialmente nos casos de profissionais de saúde. Assim, a participação do paciente nas decisões tomadas é, na maioria das vezes, induzida pelo médico. Isso se deve ao desconhecimento técnico sobre procedimentos clínicos, que leva o paciente a depositar uma grande confiança nas decisões tomadas pelo médico.

Devido às dificuldades metodológicas em detectar a ocorrência de erro médico, não podemos quantificar a frequência desse erro em comparação a outras atividades profissionais ou mesmo a outras áreas de conhecimento. Um fator importante que dificulta a mensuração do erro médico está no medo e na aversão causados pela própria natureza do trabalho médico e, evidentemente, das consequências dos erros desses profissionais. O erro médico não é visto, como decorrente do processo de trabalho, formação profissional ou mesmo das condições em que o trabalho é realizado. Ele é visto como uma falha ética e moral, o que dificulta sua discussão, pois os profissionais de saúde estão sempre desestimulando qualquer julgamento negativo do trabalho e as queixas apresentadas pelos pacientes, a respeito do trabalho em saúde em si, são sempre minimizadas e justificadas.

Ao analisar os códigos de ética médica, Martins (2010) ressalta a importância de distinguir erro médico de má prática profissional. Segundo o autor, um dos princípios fundamentais do Código de 1988 é que o médico é responsável por seus atos. Para demonstrar essa premissa, Martins ainda cita vários artigos do código de ética médica, que afirmam que o médico não pode se isentar do malogro de qualquer atividade que tenha desempenhado, atribuir seus insucessos a terceiros ou a circunstâncias ocasionais, exceto no caso em que isso for devidamente comprovado; não pode atribuir

malogro a outrem, à equipe ou à instituição, etc.

Assim, a responsabilidade pelos erros recai sobre o médico, mas o autor ao longo da análise vai discutir a diferença entre responsabilidade e culpa. “O fato de o médico ser responsável pelos seus atos não significa que ele é necessariamente culpado se um determinado procedimento não deu certo”.

Continuando a discussão, o referido autor nota, em consonância com outros autores (FRANÇA, 1995), que caso o médico tenha adotado uma prática reconhecidamente aceita e obteve um resultado adverso, e que, apesar de continuar responsável pelo paciente, não haveria culpabilidade. Porém, os códigos de ética médica não caracterizam o que seria uma prática reconhecidamente aceita, o que nos remete ao universo cognitivo da categoria profissional, que teria a competência técnica de julgar se a conduta foi adequada ou não.

Considerando, com os depoimentos recolhidos e com a literatura sobre o modelo de medicina, que há linhas de condutas diferentes, dependendo de como o médico compreende sua atividade, a questão é como estabelecer o limite para o que é ou não erro médico. Por exemplo, a conduta do médico pode ser mais ou menos agressiva, em termos de uso de fármacos e, dependendo dessa conduta, o resultado esperado do tratamento pode apresentar respostas adversas em relação à outra. Como podemos avaliar se houve algum tipo de falha no tratamento em relação a esses procedimentos. Não existe a possibilidade de análise objetiva em relação às condutas possíveis em cada caso. Portanto, a análise do erro fica restrita à avaliação dos pares, que podem ter uma atitude corporativa em relação ao procedimento adotado.

Vamos utilizar um exemplo, um paciente apresenta uma infecção. O médico pode ter uma conduta agressiva, utilizando um fármaco potente e resolver o problema atual do paciente, mas causar um problema futuro, aumentando a resistência do mesmo ao uso de medicamentos que poderão vir a ter menor efetividade, ou diminuir sua imunidade, tornando-o suscetível a outras enfermidades. Por outro lado, o médico pode utilizar um tratamento mais cauteloso com vistas a preservar a saúde do paciente e esse ter seu quadro agravado. Assim, a análise de algumas condutas dificilmente pode ser avaliada.

Ao explicar a má prática profissional, Martins enfatiza que alguns artigos do

código de ética médica salientam ser a medicina uma profissão a serviço do ser humano e da coletividade. Considerando que a adequada interpretação desses códigos é que a responsabilidade do médico não se restringe aos seus pacientes, mas que, além da função curativa, ele deve também promover a saúde dos indivíduos e da coletividade.

Má prática seria, então, o desvio da finalidade humanitária, atentando contra a dignidade do ser humano. Na citação seguinte, podemos observar a preocupação ética do autor na prática médica:

Confundir erro honesto, mesmo culposos, com má prática contribui para uma situação em que não se tomam providências para remediar abusos, porque não há mecanismos para distinguir claramente um erro honesto cometido por um profissional sério e dedicado e um uso da medicina para desrespeitar gravemente um ser humano, lesando-o nos seus direitos mais fundamentais. O erro é mais expressão da fraqueza humana, enquanto a má prática é mais uma expressão da sua maldade (MARTINS, 2010, s/p).

O autor ainda faz referência à má prática na história, mostrando que as redações do código de ética médica têm em vista abusos cometidos pelos nazistas, a utilização dos seres humanos em pesquisas antiéticas, além de, no caso do Brasil, a participação do médico em casos de tortura. A má prática médica pode ser observada na relação médico – paciente, quando o profissional se utiliza do seu ofício para obter vantagens físicas, financeiras ou políticas (art. 65, do Código de Ética Médica de 1988).

Também pode ser considerada má prática o ato de o médico exagerar na gravidade do diagnóstico ou prognóstico, complicar a terapêutica ou exceder-se no número de visitas, consultas ou quaisquer outros procedimentos médicos, além do desrespeito ao pudor do paciente, como desnudá-lo sem preocupar-se com seu pudor ou tratá-lo mais como coisa, do que como pessoa. Além disso, é vetado ao médico “exercer sua atividade de maneira a limitar o direito do paciente de decidir livremente sobre sua pessoa ou ao seu bem-estar” . O artigo acima mencionado apresenta, ainda, uma importante crítica ao autoritarismo, concedendo ao paciente o direito de decidir livremente sobre as condutas a serem adotadas a seu respeito.

Apesar da clara defesa dos direitos do paciente, Martins demonstra que o código de ética médica de 1988, historicamente, apresenta uma preocupação maior com a

defesa profissional dos médicos¹. É preciso ressaltar que o referido código continua se preocupando com o prestígio e o bem-estar da profissão, devendo o médico ter para com seu colega respeito, consideração e solidariedade, mas o respeito aos colegas e à profissão deve ser feito num contexto de não se eximir de denunciar atos que contrariem a comissão de ética da instituição e que o médico está proibido de acobertar erro ou conduta antiética de outro colega.

A intervenção sobre o corpo extrapola o ato técnico calcado na lógica cartesiana, pois as reações biológicas demonstradas por esse corpo apresentam efeitos de dados subjetivos ou difíceis de serem apreendidos tecnicamente. A medicina enquanto técnica de cura tem dificuldade de equacionar as questões biológicas relacionadas à moléstia e às variáveis subjetivas a que está submetido o corpo. Esse corpo não é um objeto inanimado, mas um indivíduo portador de sua própria racionalidade e subjetividade e, portanto, não previsível. Toda intervenção terapêutica sobre um indivíduo enfermo provoca um efeito que, mesmo sendo positivo, sob o ponto de vista médico, pode ter outras consequências do ponto de vista social e/ou psicológico.

O paciente se sujeita a uma autoridade técnica, da qual o médico, numa relação totalmente assimétrica, apropria-se de seu corpo e reduz sua individualidade a um organismo biológico manipulável, a partir de um conhecimento científico do qual é o portador. A autoridade do médico, normalmente, não é passível de contestação, o que permite infantilizar e subsumir o indivíduo, agora paciente.

O contrato estabelecido entre médico e paciente não é uma relação entre iguais. Pode-se argumentar que o paciente é livre para procurar outro médico ou buscar outra opinião. De fato, muitos pacientes fazem isso, porém apenas uma parte da população tem acesso à escolha do médico. Além disso, o relacionamento entre esses atores pressupõe um alto grau de confiança e de submissão do segundo, que não permite uma negociação frequente dos termos do contrato. Ao submeter-se ao médico, o paciente espera o melhor tratamento possível, o que faz com que efeitos adversos no tratamento possam ser vistos não apenas como decorrentes da terapêutica, mas como uma falha imperdoável. Por outro lado, a incapacidade de julgar a terapêutica também

¹ Veremos no capítulo III sobre profissões que a Sociologia das Profissões também demonstra que a reivindicação de um código de conduta profissional tem como função defender o mercado de atuação profissional.

pode ter efeito contrário. O paciente pode atribuir uma fatalidade a problemas decorrentes da atividade médica.

De um lado, os médicos consideram que as características de muitas acusações de erro médico no Brasil, por meio de denúncias de processos civis, estão se tornando uma fonte de renda para pessoas inescrupulosas. Em nossas entrevistas e, também, nas declarações dos médicos à imprensa, notamos que eles se ressentem com os processos civis, pois entendem que os mesmos não têm por finalidade apurar o erro, mas apenas explorá-los.

Por outro lado, os pacientes e seus advogados, que optam por processos indenizatórios, esclarecem que os processos penais não surtem efeitos uma vez que o erro médico não pode ser comparado a outros crimes e que, devido às características da violência no Brasil, esse tipo de crime nunca é punido e, quando é, trata-se sempre de penas leves.

É preciso notar que nos códigos de conduta médica não se configuram erros decorrentes de ações coletivas ou mesmo de insuficiência da estrutura de saúde, apesar de a medicina estar se tornando cada vez mais uma atividade coletiva, produto da cooperação do trabalho de vários profissionais e dependente de uma estrutura organizacional. Apesar disso, quando observamos os processos de acusação de 'erro médico' e a legislação que trata do assunto, notamos uma ausência de responsabilização às instituições de saúde e uma concentração de culpa ao médico responsável pelos procedimentos terapêuticos.

Ao observarmos os processos de atendimento à saúde, notamos a dificuldade da população atendida em intervir nos processos de terapêuticas adotadas. Isso cria um problema ao verificar se os resultados adversos de um tratamento são frutos de erro durante o processo de trabalho ou inerentes à reação do paciente. Nesse sentido, podemos inferir que o número de erros possa ser maior que as notificações, pois na visão leiga o erro só ocorre quando o resultado do tratamento contraria as suas expectativas, o que não significa que a vítima não possa estar enganada.

A medicina é um saber que, aplicado ao indivíduo enfermo, tem a função de restaurar-lhe a saúde ou melhorar suas condições orgânicas. Nesse sentido, a exemplo de outros saberes, a medicina sofre limitações colocadas tanto pelo desenvolvimento

científico-tecnológico quanto devido às capacitações dos profissionais da área. Seu diferencial aparece na expectativa colocada pelos membros da sociedade em relação ao desempenho ou resposta do médico a qualquer solicitação de tratamento.

É preciso notar que as expectativas dos usuários do serviço de saúde concentram-se no médico e não na medicina ou no próprio sistema. Isso porque se trata de uma profissão que tem por missão ‘salvar vidas’ e é atribuído aos médicos um poder que supera o mero ‘ato técnico’, aprendido no curso da vida profissional. O médico, à semelhança do xamã, é visto como um indivíduo dotado de poderes divinos que deve, através de seus atos, não apenas minorar o sofrimento humano, mas também a culpa e a raiva que se apresentam juntamente à enfermidade². ‘Erro Médico’ é, assim, a antítese do trabalho médico, magia inerente aos deuses, ou a quem ungido do poder divino dispõe do poder de cura, isto é, do poder que remite o erro natural.

Nos 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 caracterizado de três maneiras: imperícia, imprudência ou negligência.

É considerada, como imperícia, a falta de observação das normas técnicas, o despreparo prático ou a insuficiência de conhecimento. Note-se que, a rigor, os erros por imperícia podem ser compartilhados com as escolas de medicina, que não preparam adequadamente os profissionais de saúde, e com os conselhos reguladores da profissão, que têm por função autorizar e fiscalizar a prática médica.

O segundo tipo de erro – a imprudência – é caracterizado quando o médico, por ação ou omissão, assume procedimentos de risco para o paciente sem respaldo científico ou sem o conhecimento e consentimento da parte interessada. Mas não é possível considerar erro uma atitude que, a rigor, poderia ser tida como imprudente, tomada nos momentos de grande risco ao paciente com vistas à cura. Um exemplo

² 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.

seria a de um clínico que, apesar de não estar habilitado a procedimentos cirúrgicos, os pratica em situações de emergência para tentar salvar a vida do paciente.

Quando o profissional negligencia, trata com descaso ou pouco interesse os deveres para com o paciente verifica-se a negligência. Essa é a forma mais comum de denúncia de erros médicos. Temos 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.

Provavelmente, o médico não comete mais 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 desse. O resultado adverso da conduta médica não resulta apenas em prejuízos econômicos ou outros transtornos, como é o caso das demais profissões. O ‘erro médico’ pode causar danos irreparáveis, como perda de órgãos, funções e, até mesmo, da vida humana.

As crescentes mudanças no processo de trabalho em saúde também introduzem mudanças no papel dos hospitais no sistema de saúde, pois, além de sua histórica função asilar de cuidado intensivo aos enfermos, os hospitais passam cada vez mais a exercer uma função terapêutica não asilar convivendo com a função asilar. Ou seja, é o hospital 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 de procedimentos e instalações para o atendimento imediato do paciente. Dessa forma, o trabalho médico convive com diversas lógicas de assistência à 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 hospitalares.

Apesar disso, quando observamos os processos de acusação de ‘erro médico’ e a legislação que trata do assunto, notamos uma ausência de responsabilização às

instituições de saúde e uma concentração de culpa ao médico responsável pelos procedimentos terapêuticos. Evidentemente, há códigos de conduta e responsabilização aos demais profissionais de saúde.

Esse argumento não se sustenta quando observada a prática da medicina nos hospitais: uma prescrição errônea de medicamento é tão danosa quanto uma administração errada. Vale ressaltar que a prescrição é feita pelo médico e a administração pelo enfermeiro. Com uma ressalva, o treinamento de enfermagem, frequentemente, ajuda a evitar erros médicos, enquanto o trabalho de enfermagem tem menor possibilidade de sofrer intervenção médica, pois na lógica do atendimento à saúde, o trabalho do enfermeiro mantém uma rotina própria e parte de sua conduta é prescrita, mas não conferida pelo médico, como a medicação ou troca de curativos. Uma hipótese para o significativo menor número de acusações de erros aos profissionais de saúde não médicos é a de que a acusação a esses profissionais atinge mais diretamente às estruturas organizacionais das quais fazem parte. Essas organizações de saúde agem de maneira mais eficiente do que o profissional isolado, na ocultação dos erros de procedimento de seu pessoal.

Uma das características peculiares do trabalho em saúde é a presença da corporação dos médicos, pois, devido ao controle (monopólio) de um saber específico, esta categoria profissional detém um poder político importante, além de uma forte ação corporativista. Devido à sua capacidade organizativa, os órgãos reguladores da profissão, sindicatos e associações são capazes de influenciar nas políticas de saúde adotadas, seja nos hospitais, seja no sistema como um todo.

Foucault (1977) acentua que com o surgimento da clínica dá-se com a expropriação do saber sobre o corpo. A saúde e a doença deixam de ser um patrimônio comum a um grupo social e passam a ser monopolizadas por sujeitos socialmente legitimados que, detendo o conhecimento e a técnica, têm o controle sobre o processo de trabalho. Desse modo, o poder político dessa categoria profissional sobre as políticas adotadas no setor de saúde é muito grande, pois cabe aos profissionais de saúde, especialmente aos médicos, orientar os investimentos necessários para a manutenção da saúde de uma determinada sociedade; ao mesmo tempo a especificidade do trabalho dessas categorias profissionais dá pouco espaço aos não

iniciados interferirem em seu processo de trabalho e na cobrança de resultados.

Porém, se erro é todo procedimento não correto que possa resultar em algum prejuízo para o paciente, é preciso incluir, entre os casos de erro, internações desnecessárias ou por tempo maior que o necessário; erros de prescrição de medicamentos, exames desnecessários, demora na conclusão de diagnóstico, etc. Esses erros, apesar de muitas vezes não levar a um resultado de morbimortalidade, certamente causam prejuízos financeiros, psicológicos e sociais aos pacientes.

O objetivo desta pesquisa é fazer um estudo sobre casos de 'erro médico' no Brasil, verificando suas principais causas, locais e tipos de ocorrências e possíveis meios de evitá-los. Dessa maneira, pretendemos verificar a influência de fatores, como o modelo de medicina e o de sistema de saúde, o processo de trabalho, o uso de tecnologia, a influência da propaganda da indústria farmacêutica e de equipamentos, a responsabilidade dos órgãos fiscalizadores de exercício profissional e dos órgãos governamentais de controle de fármacos, má formação profissional, entre outros, na produção do erro médico.

A tarefa da medicina é 'cuidar' do doente e não curá-lo, uma vez que a cura pode não estar ao alcance dessa, mas o desejo do paciente é ser curado. Isso coloca algumas questões difíceis para o analista: O que é normal em medicina, ou no atendimento médico? Como podemos ter confiança de que uma determinada instituição ofereça terapêuticas e suporte adequado para os procedimentos médicos? Quais os dados indicativos de qualidade no atendimento à saúde?

Nosso estudo se justifica por buscar compreender quais os processos ou causas sociais que determinam o erro médico. É preciso notar que estamos trabalhando com um conceito ampliado de erro médico, visto não apenas como uma falha humana, mas também como decorrência de processos sociais que condicionam a ação dos médicos, em que as falhas, tipicamente humanas, são as principais causas de processos e denúncias de erros médicos.

Apesar de não haver estudos conclusivos sobre a ocorrência de erro médico no Brasil, as estimativas demonstram um número crescente de processos contra aspectos da conduta médica. Exemplificando, em 1999 havia um em cada grupo de cento e vinte e nove médicos sendo processado em São Paulo. Nesse mesmo período, as

associações de vítimas de erros médicos tinham nos estados do Rio de Janeiro e de São Paulo três mil e cem processos correndo contra médicos (BOLETIM ELETRÔNICO DO CRM/RJ, 2002). O crescimento de denúncias de erros médicos e falhas no atendimento levaram os Conselhos Regionais de Medicina (CRMs) a montar sistemas de notificação e registro de denúncias.

Também na imprensa especializada esse tema tem sido motivo constante de reflexão e de uma insistente chamada de atenção para que os médicos se acautelem e pratiquem a 'medicina defensiva' (SILVINO et al., 1996), mantendo prontuários pormenorizados e seguindo todos os protocolos e fazendo contratos escritos com pacientes.

Os principais processos contra os médicos, no Brasil, aparecem como acusação de homicídio ou lesões corporais com ou sem danos estéticos. Os motivos apontados a essas denúncias de erro são: não realização de exames em trauma craneoencefálico, 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, sequelas de cirurgias, entre outras (JORNAL DA AMRIGS, 1998).

Esta tese está organizada da seguinte forma: no primeiro capítulo, tratamos dos do arcabúço teórico e dos métodos e técnicas utilizados à investigação do problema. Nesse capítulo, também buscamos apresentar a dimensão ético-moral do problema aos envolvidos, através da dificuldade da fala e da admissão das ocorrências de erro médico. No segundo capítulo tipificamos o erro médico, discutindo suas principais causas e buscando dimensionar o problema. No terceiro capítulo, nossa intenção é apresentar o médico, mostrando como ele constrói sua identidade profissional e estabelece suas estratégias de trabalho, além dos condicionantes de seu relacionamento profissional com o paciente, com os colegas e o desempenho de seu papel profissional. A partir daí, buscamos mostrar no quarto capítulo as bases da formação não apenas profissional, mas também da conduta do futuro médico, por meio de modelos formativos e da influência da educação na construção do profissional. Por

fim, no quinto capítulo tratamos dos condicionantes da prática profissional, por meio dos diversos elementos que a compõem, como condições de trabalho, relacionamento de trabalho, exigências das instituições de saúde sobre a prática profissional, entre outras.

Finalizamos o presente trabalho com a intenção de ter contribuído para a discussão sobre a prática médica e o reverso de seu objetivo, o erro médico.

CAPÍTULO I

ENQUADRAMENTO CONCEITUAL: OBJETO DE ESTUDO

1.1 OS FUNDAMENTOS DA PESQUISA

Refletir sobre qualquer aspecto da realidade social sempre coloca um desafio em termos metodológicos, pois as construções teóricas e os dados empíricos necessitam ser reconstruídos de maneira a integrarem um todo com sentido, a fim de explicar o objeto de pesquisa a partir de uma construção do conhecimento de bases racionais que justifiquem a análise sistemática dos dados obtidos.

Todo estudo sociológico encerra, em sua base, o interesse em propiciar a consciência e o entendimento não só de um dado presente, mas também de possibilidades futuras, inerentes a esse presente. Porém, como lembra Florestan Fernandes (1980), já no início de sua obra Fundamentos Empíricos da Explicação Sociológica “A multiplicidade de pistas teóricas inexploradas e o rápido acúmulo de materiais empíricos levantam, continuamente, problemas cuja solução possui interesse transitório” (FERNANDES, 1980, p. XVII).

As Ciências Sociais têm alternado suas preocupações entre a realidade, como dado objetivo, e/ou com percepções e reconstruções da realidade feita pelo homem. A realidade é, porém, ambas as coisas; e as ciências sociais, nos marcos tradicionais, podem ter dificuldades em explicar os homens e o mundo, ao reduzir o homem ao nível de um objeto, cuja consciência é um reflexo do visível ou perceptível e que, portanto, seria incapaz de transcender uma realidade dada (no caso do positivismo) ou, alternativamente, pela redução da realidade a simplesmente uma criação da consciência.

A fim de compreender o problema social investigado, erro médico, procedemos a investigação, focando três aspectos que consideramos importantes a fim de dimensionar o problema: 1º. Uma pesquisa bibliográfica de cunho Teórico e empírico

sobre o erro e as relações sociais de trabalho; 2º. Pesquisa sobre a formação profissional e a profissão médica e 3º. Sobre o sistema de saúde e as relações sociais estabelecidas a partir desse sistema. Assim, a partir das considerações destes três aspectos que compõem a realidade social do trabalho em saúde, pretendíamos abordar nosso fenômeno em suas três dimensões fundamentais: A micro análise, ou seja, os condicionantes significativos da ação do sujeito social; a relação micro-macro, ou os aspectos estruturantes da ação do sujeito, colocados pela orientação ideológica oferecida pelo processo formativo e pelas expectativas sociais introjetadas através da apreensão de seu papel social e, 3º. A relação macro-meso, observada através da construção cotidiana dos relacionamentos de trabalho e reconstruções sobre o papel desempenhado na mediação com os meios objetivos oferecidos para o seu desempenho.

1.1.1 A Fenomenologia

Na abordagem fenomenológica é rejeitada a idéia, inerente às abordagens que adotam o paradigma das Ciências Naturais, de que o mundo social constitui um mundo objetivo dissociado dos processos interpretativos de seus membros. O mundo social é tratado como produto da atividade humana, da interpretação e intenção, como um mundo subjetivo. Embora os fenomenólogos aceitem que o mundo assume uma aparência real, isso é considerado apenas como indício das práticas externalizantes e objetivantes dos seus membros, e não como representativo de qualquer característica definidora do mundo social.

O ponto de partida para esta análise é a experiência do ser humano consciente, que vive e age em um mundo que ele percebe e interpreta e que faz sentido para ele:

(...) Definimos 'comportamento', como uma experiência da consciência que atribui significado, através de atividade espontânea. A ação e o comportamento (no sentido mais restrito de conduta) formam uma subclasse dentro do comportamento assim concebido (SCHUTZ, 1979, p. 66).

As relações sociais e a consciência que cada indivíduo tem de seu papel social é produto da atividade humana, ou seja, o pensamento humano fundamenta-se na atividade humana e nas relações estabelecidas por essa atividade.

A percepção da externalização e objetivação da realidade social, como um processo que ocorre principalmente através da linguagem, levou, na Sociologia Fenomenológica e na etnometodologia, à preocupação com exposições, descrições, conversações e fala. O mundo social é tratado como um mundo linguístico e cognitivo, e a tarefa das Ciências Sociais passa a ser a de descrever os processos pelos quais ele é construído, por meio de exposições, leituras, entendimentos e processos interpretativos.

A proposta da fenomenologia consiste, portanto, em construir modelos teóricos típicos da conduta dos seres humanos em sociedade. A Ciência Social tem como objetivo esclarecer, da melhor maneira possível, o que pensa do mundo social aqueles que nele vivem, pois, em sua vida cotidiana, os homens interpretam sua realidade e essa se torna um todo dotado de sentido para eles.

A Sociologia Fenomenológica tem sido distinguida das demais sociologias pela ênfase atribuída ao 'mundo da vida cotidiana', o que implica que o foco de estudo deve recair sobre o que é mundano, corriqueiro e aceito sem exame, em oposição ao que é raro, irregular, controverso e intrigante. No entanto, não consideramos essa visão correta, ela corresponde a uma simplificação da abordagem fenomenológica em Sociologia.

As abordagens sobre a vida cotidiana mostram a necessidade de fazer estudos sobre aspectos da vida social até então negligenciados pela Sociologia, inserindo o indivíduo comum e sua compreensão da realidade, como o problema por excelência de uma ciência social. Smart (1978) interpreta essa insistência dos fenomenólogos em estudar a vida cotidiana, como não apenas uma recomendação para a ampliação da investigação social, mas, também, como uma crítica das abordagens sociológicas que ignoram o tópico da participação do sociólogo no mundo cotidiano e sua dependência dele, como um instrumento para o seu trabalho.

Isso não significa que a fenomenologia deva ter um alcance apenas microsociológico, uma vez que compreende a interação social e está situada dentro de

uma configuração social e cultural mais ampla, dotada de dimensões, tanto históricas como estruturais, possibilitando uma harmonização com questões classificadas como macrosociológicas.

A partir dessa visão epistemológica mais geral, procuramos compreender o trabalho médico em seus diversos aspectos, a partir da construção social da profissão e do *status* próprio que os profissionais adquirem, bem como a forma com que é construída sua imagem social, a partir da formação educacional e a importância dessa na apreensão do objeto de trabalho. Também objetivamos compreender as condições nas quais o trabalho médico é realizado e a sua influência na construção da subjetividade desses profissionais. Ou seja, a visão internalizada, tanto da atividade como de seu objeto de trabalho: o paciente. Assim, inevitavelmente, buscamos estabelecer um diálogo entre os pressupostos teórico-epistemológicos e aqueles autores que discutem profissão, formação e condições de trabalho.

Para observar as condições sociais, ou os fenômenos que interessam à Sociologia para a ocorrência do erro médico, é preciso partir do princípio de que essa atividade, a exemplo de outras atividades produtivas³, é composta por um conjunto de ações que, ao serem desempenhadas, não apenas modificam o objeto de trabalho, mas também o próprio trabalhador.

Friedmann e Naville (1973) lembram que o trabalho é uma ação que se diferencia da ação que é liberdade por comportar um elemento importante que é a coação, assim, “trabalho é ação quando se alimenta de uma disciplina livremente

³ Há um extenso debate na teoria social e na economia sobre o que vem a ser atividade produtiva. Alguns autores consideram que apenas podem ser tratadas como produtivas aquelas atividades capazes de produzir “mais-valia”, ou seja, capazes de transformar a natureza conferindo um “valor” aos objetos produzidos a partir da ação do homem sobre a natureza. Assim, atividades como medicina, ensino, advocacia, entre outros não seriam atividades produtivas e esses sujeitos não fariam parte da classe trabalhadora. Outros autores consideram que qualquer atividade que ajude a manter o nível de produção, pode ser considerada como produtiva. Assim, a medicina poderia ser considerada como atividade produtiva por ajudar a manter viva e a repor a capacidade de trabalho da classe trabalhadora. Estamos concordando com esta segunda posição, considerando a medicina como atividade produtiva, uma vez que esta não apenas tem a função de manter os trabalhadores produzindo, mas também porque, geralmente, essa atividade é desempenhada em uma organização que tem finalidades econômicas. Concordamos, porém, com marxistas que consideram que os médicos, assim como outros profissionais de classe média, não fazem parte da classe trabalhadora, por não serem capazes de vir a ter uma consciência de classe trabalhadora, devido à ideologia da meritocracia, entendida como uma ideologia típica de classe média e funcional ao capitalismo, por justificar a mobilidade e a diferenciação social através da escolarização.

aceita, como às vezes, a do artista que realiza uma obra de fôlego, sem ser premido pela necessidade”.

Os autores acrescentam, ainda, que o trabalho somente é ação⁴ quando exprime as tendências profundas da personalidade e o ajuda a realizar-se (...), fazendo com que a: “a subjetividade vivida por ocasião das atividades de trabalho vai desde estados de insatisfação, de tristeza e mesmo de depressão, de neurose, até estados de auto-realização, de satisfação, de desafogo e, em casos extremos (raros), de alegria”. (FRIEDMANN e NAVILLE, 1973. p. 23).

É importante lembrar este aspecto do trabalho médico – a idéia de trabalho como ação –, que é comum a qualquer trabalho humano, uma vez que se encontra inserido em um determinado contexto econômico, político e social que influencia e estabelece limites, tanto para a prática médica quanto para os relacionamentos humanos e o imaginário do paciente em relação ao tratamento, ao sistema de saúde e ao médico. Assim, o trabalho médico é visto como uma atividade (ação orientada) e nessa função estabelece relações sociais concretas em condições sociais também concretas, tornando necessário observar de que maneira esse processo de trabalho influencia na ocorrência do erro médico.

Podemos perceber o estabelecimento de toda uma dinâmica de relações sociais, a partir das atividades terapêuticas, relações essas que, para os profissionais de saúde, configuram-se como relações sociais de trabalho. Na definição de Dwyer (2006, p. 139) “uma relação social de trabalho é a maneira como são administradas as relações dos trabalhadores com o seu trabalho”. Assim, é possível verificar, a partir da prática médica, uma grande dinâmica de relações sociais:

– as relações estabelecidas entre os médicos e seus pacientes;

⁴ Observamos que apesar destes autores não trabalharem com o conceito de profissões, no sentido atribuído pela sociologia das profissões (esse conceito será melhor precisado no capítulo III, estes fazem uma distinção importante nos condicionantes em que o trabalho é realizado com a idéia de ação. Assim aquele operário que desempenha uma atividade monótona e repetitiva, que não lhe exige nenhuma atitude criativa, não poderia ser considerado como uma atividade que se configura como uma ação. Assim, apesar de considerarem que mesmo um operário, possa desempenhar uma atividade criativa, desde que o ambiente de trabalho permita a sua interação subjetiva com o objeto de trabalho, os autores reconhecem que a ação, no sentido que lhe conferem é mais comum nas atividades onde o trabalhador tenha alguma autonomia. Essa definição de trabalho os leva a aproximarem-se, a nosso ver, daquelas atividades, classicamente tratadas pela sociologia das profissões, ou seja, aquelas atividades classicamente liberais e que lograram adquirir um nicho de atuação (ver capítulo III).

- as relações estabelecidas entre os médicos e familiares de pacientes;
- as relações entre as diversas categorias de profissionais de saúde;
- as relações entre profissionais de saúde e agentes do sistema de saúde;
- as relações entre profissionais de saúde e empregadores;
- as relações entre pacientes e agentes do sistema de saúde;
- as relações entre pacientes e profissionais de saúde não médicos;
- as relações entre familiares e profissionais de saúde não médicos.

Essa multiplicidade de relações sociais faz com que todos os atores envolvidos no processo refaçam sua intersubjetividade e reconstruam sistematicamente seu mundo de significados durante o curso da ação. No caso do trabalho da saúde, uma vez que a atividade é desempenhada no interior de instituições submetidas à lógica burocrática típica da sociedade capitalista, com objetivos econômicos e/ou organizacionais prementes, essas sujeitam todos os atores sociais, envolvidos no processo de produção da saúde, aos seus objetivos e à sua racionalidade, criando um padrão particular de ações a partir de uma cultura própria. Todas essas ações são mediatizadas pelo risco, o qual, na ação em saúde, é um elemento importante que imprime uma marca a toda a atividade, pois todos os indivíduos envolvidos no processo de cura, quais sejam, pacientes, familiares e profissionais estão lidando com o risco e junto a ele o medo, por exemplo, risco de morte do paciente, risco de não curar, risco de sofrer qualquer dano moral, etc. Giddens (2002), ao tratar do conceito de risco, coloca que a modernidade altera a confiança dos indivíduos ao retirar a confiança na tradição. Assim, a ideia de risco para Giddens está ligada à especificidade da individualização, na sociedade moderna, que substitui as biografias pautadas por uma inserção de classe em uma biografia que depende da decisão do ator. A insegurança é assim constitutiva da sociedade atual. Melhor dizendo, uma vez que os indivíduos veem suas ações como isoladas dos condicionantes sociais, por estarem pautadas em expectativas de recompensas e sanções individuais, não estabelecem mecanismos de compartilhamento social dos problemas enfrentados.

Os atores sociais, apesar de compartilharem um mundo de significados, estabelecem, de acordo com seus interesses imediatos, seus critérios de relevância

durante o curso da ação. Melhor dizendo, apesar dos aspectos técnicos e ideológicos mais gerais (a partir da meritocracia, próprio da burocracia inerente às organizações), compartilhados pelas instituições e pelos membros da sociedade, cada instituição estabelece uma cultura organizacional própria e orienta a intersubjetividade de seus agentes. Assim, os profissionais de saúde, durante o curso de sua ação, devem adequá-la continuamente, a fim de cumprir seu papel social, ao mesmo tempo em que são influenciados pelas relações sociais de trabalho presentes naquele local. Dwyer apresenta da seguinte maneira a significação da ação:

O conhecimento e as orientações dos atores fazem parte integral de suas relações sociais. Portanto, a compreensão do papel desempenhado pelas relações sociais só pode ser obtida quando são consideradas as configurações de sentido subjetivas desses atores. Assim sendo, hipóteses que se baseiam em evidência causal só podem ser consideradas válidas quando são congruentes com o significado que os atores dão a suas ações. Esse requisito de adequação de sentido é preenchido por meio da referência às configurações de sentido dos atores. No entanto, essa referência não pressupõe que as primeiras impressões passadas por um ator em um questionário ou em uma entrevista revelem o “sentido” (aspas do autor). Na verdade essas impressões devem ser comparadas e confrontadas, ao longo do processo de pesquisa, com os sentidos dados por outros atores e com análises construídas em termos de uma teoria que pareçam ser adequadas do ponto de vista causal (DWYER, 2006, p. 228).

Os agentes da organização de saúde devem atender: 1º) ao objetivo da organização; 2º) aos interesses do paciente; e 3º) aos seus próprios interesses, ao mesmo tempo em que orientam suas ações a partir de uma gama de significados, atribuídos aos seus atos pelos demais coparticipantes da ação. O indivíduo age a partir de sua construção sobre as expectativas do ‘outro’ sobre a sua ação, seja esse outro o paciente, o colega, o empregador, ou mesmo a expectativa social atribuída a seu papel social. Assim, no caso de haver incompatibilidade entre esses interesses diversos, podemos ter um aumento da situação de insegurança, e, uma vez que estamos tratando de atividade de risco, recoloca-se significativamente o problema central de nossa pesquisa: a produção social do erro médico. Se voltarmos a Schutz, devemos lembrar que cada ação é estabelecida, a partir de uma atribuição de relevância para o ator naquele dado momento, e que sua consciência é fragmentária, não logrando o ator

controlar todos os elementos importantes para suas tomadas de decisões⁵.

Retomando o conceito de organização, é preciso lembrar que organização se define basicamente como “conjuntos humanos formalizados e hierarquizados com vistas a assegurar a cooperação e a coordenação de seus membros no cumprimento de determinados fins” (BOUDON e BOURRICAUD, 2000, p. 375). Ou seja, uma organização somente se sustenta e se viabiliza enquanto conseguir produzir um bem socialmente necessário e atender às expectativas de seus membros. As organizações de saúde têm, porém, uma característica importante que as difere da maioria das organizações, pois são também instituições. E se o objetivo principal de uma organização é a produção, o objetivo da instituição é a própria existência, uma vez que representam o ‘bem comum’⁶. Assim, do ponto de vista morfológico, as organizações de saúde funcionam como organização, porém, do ponto de vista ideológico, são instituições; o que confere a seus membros atribuições, ou papéis sociais, que extrapolam sua função contratual.

Explicando, a organização de saúde, devido a suas atribuições sociais, tem responsabilidades que vão além de funções contratuais de prestação de serviço. Assim, um profissional de saúde, ao findar seu turno de trabalho, não pode abandonar o paciente, sem atendimento. Sua responsabilidade vai além de qualquer relação contratual, pois não se trata apenas de prestação de serviços. A relação institucional é entre o portador do conhecimento sobre saúde e a sociedade, que espera desse profissional uma conduta de proteção e cuidado aos seus membros, não importa em que organização ele preste atividades, se consultório, policlínicas privadas, unidades de saúde pública, ou hospitais; a responsabilidade é a mesma.

Os estudos brasileiros encontrados sobre erro médico dizem respeito a erros de enfermagem, erros de medicação, seja prescrição ou de administração na medicação e análises sobre as denúncias e condenações nos Conselhos Regionais de Medicina (CRMs), ou seja, através da análise indireta do fenômeno. Nossa pesquisa, por ter um

⁵ Devemos lembrar que para Schutz (1979) o ator elege para cada momento em que está vivendo uma determinada relevância, e ao fazer isso, seleciona os elementos necessários para aquela determinada ação.

⁶ Um livro que discute a importância das instituições sobre os indivíduos e a forma como as equipes cuidadoras vivenciam seu papel institucional ao mesmo tempo que convivem com a dor e a morte foi organizado KAËS et al. (1991).

caráter qualitativo, busca compreender as causas do erro médico e, portanto, verificar quais os elementos intrínsecos ao tratamento na área da saúde que concorrem para a produção do erro, a fim de melhor compreender o problema.

Nossa intenção é, a exemplo de Dwyer, reorganizar as teorias conhecidas sobre erro no trabalho e organizações, profissão médica e condições de exercício das funções na saúde e encontrar explicações na teoria social que nos forneçam aporte para entender a magnitude do problema. Evidentemente, uma série de conhecimentos, já bastante robustos das teorias sobre trabalho, oferece boas formas de explicação para os erros médicos, assim como explicam outros erros no trabalho. Pretendemos, porém, ao retomar algumas evidências desses estudos, juntá-las com pistas encontradas em nossa pesquisa, a fim de observar os particulares efeitos das condições propícias ao erro nesses trabalhadores.

Consideramos que para uma análise adequada dos tipos de erros e a interpretação sobre as causalidades dos mesmos, precisamos efetuar o exame dos dados, com base não apenas nas teorias que explicam sofrimento e erro no trabalho, ou nos estudos sobre organizações, mas estabelecendo o diálogo entre esses estudos com a fenomenologia. O levantamento de uma série de elementos que fazem parte do seu ambiente de trabalho, bem como do sentido atribuído pelos agentes a uma dada realidade, pode nos ajudar a compreender as tomadas de decisões desses atores. Assim, pretendemos estabelecer planos de análise, a partir da análise da interação social, da interpretação dos agentes sobre a situação e sobre sua ação em determinada situação. A fenomenologia parte da constatação de que os participantes orientam sua ação a partir de uma percepção do real. A avaliação dessa percepção permite compreender a dimensão subjetiva da ação e os condicionantes nas tomadas de decisão pelos diversos participantes de um fenômeno.

A análise do erro médico tem um componente moral diferente da análise de outra falha em um processo de trabalho; e um problema que colocamos durante a pesquisa que realizamos é o de precisar o caráter dessa atividade. Uma questão importante é que se trata da manutenção da vida do outro e os efeitos do erro sempre recaem, em maior ou menor, grau sobre o ator, com implicações criminais e civis, enquanto que em casos de acidentes de trabalho o erro recai sobre a empresa, além da vítima e seus

dependentes. Além disso, há a questão da vítima do erro médico, um indivíduo por quem o médico assumiu um compromisso de não causar dano e que sofre as consequências dos efeitos de seu trabalho.

1.2 A CONSTRUÇÃO DA PESQUISA

Quando pensamos sobre a melhor maneira de proceder a uma pesquisa científica, há uma farta bibliografia que ajuda a orientar o pesquisador sobre a melhor maneira de montar o *design* de seu trabalho, a fim de ampliar ou desenvolver o conhecimento sobre o fenômeno escolhido.

Porém, desde o início é preciso fazer uma distinção entre metodologia de pesquisa e técnica de coleta de dados. Ocorre de autores utilizarem o termo metodologia, como sinônimo de ambas as coisas, no entanto, epistemologicamente, por metodologia entende-se a disciplina que estuda os métodos de coleta de dados, ou as técnicas próprias da pesquisa, enquanto que o conceito de método significa um conjunto de regras que orientam a coleta de dados propriamente dita.

A escolha da metodologia de pesquisa nada tem de arbitrário para a apreensão de um fenômeno social. É um problema central para qualquer pesquisador que se proponha a investigar um assunto qualquer, refere-se à própria legitimidade do trabalho, à cientificidade.

Ao escolhermos o arcabouço teórico e metodológico centrado na fenomenologia, compreendemos qual a tarefa colocada para a apreensão de nosso problema de pesquisa: precisar as características e as causas do erro médico, entendendo quais os aspectos do processo de trabalho de saúde que contribuem à sua ocorrência, além do significado e alcance desse fenômeno, tanto para o indivíduo afetado pelo erro, à sociedade, quanto para os profissionais de saúde. Aceitamos, a partir dessa posição epistemológica, que a coleta de dados implica em reconhecer que o pesquisador está diante de um mundo perceptível, sendo a percepção um ato que determina a *significação*, uma vez que o fenômeno deve ter sentido, tanto para o pesquisador

quanto para o ator.

Numa primeira aproximação com o objeto de nossa pesquisa, começamos indagando especialmente a médicos e aos outros profissionais da área da saúde sobre o erro médico, a fim de que pudéssemos dimensioná-lo. Com esse objetivo, entramos em contato com advogados, tanto de vítimas quanto de acusados de erros médicos, profissionais de saúde e personagens importantes nos processos de saúde-doença, tais como professores universitários de cursos de saúde, funcionários dos conselhos profissionais, membros de associações de vítimas de erro médico, pacientes e familiares. Nessa primeira aproximação com o tema da pesquisa, também procedemos a um levantamento na mídia impressa e digital sobre erros médicos, observando os principais casos denunciados e tipos de denúncias, além da leitura de processos e acórdãos judiciais de casos de erro médico.

Num segundo momento, o objetivo da pesquisa era obter, por meio de entrevistas e relatos sobre erros, conhecidos, cometidos ou sofridos, informações sobre suas causas, bem como as percepções sobre os efeitos dos erros para todos os envolvidos, quais sejam, pacientes, familiares e profissionais de saúde, e dos meios possíveis de evitá-los. A percepção dos agentes sobre os erros é uma questão importante para o dimensionamento do fenômeno, uma vez que sujeitos diferentes compreendem de maneiras diferentes o efeito do trabalho. Um exemplo disso diz respeito à cicatriz oriunda de uma cirurgia, pois ao cirurgião importa que o mal ou a moléstia que acometa o paciente seja resolvido, mas, dependendo de como é a relação do paciente com o próprio corpo, a presença de uma cicatriz ou a mutilação física, por menor que seja, pode ter um significado importante na manutenção de sua autoimagem, implicando em danos psicológicos difíceis de serem dimensionados pelo cirurgião. Melhor dizendo, o interesse na cura e no restabelecimento físico do paciente têm características diferentes para os envolvidos no processo.

Já imaginávamos que seria difícil conseguir relatos de erros médicos dos próprios profissionais de saúde, porém, não imaginávamos o tamanho dessa dificuldade. Os conselhos profissionais foram taxativos em avisar que não forneceriam informações sobre processos de erros contra médicos para proteger, tanto o profissional quanto a vítima. Nenhum argumento de sigilo ou promessa de assinar

compromissos pode demovê-los. Um advogado de um CRM avisou que, mesmo com ordem judicial, eles conseguiriam meios de proteger seus associados e a dignidade da profissão.

Durante as entrevistas conseguidas com membros de CRMs, esses discutiam apenas as condições de trabalho e questões mais gerais acerca da profissão. Em relação ao erro, ficamos apenas com a informação de que as denúncias são apuradas e que, quando comprovadas, o culpado é punido de acordo com a gravidade da falta cometida, quais sejam, advertência, suspensão temporária ou cassação de registro. Naturalmente, no caso de acusações de erro pelo Ministério Público ou em processo civil, o acusado pode sofrer também as penalidades impostas pelo sistema jurídico, além das proferidas pelo comitê de ética de seu conselho profissional.

Uma surpresa veio através da riqueza de relatos de erros, tanto presenciados quanto conhecidos pelos profissionais de saúde. A ambiguidade em relação ao erro apresenta um dado importante para o tema, pois revela o conhecimento que esses profissionais têm sobre erros e o fato de que não se surpreendem com eles e, ocasionalmente, ainda apresentam justificativas e explicações para sua ocorrência. Os erros conhecidos ou relatados pelos profissionais de saúde, a nós reportados, nunca foram notificados ao conselho de ética da instituição de saúde, aos conselhos profissionais⁷, ou a um superior hierárquico e, evidentemente, a nenhum órgão de segurança pública ou à justiça. A questão da denúncia ou da discussão do erro nas equipes profissionais, ou melhor, a ausência dessa foi um ponto importante nas entrevistas que realizamos.

Desde o início, sabíamos que não seria suficiente responder ao problema de nossa pesquisa apenas com relatos de vítimas, pois nosso interesse não era dimensionar o número de casos de erro médico e sim tipificar em termos sociológicos as principais causas desse erro a partir de estudos de campo e entrevistas. A grande dificuldade em dimensionar o erro médico repousa nos aspectos do trabalho médico que não são acessíveis para o paciente e, muitas vezes, não estão claros sequer para os próprios médicos e demais profissionais da saúde. Há diferentes condutas

⁷ Cada profissão de saúde tem um conselho próprio: Conselho Regional de Enfermagem (COREN); Conselho Regional de Farmácia (CRF); Conselho Regional de Odontologia (CRO); Conselho Regional de Psicologia (CRP); Conselho Regional de Nutricionistas (CRN).

profissionais que podem parecer errôneas para alguns e certas para outros. Assim, o erro é detectado, ou pelo menos suspeitado, de acordo com a definição do resultado da terapêutica, sendo que nesse ínterim, erros podem ter sido cometidos, mas se forem corrigidos passam despercebidos, especialmente quando não causam qualquer dano perceptível pelo paciente. Esperamos esclarecer melhor esse aspecto do trabalho médico no capítulo III, no qual pretendemos centrar nossa análise nas particularidades dessa profissão.

Como o interesse desta pesquisa está centrado no entendimento da lógica de ação dos atores sociais envolvidos na produção do fenômeno, tornava-se crucial obter informações sobre erros, como e porque ocorriam para podermos compreender o significado do fenômeno e a importância do mesmo à prática profissional. Iniciamos uma busca por informantes de erros médicos que se mostrou difícil com relação à categoria fundamental para a discussão: os médicos. Esses profissionais mostraram-se relutantes em abordar o assunto e nos surpreendeu o fato de que até mesmo pessoas próximas que, informalmente já haviam se referido ao assunto, após ter presenciado, ou obtido conhecimento de prática criticável de algum colega, quando abordadas para a responder a pesquisa, recusaram-se a relatar novamente o problema.

No início da pesquisa, começamos a entrar em contato com organizações de saúde elegendo alguns locais para as observações e entrevistas com os médicos e demais profissionais da saúde. Fizemos intermináveis peregrinações por clínicas, policlínicas, hospitais-escola e unidades de saúde, sempre obtendo inúmeras desculpas para a não realização da pesquisa. Questionários e entrevistas sobre erro médico, ninguém se prontificava a responder.

Um problema que nos foi colocado de início dizia respeito à questão da ética na pesquisa. Cada instituição colocava a necessidade de submeter o trabalho a uma comissão de ética diferente e quando nos prontificávamos a apresentá-lo não ficava claro para as próprias instituições a quem este trabalho deveria ser submetido. Ao apresentarmos o código de ética aceito na pesquisa e indicado pelos sociólogos, e mesmo pela regulamentação de pesquisa na área da saúde, apesar de este trabalho estar inserido no âmbito da Sociologia, e não da saúde, os dirigentes das instituições retornavam o problema para o âmbito individual: se os profissionais se dispusessem a

responder às entrevistas eles poderiam fazer, mas a instituição não iria se pronunciar, nem instruir seus funcionários ou colaboradores a fazê-lo.

Apesar de nosso interesse desde o início do trabalho ter sido de proceder a uma pesquisa qualitativa, na qual pretendíamos inserir estratégias de coleta de dados, a partir de entrevistas e observações, dispusemo-nos, se nossos entrevistados preferissem, a apresentar roteiros de perguntas e a aplicar questionários, mas encontramos uma grande resistência a responder ou participar de qualquer pesquisa sobre erro médico por todos os profissionais da saúde. Mesmo aqueles que viam no nosso trabalho a oportunidade de fazer uma denúncia se mostravam receosos em responder sobre o assunto e sofrer qualquer tipo de repressão ou retaliação que, naturalmente, estariam no âmbito dos relacionamentos sociais e da moral, pois temiam ser vistos como desleais ou antiéticos para com os colegas e a instituição na qual trabalhavam.

Então, nossa estratégia de pesquisa foi a de abordar os profissionais da saúde perguntando não sobre erro médico, mas sim sobre as condições de trabalho, a qualificação profissional e a estrutura do sistema de saúde. Por meio desses artifícios, conseguimos abrir a discussão, o que levou a melhores resultados. Ao iniciarmos as pesquisas e selecionarmos os entrevistados, pretendíamos estabelecer algum tipo de amostra por disciplina médica, gênero, tipo de contratação e locais de trabalho. Infelizmente, não pudemos seguir o modelo previamente estipulado devido à dificuldade em obter entrevistas ou depoimentos. Ao nos encaminharmos às entrevistas marcadas, frequentemente esperávamos longos períodos e não as obtínhamos. Houve um médico que marcou a entrevista para às 14h, não nos atendeu e, ainda, pediu para esperarmos uma ‘brecha’ durante os intervalos das consultas. Durante a tarde toda ficamos esperando para, no final, ele avisar que não poderia conversar conosco.

Esse tipo de conduta dos médicos foi comum: num primeiro momento eles se dispunham a ‘conversar’ sobre a pesquisa e depois desconsideravam o compromisso ou diziam que não tinham nada para informar. Esses transtornos para obter entrevistas, apesar de serem comuns em pesquisas sociais, devem ser lembrados para que se possa dimensionar as dificuldades inerentes ao trabalho da coleta de dados, uma vez que o pesquisador perde um tempo considerável em busca de informantes ou na

espera desses para depois não obter o relato ou a entrevista. Naturalmente, o tempo de espera pelo entrevistado permite observar o local de trabalho e o clima organizacional desses locais, bem como ouvir comentários dos trabalhadores e dos pacientes, o que auxilia na construção dos quadros de análise.

É importante ressaltar que as conversas sobre erro, má práticas ou efeitos adversos das condutas terapêuticas tiveram que ser tratadas com muita habilidade e que somente tivemos algum resultado com os entrevistados depois de um longo tempo de conversa. Ou seja, depois que o médico estava acostumado a nos ver, se dispunha a conversar sobre seu trabalho. Apenas alguns profissionais, dos muitos com quem mantivemos contato, acabaram por falar sobre a ocorrência de erro, pois a grande maioria dos médicos quando se referiam a erros nunca eram taxativos e utilizavam frases do tipo “poderia acontecer” ou “se isso ocorre pode ser”, ou “talvez tenha sido erro”, “acho que comeram bola aí (...)”. Note-se que nenhum dos médicos com quem conversamos se referiu a um erro que ele próprio havia cometido, mas apenas a erros presenciados, evitados ou que havia deduzido a partir da avaliação de resultados de condutas.

Resultado diferente, encontramos ao entrevistar os enfermeiros e técnicos de enfermagem. Esses profissionais relutavam em apresentar um fato, mas mostravam-se dispostos a conversar sobre a ocorrência de erros e sobre mecanismos para evitá-los. A grande maioria dos enfermeiros entrevistados relatou já haver presenciado erros médicos (especialmente nos procedimentos) e alguns (4 enfermeiros) admitiram ter se equivocado em algum tipo de procedimento em algum momento.

Ao abordar as dificuldades do trabalho médico, foi possível perceber os mecanismos que elevam a tensão no trabalho e os diversos tipos de pressão que estão submetidos esses profissionais e que, naturalmente, podem ocasionar falhas de atuação que se traduzem em erros, ou malefícios para o paciente. A discussão sobre o trabalho em si mostrou-se bem mais frutífera com os médicos, pois se dispunham a apresentar os riscos e dificuldades do seu trabalho e, a partir daí, pudemos triangular essas informações com as que obtivemos sobre erros e construir um plano de análise desse fenômeno.

Essas questões nos recolocaram o problema da pesquisa. Evidentemente,

consideramos importante verificar quais são, porque e como são tratadas as denúncias de erro médico. Ora, se os números de casos de erros médicos não denunciados são aparentemente maiores do que o número denunciado, cabe saber o motivo para denunciar ou não e, melhor ainda, como saber se houve ou não o erro. Isso nos remete a outro problema: como se dá a relação médico-paciente e qual a racionalidade orientadora das condutas desses atores sociais, bem como compreender os mecanismos (ou ausências desses) de controle do erro médico utilizados pelas organizações de saúde e pelos próprios profissionais.

Entender a racionalidade do paciente e de sua família ao relacionar-se com esse profissional específico – o médico –, nos levou a eleger as vítimas de erro médico, como atores importantes para a compreensão da questão social do erro, melhor dizendo, quais são as motivações para fazer ou deixar de fazer denúncia de erro médico? Em termos práticos, apresentou-se-nos um problema: se a vítima não fez a denúncia, como iremos encontrá-la? Surpreendentemente, recolher depoimentos de pessoas que sofreram algum tipo de transtorno por conduta médica mostrou-se uma tarefa fácil. Em todos os lugares, universidades, hospitais, centros de saúde e mesmo entre amigos e vizinhos, encontramos facilmente alguém que, em algum momento, deparou-se com um erro médico, de maior ou menor gravidade. Percebemos que nos tornaríamos colecionadores de histórias, o que tornava crucial o problema do método da pesquisa, a fim de que essas histórias pudessem ser trabalhadas de maneira a fazer sentido num quadro de análise científica.

Refletir sobre procedimentos metodológicos nos remete à própria natureza do conhecimento científico. A fim de coletar e utilizar adequadamente as narrativas de nossos informantes, retomamos alguns teóricos da ciência e as discussões metodológicas da antropologia, a fim de proceder ao *design* do trabalho desenvolvido.

A fenomenologia enfatiza os aspectos subjetivos do comportamento humano e, para essa corrente teórica, a possibilidade de entender e/ou interpretar o comportamento está disponível para cada indivíduo. Epistemologicamente, a fenomenologia tem sido a principal base para as metodologias qualitativas, tendo o homem como objeto de estudo. Ou seja, as pesquisas qualitativas não têm como objetivo estudar o mundo das ‘coisas’, externo às pessoas, mas justamente o

‘significado’ que os sujeitos atribuem aos fenômenos sociais.

Assim, ao retomar as bases da metodologia científica e as justificativas para os procedimentos da pesquisa, não podemos esquecer que método não é escolha, é compromisso paradigmático. Não se pode afirmar que uma escolha metodológica mostra-se mais eficiente que outra, pois a ‘escolha’ de fato reside no objeto de pesquisa que brota de uma inferência que, em última análise, pode ser atribuída às influências ou à formação e às concepções prévias do pesquisador. A relação do pesquisador com as limitações de suas escolhas teórico-metodológicas são constantemente referidas na bibliografia especializada, bem como a intenção do pesquisador de fazer a melhor contribuição dentro das limitações colocadas por suas escolhas teórico-metodológicas. Vejamos as considerações a seguir:

(...) A ciência no seu melhor é um empreendimento social. Cada pesquisa ou equipe de pesquisadores trabalha sob limitações de conhecimento e compreensão, e os erros são inevitáveis, mas tais erros provavelmente serão apontados pelos outros. Compreender o caráter social da ciência pode ser libertador, pois significa que nosso trabalho não precisa ir para além da crítica para fazer uma contribuição importante, seja através da descrição de um problema ou sua conceituação, teorizar ou avaliar a teoria. Enquanto o nosso trabalho aborda explicitamente (ou tentativas de redirecionamento) as preocupações da comunidade de estudiosos e usa métodos públicos para chegar a inferências que sejam consistentes com as regras da ciência e da informação à nossa disposição, é fazer uma contribuição. (KING, e KEOHANE VERBA, 1994, p. 9 - TN⁸).

Nossa intenção metodológica é construir meios de responder as perguntas sobre as interpretações da dinâmica das significações atribuídas a esses fenômenos para os sujeitos sociais. Nesse sentido, utilizamos diversos mecanismos de aproximação com os sujeitos, a fim de apreender o objeto da pesquisa, como obtenção de relatos de rotinas de trabalho, entrevistas sobre impressões dos protocolos e da pertinência

⁸ (...) science at its best is a social enterprise. Every research or team of researchers labors under limitations of knowledge and insight, and mistakes are unavoidable, yet such errors will likely be pointed out by others. Understanding the social character of science can be liberating since it means that our work need not to be beyond the criticism to make an important contribution whether to the description of a problem or its conceptualization, to theory or to the evaluation of theory. As long as our work explicitly addresses (or attempts to redirect) the concerns of the community of scholars and uses public methods to arrive at inferences that are consistent with rules of science and the information at our disposal, it is likely to make a contribution.

desses, discussão sobre a organização do trabalho, atribuições de chefia e descompassos entre os níveis de comando, capacidade de os trabalhadores lidarem com o sofrimento do outro, a recompensa simbólica pelo trabalho, entre outros.

Um aspecto do trabalho de coleta de dados que dificultou significativamente o trabalho de pesquisa foi o aspecto da legalidade dos procedimentos de coleta de dados em pesquisa com seres humanos e, especialmente, em relação à saúde e apesar de nosso trabalho ser de cunho sociológico, sobre processo de trabalho, uma vez que estamos tratando de profissionais de saúde, o problema de pesquisa em saúde aparecia nos locais de trabalho⁹. O código de ética em pesquisa, utilizado na saúde, exige que, ao adentrar em qualquer estabelecimento de saúde, a fim de realizar a pesquisa, os termos da mesma sejam anteriormente verificados pela comissão de ética, bem como todo indivíduo pesquisado deve ter seus dados protegidos e assinar um termo de consentimento livre e esclarecido, no qual reconhece a finalidade da informação prestada, concordando em concedê-la.

O primeiro momento de entrave foi a entrada nos locais de atendimento para pacientes. Esses locais não possuem uma equipe que compõe uma comissão de ética e têm resistência em permitir a entrada para a pesquisa. Assim, a autorização para adentrar foi dada pelos gestores, que não autorizaram fazer pesquisa com pacientes, porém, permitiram que fizéssemos contatos com alguns trabalhadores, a fim de que os mesmos decidissem se gostariam, ou não, de fornecer depoimentos e serem

⁹ Os sociólogos e cientistas sociais de um modo geral utilizam o código de ética em pesquisa, utilizado pela Sociedade Brasileira de Sociologia e pela associação internacional de sociologia International Sociological Association (ISA). Pesquisadores em reunião com a finalidade de discutir o Código de Ética em Pesquisa Qualitativa em Saúde, realizado no Guarujá em Agosto de 2006, acentuam que os Códigos de Ética em Pesquisa em Saúde foram elaborados pensando na pesquisa biomédica experimental e que apesar de ser um avanço na prática da pesquisa científica, exige reflexão ao se pretender regulamentar outros tipos de investigação. Em relação ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), o documento acentua que o TCLE tem sido reconhecido como um importante documento no processo de pesquisa, porém, a sua aplicação, de acordo com um modelo escrito, impresso e previamente estabelecido, não deve ser sempre obrigatória, já que as situações de campo podem sofrer muitas variações; ou seja, o estudo está sempre em processo, e é impossível informar tudo previamente. Pode haver, também, variações das características sociais, econômicas e culturais da população, que necessitem ser consideradas pelo pesquisador; e ainda, variações dos tipos de abordagens metodológicas aplicadas, que dificultam e tornam desnecessária a aplicação formal do TCLE no início da pesquisa. Ou mesmo, torna contraproducente, pois formaliza uma relação de pesquisa que preferencialmente deve se dar de maneira espontânea, num clima de mútua confiança.” Concluem os pesquisadores, que o objetivo da ética na pesquisa é proteger a população pesquisada, não limitar ou inviabilizar a pesquisa científica. Conferir a íntegra do documento no anexo a essa Tese.

entrevistadas para a pesquisa.

Essa primeira dificuldade fez com que a pesquisa não fosse realizada nos locais de trabalho, com exceção de 4 profissionais que marcaram a entrevista em seus consultórios, em horários em que não estavam com pacientes agendados. O fato de conhecermos indivíduos que trabalham na área da saúde, bem como os seus locais de trabalho, nos permitiu estabelecer um diálogo mais aprofundado com os mesmos.

Pesquisas anteriores e uma longa experiência de ensino e pesquisa¹⁰ com profissionais da saúde nos permitiram estabelecer contato com um grande número de profissionais, e o fato de conhecermos antecipadamente aspectos significativos de suas atividades, como termos técnicos, rotinas e protocolos de organizações de saúde, foram aspectos importantes para que os entrevistados sentissem confiança ao estabelecer o diálogo, por perceber que seriam compreendidos em seus depoimentos. Esse aspecto da pesquisa demonstra que esses profissionais têm uma grande cautela ao conversar sobre o seu trabalho, especialmente sobre os aspectos negativos desse, com receio de não serem compreendidos. Esse receio manifestou-se acentuadamente durante as entrevistas, quando os médicos apresentavam o problema e insistiam em dizer que não houve malefício ao paciente.

Um problema que antecipávamos em relação à coleta de dados apareceu de maneira acentuada, os profissionais de saúde, especialmente os médicos, apresentavam enorme insegurança ao fornecer dados que consideravam sigilosos sobre colegas e pacientes e mesmo sobre as organizações nas quais trabalham. A maioria de nossos entrevistados, que relataram episódios de erro médico (a maioria não relatou nenhum caso de erro médico presenciado ou cometido), demonstrou insegurança e reafirmou constantemente que a informação era sigilosa e que não deveria ser relatada, nem mesmo na pesquisa. Os médicos ao comentarem casos de

¹⁰ Durante sete anos, entre os anos de 1987 a 1994 trabalhei como funcionária de um Hospital-Escola; No ano 2000 defendi a dissertação de mestrado sobre relações de trabalho em hospital e, ao longo dos anos, desde 1994 até a presente data tenho ministrado aulas em instituições de ensino superior, incluindo cursos da área de saúde. Na Universidade Estadual de Ponta Grossa (UEPG), tenho sido responsável pela disciplina de sociologia para os cursos de saúde (Odontologia e Enfermagem, uma vez que a criação do curso de medicina ocorreu no presente ano), desde 2002. Além de palestras e orientações de Monografias e Trabalhos de Conclusão de Curso (TCC), para alunos da área de saúde e sobre a área de saúde, também faço parte do Grupo e Pesquisa em Sociologia da Saúde. Naturalmente, parte considerável de colegas professores nos cursos de saúde, são também profissionais de saúde: médicos, odontólogos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, etc.

erro afirmavam constantemente que o estavam fazendo apenas para que “soubéssemos” da possibilidade de ocorrência, mas que não confirmariam de maneira nenhuma caso nos os mencionássemos.

Um advogado de uma unidade de CRM nos explicou esse procedimento, afirmando que em hipótese alguma consideraria a possibilidade de um médico fornecer alguma informação, pois erro médico, seja lesão corporal ou homicídio culposos, é crime. Ou seja, caso o pesquisador faça algum relato de erro médico não julgado, esse pode ser interpelado pelo Ministério Público e será obrigado, por lei, a fornecer informações sobre o crime sabido, mesmo tendo antecipadamente estabelecido um comprometimento ético com o seu informante.

Essa postura observada em relação ao erro por si só demonstra a importância do tema para os profissionais da saúde e a maneira como esses o observam. O medo da culpabilização e o sigilo em relação ao assunto impedem tanto o conhecimento e o dimensionamento do problema como as possibilidades de prevenção. Esse aspecto do fenômeno nos remete à natureza da identidade do trabalhador com o seu trabalho e à conotação moral e jurídica conferida ao erro.

Em relação aos Conselhos profissionais é preciso notar que enviamos e-mail e demos telefonemas a todos eles solicitando entrevistas e que das 24 cartas enviadas, Apenas representantes de 2 CRMs se dispuseram a conversar conosco; 2 CRMs reponderam negando-se a conceder entrevistas, afirmando não ter ninguém disponível para responder as questões. Pelo telefone, éramos orientados a falar com advogados, que nunca retornavam as ligações e, quando o faziam, diziam que as questões de erros e má práticas já eram investigadas pelos próprios conselhos profissionais e que as funções destes conselhos é primar pelo bem da categoria, e que a abordagem do assunto por indivíduos alheios a esta não se traduziria em benefícios a esta. A alegação de que o fenômeno erro médico, é objeto de uso de pessoas inescrupulosas a fim de obter compensações financeiras de profissionais sérios, também foi utilizada como argumento para a resistência do tratamento do tema por indivíduos (o pesquisador) fora da categoria profissional e, portanto, sem o controle dessa.

Os membros dos dois CRMs que concederam entrevistas, focaram suas palavras nos mecanismos defensivos orientados pelo CRM a fim de proteger seus

membros, na crítica às condições de trabalho médico e na expectativa exagerada ou equivocada do paciente, que o leva a julgar equivocadamente a ação do médico, considerando-a errada. Ambos enfatizaram que o papel do conselho profissional, como único órgão competente para julgar a atividade médica e no fato de que os conselhos profissionais mantêm uma comissão de ética que apura devidamente todos os casos de dúvidas sobre os procedimentos de seus membros e os julga adequadamente.

Assim, os relatos que obtivemos de erros significativos foram utilizados exclusivamente como mecanismo de compreensão do trabalho médico e não foram todos relatados neste trabalho. Os casos de erro que estamos relatando nas falas de entrevistados (que estão, naturalmente, completamente protegidos por informações genéricas), são semelhantes a casos obtidos por meio de entrevistas, mas poderiam tranquilamente ter sido obtidos em artigos de jornais, acórdãos judiciais ou na literatura especializada. Uma pergunta pertinente, a partir dessa colocação, seria qual a necessidade de pesquisa empírica direta, para não utilizar os dados, ou utilizar apenas aqueles que são de domínio público? Nossa resposta a essa questão volta à base epistemológica do trabalho apresentado. Compreender a ação do indivíduo, identificando suas motivações. Além disso, nunca poderia ser função do pesquisador em sociologia desempenhar uma ação fiscalizadora ou policial do trabalho em saúde. Nosso objetivo, ao estabelecer o diálogo com esses profissionais, era verificar as dimensões organizacionais e institucionais que podem levar ao erro e compreender o significado do mesmo para eles. Caso estivéssemos pesquisando alguma outra categoria profissional ou tipo de organização de trabalho, estaríamos verificando fenômenos, tais como as possibilidades de acidente ou da perda de qualidade do produto.

É função da Sociologia compreender as características de vida em sociedade que, durante o desempenho de uma atividade produtiva, geram sofrimento, prejuízos econômicos e/ou morais, além de observar de que maneira o trabalho modifica o indivíduo. Assim, são importantes, para a compreensão desse fenômeno, questões, como o prestígio social próprio da profissão, a função dos pares na formação da identidade e de formas de conduta, a importância atribuída ao próprio trabalho, o medo do risco que esse oferece, entre outros aspectos ocasionados pela função, tanto

técnica quanto social e psicológica.

Obtivemos consentimento esclarecido de todos os indivíduos que se sentiram vítimas de erro médico, bem como de alguns profissionais de saúde não médicos. Em relação às vítimas de erro, algumas dessas pessoas chegaram a prestar queixa contra os médicos e demonstraram estar decepcionadas ao saber que seu caso somente seria relatado de maneira a não serem os integrantes do episódio identificados. Esses pacientes insistiam muito para que seu caso fosse relatado na íntegra e alguns afirmavam que os médicos acusados poderiam ser citados, por terem sido acusados formalmente. Naturalmente, as vítimas e seus familiares com quem conversamos demonstravam decepção, raiva, impotência; porém, aquelas vítimas que não foram ouvidas quando formulavam suas queixas somavam aos sentimentos elencados a ideia de descaso. Por sentirem-se traídas, esperavam algum tipo de retratação, algumas nem sempre financeira, mas mostravam-se indignadas com a ausência de punição, ou mesmo com a extensão dessa.

1.2.1 Procedimentos de Pesquisa

Ao iniciar esta pesquisa, elegemos uma clínica que concentra variedade de especialidades médicas e que presta serviços a um grande contingente de segurados – trabalhadores conveniados e suas famílias. Ao escolher essa clínica, esperávamos, centrando a pesquisa num local principal, fazer uma pesquisa do tipo etnográfica, a fim de entender como os profissionais de saúde compreendiam o erro e quais eram as causas desse.

O local nos pareceu ideal porque, além de atender a um grande número de pacientes, faz procedimentos de pequena e média complexidade; procedimentos e exames que não demandem anestesia e equipamentos sofisticados. Assim, a clínica conta com aparelhos de radiologia e ultrassonografia, mas não faz ressonância magnética, tomografia, cateterismo, bem como exames que necessitem de contraste (exames imaginológicos que utilizam substâncias injetáveis marcadoras) e, portanto,

demanda estrutura de segurança devido ao risco para o paciente, o que diminui a possibilidade de erro.

Iniciamos com o consentimento do gestor, após apresentarmos nossa intenção de pesquisa e de nos comprometermos a não divulgar informações que pudessem identificar ou causar qualquer constrangimento, tanto à instituição quanto aos indivíduos que lá trabalham. Obtivemos autorização para circular pelas dependências e conhecer os trabalhadores que, caso concordassem, poderiam ser entrevistados, mas não poderíamos entrevistar na clínica, pois o gestor considerava que poderia atrapalhar o trabalho. Os trabalhadores foram alertados sobre a nossa presença e avisados que não poderíamos presenciar consultas médicas, exames diagnósticos ou conversar com os pacientes. A intenção do gestor em evitar nosso contato com os pacientes era a de protegê-los. Note-se que a clínica em questão, apesar de atender a trabalhadores, faz parte do sistema de saúde suplementar, ou seja, atende apenas pacientes conveniados a um plano de saúde privado.

Frequentamos essa clínica, em média três vezes na semana, por aproximadamente dois meses e, apesar de conseguirmos nos familiarizar com a rotina de trabalho e com alguns trabalhadores, especialmente alguns funcionários da enfermagem (enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem) e administrativos, não conseguimos obter a confiança dos mesmos. Todas as informações que recebíamos eram protocolares e quando indagávamos sobre alguma rotina, as perguntas suscitavam desconfiança e ressentimento. Além disso, uma médica, que ocupa uma posição de grande respeito dentro da instituição, desde o início, mostrou-se desconfiada com o trabalho e influiu negativamente no andamento da pesquisa com os demais profissionais, especialmente os médicos. Parte da desconfiança da médica, que passou a ser compartilhada com os demais pesquisados, era de que o trabalho na clínica se tornaria um trabalho de pesquisa ‘sobre’ a clínica e que as análises de erro não seriam sobre o trabalho médico, e sim, sobre o trabalho ‘daqueles’ médicos.

Assim, abandonamos esse local por considerar que não conseguiríamos as informações necessárias para nossa pesquisa. É importante notar, porém, que nossa presença nessa clínica nos ajudou a compreender algumas dinâmicas de trabalho e protocolos de atendimento. Além disso, a desconfiança dos médicos é, em si, um bom

indicador do quanto é difícil para esses profissionais terem seu trabalho avaliado, especialmente por alguém que não seja médico. Assim, o tempo despendido nesse local nos ajudou a repensar a estratégia de abordagem dos entrevistados, bem como a recolocar com maior acuidade a questão da identidade profissional. Voltaremos à questão da identidade profissional e do corporativismo dessa categoria profissional no capítulo III. A ação de pesquisa mais importante que adotamos, após a experiência nessa clínica, foi a necessidade de não vincular, para os entrevistados, as informações recebidas com os locais de trabalho, assim, nossas abordagens a partir de então passaram a ser sobre o 'tempo passado', experiência que ocorreu, em outro lugar, ou sabida, mas não necessariamente vivenciada.

Depois dessa experiência, nossa estratégia de aproximação com os trabalhadores de saúde foi por intermédio de contatos pessoais. Professores de universidades, especialmente os da saúde, colegas e amigos que trabalham nessa área, nos apresentaram aos diversos profissionais e nos introduziram aos locais de atendimento, gerando um efeito multiplicador para fins de coleta de dados. Esse segundo ingresso nos locais de atendimento, como unidades de saúde, pronto socorro e unidades de atendimento em hospitais, aconteceu de maneira completamente diferente da primeira tentativa: uma vez que fomos apresentados por profissionais da saúde ligados ao ensino em algum grau e o fato de que em alguns desses locais empregarem funcionários que foram nossos alunos, fez com que houvesse uma queda significativa da resistência dos trabalhadores e mesmo dos médicos em responder às entrevistas.

Não tivemos acesso completo a um único hospital, ou seja, nenhum hospital nos permitiu trafegar por todas as suas dependências, porém, pudemos conhecer parte das instalações e conversar com profissionais. Consideramos que esse fato não atrapalhou a pesquisa, pelo contrário, foi importante estabelecer as relações do médico com o trabalho e não a instituição em si, de maneira que esses profissionais se sentiam mais confortáveis em falar de outros locais de trabalho ou de situações vividas no passado e especialmente da capacitação adquirida pelos profissionais e como compreendiam sua formação, tanto a acadêmica quanto a importância do treinamento nos locais de trabalho e da experiência adquirida.

Assim, utilizamos neste trabalho, em termos metodológicos, uma sistemática de forma a permitir ouvir o indizível, através de apreensão de gestos, obter considerações sobre situações hipotéticas; considerações estas que muitas vezes se mostrava como relato de experiência, apesar de não haver a admissão de situação vivida. A forma como estes explicavam o fenômeno proposto nos mostrava experiência com o mesmo, através da necessidade de justificá-lo ou a forma como o hipotético autor do fenômeno era compreendido. Acreditamos que os relatos que os foram franqueados têm uma grande importância, não pelo ineditismo do fato, mas sim porque foram obtidos de indivíduos que consideram um grande tabu falar sobre esse assunto. O tema escolhido, os sujeitos envolvidos e a significação do ocorrido para os sujeitos em questão significaram para esses atores um ato de grande confiança.

A prática não protocolar e a não obtenção do melhor resultado possível têm uma característica estigmatizante¹¹ para os profissionais, como um defeito que deve ser escondido, pois o resultado da terapêutica pode não ser o desejado, mas deve estar dentro do esperado. O resultado não esperado, quando negativo, traz consigo sofrimento e medo aos profissionais de saúde e, naturalmente, pode se traduzir em sofrimento ao paciente e a seus familiares. Além disso, há a questão legal: qualquer procedimento errado na saúde é considerado como crime: lesão corporal ou homicídio culposos e, além do desgaste e do risco de processo judicial que incide sobre o profissional da saúde, há o efeito moral da publicização do erro cometido. Esse profissional perde o prestígio entre os seus pares. Soubemos de casos de profissionais que, depois de sofrerem punição, decidiram mudar de local de trabalho e até mesmo de cidade, a fim de diminuir a desconfiança das pessoas, além dos comentários demeritórios no ambiente de trabalho.

Além das entrevistas, mantivemos conversas casuais com os pesquisados, que permitiram compreender como as pessoas manipulam as representações sociais para

¹¹ Ao tratar da questão do estigma, Goffman (1988), lembra que a origem grega significa uma pessoa marcada, alguém que tinha alguma coisa extraordinária e má, que o denegria socialmente. A pessoa estigmatizada deveria ser marcada, assim estaria ritualmente poluída e, portanto deveria ser evitada. Apesar do caráter extremamente negativo que tem o termo estigma, acreditamos ser ele adequado para se utilizar ao falar de erro médico. Entre os médicos, o horror ao erro, ou pelo menos a dar a público o conhecimento do erro, tem essa característica. Como se a publicidade do erro, pudesse marcar o indivíduo, denegando sua imagem.

determinadas finalidades e a compreender um sistema cultural e um sistema de valores orientados, cuja transgressão significa uma falha individual. Melhor dizendo, ao atentar para a significação do fenômeno para diversos indivíduos, inter cruzando informações, pudemos verificar como os pesquisados manipulam esse sistema de valores ou falsificam uma atuação, a fim de obter determinados benefícios nas relações sociais.

As entrevistas foram realizadas com sujeitos que trabalham e residem, principalmente em duas grandes cidades do Sul e Sudeste (com população acima de um milhão de habitantes) e em suas regiões metropolitanas.

1.2.2 As Vítimas - Quando o Resultado não é o Esperado

Em relação às vítimas de erro médico, em geral essas pessoas mostravam-se bastante dispostas e, até mesmo, ansiosas para falar sobre o ocorrido. Assim, as pesquisas com as vítimas foram feitas mediante entrevistas não diretivas, nas quais o paciente e/ou seus familiares discorriam longamente sobre o erro. Um aspecto importante em relação à vítima do erro médico diz respeito à sua capacidade limitada de julgamento das ações do profissional. Uma reação adversa, ou dificuldade vivida durante um tratamento, pode ser efeito de uma terapêutica adequada, ou uma complicação inerente ao tratamento médico, ou mesmo uma percepção equivocada, devido ao fato de o resultado não ter sido o esperado. Da mesma maneira, o paciente pode defender veementemente um médico por sua conduta que, apesar de não ser 'errada' no sentido compreendido pela justiça e pelo código de ética médica, é considerada má prática profissional por indivíduos idôneos que fazem parte da mesma categoria profissional.

O paciente identifica-se e passa a confiar no médico que atende às suas expectativas. Naturalmente, o interesse do paciente é melhorar suas condições de saúde, porém, a maneira como os interesses imediatos do paciente são atendidos podem significar grandes prejuízos futuros. A incapacidade de o paciente julgar esses fatos o impede de julgar uma má conduta. Essa questão da má prática médica nos chamou a atenção devido ao alto grau de indignação que causa aos profissionais da

saúde, quando para atender interesses pessoais, especialmente os financeiros, médicos administram terapêuticas inadequadas.

Em relação ao paciente, o interessante é notar que quando percebe que foi submetido a uma terapia de grande custo e pouco resultado, ou quando o médico submeteu-o a tratamentos que podem causar risco futuro, ele não sente rancor do médico, mas apresenta um sentimento de culpa. Ou seja, se o médico não agiu protocolarmente para atender ao seu desejo, o paciente sente-se parcialmente responsável por essa conduta e defende o seu médico. Um fato que, apesar de não ser surpreendente, chama a atenção é a pessoalidade atribuída pelo paciente aos profissionais da saúde e a hierarquização que esses estabelecem ao fazer o julgamento dos profissionais com base no trato pessoal. A forma como o paciente é recebido nas unidades de atendimento, como a cordialidade, a indiferença, a impessoalidade, a gentileza e o grau de cuidado dispensado pela equipe de tratamento, influencia na intensidade dos sentimentos gerados pelo efeito adverso por ele sofrido.

Assim, foi possível perceber a importância da relação nas tomadas de decisões do paciente e na confiança depositada pelo mesmo ao médico ou à instituição de saúde que utiliza. É importante notar que essa sensação de acolhimento ou de descuido não diz respeito apenas ao médico, mas estende-se a toda a equipe. A relação com o médico ocupa uma posição de destaque, sendo que em três narrativas os pacientes responsabilizaram a equipe pelo descuido do médico, atribuindo a essa incompetência pela falta de assistência e de cooperação para com o médico e a responsabilizou por dificultar a proximidade ou o contato com o responsável pelo caso, que poderia ter evitado o erro.

Explica-se: pacientes sentem-se ressentidos quando a equipe de trabalho não lhe permite ter acesso aos médicos ou limita seu acesso a eles durante a consulta. Quando o paciente sente que foi atendido com descaso, pela recepcionista, enfermeira ou qualquer outro profissional da unidade de atendimento, pode inferir que o médico também não é atencioso. Isso pode levar o paciente a ter uma atitude defensiva, ou até mesmo agressiva, durante o seu atendimento, caso esse médico mantenha uma atitude de distanciamento e frieza durante a consulta.

Essa percepção do paciente acentua-se e ele acaba por julgar o tipo de

atendimento que irá receber pelo comportamento do médico e da equipe, passado a desconfiar da capacidade desses profissionais, por considerá-los descomprometidos. Porém, mesmo uma percepção de descaso por parte da equipe pode ser desvalorizada, caso o paciente sinta que o atendimento médico foi adequado, ou seja, quando o médico lhe inspira confiança, o que demonstra a centralidade do médico na importância terapêutica atribuída pelo paciente. O contrário em relação ao médico não é verdadeiro: caso o paciente acredite não estar sendo atendido por um bom médico, a atenção e o cuidado dispensado pela equipe, por mais elogiada que seja, não é suficiente para manter a confiança do paciente.

É importante notar que estamos trabalhando com pessoas que se sentiram lesadas de alguma maneira e que, portanto, mantêm sentimentos confusos de medo, raiva, indignação, perplexidade, etc. Ao relatar um evento do passado, naturalmente os sentimentos presentes sobre esse evento podem levar a memória a acentuar traços que ressaltem os sentimentos presentes, de certa maneira mistificando o passado. Ou seja, é possível especular a objetividade do julgamento de ações do passado, frente ao resultado dessas ações, especialmente, quando esses resultados são frustrantes.

O grande número de relatos de vítimas de erro médico facilitou a coleta de dados com estes atores, mas também nos tornou colecionadores de histórias. Assim, na exposição do material empírico, dos relatos que recebemos, fizemos uma triagem, selecionando casos semelhantes e elegendo um ou dois que consideramos mais significativos de cada tipologia de erro que iremos empregar. Naturalmente, alguns casos que tramitam na justiça, ou que já foram julgados, serão analisados aqui. Note, porém, que nossa intenção ao escolher esses casos não estava em verificar a culpabilidade inegável do médico ou de um profissional da saúde, mas compreendê-lo dentro de uma lógica do processo de trabalho, ou da cultura profissional, a fim de poder atribuir-lhe não apenas uma explicação causal, mas, também, pensar em mecanismos que possam evitá-lo.

Além disso, como veremos no capítulo III, nossa visão do erro, após observar o processo de trabalho em saúde, difere de maneira significativa da visão de erro para a justiça e para o paciente. Pretendemos explicar ambas as visões, mas nosso constructo do fenômeno leva a observá-lo a partir da lógica de atuação dos profissionais de saúde

e da formação de sua identidade.

Em relação aos pacientes e às vítimas de erro, o interessante é notar a visão que constroem da saúde e do médico que os leva a denunciar, ou não, o erro médico. Um fenômeno interessante em relação aos pacientes é a maneira como eles constroem a certeza ou a incerteza do erro cometido. Como sabemos, e veremos melhor, tanto no capítulo III quanto no IV, o modelo de medicina biomédico estabelece que é a ciência, representada pelos médicos, a detentora do saber sobre o corpo, a saúde e a doença, essa crença, aliada à visão obtida pelos médicos na sociedade e pela panacéia de cura apresentada constantemente à população faz com que os pacientes tenham dificuldades em obter certeza em relação aos tratamentos obtidos. Então, a certeza ou incerteza em relação ao erro médico não ocorre para o paciente apenas no resultado obtido, mas, também, numa percepção a partir da leitura de signos de comportamento dos profissionais da saúde, que o levam a estabelecer seu julgamento.

Melhor dizendo, o aspecto subjetivo da análise do paciente constrói suas crenças. Mas, o fato de estar ancorado em percepções, que muitas vezes não têm formas de comprovação da verdade, não significa que essas percepções estejam erradas. Não estamos tratando aqui de qualquer ideia de prestidigitação por parte do paciente, mas, sim, observando que ele está inserido em uma realidade que pode interpretar. Se não pode interpretar a racionalidade científica do procedimento médico, o paciente busca outros signos da realidade que possam lhe oferecer pistas sobre o incompreensível comportamento, até protocolar, dos trabalhadores em saúde. Registramos em nosso caderno de campo 12 depoimentos de vítimas e familiares de vítimas de erro médico, porém o número de relatos que ouvimos foi muito superior, além de indivíduos que ao saber da pesquisa nos fornecia um relato de caso e nos perguntava se tratava-se ou não de erro médico, pois tinham dúvidas a respeito de que determinadas condutas haviam sido ou não corretas e esperavam que a pesquisadora tivesse uma resposta esclarecedora sobre o problema.

1.2.3 Profissionais de Saúde: medo, solidariedade e indignação

Os profissionais da saúde, como enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, assistentes sociais, psicólogos, técnicos de laboratório, além dos funcionários administrativos, se mostraram pouco receptivos a responder categoricamente sobre o erro. Apenas ao tocar no tema, é perceptível o receio que o mesmo causa. Isso se deve ao fato de que erro médico é considerado crime. Uma fala comum que ouvimos de todos os profissionais de saúde era que “todos erram, mas nós não podemos errar”.

O medo que o erro inspira nos profissionais de saúde é um fenômeno assombroso. E isso fez com que, nas primeiras aproximações, não recebêssemos nenhuma informação importante. Porém, conseguimos que os profissionais da saúde relatassem como era organizado o trabalho. A cooperação foi maior nos locais em que trabalhavam profissionais da saúde que também desempenhavam a função de professor que, ao descrever as atividades, acabavam chamando a atenção para os possíveis eventos adversos dessas atividades. Todavia, todos frisavam que, no treinamento profissional, tanto dos trabalhadores quanto dos estudantes, todos eram alertados em relação aos riscos para que ‘não ocorressem’.

Esses profissionais da saúde, (das unidades de atendimento), após alguma familiaridade, começaram a narrar episódios ou rotinas de trabalho. Essas narrativas, em sua maior parte, apresentavam uma grande pessoalidade na apreensão do ambiente de trabalho, sendo comum a manifestação de emoções ao discorrer sobre as rotinas de trabalho, pacientes e relações com colegas e familiares de pacientes. Os profissionais da saúde narram uma grande pressão no ambiente de trabalho, e todos concordam que trabalhar sob pressão diminui a qualidade de trabalho, sendo que alguns trabalhadores chegam a referir que podem errar devido ao estresse.

A pressão no ambiente de trabalho é causada pela grande demanda por atendimento, porém, nossos informantes afirmam que o ambiente de trabalho melhora ou piora de acordo com a composição da equipe, especialmente do médico ou dos médicos que estão de plantão.

Os relatos das condições de trabalho, das apreensões, da forma como acontecem os relacionamentos entre os profissionais e entre os profissionais e os pacientes, depois de certa familiaridade, levaram à discussão de possíveis problemas

ou erros no processo de trabalho. A lógica é simples para o funcionário, ele não precisava negar que algo errado acontecia para alguém que já conhecia o trabalho e ‘sabia’ o que poderia acontecer.

Assim, com o passar do tempo, conseguimos alguns informantes importantes que não apenas discutiam onde e como os erros ocorriam, mas, também, porque ocorriam. Esses informantes apresentaram casos não apenas do trabalho da enfermagem (de todos os níveis), mas também casos de erros cometidos por médicos que haviam presenciado, ou conheciam pelos comentários no hospital ou unidade de saúde.

É preciso salientar que o maior número de relatos de má prática profissional não está no erro que causa lesão ou dificulta a recuperação do paciente. Os profissionais de enfermagem, e demais profissionais de saúde não médicos (assistente social, agente comunitário de saúde e técnicos de laboratório), relatam, principalmente, práticas de saúde consideradas eticamente condenáveis, como descaso, descuido, grosseria e abandono do paciente.

Nesse sentido, convém adiantar que, para essas equipes de saúde, o erro, quando compreensível (como causado por estresse, excesso de trabalho desejo de ajudar o paciente sem ter os mecanismos ou conhecimento necessário), é mais compreensível do que atitudes que demonstram descaso para com o paciente e para com a equipe de trabalho. Foi possível ouvir histórias de um mesmo funcionário que relatou um erro de procedimento que quase resultou na morte do paciente (os erros serão tratados nos capítulos VI), com mais compreensão, melhor dizendo, quase justificando porque o médico havia cometido aquele erro, e, ao mesmo tempo, relatar indignado o episódio de uma paciente que esperou por quase 3 horas com dor, devido a uma entorse no pé, para ser atendida. A demora do atendimento ocorreu porque o plantonista estava descansando.

É interessante notar que, no Pronto Socorro onde esse informante trabalha, casos como esse da entorse em que o paciente espera tempo semelhante são comuns, mas somente são aceitos pela equipe de enfermagem, e mesmo por outros profissionais, quando a espera do paciente tiver uma explicação nas condições em que o trabalho está sendo realizado. Assim, se for um plantão em que há um grande

número de pessoas em estado grave de saúde, deixar um paciente esperando por um longo tempo tem um significado, mas mantê-lo esperando por motivos pessoais é visto como descaso, considerada falta mais grave do que um 'erro honesto', ou seja, aquele erro definido como produzido pelo sistema de relações sociais.

Outro fator que chamou a atenção em relação aos profissionais de enfermagem é a ambiguidade de julgamento em relação aos médicos. Esses trabalhadores mantêm o respeito profissional pela conduta do médico (a menos que esse se mostre completamente inexperiente); ao mesmo tempo em que se ressentem pelo seu excesso de confiança e autoritarismo.

Percebemos nas narrativas um grande prazer vivido por estes profissionais quando conseguem demonstrar ao médico que ele comete falhas ou chamar-lhe a atenção por procedimentos que devem ser feitos, pois essas oportunidades de mostrar ao médico que ele tem limitações permitem apresentar o seu 'valor' profissional. Há uma certa unanimidade entre os enfermeiros em afirmar que a maioria dos médicos é arrogante e muito autoconfiante, mas esse fato pode levá-los a um diagnóstico sumário que pode estar errado.

1.2.4 Os Médicos: risco e estigma

Os médicos com os quais conversamos, como já havíamos dito, têm um grande receio em falar sobre erro. Então nossa estratégia de investigação era começar indagando sobre o trabalho em si, os procedimentos, os relacionamentos com pacientes e equipes de trabalho, a formação, a jornada de trabalho, etc.

Ao discorrerem sobre o assunto, os médicos oscilavam em valorizar o trabalho, afirmando ser uma profissão bonita e uma atividade interessante, ao mesmo tempo em que reclamavam das condições de trabalho. Os médicos referem-se a si mesmos como 'classe médica', e nos chamou a atenção o fato de eles se considerarem desunidos. Vários médicos referiram-se às péssimas condições de trabalho, baixa remuneração e submissão a gestores, como condições degradantes do trabalho médico e atribuíram a

culpa por essas condições à ‘classe médica’ que se submete a ela, obrigando todos os demais a submeterem-se também.

Também foi perceptível o rancor pelo que eles chamam de ‘desprestígio’ profissional, por considerarem que os pacientes e o público em geral os julgam e os cobram excessivamente. Foi possível observar que a grande maioria dos médicos entrevistados mantém uma perceptível expectativa do desempenho de um trabalho de tipo liberal, na qual o profissional teria total autonomia pelas suas atividades. É interessante essa autonomia profissional porque algumas atividades, como as cirúrgicas, somente podem ser realizadas em ambientes socializados e com a cooperação de outros profissionais. Mas a autonomia profissional é uma forma de autorregulamentação sem necessidade de controles burocráticos ou prestação de contas de suas atividades. A aspiração de segurança financeira, a fim de que possam escolher como e quando trabalhar, é uma constante nos depoimentos, nos quais podemos perceber que a escolha profissional mostrou-se economicamente mais frustrante do que o profissional esperava.

Com poucas exceções, a relação com os demais profissionais da saúde é insegura, ou seja, parte significativa dos médicos mostra-se reticente se solicitados a confiar totalmente em colegas, ou somente confiam, profissionalmente, em indivíduos com os quais convivem e conhecem a longo tempo. Ouvimos vários relatos de que os enfermeiros, médicos jovens e residentes não têm as competências necessárias, que exigem muita supervisão e que são pouco cooperativos. Por outro lado, os médicos sentem-se excessivamente pressionados, pela equipe e pelos pacientes, sobre suas atitudes. Quando perguntados sobre procedimentos errados, má prática, evento adverso, etc., os médicos, depois de adquirirem certa familiaridade conosco, afirmavam que em todas as profissões existem os ‘maus profissionais’, numa tentativa clara de não responder a pergunta, ou de colocar o problema do erro sobre a conduta moral do indivíduo que o comete.

Isso nos remete a questão do estigma ao discutir o assunto e chama a atenção para o fato de que entre os profissionais da saúde, especialmente os médicos, as questões que condicionam as atividades não são consideradas na avaliação do trabalho médico. A exceção a essas condições de trabalho diz respeito à equipe.

Quando as condições de trabalho são ruins é porque a equipe é considerada ruim, os médicos se referem à necessidade de gestores e mesmo de governantes contratarem pessoas com competência para que os erros não ocorram.

Conseguir relatos de erro de médicos foi uma tarefa longa, cansativa e que demandou uma grande confiança do profissional da saúde. Esse fato pode em parte ser explicado por um médico que também é advogado e atua na área de direito em saúde, principalmente defendendo médicos em processos de erro médico, a seguir:

Veja, eu não aconselharia ninguém a te dar um depoimento (dos clientes dele), porque mesmo que eu confie em você, você pode relatar o fato de maneira a expor o meu cliente, não adianta trocar o nome dele, quem conhece o caso vai saber que ele falou. É muito fácil destruir a reputação de alguém... Os médicos têm uma atividade difícil, estressante, não dá para julgar assim...

Assim, dos muitos médicos entrevistados, informações objetivas sobre erro obtivemos apenas um terço. Entrevistamos (entrevistas não diretivas, ou seja, conversas que foram mantidas por períodos que 1 dia e 2 meses) 22 médicos, ao longo de 5 anos, mas obtivemos informações sobre erro médico presenciado (nenhum médico admitiu haver cometido um erro, chegam a falar de um 'quase engano', mas que nunca chegou a acontecer), de 6 médicos.

Uma das estratégias que utilizamos para discutir o erro e verificar as possíveis causas dos mesmos, para os médicos, foi apresentar casos conhecidos ou já julgados de erro e perguntar-lhes quais seriam as causas, e se os erros relatados poderiam ocorrer frequentemente ou se eram fenômenos esporádicos. As respostas foram ambivalentes. Como veremos mais cuidadosamente no capítulo VI, no qual os erros serão tipificados, de um lado os médicos dizem que sim, determinado erro pode ocorrer, mas não, não ocorre porque é muito grave e "a gente sabe o risco, então é claro que não deixa acontecer".

Assim, durante nossa pesquisa, contatamos 22 médicos, 18 enfermeiros com formação superior, 12 técnicos de enfermagem, 3 nutricionistas, 2 pedagogos hospitalares, 2 psicólogas, 5 assistentes sociais e 3 técnicos de raio X. Entre esses profissionais, 16 ocupavam funções de chefia, coordenação ou gestão. Entre esse total de profissionais com quem conversamos, obtivemos entrevistas de 27 indivíduos e

desses apenas 12 assentiram em assinar o termo de consentimento da pesquisa.

O caso mais interessante de negar-se a assinar o termo de consentimento ocorreu com um médico que atende em hospital público e, também, mantém consultório particular. Esse médico, frequentemente, profere palestras sobre ética e relacionamento com o paciente, que segundo ele é a melhor maneira de evitar ser processado. Ele nos recebeu em seu consultório após o horário de expediente e mantivemos conversa por aproximadamente duas horas após as quais ele afirmou que sabia da necessidade do termo de consentimento, mas que não assinaria. Sua justificativa é que se houvesse qualquer interpelação legal, ou questionamento sobre o trabalho, que nos obrigasse a entregar o material de pesquisa, ele não queria ter qualquer envolvimento com o assunto, apesar de considerá-lo importante. Esse exemplo demonstra o receio da categoria sobre o assunto e a desconfiança sobre pesquisa social.

CAPÍTULO 2

2. ERROS E EFEITOS ADVERSOS

2.1 MONTANDO A MOLDURA

O erro médico pode ocorrer em qualquer etapa do processo de tratamento ao paciente, que vai da consulta inicial até a alta. Durante a consulta médica é procedida a anamnese e o exame clínico. A anamnese é uma entrevista conduzida pelo médico com o objetivo de recordar os eventos relativos à saúde do paciente, e o exame clínico é composto pela observação dos sinais físicos do paciente, como apalpação e ausculta, e a cada retorno do paciente à consulta médica exames clínicos e complementações de anamnese devem ser refeitos.

Esse processo terapêutico pode incluir uma série de etapas que vão desde as prescrições medicamentosas, orientações comportamentais (alimentação, desempenho de atividades, vida sexual), exames laboratoriais para complemento diagnóstico, procedimentos invasivos (exames, cirurgias e microcirurgias, aplicação de medicamentos injetáveis, utilização de drenos e sondas), períodos de internação até chegar à alta médica, a qual, quando não prescrita no momento certo e com as indicações corretas de procedimentos pós-tratamento, pode vir a configurar um erro. O número de etapas, ou procedimentos, a que é submetido o paciente depende da moléstia e do grau de gravidade da mesma, e há indicações na literatura¹² (MENDES et al., 2005) de que o risco de ocorrência de erros cresce à proporção do tempo de

¹² Os autores fizeram um levantamento dos estudos sobre erros e eventos adversos publicados em vários países do mundo, como Estados Unidos, Inglaterra, Nova Zelândia, Canadá. Apesar de notarem metodologias diferentes, que produz resultados diferentes na detecção dos erros e eventos adversos, em comum estes estudos são todos centrados em hospitais, demonstram que quanto maior o tempo de hospitalização, o número de procedimentos e o número de pessoas que manipulam o paciente, maiores os riscos de eventos adversos sobre o paciente.

tratamento, complexidade e número de intervenções.

A fim de compreender os condicionantes do trabalho médico que podem levar ao erro, procederemos nossa análise estabelecendo dois tipos empíricos de erro: os erros diagnósticos e os erros de procedimento. Em cada uma das duas categorias de análise, iremos tipificar as causas de ocorrência dos erros, a fim de melhor compreender os condicionantes da ação dos sujeitos envolvidos: médicos, demais profissionais de saúde, pacientes e familiares.

A justificativa para fazer uma distinção entre os tipos de erro, estabelecendo as duas categorias, quais sejam o erro diagnóstico e o erro de procedimento, se dá pelo seguinte motivo: consideramos que erro diagnóstico é o erro típico do trabalho médico, no qual o profissional tomará contato com o paciente e irá, através do saber médico e das tecnologias disponíveis para o seu trabalho, verificar qual é o mal, ou a doença, que acomete o paciente. Uma vez que essa primeira etapa do processo terapêutico estiver errada, todo o restante do tratamento poderá ser comprometido. Estamos colocando essa consideração no sentido condicional, porque pode ocorrer¹³ de diagnósticos errados se utilizarem de terapêuticas que propiciam resultados favoráveis ao paciente.

O processo diagnóstico demanda uma avaliação acurada da gravidade do quadro clínico em relação à queixa do paciente. Nesse sentido, é preciso fazer uma distinção do tipo de atendimento prestado no momento da consulta; se o atendimento é emergencial, consultas rotineiras, ou se é uma consulta para investigação de uma

¹³ A fim de compreender como a medicina brasileira interpreta o erro diagnóstico, fizemos um levantamento de artigos científicos nas revistas médicas sobre erros diagnósticos de diversas especialidades, observando orientações de especialistas para diagnósticos corretos, e quais os procedimentos ou interpretações, tanto de quadro clínico, quanto de exames complementares que poderiam levar aos erros diagnósticos. Chamou a atenção, um artigo sobre erro diagnóstico em pneumonia, no qual os autores revisam 129 prontuários e exames de raio x de pacientes atendidos em Pronto Socorro, com o diagnóstico de pneumonia. O artigo demonstra dos prontuários analisados, 48,8% apresentavam diagnóstico correto (63 prontuários), 48,8% apresentavam diagnóstico errado (63 prontuários) e 3 não foram identificados. A causa de erro foi dificuldade de leitura do Raio X. entre os normais dos 63 Raio x examinados e que tinham sido diagnosticado erradamente, 40 apresentavam resultados normais e 23 apresentavam outras moléstias e não pneumonia. Entre os prontuários que apresentavam diagnóstico errado, 8 pacientes foram medicados adequadamente, o que significa que apesar de a proposição diagnóstica ter sido equivocada não houve prejuízo ao paciente porque a conduta médica adotada era compatível com o tratamento da enfermidade corretamente diagnosticada. Mais informações podem ser obtidas em Morrone et al.(1987), Matos (2006), Amaral e Granzotti (2003), Silva Neto (2008), Castro (2008), Piovezan et al. (2008) e Mory et al. (2002).

determinada moléstia. Em qualquer dos tipos de consulta é possível ocorrer erros diagnósticos, porém, as consultas emergenciais, devido à sua natureza, têm a função de resolver o problema quando ele se apresenta, enquanto os demais tipos de atendimento permitem uma melhor investigação do quadro clínico. Em qualquer caso, é função do médico verificar a necessidade de procedimentos complementares ou de encaminhar a um especialista, no caso de suspeita de moléstias que demandem um tratamento específico. Exemplificando: se um paciente procura o serviço de emergência, com uma crise forte de enxaqueca (migrânea), deve ser medicado, a fim de aliviar a dor e orientado a procurar o tratamento para a moléstia.

Muitos pacientes procuram o médico por uma determinada queixa que não se configura em moléstia de gravidade significativa (para aquele paciente, naquela manifestação), mas apenas em incômodos episódicos. Estamos falando de 'mal-estares' passageiros que desapareceriam, mesmo sem intervenções médicas, no caso de cessar a fonte de incômodo. É o caso de problemas ocasionados por algum excesso comportamental cometido pelo paciente (alimentação, exercícios, exposição ao sol, entre outros), reações ao estresse, exposição a algum elemento irritante no meio ambiente (ruído, insetos, cheiros, etc.). Nesses casos, o atendimento médico e a ação medicamentosa têm a função de diminuir o desconforto e promover o bem-estar sem a necessidade de maiores encaminhamentos.

Porém, mesmo nos casos dos males acima mencionados, se confundidos com uma moléstia de maior gravidade, o médico estará incorrendo em erro diagnóstico, caso se disponha a tratar o paciente sem uma investigação mais acurada; assim como o caso de um diagnóstico correto, mas cujas prescrições medicamentosas forem erradas, pode ser configurado como erro de procedimento. Estamos considerando como erros de procedimento todas as ações, ou ausência dessas, que causam prejuízo ao paciente durante o processo terapêutico. Esse tipo de erro é caracterizado por poder ser cometido ou ter a concorrência de outro ator envolvido no processo de tratamento, ou seja, uma vez que se trata de um procedimento terapêutico é comum que, durante sua execução, outros profissionais, além do médico, interajam com o paciente e entre eles, participando, portanto, do episódio que dá origem ao erro.

Estamos considerando que os erros médicos podem ser ocasionados por dois

tipos de fenômenos: por alguma situação envolvendo as relações de trabalho¹⁴, como excesso de trabalho, ausência de equipamentos ou estrutura de suporte para o apoio diagnóstico, grande tensão no ambiente de trabalho, ou seja, causas que envolvem a organização do trabalho ou podem ser ocasionadas por elementos que compõem o comportamento do médico e a sua relação com o trabalho. Assim, estamos denominando esses dois níveis como: 1) Situacional, que seria dado por condições de trabalho específicas, e 2) Subjetivo, que diz respeito a um comportamento, momentâneo ou corriqueiro, que no relacionamento com o outro ocasiona erros de julgamento. Essa distinção foi inspirada nos estudos sobre acidentes de trabalho de Dwyer (2006, p.141), que vai propor uma análise sincrônica e diacrônica das causas dos mesmos, observando que:

(...) os acidentes de trabalho ocorrem em três diferentes níveis de realidade social – recompensa, comando e organizacional – e no nível não social do indivíduo-membro. Em cada um desses níveis, empregados e trabalhadores lutam pelo controle e fazem acordos sobre a forma de administrar as relações de trabalho; como consequência, produzem-se bens e serviços assim como acidentes.

Nossa distinção em relação às denominações de Dwyer é estabelecida devido à peculiaridade da atividade que estamos observando, na qual a ação individual, com seus componentes emocionais, é constitutiva do trabalho, uma vez que se trata de uma função na qual a interação com o objeto de trabalho está envolto em subjetividade. A fim de compreender a produção social do erro em suas múltiplas dimensões, nos apoiaremos na fenomenologia de Schutz (1979). Uma das bases dessa teoria compreende que o homem vivencia o mundo social como um sistema de signos que internaliza e passa a ter como pressuposto na definição de sua situação. Isso lhe permite compreender e ser compreendido. O homem, enquanto ser social, por meio de um conjunto de condutas, estabelece estratégias de como lidar com as pessoas e as coisas de forma a obter, em cada situação, os melhores resultados possíveis. Cada indivíduo pertence a um determinado número de grupos sociais,

¹⁴ Como veremos no capítulo V apesar de a profissão médica ser a que melhor remunera, os médicos fazem parte da categoria profissional que apresenta a maior jornada de trabalho, o que evidentemente pode se traduzir em erros devido à redução da capacidade física e mental para o trabalho.

sendo que cada um desses tem para os seus membros um sistema comum de tipificações e relevâncias. Vejamos como Schutz compreende o sistema de relevância:

O sistema de tipificações e relevância compartilhado com os outros membros do grupo define os papéis sociais, as posições e o status de cada um. Essa aceitação de um sistema comum de relevâncias leva os membros do grupo a uma autotipificação homogênea. (...) Isso pode levar a conflitos de personalidade gerados, principalmente devido ao esforço de preencher as várias, freqüentemente incompatíveis expectativas de papéis correspondentes à participação do indivíduo nos diversos grupos sociais (SCHUTZ, 1979, p. 82-84).

A partir das contribuições teóricas citadas, compreendemos que no nível situacional há problemas, como o tempo necessário para a consulta médica, o saber para interpretar resultados de exames diagnósticos e, até mesmo, do quadro clínico, a existência e o uso de equipamentos diagnósticos, os protocolos de atendimento e a existência de quadros epidêmicos que podem induzir determinados resultados. Nesse nível, estamos incluindo a capacidade técnica ou o montante do saber médico, uma vez que entendemos esse saber como um produto social, adquirido a partir de relações sociais.

No nível subjetivo, observamos a capacidade de avaliação e interação com o paciente. Essa relação social conta com a interferência de demais atores envolvidos no processo diagnóstico, como familiares e outros profissionais de saúde, cujo trabalho influencia no processo diagnóstico e terapêutico. Essa capacidade agora não é mais vista como técnica e, sim, por meio de habilidades sociais do médico, como a sua habilidade de comunicação com o paciente, durante a qual é preciso avaliar as condições sociais e subjetivas desse e com os demais colegas, podendo ser avaliado seu desempenho para obter a cooperação adequada. Assim, a interpretação equivocada da queixa do paciente pode constituir um importante elemento causador de erro e essa dificuldade de comunicação pode acontecer devido à incapacidade de compreender o universo cognitivo e cultural do outro, ou devido às condições subjetivas do próprio médico num determinado momento.

Na fala a seguir, obtivemos um exemplo de como fatores pessoais podem influenciar no trabalho, e os riscos que eles colocam:

Minha irmã queria fazer uma lipoaspiração, era pouca coisa. Um colega que é cirurgião geral disse que faria, foi meio um favor, porque somos amigos, ele conhece minha família (...). Ele pretendia voltar para a residência e fazer plástica (...). Minha irmã ficou com 'ondas' nas pernas... (ela) ficou furiosa... Agora ela faz massagens. Ele fez com boa intenção (...). A gente tem de ficar na nossa área. Eu fico no meu canto, se não conheço o problema, não dou palpite. (Clínico Geral e Dermatologista).

Esse exemplo demonstra que qualquer médico pode avaliar equivocadamente a complexidade do trabalho de outro especialista, ou pressupor que a condução de um determinado caso é simples e esse mostrar-se complexo. Ao tratar o erro diagnóstico e o de procedimento, a questão dos limites do conhecimento e dos limites da atuação profissional deve ser recolocada. O saber superficial, ou especializado, é igualmente danoso, na medida em que o sujeito não conhece seu próprio limite de atuação, ou por um interesse qualquer, por exemplo, humanitário, financeiro, dispõe-se a atuar além de sua esfera de competência.

Apesar de estarmos tipificando as causas de erro médico, a exemplo da análise de tipo ideal de Weber (1992), estabelecemos, para fins de análise, dois tipos ideais de erros que serão analisados a seguir. Consideramos raro um processo, que leva ao erro, ter uma única causa. Nossa tipificação tem função exclusiva de compreensão e análise, uma vez que, inserido no mundo da vida, a complexidade desse leva o sujeito a reconstruir sistematicamente seus critérios de relevância que o levam a agir, havendo, múltiplas causas para a sua ação.

2.2 O ERRO DIAGNÓSTICO

Uma vez que estamos atribuindo os erros diagnósticos a uma ação exclusiva do médico, cabe observar quais as condicionantes de sua ação que podem levar a uma interpretação errônea do quadro do paciente. A medicina é um saber complexo e o seu desenvolvimento levou, como sabemos, à especialização crescente, a exemplo dos demais saberes. A partir dessa constatação, consideramos que o desconhecimento de uma patologia de área que não é do domínio do médico não constitui erro, quando esse

reconhece os limites de seu trabalho e orienta o paciente a buscar ajuda adequada. Ao encaminhar o paciente para outro especialista ou serviço a fim de obter o tratamento adequado, o médico está agindo corretamente.

Inferimos, porém, que quando esses encaminhamentos tornam-se excessivamente corriqueiros e abrangem moléstias consideradas de fácil diagnóstico, ou que deveriam fazer parte de suas capacitações, podem configurar despreparo do médico para o atendimento. Do mesmo modo, o encaminhamento de paciente em situação de risco eminente, sem as devidas medidas preventivas necessárias para garantir a vida do paciente, constitui um erro grave. Ou seja, o desconhecimento ou o despreparo para o atendimento de determinadas moléstias é perfeitamente compreensível, porém o desconhecimento de situações de risco, ou a omissão em diminuir o sofrimento, constitui erro.

Podemos utilizar como exemplo a seguinte ilustração: um médico atende em uma unidade emergencial de saúde um paciente que sofreu uma queda e se encontra inconsciente, ou confuso. Sem os equipamentos necessários, esse médico não tem condições de diagnosticar e tratar adequadamente o paciente, devendo, portanto, encaminhá-lo a um serviço de saúde com melhor estrutura. Porém, antes de fazer isso, deve assegurar-se que tomou todas as medidas possíveis de medicação, imobilização, assepsia, curativos de ferimentos, transporte adequado, entre outras, que possam minimizar os riscos durante o transporte ou até o recebimento do atendimento.

Quando perguntados, os médicos respondem que o erro diagnóstico é possível, pois patologias diferentes apresentam sintomas semelhantes e que, mesmo a experiência e o conhecimento, não impedem que enganos sejam cometidos. A constatação é que existe uma grande quantidade de variáveis a ser considerada ao se propor uma hipótese diagnóstica, que é a condução do caso e a maneira como evolui e que indicará a necessidade de correção das hipóteses iniciais. Nossos entrevistados concordam que o melhor caminho para o bom atendimento ao paciente, sem riscos de erro, é acompanhá-lo durante um longo tempo, o que permite conhecer adequadamente as reações dele às terapêuticas adotadas e obter cada vez mais informações, a fim de compreender adequadamente o quadro patológico.

Durante o exame clínico e levantamento do histórico do paciente, o médico no

início do tratamento pode ter dificuldades em obter informações precisas sobre determinados comportamentos. Devido à vergonha ou ao medo, o paciente pode hesitar em admitir condutas consideradas socialmente condenáveis, ou um hábito que saiba ser prejudicial a sua saúde e que, inevitavelmente, o médico solicitará que abandone, apesar de o paciente não se sentir pronto a fazê-lo. Respostas sobre vícios, comportamentos sociais, abortos, rituais religiosos, hábitos alimentares e prática de atividades esportivas podem não ser fiéis à verdade. Quando o médico conhece o paciente e acompanha seu tratamento ao longo do tempo, aumenta a confiança desse em relação ao médico, facilitando a comunicação entre ambos, o que influencia positivamente no tratamento.

Podemos supor que quanto mais complexa a patologia ou menos preparado estiver o médico, maior a possibilidade de incidir em erro, assim como que o exame clínico detalhado ou o bom conhecimento do paciente podem ajudar a evitar que o erro ocorra. Uma vez que os médicos concordam ser o exame clínico fundamental para uma boa diagnose, na questão da qualificação, a capacidade de comunicar-se adequadamente, estabelecendo um bom relacionamento com seu paciente, é um elemento fundamental para estabelecer a confiança do paciente.

As condições na qual o trabalho médico é realizado podem dificultar o acompanhamento do paciente e a comunicação entre os diversos membros da equipe de saúde e propiciar a ocorrência de erro. Em algumas unidades de saúde pública, os pacientes têm dificuldades em realizar consultas sempre com o mesmo médico, devido à desorganização das agendas, ou face à rotatividade de profissionais. Nas maternidades, por exemplo, raramente o médico que conduziu o pré-natal vai fazer o parto. No caso do atendimento em hospital para pacientes internados, as escalas de plantão devem ser consideradas como mais um elemento de entrave na comunicação, pois as informações transmitidas são feitas mediante anotações no prontuário, que, por seu caráter 'objetivo', pode ser excessivamente sumário e ocultar informações importantes, as quais ajudariam a traçar o perfil psicológico e social do paciente.

Essa objetividade da comunicação, nos prontuários médicos, depende do que o interlocutor considera relevante, assim como a interpretação do leitor, podendo valorizar informações que está buscando em detrimento de outras que não cabem em seu

quadro de análise. No caso de hospitais de média e alta complexidade, o atendimento ao paciente é feito pela equipe. Isso nem sempre é claro ao paciente que nunca sabe quem é o profissional que o está atendendo, qual a sua função e a quem deve direcionar uma queixa. O grande número de pessoas a manipular o paciente dificulta a comunicação entre o mesmo e a equipe e pode dificultar a chegada da informação para a própria equipe. Podemos concluir que a forma como o sistema é (des)organizado, torna-o um produtor de erros.

Se pensarmos que o processo diagnóstico se produz através da interpretação de sinais e sintomas, como um jogo de soma e descartes, das hipóteses formuladas a partir das evidências, e uma vez que há uma recorrência em sintomas semelhantes para doenças diferentes, a atenção a alguma particularidade do paciente pode fazer a diferença no processo diagnóstico. O fato de o paciente nem sempre entender qual a função de cada membro da equipe de atendimento também dificulta a comunicação, pois o paciente pode considerar que uma informação relevante já foi comunicada, quando essa foi feita a algum membro que não a reconheceu como tal.

O processo diagnóstico, de acordo com Sharpe e Faden (2001, p. 215-216), “é composto pelos seguintes elementos: 1) análise clínica do paciente; 2) habilidade do médico (e da equipe); 3) qualidade das evidências que dão suporte aos procedimentos e 4) relação entre benefício e dano atribuída pelo médico ao tomar decisões; esse último deve ser entendido a partir dos dados empíricos sobre a eficiência das terapêuticas adotadas”.

A partir desses pressupostos mais gerais, podemos estabelecer alguns elementos a respeito do trabalho médico que interferem na formulação da hipótese diagnóstica. São eles: a) o conhecimento médico; b) as condições de trabalho e c) a capacidade de comunicação com o paciente. A seguir, iremos analisar mais detidamente cada um desses elementos formulados.

2.2.1 A Desatualização

O primeiro fator causal observado nos erros diagnósticos diz respeito ao saber médico adequado para o trabalho desenvolvido. Explica-se: um médico pode ser considerado um bom clínico, preparado para o atendimento de consultas, mas numa situação de atendimento emergencial pode apresentar dificuldades em fornecer a resposta almejada no tempo esperado. Do mesmo modo, uma formação de atendimento clínico pode não ser adequada quando a moléstia exige uma terapêutica especializada, ou, o contrário, um médico especialista pode ter dificuldades em atender casos clínicos mais comuns. A desatualização em relação ao conhecimento médico também pode causar prejuízos ao paciente, pois o médico pode ofertar uma terapêutica de maior risco ou não reconhecer determinadas moléstias. Assim, o primeiro ponto que observamos diz respeito à capacidade de os médicos manipularem os conhecimentos próprios de sua atividade na formulação de hipóteses diagnósticas.

O conhecimento insuficiente pode ter causas diversas: a formação do médico pode ter sido feita em locais que não preparavam adequadamente para a atividade a ser desempenhada. Escolas médicas que não oferecem estágios (internato) em locais adequados¹⁵, ou não permitem que o aprendiz tenha contato com variedades de moléstias, podem causar uma formação superficial ou muito especializada, limitando sua capacidade de formulação de hipóteses diagnósticas, ou levar à insegurança quando é necessário realizar alguma conduta terapêutica. Ou o sujeito estar preparado para o exercício de uma determinada função, mas as possibilidades do mercado de trabalho podem exigir habilidades diferentes.

Os problemas oriundos do conhecimento necessário para o desempenho das tarefas podem ser explicados pela Sociologia, a partir da perspectiva fenomenológica de Schutz (1979). Observamos as estratégias para a ação estipuladas pelo sujeito, de acordo com sua interpretação do quadro social que está inserido. Assim, o médico pode avaliar que sua formação é suficiente para os casos atendidos, quando no curso de seu trabalho depara-se com certa regularidade de casos, cujo saber por ele manipulado é suficiente para atender. Nesses casos, quando esse médico vê-se às voltas com problemas de difícil resolução, o desconhecimento de hipóteses alternativas, para sua estratégia de ação, e a incapacidade de mensurar o problema podem dificultar a

¹⁵ A questão da formação médica será melhor analisada no capítulo IV.

compreensão de que a sua desqualificação é a causa da dificuldade diagnóstica. Melhor dizendo, para compreender a necessidade de maior qualificação é preciso uma capacidade de avaliar suas próprias habilidades. Assim, um indivíduo envolto em atividades rotineiras pode apresentar dificuldade de ação no momento em que as estratégias corriqueiras não apresentam o resultado esperado. Podemos considerar que o conhecimento da qualificação inadequada exige que o indivíduo esteja imerso em um universo social, no qual há a emulação para a busca de respostas satisfatórias, uma vez que a relação entre o sujeito e o conhecimento é perpassada por mediações sociais.

A partir de sua teoria, observamos que Schutz estabelece três tipos de relevância adotados pelos atores sociais, no decorrer de uma ação relativa a um projeto particular que, num momento específico, é de interesse do ator: 1º) a relevância motivacional; 2º) a relevância temática e 3º) a relevância interpretacional. Esses três critérios de relevância adquirem importância de acordo com a situação com que os indivíduos se deparam. Em nossa análise, esses critérios de relevância vão influenciar na produção do erro, segundo nossa tipificação, por entendermos que, tanto a situação de trabalho quanto a subjetividade, terão importâncias diferentes à atuação do sujeito, dependendo de suas motivações para agir naquele determinado episódio. Num primeiro momento, os sujeitos sociais buscam atender a seus interesses específicos, predominantes naquela situação. Dessa forma, a relevância motivacional se caracteriza pela ação imediata:

(...) dentre os elementos presentes na situação, os que servem para definí-la à luz dos propósitos que uma pessoa tem em mente. Essa relevância motivacional é imposta quando a pessoa tem de atender para certos elementos da situação de modo a compreendê-los; ou surge espontaneamente de sua vida volutiva: a pessoa se sente livre, isto é, desimpedida para definir a situação de acordo com os seus planos e intenções (SCHUTZ, 1979, p. 23).

No caso de o indivíduo não poder agir de acordo com os seus interesses ou motivações, pode surgir um segundo nível de relevância, no qual a ação motivacional é suspensa e dá lugar à relevância temática, caso em que a ação do ator social é orientada para a compreensão do problema. Vejamos:

(...) o desconhecido ou o problemático, numa dada situação, só se torna relevante à medida que impede a formação de uma definição da situação de acordo com os interesses e planos atuais da pessoa. Pois assim, em vez de prosseguir com seus planos, ela é obrigada a concentrar-se em atividades de cognição e investigação. Solucionar o problema adquire prioridade em relação ao projeto original (SCHUTZ, 1979, p. 24).

O terceiro tipo de relevância, o interpretacional, é decorrente do segundo. Uma vez reconhecido um problema em si, esse demanda, do ator social, uma interpretação mais aprofundada, pois, quando se trata de um problema rotineiro, a interpretação se dá rapidamente e a ação pode ser consumada. No caso de o problema mostrar-se complexo, o ator social precisa realizar esforços interpretativos para a solução satisfatória. Assim, a relevância interpretacional diz respeito às ações consideradas potencialmente importantes, empreendidas pelo sujeito.

No caso de uma formação inadequada para a ação do médico, as causas podem ser de ordem organizacional, pois estamos considerando que parte do problema tem origem no modelo de treinamento do médico. Uma vez que a responsabilidade do trabalho do médico recai sobre esse, o empregador pode não considerar necessária a exigência de treinamento, ou de experiência adequada para a função. Assim, o sujeito social, num primeiro momento, através da relevância motivacional, pode sentir-se desestimulado à qualificação, devido ao custo dessa, por exemplo, pessoal, financeiro, disponibilidade de tempo, ou à interpretação da necessidade de treinamento para o atendimento ao paciente.

O segundo e o terceiro tipos de relevância podem aparecer quando houver a constatação de que sua ação rotineira não é suficiente para a solução do problema, ou mesmo quando ocorre a percepção de que constatações aparentes não o são quando investigadas. Presenciar algum tipo de erro ou tomar conhecimento de ocasiões em que riscos graves foram cometidos podem levar o médico a melhor informar-se ou a buscar algum tipo de ajuda no caso de dúvidas, além de torná-lo mais cuidadoso ao formular o diagnóstico e prescrever um determinado tratamento.

Na fala a seguir, apresentamos um exemplo de como a experiência vivida pelo sujeito social pode levá-lo a reconsiderar suas ações, por meio da relevância

interpretacional:

Quando eu estava na residência, nós recebemos uma mulher com quadro de apendicite aguda e a levamos para o centro cirúrgico. Quando o docente chegou para ajudar na cirurgia ele perguntou se a gente havia feito teste de gravidez. Ninguém tinha feito, mas na entrevista ela disse que não estava grávida, já estava na menopausa (...) começamos a cirurgia e era uma gravidez tubária! Foi uma correria, a paciente chocou (hipotensão, palidez, sem responder a estímulos...) nunca tinha visto tamanha hemorragia (...). Eu aprendi a lição! Sempre peço teste de gravidez (...) (Cirurgião do trauma).

Além disso, uma vez que o diagnóstico e a terapêutica, frequentemente, estão relacionados a comportamentos dos indivíduos, somados a fatores biológicos e psicológicos, é fundamental para os profissionais da saúde compreender o ambiente físico e cultural do paciente, a fim de observarem as possíveis causas das moléstias. Locais de moradia, trabalho, padrões comportamentais, origem étnica, entre outros possíveis fatores podem indicar a moléstia do paciente.

Em algumas regiões do país, como é o caso do interior do estado de São Paulo, a população é orientada a tomar cuidado ao caminhar em regiões de bosques que tenham capivara, pois o carrapato desse animal é portador de uma bactéria que transmite uma doença grave, conhecida em alguns lugares como febre maculosa. Apesar da ocorrência em vários estados brasileiros, é uma doença pouco conhecida no Sul do País. Em algumas regiões do Sul, especialmente na cidade de Curitiba, há alguns tipos de aranha conhecidas como aranha marrom, cuja picada pode causar insuficiência renal e até a morte, em casos graves. Pode-se argumentar sobre a dificuldade de conhecer toda a diversidade e possibilidades de males que acometem a população de um país continental e desigual como o Brasil, mas a compreensão do perfil epidemiológico da população atendida, bem como a adequada entrevista para saber sobre os riscos a que um paciente está submetido, é fundamental para a formulação de hipóteses diagnósticas, além de inteirar-se sobre endemias e epidemias na região de atuação.

Em nossas entrevistas¹⁶, entre os 22 médicos pesquisados, 18 deles eram especializados, e entre estes 10 pesquisados admitiram que a maior parte de seu

¹⁶ No capítulo 2 apresentamos o trabalho de pesquisa, bem como o número total de profissionais entrevistados.

trabalho acontecia em plantões emergenciais ou em unidades de atendimento, como clínicos gerais, ou, no caso de cirurgias, como cirurgião geral, ou do trauma (especialidade cirúrgica de emergência). Apesar de terem uma especialização, parte importante de suas atividades demandavam formação médica mais geral. Por exemplo, um médico que teve toda sua formação voltada à determinada especialidade, ao atuar profissionalmente em outra, encontra limitações em termos de conhecimento para sua atuação. Vejamos as seguintes falas:

(...) eu tenho um colega na X (unidade de atendimento de emergência de uma cidade de região metropolitana), que quando dou plantão com ele é muito difícil. Ele é muito inseguro. O pessoal da enfermagem fica louco, porque ele deixa todos os pacientes dele em observação, ou encaminha para o hospital. Todo diagnóstico, ele me pergunta, eu tenho que atender meus pacientes e verificar os dele. Eu não sei como foi o curso dele... Mas, para mim é duro. Eu gosto dele, mas (parece que) estou treinando um residente. (clínico geral – plantonista).

Olha é difícil quando o médico é despreparado, especialmente aqueles que não escutam ninguém... Há pouco tempo nós tivemos uma paciente da vascular (cirurgia vascular), que era tireoidectomizada (submetida à extração da glândula tireóide). A paciente começou a sentir formigamentos e insensibilidade nas extremidades, boca seca, confusa... Chamei o residente e disse a ele que a paciente devia estar com desequilíbrio de cálcio, que ele devia fazer um exame de sangue e medicar a paciente. Ele respondeu que a conduta da vascular já tinha sido tomada, que os sintomas eram normais. Eu falei: doutor, sua paciente é tireoidectomizada, esses sintomas podem ser disso, é melhor fazer um exame. Ele ignorou e disse que não era assunto dele, a área dele era outra. Mais tarde tive que insistir. Disse a ele que a paciente estava na responsabilidade dele e que ele iria acabar perdendo ela... Ele só se convenceu quando eu disse que iria bipar o docente... Depois o caso acabou sendo discutido por todos, para se lembrar que tem de verificar tudo... (Enfermeira chefe de um hospital geral).

A partir desses casos, observamos algumas atitudes defensivas para justificar a dificuldade diagnóstica devido ao conhecimento insuficiente. No primeiro caso, o médico 'inseguro' busca compartilhar suas opiniões com outro, de maneira a assegurar-se de estar tomando a melhor atitude. Essa atitude, se por um lado pode garantir maior acuidade na conduta adotada para o paciente, por outro leva o colega a se corresponsabilizar pelos seus pacientes, aliviando seus próprios receios, mas também sobrecarregando o outro médico.

No segundo caso, o médico nega sua responsabilidade, refugiando-se na atitude

protocolar de sua área de atuação, não apenas negando o desconhecimento, mas negando que pudesse haver qualquer problema, pois havia previamente enquadrado os sintomas do paciente em um quadro de análise formulado. Nesse caso, o médico evoca uma quantidade de procedimentos e de possibilidades diagnósticas dentro de sua esfera de conhecimento, na qual se sente seguro, afastando qualquer possibilidade de equívoco. Admitir qualquer outra possibilidade significa mudar seu quadro de referência para a ação, obrigando a estabelecer novos significados ao trabalho. Voltando à Teoria de Schutz (1979), essa passagem da relevância motivacional para a temática leva à relevância interpretacional que coloca para o sujeito social a necessidade de ação, ação essa que esse sujeito pode não estar disposto a fazer, devido aos esforços exigidos.

Nesse caso, a atitude proteladora, ou o encaminhamento excessivo do paciente para unidades com maiores recursos, demonstra insegurança sobre o melhor encaminhamento ao paciente. Patologias complexas, ou difíceis de serem investigadas, podem demandar exames complexos, porém essa atitude de encaminhamento excessivo pode acentuar, na população atendida, insegurança em relação aos serviços prestados e a necessidade de procedimentos e exames complexos para quaisquer queixas, acentuando o problema de financiamento do sistema de saúde.

No depoimento a seguir, observamos alguns efeitos dos problemas estruturais do sistema de saúde:

Na nossa unidade nós devemos atender apenas a problemas que demandem respostas imediatas, pois trata-se de um centro intermediário de atendimento. Então o paciente nos procura se está 'descompensado'¹⁷, se tem algum problema... O problema é que os PSF¹⁸ (Programa de Saúde da Família) da nossa região tem 2 que estão sem médicos. O problema é que quando o paciente vem ser atendido aqui ele não quer mais ser atendido pelo PSF, mesmo sendo longe da casa dele. Aqui nós fazemos um eletro (eletrocardiograma) com o laudo do cardiologista em duas horas, no PSF, qualquer exame o paciente tem de esperar pelo menos 15 dias para receber o resultado. E tem médico que não sabe interpretar exame, nem o eletro, então

¹⁷ Paciente descompensado é aquele que tem um problema crônico de saúde, que mantém tratamento contínuo, mas que em determinados momentos apresenta um desequilíbrio do quadro, como um paciente hipertenso, que faz controle de pressão, mas que episodicamente apresenta picos de pressão alta e deve ter um atendimento emergencial a fim de reequilibrar o quadro.

¹⁸ Programa de Saúde da Família (PSF) é um programa do SUS, que tem o objetivo de implementar a atenção básica de atendimento da população. Teve origem em 1994 e vem sendo implantado em todos os municípios brasileiros.

ele tem o exame nas mãos, mas precisa do laudo, então demora... Tem médico que não tem 'perfil' para o PSF, como tem médico que não tem perfil para emergência... Então falta especialista (...), mas parte do problema é gestão: põe o sujeito errado no lugar errado (...) às vezes o médico, não sabe o que pode fazer, não tem autonomia. (Enfermeira chefe de um CAS – Centro de Atendimento à Saúde)

Por intermédio de nosso trabalho de pesquisa¹⁹, a atribuição de problemas à estrutura organizacional das unidades de atendimento foram frequentemente referidas para explicar algumas dificuldades do trabalho médico e, sem querer minimizar esse problema, constatamos, a partir das entrevistas, como a fala acima citada, que a precariedade da estrutura de atendimento pode ser usada como argumento para uma dificuldade que vai além da estrutura, mas que diz respeito à segurança (no sentido de confiar em seu próprio julgamento) do médico ao propor hipóteses diagnósticas e condutas terapêuticas, ou na habilitação do médico para proceder ao diagnóstico.

Podemos perceber os diferentes padrões de conduta e o efeito desses na confiança que o paciente atribui ao médico:

(...) toda doença tem um tempo para ser observada, nem sempre é possível só com uma consulta chegar a um diagnóstico. Temos de observar e ir intervindo conforme a sintomatologia. Não é vergonha dizer que você ainda não sabe o diagnóstico, que pode ser isso ou aquilo... Às vezes atendo crianças que estão doentes há muito tempo e estão tomando tantos medicamentos, que fica difícil saber qual conduta tomar... Alguns colegas para tentar solucionar o problema prescrevem uma série de medicamentos diferentes... Eu não me precipito... Não diria que está errado, é outra postura, mais agressiva (...), eu sou mais conservador. (Pediatra – Saúde Pública e Privada).

A respeito desse médico, ouvimos o seguinte comentário de uma enfermeira:

Todo mundo quer consulta com o Dr xxx. Porque ele é mais humano. As consultas dele demoram mais, mas ele explica tudo para as mães, conversa com as crianças, acompanha a paciente quando sai da sala... Se ele estiver atendendo e chegar um paciente que está em tratamento, mesmo com a agenda lotada, ele dá um jeito de conversar com a paciente. Por isso ele é bom médico. Os pacientes dele nunca reclamam. Aqui todo mundo gosta dele (equipe). Têm médico, que chega, mal fala bom dia, fica o tempo todo no consultório, nem se levanta para chamar o paciente... Ninguém gosta. Mas a gente não pode por todos os pacientes que querem ser atendidos com o Dr.xxx,

¹⁹ Os procedimentos de pesquisa, bem como os métodos e técnicas empregados para a obtenção dos dados, serão apresentados no segundo capítulo.

tem de passar para os outros também... (Funcionária de unidade de saúde – setor pediátrico).

Esse tipo de comportamento parece ter menor possibilidade de erro devido à atenção dispensada ao paciente e seus familiares que permite maior percepção sobre a interpretação do paciente sobre seus males, melhorando a qualidade do exame clínico. Ocorre que o processo diagnóstico é composto por uma série de elementos, entre os quais o saber médico é fundamental. Um médico, por mais atencioso que seja para com o paciente, pode formular uma hipótese diagnóstica errada. A gentileza e a atenção podem se configurar em estratégias de neutralização de queixas. Ou seja, ao estabelecer relações de afetividade com o paciente e seus familiares, o médico obtém lealdade que dificulta o questionamento de suas atitudes, mas a capacidade de ouvir a queixa do paciente permite ao médico perceber rapidamente qualquer erro ou ineficácia do tratamento e corrigir ou elaborar novas estratégias para a condução do caso.

Vejamos a seguinte consideração:

Olha, é difícil dizer que tipo de conduta o médico deve ter. Não se pode ser precipitado, tem de examinar o paciente. Mas também tem de ter resolutividade. Nós já pensamos em tentar elaborar um sistema de monitoramento, mas os médicos são contra e a gente nunca consegue... É preciso saber por que alguns pacientes retornam tanto... Se for um problema que o médico não pode resolver ele tem de encaminhar, se for um problema que ele pode resolver, então porque não resolve? Quando se fala disso, vem a crítica de que se pretende 'aligeirar' o atendimento, que é preciso ter tempo para ver o resultado, que o médico não deve ficar sendo pressionada, caso o paciente retorne... Não é isso! O paciente pode retornar quantas vezes precisar, mas temos de saber por que ele está retornando, porque o médico não pode resolver o problema dele... (membro de conselho regional de saúde – gestor de unidade de saúde. A profissão foi ocultada propositadamente²⁰).

Ao realizar a discussão sobre os acidentes de trabalho, percebemos que Dwyer (2006, p.131) busca reorganizar a Sociologia do trabalho, de modo a estruturar uma teoria consistente com os acidentes:

a teoria conceitualiza que as relações das pessoas com seu trabalho se dão por meio de relações sociais de trabalho e que existem em três níveis na empresa –

²⁰ A ocultação da profissão foi feita a pedido do entrevistado e em concordância com ele, devido à exiguidade de membros de sua profissão ocuparem cargos de gestor.

recompensa, comando e organizacional – assim como por um nível não social do indivíduo-membro.

As diferentes atitudes observadas podem ser explicadas tanto pela referência cognitiva do médico quanto pela relevância presente em seu processo de trabalho. Se pensarmos nos sistemas de recompensa, podemos observar dois modelos de recompensa presentes nestes casos: o médico ‘conservador’ estabelece seu sistema de recompensa mantendo-se fiel a um modelo de atendimento, no qual suas atitudes são justificadas através da cautela, com a qual esse mantém o respeito do paciente (no caso, os pais) e evita correr qualquer tipo de risco. O médico ‘arrojado’ estabelece outro critério de relevância, no qual a recompensa é o restabelecimento rápido do paciente e o baixo retorno à consulta²¹. O procedimento mais agressivo, apesar do tom crítico do entrevistado, nem sempre produz resultados adversos.

O saber médico está em constante desenvolvimento e exige dos profissionais de saúde atualização sobre o desenvolvimento de terapêuticas e de novas formas de exames diagnósticos, bem como a necessidade de manter relacionamentos profissionais com especialistas de outras áreas, a fim de dar suporte diagnóstico. Um médico pouco acostumado a utilizar determinados exames diagnósticos pode deixar de solicitá-los, dificultando a adequada terapêutica, ou pode não compreender os limites dos exames solicitados, como a porcentagem de falsos positivos e falsos negativos.

A causa dessa dificuldade de interpretação está na distância entre o aprendizado e a ação. No curso da atuação, alguns conhecimentos fornecidos no processo de aprendizagem, por serem pouco utilizados, são esquecidos, fazendo com que o indivíduo lance mão apenas daqueles conhecimentos mais comumente necessários. Uma solução para o problema da interpretação dos dados dos exames seria criar possibilidades de comunicação entre o solicitante (profissional que solicita o exame) e o executor (profissional que faz o exame).

O exemplo a seguir, apesar de não se tratar de erro diagnóstico, demonstra o risco colocado pela distância entre o conhecimento e a prática profissional:

²¹ Devemos lembrar que consultas pagas e por planos de saúde, o médico recebe uma única consulta por paciente durante o Período de 30 dias e todos os retornos durante esse tempo não podem ser cobrados. No caso do sistema público de saúde, o retorno dos pacientes, significa maior lotação nas unidades e conseqüentemente mais trabalho para as equipes.

Eu já trabalhava aqui (no hospital) há dois anos quando fui transferido para a hemodiálise. Antes eu ficava no ambulatório. Paciente de ambulatório é diferente, nunca é paciente grave (...). No primeiro dia de hemodiálise, me mostraram como as máquinas funcionavam como devia verificar o paciente... ninguém me disse que não podia dar água para o paciente. Acho que pensaram que era óbvio... a paciente me pediu um copo de água e eu dei... mais tarde ela pediu de novo, quando fui dar levei a maior bronca do médico... Eu não me lembrava mais nada sobre renal crônico, eles estão aqui para eliminar líquido e eu dando água! Agora quando alguém começa aqui, a primeira coisa que eu digo é para não dar água ao paciente! (enfermeiro. Trabalha no hospital há 10 anos).

Por essa fala, percebemos que o trabalhador reconhece que havia aprendido sobre o assunto, mas por não utilizá-lo acabou por se esquecer. Aqui, retornando a Schutz (1979), podemos compreender a passagem da relevância motivacional, na qual o indivíduo age de acordo com seus interesses momentâneos, no caso, dar atenção ao paciente, para a relevância interpretacional, a percepção de que atender a esse desejo seria um erro. O enfermeiro percebeu que o problema de atender ao paciente vai além de dar a ele o que ele quer, mas que é preciso conhecer seu problema, a fim de não causar-lhe nenhum dano. Pacientes renais crônicos são instruídos sobre os riscos da doença e sobre a função da hemodiálise, mas segundo as informações de um enfermeiro e de uma nutricionista que trabalham na unidade de hemodiálise, esses pacientes estão sempre trapaceando o seu próprio tratamento e mentindo para a equipe de saúde. Aqui se coloca o problema da interação entre o médico (ou equipe) e o paciente, mediada pelo componente emocional que permeia essa relação. Atender o desejo do paciente pode, em muitos casos, prejudicar o andamento do tratamento, porém, negar-se a atender esse desejo pode, também, levar o paciente a ocultar informações e a boicotar o trabalho do médico.

Essa capacidade de análise e de condução de casos fica mascarada com a desatualização, tanto do conhecimento médico quanto das políticas de saúde e da abrangência das terapêuticas ofertadas pelas instituições de saúde.

Obtivemos vários exemplos, em nossas entrevistas, de tipos de desatualização que ocasionam transtornos diversos ao paciente. Um exemplo disso aconteceu com um bebê que apresentava uma conjuntivite crônica desde o nascimento. O diagnóstico foi estreitamento de canal lacrimal e foi indicada uma terapêutica com colírios até os 6

meses de idade, não desaparecendo os sintomas, a criança deveria ser submetida a uma cirurgia para desobstrução do canal lacrimal.

A mãe manteve a conduta indicada pelo pediatra e pelo oftalmologista e submeteu a criança à cirurgia, quando completada a idade. Quinze dias após o procedimento, a conjuntivite da criança voltou e a mãe foi orientada de que deveria submeter à criança a novo procedimento cirúrgico. Procurando um oftalmologista especialista em crianças, a mãe soube que casos como o de seu filho não tinham mais indicações de cirurgia, pois 80% dos casos resolviam-se naturalmente antes de o bebê completar um ano, e nos 20% restantes a cirurgia somente era indicada após um ano de idade.

O caso acima relatado nos mostra um exemplo de especialização e desatualização. O pediatra e o oftalmologista que atenderam a criança no início do tratamento estavam desatualizados e submeteram o paciente a um procedimento de risco desnecessariamente, ao contrário do segundo oftalmologista. Esse exemplo pode demonstrar a necessidade, para o bom atendimento, de os médicos se especializarem, porém não se trata disso. O oftalmologista que fez o procedimento mostrou-se capacitado para fazê-lo, mas não soube avaliar adequadamente o momento. Uma consulta rápida na bibliografia sobre o assunto, ou uma conversa com um colega, teria lhe informado sobre a precipitação da intervenção, procedimento que ele sabia em muitos casos ter uma eficácia limitada. O próprio médico que realizou a cirurgia disse que, em muitos casos, a “conjuntivite poderia voltar”, porém, essa informação o médico somente revelou à mãe quando a conjuntivite, de fato, voltou após a cirurgia.

Um outro exemplo de desatualização, esse com relação às políticas públicas de saúde, nos foi fornecido por um endocrinologista e diz respeito aos tratamentos de crescimento para crianças que tem tamanho menor que o esperado: segundo o médico, os tratamentos com hormônio de crescimento, apesar de custosos, podem ser totalmente financiados pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Os medicamentos são fornecidos gratuitamente e o procedimento para receber esses medicamentos, chamados especiais²², exige um relatório médico sobre a patologia do paciente, que é

²² Estamos utilizando o exemplo para o hormônio de crescimento, mas a farmácia especial fornece medicamentos de alto custo, considerados necessários para todos os tipos de doenças, desde que haja

avaliado por uma junta de especialistas. Comprovada a necessidade do medicamento, o paciente passa a recebê-lo regularmente pelo tempo necessário.

Os custos dos medicamentos os tornam proibitivos para parte considerável de pacientes de classe média, que utilizam o sistema suplementar de saúde e, portanto, estão habituados a pagar pelos medicamentos que precisam, pois os pacientes do SUS já conhecem a existência da farmácia do próprio SUS, que fornece os medicamentos receitados. O endocrinologista entrevistado nos contou que recebe um grande número de pacientes de classe média que utilizam o sistema médico privado e o procuram para receber a receita e o laudo médico, a fim de utilizar a farmácia especial. Segundo ele, procedimento totalmente desnecessário, pois qualquer médico pode fazer a solicitação, uma vez que o SUS é um sistema público universal e não verifica se o paciente é público ou privado e sim se ele precisa ou não do medicamento especial (o mesmo não ocorre com a farmácia comum, na qual o paciente precisa de uma receita da unidade de atendimento do próprio SUS). Basta que o médico do paciente preencha os formulários fornecidos pela farmácia especial e apresente os laudos comprobatórios da enfermidade.

O depoimento a seguir exemplifica esse desconhecimento:

Há pouco tempo recebi uma mulher que já estava desesperada. Em um ano ela havia gastado toda a poupança com a qual pretendia dar entrada em um apartamento e estava colocando o carro à venda, para comprar o medicamento para o filho. Não tive nem coragem de dizer a ela que não precisaria ter gastado aquele dinheiro todo. Tenho um colega (outro médico) que faz o tratamento de sua filha recebendo o remédio da farmácia especial. É muito caro, pouca gente pode comprar esses medicamentos. O médico tem de saber ajudar o paciente a fazer o tratamento, se o paciente não pode comprar o medicamento, tem de ver se tem alternativa... (Endocrinologista - especialista em crescimento).

Esse exemplo demonstra como a atualização sobre a abrangência do sistema de saúde é importante, não apenas em termos de medicamentos, mas também de procedimentos, diagnósticos e demais tipos de terapêuticas. No caso da desatualização sobre o sistema de saúde público, médicos que atendem na medicina suplementar consideram desnecessário conhecer os procedimentos e os serviços oferecidos pelo serviço público de saúde, mesmo quando o convênio médico do paciente coloca limites

ao atendimento de seu paciente.

Além disso, há uma crença generalizada de que o serviço público de saúde é sempre deficitário e sucateado, o que não ocorre em todos os lugares ou em todos os níveis de atendimento. O Sistema Único de Saúde (SUS) apresenta diferenças na estrutura de atendimento que variam em termos de qualidade, dependendo do estado, do município e, no caso das grandes cidades, do bairro atendido. E, da mesma forma, se o tratamento é de tipo primário, secundário ou de grande complexidade.

Alguns entrevistados, apesar de apresentarem queixas do SUS, ponderavam que alguns serviços desse sistema público de saúde são melhores que os da medicina suplementar, vejamos:

Eu tenho consultório e atendo na Unidade XX, meus pacientes do consultório são em sua maioria conveniados com XXX. Tem coisas que eu consigo mais rápido pela Unidade de saúde. Esses exames rotineiros, como ultrassom e mamografia, lá são feitos rapidamente, e a imagem é melhor que de algumas clínicas. No consultório eu indico ao paciente o local aonde quero que ele faça o exame, porque tem locais que as máquinas são velhas e o pessoal (médicos e técnicos que fazem os procedimentos) não é muito bom. O técnico ou médico que vai fazer um exame tem de ser bem preparado, tem de ler no prontuário para saber qual o motivo o exame solicitado e investigar durante o exame. Não pode agir como um robô: olha só isso e pronto..., como a enfermagem: a enfermagem do hospital XX (maternidade pública) é muito melhor que de alguns hospitais, é muito mais preparada. Às vezes parece que os hospitais (privados) contratam enfermagem pela cor do cabelo, se for loirinha, bonitinha, está contratada... (Ginecologista-Obstetrícia).

Estamos entendendo “Relações Humanas no Trabalho”, como o conjunto de ações e atitudes desenvolvidas no contato entre os indivíduos no processo de trabalho, as quais compreendem todos os laços humanos criados pela organização do trabalho: relações com hierarquias, com as chefias, com a supervisão e com os outros trabalhadores; laços esses que são, às vezes, desagradáveis e até mesmo insuportáveis, pois dependem da maneira como é conduzida a sociabilidade do local mediada pelas relações sociais de trabalho, propostas por Dwyer (2006). Nessa fala, percebemos, além da questão do conhecimento do sistema de saúde, uma importante crítica sobre a qualificação dos demais trabalhadores da saúde, reconhecidos como fundamentais nos processos de atendimento. Essa questão do relacionamento humano no trabalho é importante para a construção de um diagnóstico definido como acertado

e, depois, no processo de tratamento. Informações que podem ser fornecidas por outros profissionais de saúde envolvidos no atendimento podem esclarecer, ao médico, padrões de comportamento que interferem na saúde do paciente. Assim, o agente de saúde da comunidade pode estar mais bem informado sobre padrões alimentares, higiênicos e comportamentais dos membros da comunidade, a fim de auxiliar no diagnóstico.

Recentemente o estado de São Paulo capacitou alguns hospitais próximos a áreas de reservas indígenas a atendê-los. A necessidade de capacitação foi feita a partir de reivindicação da Fundação Nacional de Saúde (Funasa), após a constatação de que a mortalidade materno-infantil entre os indígenas era significativamente maior da que do resto da população. Isso ocorria porque os indígenas não procuravam os serviços públicos de saúde, uma vez que esses não respeitavam seus ritos de nascimento. Entre essa população é fundamental o enterro da placenta pelos pais e uma alimentação específica para a mãe. Poucas mudanças no padrão de atendimento dessa população permitiram que viessem a utilizar o sistema público de saúde. Esse exemplo demonstra que os problemas de saúde e a resposta adequada a esses muitas vezes se encontram fora do saber médico, necessitando do conhecimento da cultura local, a fim de adequar a prática aos interesses da população.

2.2.2 A Questão da Especialização

Se uma causa importante de erro é devida à baixa qualificação na área de especialidade, a especialização também pode apresentar limitações quando o médico não consegue verificar hipóteses diagnósticas, além de sua área de especialização, e assume que determinados sintomas dizem respeito a uma moléstia com a qual está acostumada. A familiaridade com alguns tipos de condutas e com um determinado leque de moléstias dificulta ao especialista compreender os limites de sua área de atuação.

Voltando à Teoria de Schutz (1979), percebemos que o médico, assim como

qualquer ator social, utiliza o estoque de conhecimento que está 'à mão' e, através desse, faz uma seleção e interpretação dos fenômenos sobre os quais tem de agir, mobilizando o estoque de conhecimento necessário para essa ação. Assim, ao tipificar seu paciente, o médico adquire confiança para a ação, pois o conhecimento mobilizado para tal não visa o questionamento ou a problematização, mas sim a praticidade, o que explica a busca de regularidade, tanto das moléstias encontradas quanto das reações do paciente. A fim de manter essa familiaridade, o médico vai interpretar os sintomas do paciente a partir de seus quadros de relevância e, no caso de o paciente fornecer um dado que não caiba nesse quadro de relevância, essa informação pode ser descartada. Melhor dizendo, a partir de seus conhecimentos, o médico formula uma hipótese diagnóstica e qualquer informação que não combine com essa hipótese não é considerada como parte do quadro, sendo descartada ou posta de lado para avaliação futura.

Um exemplo da tipificação do paciente, a fim de proceder ao diagnóstico, nos foi relatado por um clínico geral:

Uma mulher de 35 anos, de classe média alta, apresentava grande desconforto digestivo, dores abdominais e na cabeça e placas avermelhadas na pele. Essa paciente realizou consultas com um médico gastroenterologista, um dermatologista e um neurologista. Apesar de seguir as terapêuticas indicadas, que apontavam alergias, não apresentava sinais de melhora. Ao procurar o serviço público de saúde, levou cópias dos exames realizados e o clínico percebeu que algumas alterações em seus exames de sangue poderiam significar alergia ou verminose. Como a paciente já vinha tratando de alergia, sem sucesso, o médico solicitou exames parasitológicos que indicaram uma severa infestação de verminose.

Esse exemplo de dificuldade diagnóstica pode ser explicado de duas maneiras: os médicos anteriores, ao observarem os exames, não sabiam que as alterações poderiam indicar parasitas, o que demonstra um problema de qualificação ou, apesar de existir o conhecimento sobre a possibilidade de parasitas, esse diagnóstico sequer foi cogitado devido às condições socioeconômicas da paciente. Em qualquer dos casos, a existência de verminose não fazia parte do quadro de relevância utilizado para o diagnóstico, seja devido à especialização dos médicos consultados, seja devido ao quadro de moléstias utilizado como referência para uma paciente de determinada

tipificação.

A interação de tratamentos propostos por especialistas diversos que atendem um paciente pode se constituir em um problema importante: o desconhecimento da abrangência das terapêuticas adotadas por demais colegas, a dificuldade de comunicação entre os profissionais e a dificuldade de avaliação da gravidade do quadro em outra especialidade acentuam problemas causados pela interação de medicamentos e de procedimentos.

O depoimento, a seguir, demonstra como esses diversos aportes terapêuticos podem causar efeitos adversos ao paciente:

Olha, eu tenho uma paciente que me procurou porque estava tendo taquicardia. Daí 'você vai ver e a paciente estava tomando um medicamento receitado pela endocrinologista para a tireóide, que aumenta o risco de taquicardia, um outro receitado pelo reumatologista que também pode causar taquicardia (...). Na idade dela, com os riscos que ela já tem, foi sorte não ter tido nada... (cardiologista).

Essa fala demonstra o risco da medicina especializada. Nenhum dos especialistas agindo solitariamente havia colocado o paciente em risco, porém, o desconhecimento da terapêutica adotada pelos demais colegas pode causar interações perigosas ao paciente. No caso dessa paciente, segundo a fala do cardiologista, seus problemas começaram devido aos tratamentos concomitantes prescritos por dois especialistas diferentes.

Podemos supor que a partir das indicações do cardiologista, os demais especialistas, provavelmente, iriam substituir ou suspender o tratamento receitado, a fim de minimizar os riscos cardíacos. O ideal nesse caso seria a possibilidade de os três reunirem-se para verificar os limites de ação de cada medicamento, a fim de proporem uma terapêutica que fosse efetiva, tanto para o problema endócrino quanto para o reumatológico, sem oferecer riscos à paciente. Isoladamente, nenhum dos especialistas pode avaliar adequadamente os riscos e os benefícios para o paciente em suspender ou modificar o tratamento.

A especialização necessária devido ao desenvolvimento da medicina pode tornar-se um risco devido à forma como o sistema de saúde se organiza, tanto o público

quanto o privado. A dificuldade de comunicação e de atividades coordenadas entre os diversos especialistas acentuam as dificuldades terapêuticas que, por serem oriundas de uma visão fragmentária introduzida com o processo de racionalização, o qual levou à especialização na medicina que busca a solução para um problema, pode causar um outro problema de saúde de maior gravidade. Ainda em relação à organização dos sistemas de saúde, podemos observar situações diferentes que remetem ao mesmo problema: de um lado, médicos que encaminham os pacientes para avaliações em qualquer situação, ocasionando um excesso de consultas e exames para o mesmo, de outro, o próprio paciente que, sem saber a qual especialista recorrer, mantém tratamentos com vários especialistas, ou pede aos seus médicos que lhe solicitem exames ou encaminhamentos.

O exemplo a seguir demonstra o custo social do excessivo zelo no atendimento médico:

Nós temos um médico que não atende nenhum paciente sem encaminhá-lo a algum especialista. É claro que alguns precisam, mas os (pacientes) dele, todos (precisam). Há uma grande demora em conseguir consulta com especialista. E a quantidade de exames que ele pede, para qualquer consulta de rotina? (...) Resultado, quando as pacientes consultam com outro médico, elas acham que não é bom, porque a amiga foi encaminhada para isso ou aquilo... (Funcionária de Unidade de Saúde).

Por esse relato, podemos observar que esse médico representa um tipo que não se sente confortável em avaliar a saúde do paciente, sem que outros especialistas, em sua área, observem-na também. Esse zelo, se por um lado pode ser adequado para a garantia de saúde do paciente, por outro pode exagerar um problema simples, inferindo fragilidade ao paciente por estar em constante atendimento médico. O excesso de consultas médicas, além de ter um custo econômico, pode significar intervenções e tratamentos excessivos, os quais também causam danos ao paciente.

Um problema oposto nos foi relatado por um clínico que está fazendo residência em psiquiatria. Segundo ele, o sistema de saúde não permite a solicitação de quaisquer exames complementares, além daqueles previamente autorizados. Assim, se quiser descartar alguma patologia, a fim de conduzir uma terapêutica, esse médico, necessariamente, deve encaminhar o paciente ao especialista e solicitar avaliação.

Vejamos uma crítica a esse modelo, feita por um dos entrevistados:

É um sistema 'burro', porque para diminuir custos, torna o atendimento mais caro. É claro que se eu observar problemas vou encaminhar ao especialista, mas às vezes você só precisa se certificar que o paciente pode receber determinada medicação, ou descartar uma patologia. Uma formação geral adequada permite isso. (clínico geral).

Assim, percebemos que o sistema de saúde (nos casos exemplificados, tanto o público quanto o privado) está organizado a partir de um saber médico especializado, pois vê o paciente de maneira fragmentada. Esse modelo organizacional de atendimento pode levar o médico a manter determinadas condutas, mesmo quando essas não conduzam a resultados satisfatórios, ou por insegurança, ou por não acreditar ser possível proceder de maneira diferente.

Uma questão a ser considerada em relação à dificuldade diagnóstica diz respeito aos exames laboratoriais. A formação médica especializada e realizada em centros de tratamento de grande complexidade (CAMPOS, 1999) pode condicionar a ação do médico à dependência de tecnologias de procedimentos e a executar diagnósticos baseados em resultados de exames complexos. A ausência desses mecanismos de apoio diagnósticos, ou mesmo a dificuldade em solicitar e interpretar adequadamente os resultados dos exames, é um importante componente que influi na resolutividade do tratamento.

2.2.3 Condições de trabalho

Ao tratar da questão da especialização, verificamos que a forma como o atendimento médico é organizado, em disciplinas, pode dificultar o tratamento, devido às possibilidades iatrogênicas que o paciente sofre ao ser atendido por especialistas que não se comunicam e, portanto, não conhecem os riscos ou benefícios das interações de suas ações sobre o mesmo. Estamos utilizando o termo iatrogenia a partir dos estudos de Sharpe e Faden (2001), nos quais o termo é utilizado como todo

resultado adverso da conduta médica. A diferença desse termo em relação ao erro médico é que este é ocasionado por alguma conduta imprópria, enquanto a iatrogenia pode ser causada por uma conduta médica correta, mas que produz um efeito colateral indesejado. A iatrogenia constitui-se em erro quando o médico não observa os riscos possíveis do procedimento. Esse problema das condições de trabalho médico é estrutural e poderia ser minimizado, ou solucionado, a partir de uma organização diferente do atendimento médico. Pode-se pensar em um sistema de saúde que mantivesse o médico responsável pelos pacientes e que teria como atribuição, além dos cuidados gerais, equacionar os diversos saberes dos especialistas sobre o seu paciente.

O problema que iremos tratar aqui em relação às condições de trabalho médico é, porém, de outra ordem: estamos falando das condições concretas, nas quais o trabalho é realizado. São antigas as discussões no campo das ciências (Ciências Sociais, Psicologia, Economia, Engenharia do Trabalho, Ergonomia, etc.) de que as condições ambientais, sociais e psicológicas, sob as quais o trabalho é realizado, influenciam na qualidade do mesmo. Uma vez que estamos tratando dos fenômenos envolvendo a medicina que levam ao erro, esse aspecto do trabalho médico não poderia ser negligenciado. Naturalmente, não temos a pretensão de que foi possível compreender todas as condições de trabalho médico, a fim de observar seu efeito na produção de erro, porém, apresentaremos os erros que nossa pesquisa apontou, tendo como causa as condições de trabalho. Quando utilizamos o conceito de condições de trabalho, estamos nos referindo exclusivamente às condições materiais de trabalho, como equipamentos, ambiente físico, volume de trabalho e equipe de apoio. Ao nos referirmos às relações de trabalho, estaremos tratando da forma como o sujeito se relaciona com o seu trabalho em todos os aspectos: relacionamentos com os demais envolvidos, formas de remuneração, jornada de trabalho e também as condições nas quais o trabalho é realizado.

Um primeiro aspecto sobre esse assunto, que deve ser abordado, é que as condições precárias sob as quais o trabalho é realizado podem ter significados diferentes, tanto para os médicos quanto para os demais agentes envolvidos no processo terapêutico, aí incluindo o paciente. Um médico pode, devido à pressão social

da equipe de trabalho ou do empregador, ver-se obrigado a atender um grande número de pacientes em um curto período de tempo, ou pode manter um intenso ritmo de trabalho para aumentar sua renda, uma vez que o seu trabalho seja remunerado por produção.

Da mesma maneira, um médico pode realizar um procedimento em uma unidade de atendimento sem estrutura adequada para procedimentos graves (ausência de Unidade de Tratamento Intensivo (UTI), centro cirúrgico inadequado, ausência de equipamentos diagnósticos), a partir de uma avaliação incorreta da gravidade da moléstia (o médico pode avaliar que o procedimento não terá complicação e mostrar-se equivocado), ou pode proceder a uma terapêutica de risco potencial, a fim de lucrar financeiramente. Por exemplo, o médico pode desempenhar procedimentos de pequena cirurgia em seu consultório, a fim de diminuir o custo para o paciente e, assim, garantir que esse faça o procedimento, mesmo conhecendo os riscos e recomendações de que tal procedimento deve ser feito em hospital. Estamos excluindo, nos exemplos citados, o procedimento que o médico faz conhecendo os riscos, mas que demanda intervenção imediata, caso contrário significará morte ou danos irreparáveis ao paciente.

Em relação às relações de trabalho, ou seja a forma como são estruturadas, por meio de mecanismos formais e informais de trânsito de informações, atribuições de responsabilidades, tempos e ritmos de trabalho, é possível verificar duas ordens de problemas: 1) as condições estruturais de trabalho que dizem respeito ao número insuficiente de trabalhadores, ou trabalhadores não preparados; ausência de equipamentos diagnósticos; número insuficiente de leitos; falta ou baixa qualidade de material para procedimentos; ambiente físico inadequado (condições de iluminação, trânsito de pessoal, ruído, privacidade para o atendimento); e 2) a organização de trabalho propriamente dito que diz respeito às cadeias de comando, atribuição de funções, fluxo de informações, etc.

As condições inadequadas de trabalho, além de aumentar o estresse, podem ser fator desencadeante de problemas que ocasionam erros no atendimento, tanto o erro de diagnóstico quanto o erro de procedimentos. Por exemplo, as unidades de saúde em que não se encontram equipamentos e técnicos de raio X ou ultrassonografia, no caso

de necessitar de um desses exames para confirmar um diagnóstico, o médico deve encaminhar o paciente para uma unidade de exames e esperar pelo resultado. Esse procedimento pode ser difícil de ser feito pelo paciente, especialmente se estiver com um quadro agudo da doença que lhe confira dores ou sintomas que dificultem a locomoção. Um exemplo, é a hipótese diagnóstica de pneumonia, na qual os médicos começam o tratamento antes de confirmar a moléstia, a fim de minimizar o sofrimento do paciente.

As nossas entrevistas, que relataram esse tipo de erro, tinham em comum o fato de o médico não suspeitar de caso grave. Isso nos leva a inferir que a consulta superficial é mais comum quando o médico pressupõe que a queixa do paciente não é tão importante a ponto de colocá-lo em qualquer situação de risco.

A fala a seguir ilustra esse comportamento:

Ele começou a ter febre alta e brotoejas na pele... Eu havia recebido recado da escola de que havia crianças com varicela. Levei-o ao postinho e disse ao médico que ele havia tido contato com crianças com varicela, mas que era vacinado. O médico nem vacilou, disse que era uma varicela atípica, receitou uma pomada para coceiras, um analgésico e disse para mantê-lo em casa por sete dias (...) à tarde, mesmo medicado, ele estava muito ruim. Eu já tinha visto criança com varicela e elas não ficam daquele jeito (...) Levei novamente ao postinho e o outro médico que atendeu disse que varicela não apresenta febre alta. Ele estava com infecção na garganta e as marcas na pele eram de impetigo. Dois dias depois tomando antibióticos, ele não tinha mais nada. (mãe de criança de 5 anos).

Esse exemplo demonstra como a pressa pode levar o médico a optar pelo caminho mais rápido para o atendimento do paciente. O quadro do paciente visto rapidamente e o relato da mãe foram suficientes para que ele se convencesse de um diagnóstico sem um exame minucioso. Ou seja, nossa hipótese é que o problema que apresentava relevância para o médico, naquele momento, o ajudou a se convencer de que o diagnóstico estava claro.

O depoimento, a seguir, demonstra como a relevância motivacional influencia na ação do sujeito social:

Teve um erro que foi uma tremenda mancada, porque é fácil perceber..., quer dizer, deve sempre ser a primeira suspeita (quer dizer que essa moléstia deve

ser descartada, antes de qualquer outra), mas acho que o médico estava muito cansado. O plantão estava um horror (...) Essa paciente chegou, era umas 23:30h, meia idade, educada, assim, uma mulher normal (sic). Estava com sangramento no nariz e forte dor de estômago (...) o médico achou que era gastrite, ou alguma coisa de estômago, mas era infarto! Às vezes infarto dá dor de estômago (o paciente confunde a dor no peito, com dor no estômago) e sangra o nariz ou a boca (...) bom, ele devia ter examinado melhor, feito eletro... Depois a gente viu que era infarto, porque a paciente se queixava muito de dor, não houve problema para a paciente (...), mas o médico ficou bem chateado. (enfermeira – hospital geral)

Por essa fala, percebemos que, apesar de ser considerado um erro difícil de ser cometido, porque 'é fácil identificar infarto', segundo a enfermeira não houve um julgamento tão severo. Dois fatos devem ser considerados para abrandar o julgamento da equipe com relação a essa falha diagnóstica: 1º) O plantão estava 'corrido', o que significa que todos estavam cansados e, provavelmente, atendendo a casos graves e preocupantes e 2º) o médico mostrou-se chateado. Esse segundo fato também é importante para compreender o julgamento da enfermeira. É preciso que o profissional que cometeu o erro o reconheça e demonstre a devida 'culpa' por tê-lo cometido. Caso o médico tivesse uma atitude mais displicente com a falha, provavelmente o julgamento do caso seria outro. Estamos utilizando o termo 'culpa', porque em nossa entrevista percebemos que o julgamento do enfermeiro vai além da responsabilização do médico. Ao demonstrar-se culpado e arrependido, ele consegue a absolvição da equipe.

Bosk (1981, p.73), em sua etnografia sobre erros no serviço de cirurgia nos Estados Unidos, também observa o componente moral no julgamento da equipe em relação ao erro, dependendo do tipo de erro cometido:

Existe somente uma distinção crítica feita por subordinativos ao avaliarem um erro: o erro foi o resultado do que qualquer pessoa sensata na cena poderia ter feito, ou foi o resultado de comportamento menos responsável? O erro é uma categoria dicotômica. (...) Duas categorias, técnica e de julgamento, sustentam uma definição da situação como normal. Dada a necessidade de aprender fazendo, a 'cirurgia' é uma filosofia de 'jogo de contato com o corpo' que os participantes compartilham em vários graus de intensidade; um erro atribuído a estas categorias é aceito como rotina e inevitável, e tratado como uma oportunidade para repassar os truques do ofício. (...) Estes são erros extraordinários que desafiam as suposições tácitas que tornam a ordem social possível. Um erro atribuído a estas categorias é tratado como uma violação moral por um agente responsável e como uma oportunidade para medidas

corretivas, sendo 'conversar' a mais imediata disponível. (tradução nossa²³.)

Assim, quando pensamos nas condições de trabalho, fica fácil compreender como o estresse do ambiente pode levar o trabalhador a descuidar-se ou a apressar-se durante a consulta médica. Essa pressa durante a consulta, além da motivação pelo tamanho da fila de espera, tem a motivação dos próprios funcionários, de algumas unidades de atendimento. O que demonstra que o problema estrutural pode levar a problemas organizacionais, problemas esses que esbarram nas políticas administrativas e nos próprios hábitos dos trabalhadores. Do ponto de vista organizacional, é possível pensar em mecanismos, além do aumento de capacidade de atendimento, a fim de diminuir o estresse laboral e consequente risco para o paciente, mas a própria organização do trabalho, frequentemente, coloca tempos e ritmos distintos, que dificultam a sua organização adequada.

Em conversa com um gestor de uma unidade de saúde, ele apresentou a dificuldade em distribuir o trabalho adequadamente ao longo do dia, problema esse que é colocado pelo hábito da população, mas principalmente pela resistência das equipes em modificar o seu ritmo de trabalho:

Pela manhã é sempre assim, está sempre cheio... Depois das 15:00 h. não tem mais ninguém...(sic). Estamos tentando mudar isso, marcar consultas ao longo do dia, é absurdo o paciente ficar esperando a manhã toda... A gente pode ter agenda, o paciente chega, faz uma triagem (...) É urgente? Senão volta à tarde, o médico vai estar aqui até às 19:00 h. É só vacina? Se hoje 'ta cheio volta amanhã, ou então vamos separar, a enfermeira da vacina', não tem de ser a mesma da pediatria; se a pediatria está cheia, outra enfermeira pode vir aplicar vacina... A dificuldade maior é da própria equipe, eles reclamam que a manhã é muito corrida, mas tudo funciona pela manhã: curativo, farmácia... A equipe é menor à tarde, mas sempre tem alguém que sai mais cedo, que 'tinha' alguma coisa para fazer; funcionário de um setor não quer ajuda do outro. É um

²³ There is only one critical distinction superordinates make in evaluating a failure: was the failure the result of someone doing what any reasonable person in the scene might have done, or was it the result of less than responsible behavior? Error is a dichotomous category. (...) Two categories, technical and judgemental, sustain a definition of the situation as normal. Given the necessity for actors to learn by doing, the 'surgery is a body-contact sport' philosophy that attending share with varying degrees of intensity, a mistake assigned to these categories is accepted as routine and inevitable and treated as an occasion for passing on the tricks of the trade. (...) These are extraordinary errors that challenge the tacit assumptions that make social order possible. A mistake assigned to these categories is treated as a moral breach by a responsibly agent and as an occasion for corrective remedies, the most immediately available being the 'talking-to'.

problema de conscientização da equipe, demora conseguir o comprometimento... (médico gestor de unidade de saúde).

Aqui, observamos que a forma como o trabalho é organizado agrava e mascara o real problema da capacidade de atendimento. Nesse caso, a democracia da gestão dificulta estabelecer mecanismos de comando, tornando necessário, como visto pelo próprio gestor, um trabalho educativo da equipe, que pode ajudar com a participação e cooperação da própria população atendida, pois caso essa perceba melhor atendimento em períodos de menor procura, poderá organizar-se a buscar a unidade de saúde em períodos diferentes.

Problemas de organização do trabalho também foram relatados por um enfermeiro de hospital privado, porém de ordem diferente. No hospital privado, a participação dos trabalhadores na organização do trabalho é muito pequena, sendo as tarefas previamente designadas pela enfermeira-chefe, o que faz com que cada trabalhador limite sua atividade ao trabalho protocolar, cabendo à chefia designar as checagens periódicas de equipamentos e fármacos que, frequentemente, estão desorganizados. Na fala a seguir, há um relato da (des)organização do trabalho:

Outro dia eu tive que procurar em três carrinhos de parada para achar um medicamento. Depois fui ver e todos os carrinhos estavam incompletos, com material vencido. Eu avisei a enfermeira-chefe, ela ficou brava, disse que nós temos 'obrigação' de deixar as coisas em ordem depois do uso. É difícil de fazer isso, quando você está atendendo, tem de manter as coisas em ordem... (enfermeiro – hospital privado).

Percebe-se uma demonstração de como a atividade protocolar e os níveis de comando podem ser fatores desencadeantes de problemas que causam erros. O exemplo relatado é de carrinho para parada cardio-respiratória incompleta e, pelo relato, o enfermeiro não estava utilizando o carrinho para uma parada cardíaca e, sim, buscando medicamento para usar no paciente, ao invés de dirigir-se à farmácia, ou ao arsenal da enfermaria. A atitude da enfermeira-chefe de chamar a atenção para o que os funcionários fazem de errado, e não em observar as causas do carrinho, demonstra o grau de desorganização desse local de atendimento. Podemos pressupor que se esses equipamentos estão incompletos ou não são revisados periodicamente, outros

equipamentos também não o são.

Além disso, essa forma de (des)organização do trabalho demonstra que o compromisso de cada trabalhador é apenas com a 'sua' atividade desempenhada, de maneira a agradar a chefia imediata pelo 'cumprimento' da função. A visão do objetivo do trabalho e da cooperação com a equipe e do compromisso para com o paciente não são estimuladas. Esse tipo de relacionamento de trabalho pode facilitar a ocorrência de erro por não estimular a cooperação e a comunicação entre os membros da equipe, além de desestimular a solidariedade.

2.2.4 Comunicação entre o Profissional e o Paciente

A consulta médica é o momento em que o médico e o paciente estabelecem a comunicação, e para que essa seja eficaz, a confiança mútua e o respeito são fundamentais. Quando o paciente considera que o médico não lhe deu a atenção necessária, ou não se interessou adequadamente pelo seu caso, pode passar a desconfiar da conduta médica. Por outro lado, a percepção do médico em relação ao paciente ou às demandas do paciente são fundamentais para a construção de um diagnóstico acertado. Balint (2005) nos mostra que a busca de objetividade em seu trabalho leva o médico a apresentar seus pareceres apenas em termos de condutas adotadas e a anotar nos prontuários apenas aquilo que é considerado 'sintoma' sob o ponto de vista da fisiopatologia, ignorando as informações fornecidas pelo paciente e consideradas subjetivas²⁴.

Beckman e Frankel (1984), em estudo sobre o relacionamento entre médicos e pacientes, para coleta de informações, assistiram a 77 consultas médicas e concluíram que os médicos interrompem os pacientes 18 segundos após esses começarem a falar,

²⁴ Autores como Canguilem (1995), Balint (2005), Boltanski (1979) e Almeida (1999) salientam que a questão da doença é central no atendimento médico, ignorando outros aspectos da saúde do paciente. Por outro lado, há uma importante discussão na medicina, que chama a atenção para a necessidade de uma comunicação mais eficaz, que permita ao médico, a partir do saber do próprio paciente e conjuntamente com este proceder a diagnósticos e terapêuticas.

apenas em 17 redirecionando a fala do paciente para os sintomas e dificultando que o mesmo expresse suas preocupações em relação à doença e ao tratamento. Apenas em 17 consultas assistidas, os pacientes conseguiram se expressar até o fim suas preocupações. Apesar dos limites da pesquisa feita por Beckman e Frankel e do tempo decorrido de sua realização (as consultas foram gravadas e transcritas o que não permitiu ver as expressões faciais, nem verificar a efetividade da comunicação, além do fato de as consultas gravadas apenas daqueles médicos que concordaram com a gravação, o que pode, naturalmente, ter interferido em seus padrões de comportamento com o paciente), achamos frequentemente citações sobre esse estudo na bibliografia sobre erro médico.

A questão da consulta médica²⁵ e a forma como acontece o relacionamento médico-paciente nos foi relatada pelos pacientes quando comentaram sobre o atendimento recebido. No caso de poder escolher o seu médico, o paciente faz a opção por aquele que apresenta maior receptividade porque considera importante explicar ao médico qual é o seu problema²⁶.

A impessoalidade no atendimento e o descaso durante a consulta médica podem levar ao descuido durante a anamnese e no levantamento de dados. O médico falha ao subestimar a queixa do paciente e ao superestimá-la, mas também falha quando tenta atender a uma expectativa equivocada do paciente. A anamnese rápida faz, muitas vezes, com que o médico aceite o 'diagnóstico' dado pelo paciente, pressupondo que esse saiba qual é o seu problema. Um estudo sobre 'migrânea' (enxaqueca) (PIOVESAN et al., 2008; MORY, 2008) aponta que, de um total de 99 pacientes com diagnóstico de migrânea, apenas 29 desses sofriam de fato desse mal, sendo que 44 apresentavam outros tipos de encefaléia (dores de cabeça) e 27 foram excluídos de moléstias significativas com sintoma de dor de cabeça. A partir desses dados, perguntamos para um clínico e um ginecologista, que dão plantão em local de atendimento 24 horas, como eles sabiam que o paciente estava com enxaqueca. A resposta foi que o diagnóstico é feito pelo padrão da dor e demais sintomas, mas ambos disseram que os pacientes que têm enxaqueca já conhecem a doença e

²⁵ A este respeito conferir também Marvel et al.(1999).

²⁶ Sobre o relacionamento entre médico e paciente no Brasil verificar Caprara e Franco (1999); Leite, Caprara e Coelho (2007).

somente procuram o pronto-socorro quando precisam de remédios injetáveis ou de atestado médico.

O estudo sobre migrânea, aliada às entrevistas, nos leva a supor que um primeiro diagnóstico equivocado sobre enxaqueca poderá levar a recorrentes erros diagnósticos sobre a doença, uma vez que o próprio paciente reafirmará esse diagnóstico a cada ida ao médico, profissional que irá supor que o primeiro diagnóstico foi feito acertadamente. O estudo mostra que uma moléstia, como a enxaqueca, não deve ter seu diagnóstico definitivo fornecido por um atendimento emergencial, porém mesmo os médicos dos pacientes apenas encaminham o mesmo para uma investigação mais acurada da moléstia quando essa começa a atrapalhar excessivamente o paciente ou quando o ele começa a pressionar o médico. O mais comum em relação às dores de cabeça é o médico indicar uma medicação para o caso de dor, e o paciente manter o procedimento por conta própria em outras aparições dessa dor.

A consulta médica ligeira ocasiona uma análise equivocada pela interpretação situacional, em relação à expectativa que o médico tem de seu próprio papel na condução de determinadas situações. Assim, se esse profissional considera que, em determinado caso, seu dever é medicar e dispensar rapidamente o paciente, será essa a sua atitude, devido à sua interpretação da situação. Sabemos que cada indivíduo pertence a um determinado número de grupos sociais, sendo que cada um desses grupos tem para os seus membros um sistema comum de tipificações e relevâncias, como, por exemplo:

O sistema de tipificações e relevância compartilhado com os outros membros do grupo define os papéis sociais, as posições e o 'status' de cada um. Essa aceitação de um sistema comum de relevâncias leva os membros do grupo a uma auto-tipificação homogênea (SCHUTZ, 1979, p. 82-84).

Explicando, um médico pode interpretar seu papel na condução de determinados casos e considerar que é sua função proceder a todo tratamento, mesmo sem estar devidamente preparado para fazê-lo, assim como inferir que determinados comportamentos do paciente tenham determinados objetivos e estar enganado. A ideia

de atender às expectativas e a avaliação de quais são essas expectativas também pode levar a erros, tanto de diagnósticos como de procedimentos. Por exemplo, o médico pode pressupor corretamente que um paciente deseja um atestado para não ir ao trabalho, porque está excessivamente cansado ou porque seu trabalho é desagradável. Porém, a causa do excessivo cansaço do trabalhador pode ser uma moléstia, adquirida muitas vezes no próprio local de trabalho.

Ao associar um determinado sintoma a uma moléstia, mesmo sendo o sintoma principal da moléstia, se o médico não pensar em hipóteses alternativas pode cometer um erro significativo. Um caso desse tipo nos foi relatado pelo familiar de um paciente que veio a óbito e o médico está sendo processado por erro médico.

O paciente de compleição robusta e avermelhada, um homem em torno de 35 anos, procurou um hospital universitário porque apresentava vertigens, dores de cabeça, náuseas. O diagnóstico foi de labirintite e o paciente começou o tratamento sem resultado adequado. O paciente tinha dificuldades para caminhar, dirigir e até manter-se em pé, e o médico pressupôs que os hábitos alimentares do paciente e o uso de bebidas eram responsáveis por parte desse sintoma. Segundo a família, mesmo o paciente negando que usava bebidas alcoólicas, o médico não pareceu acreditar nele, manteve o tratamento e 'irritava-se' com as queixas do paciente, dizendo que a terapêutica estava correta e ele devia ter paciência. Depois de dois anos de tratamento sem resultado, o paciente foi a outra cidade onde tinha um familiar médico que o encaminhou a um outro hospital universitário e lá foram feitos exames mais completos. O paciente estava com um tumor cerebral bastante avançado e, mesmo sendo operado, faleceu pouco tempo depois.

Esse caso demonstra um erro diagnóstico grave, pois o paciente estava sendo atendido em um hospital-escola e solicitou diversas vezes exames para verificar a enfermidade, sendo tratado como pessoa de comportamento 'difícil' que nega o fator comportamental de sua enfermidade. Ou seja, segundo o relato, o paciente foi estigmatizado, a moléstia não foi devidamente investigada e a ausência de tratamento o levou a uma morte prematura. A família está processando o médico responsável pelo caso e afirma que quando esse foi informado do diagnóstico e do falecimento mostrou-se bastante surpreso, pois não imaginava que as queixas do paciente foram reais.

2.3 ERRO DE PROCEDIMENTO

Os erros de procedimento podem ter causas diversas que, a exemplo dos erros diagnósticos, vão desde o conhecimento insuficiente, ou a ausência de habilidade, passando por problemas organizacionais e a relação com o paciente. Melhor dizendo, a capacidade de comunicação adequada para avaliar o quadro clínico, a habilidade e os meios necessários para administrar os procedimentos.

É preciso lembrar que o processo de tratamento tem uma característica dinâmica; após o diagnóstico e o início do tratamento do paciente, tanto a própria terapêutica quanto fatores exógenos ao quadro clínico podem modificar a patologia inicial ou somar-se a ela. Assim, mesmo um diagnóstico inicial correto pode se mostrar errado durante o tratamento, desse modo, o cuidado nos procedimentos, além da pontualidade na manutenção do conhecimento sobre o quadro clínico, é fundamental para o resultado adequado.

Estamos considerando como erro de procedimento todo procedimento médico definido pelos protocolos médicos, como inadequado, que inclui técnica mal aplicada, erros de prescrições, omissão ou solicitação errada ou desnecessária de procedimento. Qualquer ato que cause algum prejuízo ao paciente, mesmo que esse não se manifeste no plano da saúde e sim no plano econômico, psicológico ou social. Naturalmente, não se enquadram nessa tipologia procedimentos com finalidades diagnósticas, uma vez que eliminar dúvidas é fundamental para o acerto no tratamento.

Uma característica importante do erro de procedimento, que o difere do erro diagnóstico, é que pode ser cometido por qualquer um dos vários profissionais de saúde envolvidos no tratamento do paciente ou mesmo ser causado pela interação desses profissionais, devido às relações de trabalho. Assim, se o médico erra ao prescrever um medicamento, o enfermeiro que administra e o farmacêutico que o dispensa, também, deveriam atentar para o uso correto da droga.

Um exemplo seria uma prescrição medicamentosa de difícil leitura que possa

indicar medicamentos diferentes, dúvidas sobre a dosagem ou forma de administração. Nesse caso, é obrigação do profissional que irá medicar confirmar com o médico a exatidão da receita, além de, a partir de seus conhecimentos, ‘desconfiar’ sobre o uso adequado do medicamento. Além disso, uma vez que o processo de tratamento envolve um grande número de atores sociais, dependendo da forma como o processo de trabalho é organizado, o erro de procedimento pode ser considerado como de responsabilidade coletiva ou da organização.

Uma questão que precisa ser esclarecida é que ambas as tipologias de erro que estamos utilizando, erro diagnóstico e erro de procedimento, podem ocorrer em qualquer local de atendimento à saúde: de um consultório, seja público ou privado, até de um hospital de grande complexidade. Porém, devido às características do erro de procedimento, esse tem maior probabilidade de ocorrência em locais nos quais as interações entre profissionais sejam maiores, como clínicas, tanto as multidisciplinares quanto as de uma área de especialidade, centros de saúde e, principalmente, hospitais.

Um exemplo interessante de uma equipe que se considera coletivamente responsável pela qualidade do serviço nos foi relatada por um infectologista em um hospital privado. Segundo ele, a partir da constatação de um alto índice de infecção hospitalar, a administração do hospital atribuiu maiores poderes à Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), que passou a treinar todos os funcionários, exigindo procedimentos rigorosos de assepsia e orientação para os pacientes e familiares. O hospital passou a contar com uma equipe de atendimento domiciliar para troca de curativos e acompanhamento do uso de antibióticos, após procedimentos invasivos, (são considerados procedimentos invasivos todas as ações que invadem o corpo humano, ou seja, rompem a barreira da pele, seja através de uma injeção, curativo, exame ou cirurgia) e em casos de pacientes debilitados ou de maior risco de infecção.

Essas medidas tiveram, como resultado, uma significativa queda dos índices de infecção hospitalar e de outras infecções, segundo nosso entrevistado, que infelizmente não quis divulgar o número de infecções antes e depois das medidas adotadas²⁷,

²⁷ No capítulo II, discutimos a metodologia e os procedimentos de pesquisa, que apresenta a dificuldade em se obter os dados sobre a ação dos sujeitos sociais na saúde. Neste caso, especificamente, o

limitando-se a informar que a redução dos índices de infecção hospitalar e de outras infecções pós-cirúrgicas ocasionou uma queda que variou de 60 a 90 %. O interessante deste depoimento é que, segundo o informante, todos os membros da equipe de saúde passaram a ter maiores responsabilidades para com as ações dentro do hospital e não apenas para com as suas próprias ações:

Não acho que as medidas stressaram o pessoal... O que a gente vê, é que todos estão mais vigilantes. Se alguém passa pela sala de espera da recepção e vê que algum paciente derrubou água, ou está espirrando muito, já avisa o pessoal da limpeza que tem de passar lá (...). A enfermagem está sempre conferindo a limpeza e descarte de material, avisando os residentes para tirar o avental depois do procedimento se eles esquecem. Todos sabem agora que combater a infecção é uma tarefa coletiva, é preciso conscientizar o pessoal e mostrar como esse trabalho é importante, isso valoriza as pessoas. (Infectologista).

Dwyer (2006) vai mostrar que os insumos, que fazem parte do processo de trabalho, considerando como insumos todos os componentes necessários para o trabalho, como tecnologia, leis, condições de mercado, matéria-prima, profissionais e dirigentes, influenciam nas atividades por meio de 'relações sociais transformadas', pois são produzidas fora do local de trabalho e rearticuladas por meio dessas relações de trabalho. A partir da análise do relacionamento entre esses elementos, o referido autor estabelece hipóteses relacionadas ao peso desses níveis e o local de trabalho, verificando sua influência na ocorrência de acidentes de trabalho.

A partir dessa construção teórica, podemos inferir que a maneira como a organização atua sobre os atores pode levar à redução de acidentes, por intermédio de mecanismos eficientes de comunicação e recompensa. Assim, se concordarmos com Dwyer que o desconhecimento dos trabalhadores sobre os fatores externos de seu trabalho os torna inábeis para agir, a fim de evitar o perigo, devido ao autoritarismo vivenciado no local de trabalho, podemos compreender que uma ação de treinamento e envolvimento, a exemplo do hospital mencionado, produz efeito contrário.

Ao estabelecer um critério de ação coletiva eficaz, sob o ponto de vista técnico,

entrevistado não tinha certeza a respeito dos números, pois supunha que estes haviam sido subnotificados, e não quis apresentar um numero aproximado.

mediante treinamento e educação; e que seja eficiente sob o ponto de vista da recompensa, o indivíduo independente de sua posição na hierarquia formal e informal e é responsável por sua própria ação, devendo estimular e cooperar com os demais para que essa ação coletiva eficaz ocorra. No nível de comando, o autoritarismo passa a dar lugar à negociação e é compreensível que as medidas tomadas sejam eficientes. Colocando de outra maneira: o processo de reorganização do trabalho, para combater a infecção, ao corresponsabilizar a todos, colocou no nível de recompensa o sucesso do programa compartilhado.

Uma vez que estamos caracterizando esse tipo de erro, a partir do processo de trabalho, uma etapa do processo pode levar ao erro na etapa seguinte. A fim de compreender esse fenômeno, devemos nos remeter à forma como o trabalho é organizado e qual a lógica de atuação dos profissionais de saúde. Qualquer processo de trabalho está envolto em uma multiplicidade de relações sociais, que influenciam na ação dos trabalhadores durante o curso de suas atividades. No caso da saúde, a interpretação do relacionamento entre os atores, ou da necessidade do paciente, vai influenciar na manutenção, ou não, do cumprimento dos protocolos estabelecidos para o trabalho. Assim, podemos dar um exemplo de um pediatra hipotético, o qual pode considerar desnecessário indicar um determinado medicamento para uma criança, mas, percebendo a ansiedade da mãe em agir para minorar o sofrimento ou desconforto do filho, pode acabar prescrevendo algum analgésico, ou qualquer outro medicamento. Essa ação pode ser interpretada de diversas maneiras, vejamos: 1º) a ação do médico pode ser de boa-fé e esse pode até justificá-la clinicamente considerando que é melhor dar um medicamento desnecessário, mas ‘inócuo’, do que correr o risco de que a ansiedade da mãe faça com que ela medique por conta própria a criança, agravando o quadro; 2º) essa ação pode ser tomada apenas como um facilitador do trabalho. Ao atender o desejo da mãe, o médico espera reduzir a pressão dela sobre si mesmo, evitando o desgaste da demanda emocional que a mãe do paciente coloca sobre ele; e 3º) essa ação pode revelar o interesse em manter o paciente como cliente e o médico pode justificar-se, explicando que, se ele não atende aos interesses do paciente, um outro médico irá fazê-lo, levando-o não apenas a perder o paciente, mas também a ser julgado, erroneamente, como incompetente pelo paciente, que passará a denegrir a sua

imagem, ou migrar para outro médico.

Provavelmente, ao atender os desejos do paciente, ou da mãe no caso acima, o médico poderá apresentar todas essas justificativas e, provavelmente, algumas outras que não mencionamos aqui. O problema que se apresenta é que esse 'atendimento à solicitação do paciente, ou de seu familiar' pode ter um caráter inofensivo ou deletério, dependendo de cada caso e do que representa a solicitação, do ponto de vista de seus efeitos clínicos e psicológicos, para o paciente.

As relações estabelecidas entre o médico e o paciente, que o leva o profissional a atender o desejo do paciente, mesmo sem uma clara indicação clínica, podem ser explicadas, a partir dos níveis de recompensa, seja afetiva, econômica ou social.

Eu não faço procedimento não indicado, mas não adianta nada... A paciente chega e quer uma plástica. Você faz o exame clínico e vê que o procedimento é desnecessário ou não indicado. Explica à paciente, o que ela deve fazer (...) no caso de plástica, por exemplo, a paciente tem de ficar sem fumar, estar bem de saúde... Não adianta nada (negar-se a fazer o procedimento), quinze dias depois de sair do meu consultório, encontro a paciente internada. Eu não fiz o procedimento, mas ela achou um colega que fez o que ela queria (cirurgião plástico).

O interessante dessa fala foi a revolta do cirurgião com procedimentos 'não éticos', uma vez que ele sentia-se vítima desse tipo de procedimento. Primeiro, porque, ao recusar-se a fazer o procedimento, o paciente migra para outro médico que aceita atender à solicitação do paciente, mesmo sabendo ser o procedimento desnecessário ou não indicado; segundo, porque a má prática profissional, quando ocasiona qualquer dano ao paciente, afeta todos os profissionais, que, segundo o cirurgião plástico, são vistos como 'dinheiristas e descompromissados'.

Comparando a fala do cirurgião com a ação hipotética do pediatra, notamos que suas ações, ao atender ou não o desejo do paciente (desejo não indicado clinicamente), podem ser compreendidas no nível da recompensa emocional ou moral. O que coloca um problema importante na questão do erro médico e que diz respeito aos limites éticos da ação, pois, apesar da reivindicação técnica do ato médico, toda ação está envolta na subjetividade inerente à interação humana e nos condicionantes motivacionais de ação.

2.3.1 Habilidades – Qualificação

O erro de procedimento, a exemplo do erro diagnóstico, exige do profissional qualificação adequada na manutenção de qualquer terapêutica. Porém, nesse caso, temos um elemento agravante: quando se trata de procedimentos, estamos incluindo não apenas os procedimentos que exigem um saber intelectual, mas também treinamento prático ou habilidade para desempenhar o procedimento. Assim, se no erro diagnóstico a qualificação era necessária para a boa interpretação do quadro clínico e proposição diagnóstica, aqui, além dessas características, é solicitada uma perícia técnica para o desempenho dos diversos procedimentos que vão de uma aplicação de medicamento a cirurgias complexas.

Ao observarmos os estudos sobre incidência de erros²⁸, em todos os levantamentos, os erros em procedimentos cirúrgicos são sempre os mais comuns e vão desde o esquecimento de corpo estranho no paciente, passando por inabilidades de manobras, como perfurações, lacerações e lesões, infecções e problemas com anestesia. Sob o ponto de vista de uma teoria de erros, é compreensível que os procedimentos mais complexos estejam sujeitos a maiores riscos de acidentes em relação aos procedimentos de baixa complexidade, uma vez que o número de variáveis que levam ao erro sejam maiores e os fatores de risco para o paciente também estejam aumentados.

Voltando às variáveis elencadas por Dwyer para a compreensão de acidentes, todos esses níveis se encontram em complexidade acentuada quando se tratam de procedimentos cirúrgicos, especialmente os de grande complexidade. Se verificarmos o nível de comando, veremos que qualquer cirurgia pressupõe a utilização de um centro cirúrgico, um local de atendimento que tem uma lógica própria de atuação e na qual o médico, que irá proceder à cirurgia, deverá adequar-se. Apesar de o cirurgião ser o

²⁸ Não temos dados precisos de erros em hospitais brasileiros, porém os estudos sobre erros médicos, além dos levantamentos de denúncias de Processos Ético Profissionais PEP, registrados nos CRMs, indicam uma maior incidência de erros em procedimentos que exijam internação, como cirurgias, medicações intravenosas, procedimentos em UTIs e UTIs neonatal, etc. (MENDES, 2005; BITENCOURT, 2007; BOHOMOL e RAMOS, 2007; TOFFOLETTO e PADILHA, 2006; CARVALHO e CASSIANI, 2002; CHIANCO, 2006)

responsável pelo paciente, pois é ele quem indica a cirurgia e determina quando e como essa deve ser feita; durante o procedimento, o médico-cirurgião necessariamente necessita da cooperação de outros profissionais, como o médico-anestesista, cirurgiões auxiliares, instrumentador (nem todas as cirurgias demandam a presença de cirurgiões auxiliares e instrumentador, somente as de grande complexidade) e o técnico de enfermagem.

Cada um desses profissionais é necessário e corresponsável pelo sucesso da cirurgia. Assim, se o cirurgião é o responsável pela cirurgia, sua capacidade de comando da equipe durante o procedimento é fundamental para mantê-la cooperativa e atenta. Cirurgiões que não conseguem manter um relacionamento cordial com a equipe, ou seja, que estão em frequente conflito a respeito do limite do papel de cada profissional durante os procedimentos, obtêm dos trabalhadores apenas atitudes protocolares. Esse desinteresse em trabalhar com o cirurgião dificulta que esses trabalhadores mantenham a atenção sobre o paciente, fato que poderia evitar o erro. Melhor dizendo, em uma situação desagradável, os envolvidos no processo de trabalho esperam terminar a atividade o mais rápido possível e têm sua atenção desviada da atividade em si para o desconforto da situação. É importante frisar que apesar de o cirurgião ter um papel fundamental no 'espírito da equipe' durante a cirurgia, a presença de pessoas, vistas como de 'difícil trato', ou a existência de um relacionamento de trabalho conflituoso, pode não estar relacionada com o cirurgião.

Além das questões de relacionamento no trabalho, as ações de comando antes, durante e após o procedimento de cirurgia, podem causar erros quando a comunicação não for adequada ou quando se atribui atividades a indivíduos que não consideram as atividades como parte de sua função, ou não consideram o sujeito que atribuiu a atividade com autoridade suficiente para fazê-lo. Por exemplo, o cirurgião pode dar uma orientação no fim da cirurgia para uma enfermeira ou um residente sem a qualificação adequada para desempenhá-la, ou não orientar adequadamente o procedimento que espera desses profissionais. Um profissional que esteja iniciando suas atividades no centro cirúrgico, mesmo quando treinado para executar determinados procedimentos, pode não ter a destreza necessária ao tratar de um paciente inconsciente, muito idoso, bebê ou que esteja muito debilitado. Assim, o cirurgião pode atribuir à equipe um grau

de qualificação que essa não possui.

Pode acontecer de um membro da equipe voluntariar-se ou aceitar uma determinada atribuição para a qual não está devidamente preparado. Os motivos que levam um indivíduo a fazer isso podem ser explicados no nível de recompensa, como adquirir o respeito dos demais, ou adquirir uma habilidade que ainda não tem, ou comando, quando reivindicado com o intuito de ‘ajudar os colegas’. De qualquer modo, quando o indivíduo não avalia adequadamente suas habilidades, e as de outrem, aumenta os riscos de erro durante os procedimentos.

Observando o nível organizacional, é fácil identificar problemas que interferem no trabalho, tanto dentro do centro cirúrgico como em outros ambientes de uma organização de saúde, seja essa organização uma policlínica (clínica de múltiplas especialidades), uma clínica de especialidade (por exemplo, uma clínica infantil ou oftalmológica) e, principalmente, um hospital. Um exemplo disso nos foi relatado por uma enfermeira:

Ele (o residente) não sabia fazer os procedimentos, estava começando... A primeira vez que eu vi que ele ia aplicar uma injeção a agulha estava ao contrário! Daí eu chamei a atenção! É claro que ele deve ter aprendido (durante o curso de graduação), mas não prestou atenção... Daí foi passar uma sonda vesical numa criança (...) já começou pegando a sonda errada, eu disse: doutor essa é muito grande, tem de pegar a menor, mas não tinha no centro cirúrgico, tinha de buscar na farmácia... Ele não quis esperar e foi passar aquela mesmo, machucou todo o menino... É duro, porque eles ‘são’ médicos, mais ainda não sabem fazer o procedimento (...) não quer que a gente faça e não quer que a gente ensine. (...) (enfermeira de centro cirúrgico – Hospital geral).

Aqui, trata-se de um indivíduo em treinamento – o residente –, que já se considera com conhecimento adequado para realizar o procedimento e ansioso para fazê-lo. Esse afã de ‘por a mão na massa’ pode levar os jovens médicos, assim como outros profissionais, a esquecerem parte do treinamento. Uma vez que a atribuição burocrática da função seja daquele profissional, no caso, o residente considera inadequado, para a manutenção de seu *status* dentro da organização, pedir ajuda a qualquer indivíduo. Esse problema pode acentuar-se caso a organização tenha uma forte cultura meritocrática, na qual os indivíduos que admitam desconhecer determinado procedimento, ou solicitem ajuda, sejam vistos de maneira demeritória.

Um caso semelhante nos foi relatado, após muita relutância, por um anestesista, que o havia presenciado em um hospital ortopédico.

A criança tinha sofrido uma queda que teve uma luxação no braço e estava engessada já há quinze dias. Quando foi tirar o gesso, ainda sentia muita dor. O médico foi fazer uma manobra para reduzir a luxação: Eu ainda perguntei se queria que eu fizesse uma analgesia, apesar de estar no fim do plantão. Ele disse que não precisava que era rápido(...) O menino gritou muito, acabou que teve de fazer ultrasson, voltar o gesso... Não é minha área, mas ele não teve muita destreza... Acho que a redução tinha que ter sido feita antes de engessar e depois de todo aquele tempo, a criança com dor, é claro, que tinha um processo inflamatório (...) faltou experiência. (Anestesista).

Esse mesmo médico em sua entrevista falou que nesse hospital (ortopédico) havia muita disputa entre os médicos para atenderem os pacientes particulares ou de convênios, uma vez que o hospital atende tanto pacientes conveniados, particulares, e os provenientes do SUS. O hospital criou regras para a distribuição dos casos particulares e de convênios, de maneira a distribuí-los mais igualitariamente. Essas regras, porém, não atendem adequadamente os interesses dos médicos e esses fazem manobras e boicotes, de maneira a pegar os casos que mais lhes agradam, ou lhe trazem melhores recompensas financeiras.

Esse processo de ‘escolher’ o caso pode levar o médico a atender um paciente superficialmente e, evidentemente, aumentar o risco de erro. Nesse caso, temos um forte elemento de recompensa (econômica) predispondo ao erro. Assim, uma estratégia viável de prevenção seria criar mecanismos de controle da qualidade do trabalho e estabelecer critérios mais adequados para a distribuição dos casos de maior rentabilidade, desestimulando os conflitos entre os médicos. Uma questão importante, a respeito da organização e da administração do trabalho em saúde, é que os processos e protocolos de atendimento devem ser reconhecidos como adequados para os indivíduos que desempenham a função. Protocolos criados externamente ao ambiente de trabalho, ou estabelecidos por indivíduos que não acompanham as atividades, apenas como mecanismos de controle dos trabalhadores, podem, além de não ser funcionais, colocarem maiores riscos ao processo de trabalho, uma vez que cada paciente demanda cuidados específicos.

Fagerhaugh *et al.* (1987), ao discutir os riscos colocados pelo trabalho em saúde,

especialmente o hospitalar, salientam que as mudanças tecnológicas, e a rapidez com que essas ocorrem em saúde, recolocam continuamente problemas nos protocolos de atendimento. Essas mudanças contínuas de procedimentos e protocolos colocam os profissionais em situações de estresse e insegurança, especialmente quando os protocolos a serem seguidos apresentam problemas para serem executados.

De modo geral, a trajetória de gestão é muitas vezes cheia de problemas, dadas as muitas contingências decorrentes das próprias doenças, a partir de várias intervenções médicas, e a partir das fontes de organização e outras externas – algumas esperadas, mas apenas uma parcela relativamente controlável. Na verdade, a palavra 'gestão' nem descreve adequadamente toda a complexidade do trabalho de trajetória nem as consequências para todos os que trabalham no controle da trajetória. Usando termos mais apropriados para lidar com trajetórias tão problemáticas, pode-se dizer que elas são 'formadas' e 'vividas' (...) 'Formar' se refere ao fato de que o pessoal lida com as contingências da melhor maneira possível, mesmo estando longe de ter total controle da trajetória. 'Vivenciar' refere-se às experiências individuais e de grupo do pessoal que trabalha com determinados tipos de trajetórias; estes afetam profundamente o controle fundamental de uma trajetória. (FAGERHAUGH ET AL., 1987, p.34- TN²⁹).

Assim, a conclusão a partir de nossas entrevistas coincide com a literatura, ou seja, o papel do sistema de organização do trabalho e as relações sociais daí derivadas, são elementos importantes na produção de erros. Obtivemos alguns exemplos de erros que ocorreram e cuja ação de comando da organização não contribuiu para minimizá-los. Ao contrário, a atribuição de culpa e o medo de punição podem levar os atores a esconder os erros, como se pode depreender a seguir:

Aqui é assim, cada dia uma fica no postinho organizando os medicamentos e fazendo os pedidos enquanto a outra atende o paciente. Dependendo do caso, vai as duas (...). Eu tinha que aplicar a medicação naquele dia. A bandeja (com as medicações) já estava pronta, foi a XX que montou. Daí, quando eu fui

²⁹ Generally speaking, trajectory management is often fraught with such problems, given the many contingencies stemming from the illnesses themselves, from the various medical interventions, and from organizational and other external sources – some anticipated, but only a portion relatively controllable. Indeed, the word 'management' neither adequately describes the full complexity of trajectory work nor the consequences for all who work at controlling the trajectory. More appropriate terms for the handling of such problematic trajectories are that they are 'shaped' and 'experienced' (...) 'Shaping' refers to the fact that staffs handle the contingencies as best they can, although they are far from having full control of the trajectory. 'Experience' refers to both the individual and group experiences of staff members who work with particular kinds of trajectories; these profoundly affect the ultimate control of a trajectory.

aplicar a medicação numa paciente, ela reclamou muito, que tinha doído muito. Eu estranhei, não é para doer tanto... Fui ver e eu tinha aplicado uma medicação intravenosa no músculo! Mas a agulha e a seringa que a XX tinha preparado 'era' para músculo e eu não conferi. Fiquei nervosa e chamamos a enfermeira chefe. À noite ela fica na UTI, a gente só chama quando precisa... Ela deu a maior bronca... Ficou todo mundo me olhando como se eu fosse uma burra... Duvido que quando alguém fizer besteira, vai falar! (Técnica de Enfermagem – Hospital Privado).

A forma como o trabalho é organizado nesse local a partir de uma parcialização das tarefas e da atribuição de atividades, que uma vez cumpridas libera os trabalhadores para um intervalo de tempo livre e desestimula a cooperação, no sentido de compartilhamento de atividades, e a ausência de um sistema de controle das atividades de cada um dificultam aos trabalhadores recorrerem à chefia, uma vez que essa se encontra ocupada em outro local. Esses são fatores que propiciam a pressa e não a qualidade do serviço. A ausência de cooperação e de autonomia dos trabalhadores (eles não podem decidir a melhor maneira de trabalhar, mas seguir o sistema previamente estipulado pela organização), porém sem mecanismos de controle do trabalho, os levam a resolver os problemas da maneira que acharem mais conveniente para si mesmos e a temerem a exposição dos erros.

Outro exemplo que nos foi relatado diz respeito a um erro na transfusão de sangue durante uma cirurgia, na qual aplicaram o tipo de sangue errado no paciente. Segundo o relato da enfermeira, a pessoa que pegou o sangue afirma tê-lo retirado no local correto (a prateleira da geladeira na qual é guardado o tipo de sangue que ela queria), porém, depois de ver o efeito no paciente, verificou-se o erro. Esse tipo de erro pode ter sido causado em qualquer momento do processo de trabalho, do armazenamento do sangue até a transfusão, e nenhum dos profissionais envolvidos com o atendimento do paciente notou o erro porque atribuiu ao outro a função de conferir se o sangue era o correto. Podemos inferir que esse tipo de erro ocorre também com a aplicação de medicamentos.

Assim, podemos concluir que o erro tem um componente da ação do sujeito, quando esse, devido às motivações presentes durante o procedimento, o leva a desempenhar um ato para o qual não tem preparo técnico. Um outro componente

subjetivo, relacionado à organização e a forma como são estabelecidas as relações de trabalho, leva o sujeito ou a atuar de maneira imprudente, ou a atribuir a outrem determinadas responsabilidades. O parcelamento das atividades, aliado as relações de trabalho impessoais e burocráticas, desestimula o comprometimento com o coletivo, sendo que cada indivíduo mantém o foco apenas em sua atividade. Além disso, o atendimento médico especializado, aliado à parcialização das atividades e a rotinas previamente estabelecidas, que nem sempre estão adequadas à opção terapêutica adotada, leva aos conflitos no processo de trabalho, nas relações de comando e na forma como o trabalho é desempenhado. Vejamos:

Muitas vezes, os enfermeiros, que trabalham como integradores ou coordenadores das muitas tarefas inerentes à total ação diagnóstica e terapêutica, são apanhados no meio destes diversos pontos de vista. Os seus problemas podem se tornar muito difíceis quando os vários especialistas não estão cientes das perspectivas de cada um, dando assim ordens médicas conflitantes (FAGERHAUGH, 1987, p. 38 - TN³⁰).

A deterioração das relações de trabalho acentua a competição e o boicote, além do desinteresse em adaptar-se ou aprender novas rotinas. Essas dificuldades vão somando-se e acentuando os problemas de comunicação. No caso de pacientes com problemas de saúde de grande complexidade, que demandam tratamentos sofisticados e que envolvem um grande número de especialistas, ao intervirem no paciente, entram e saem de cena, fornecendo avaliações e indicando condutas, aumentando o estresse e, naturalmente, os riscos para o paciente, como se pode depreender a seguir:

1) as múltiplas trajetórias da doença; 2) os gestores das múltiplas trajetórias e a confusão na coordenação de seus esforços para controlar a trajetória; 3) a incerteza em torno das intervenções terapêuticas; 4) as inúmeras contingências inesperadas; 5) a participação ativa do paciente nas ações e decisões terapêuticas, contrárias às preocupações e esforços do pessoal e, finalmente, 6) o impacto cumulativo em todas as partes envolvidas – o

³⁰ Quite often the nurses, who function as integrators or coordinators of the many tasks entailed in the total diagnostic and therapeutic action, are caught in the middle of these diverse points of view. Their problems can become very difficult when the several specialists are not aware of each other's perspectives and so give conflicting medical orders (FAGERHAUGH, 1987, p. 38).

paciente, o pessoal e os parentes. (FAGERHAUGH, 1987, p. 44 TN³¹.)

Ao relacionarmos o erro de procedimento e a questão da qualificação, acentuamos que essa tem um caráter amplo, pois se refere desde o conhecimento individual, para o desempenho de um procedimento, até o conhecimento adequado do funcionamento da unidade de atendimento ao paciente, bem como das regras processuais desse local e o adequado gerenciamento de riscos na formulação de rotinas de trabalho e protocolos de atendimento. Esse gerenciamento adequado pressupõe o engajamento de cada membro da equipe na formulação das rotinas, no conhecimento e respeito das atividades desempenhadas por cada um, na possibilidade de parar e avaliar a qualidade das tarefas desenvolvidas e, evidentemente, no treinamento adequado de todos os membros.

2.3.2 Condições de Trabalho

Como podemos perceber, a organização do trabalho é um fator importante na produção do erro e, evidentemente, é constitutiva das condições de trabalho. Nesse item, entretanto, iremos tratar das condições de trabalho sob o ponto de vista da estrutura de atendimento, entendida como os insumos necessários para os procedimentos terapêuticos, locais adequados para o atendimento, existência de equipe qualificada e dos condicionantes, ou incentivos para o trabalho dos membros da equipe de atendimento, como formas e valores de remuneração, prestígio, qualificação profissional e tipo de contrato de trabalho.

Apesar da existência de legislação sobre as condições adequadas e necessárias para o atendimento médico, que inclui um número mínimo de profissionais por paciente e determina em quais condições certos procedimentos podem ser desempenhados,

³¹ 1) the multiple illness trajectories; 2) the multiple trajectory managers and the confusion over coordination of their efforts to control the trajectory; 3) the uncertainty surrounding therapeutic interventions; 4) the numerous unexpected contingencies; 5) the patient's active participation in the therapeutic actions and decisions, which ran counter to the staff's concerns and efforts, and finally, 6) the cumulative impact on all parties concerned - the patient, staff, and kin.

observamos que, num grande número de hospitais, as condições de atendimento estão longe de serem adequadas. Infelizmente, as más condições de trabalho e atendimento ao paciente atingem tanto hospitais públicos quanto privados, sendo que nas instituições privadas, uma vez que geralmente oferecem boas condições de hotelaria e recepção, a precariedade com que o procedimento é desempenhado costuma ser menos perceptível ao paciente, que tem dificuldades em avaliar a equipação técnica, bem como a qualificação dos trabalhadores.

Apesar de ser proibido a um anestesista atender a mais de uma cirurgia ao mesmo tempo, soubemos de vários casos em que o anestesista não apenas atendeu a mais de uma sala de cirurgia, mas também induziu anestesia (bloqueio de dor) em paciente no corredor do hospital, ou seja, a aplicação foi realizada sem as mínimas condições técnicas para qualquer procedimento reversivo no caso de reação adversa, enviando o paciente ainda anestesiado para a recuperação da anestesia no quarto, quando o procedimento padrão exige que o paciente permaneça na sala de recuperação pós-cirúrgica, sendo atendido por um anestesista, ou, no mínimo, um clínico, até a completa recuperação da anestesia. Além de casos de procedimentos inadequados com a anestesia, recebemos relatos de cirurgiões do trauma e ortopedistas que procediam a um número grande de cirurgias num período curto de tempo.

Casos como esses demonstram a precariedade do sistema e a grande demanda por procedimentos, além, naturalmente, do modelo de conduta dos profissionais de saúde. No caso da conduta ético-profissional, essa pode ter explicações que vão desde a ganância econômica, da pressão no trabalho, até explicações de cunho mais altruísta, no sentido de atender à necessidade do paciente. Em qualquer dos casos, além de o procedimento ser ilegal, os pacientes são submetidos a cirurgias em condições não ideais. Nesse sentido, erros de medicação, troca de prescrições entre os pacientes, ausência de verificação de reações e de dados vitais do paciente, bem como descuidos durante a manipulação de medicamentos e de pacientes, podem ter suas origens nas condições de trabalho, apesar de ocorrerem por ação humana. A fala a seguir referencia esse ponto:

Nós já tivemos várias intercorrências por falta de pessoal. Fica uma enfermeira na UTI e uma para dar conta de todo o hospital com uma auxiliar por andar... não dá... Outro dia duas auxiliares derrubaram o paciente ao tirar da maca, tivemos que chamar até o guarda para ajudar... ainda bem que meu anjo da guarda é forte... (Enfermeira – hospital privado).

O que percebemos nessa fala, sobre as más condições de trabalho, foi um grande nível de estresse e insegurança. Todos os entrevistados que trabalham em condições precárias desejam trocar de emprego e revelam, entre outras coisas, o medo que sentem de erros ou acidentes ocorrerem durante seus plantões. Em relação à fala anterior, o que nos chamou a atenção é que o medo apresentado por essa enfermeira não residia no risco de punição legal e, sim, de que algo de ruim acontecesse com o seu paciente devido à falta de estrutura. Essa mesma enfermeira relatou o seguinte episódio:

No centro cirúrgico fica um anestesista só, com duas ou três cirurgias ao mesmo tempo... quem cuida do paciente é um auxiliar... Essa paciente tinha tomado uma raquidiana (tipo de anestesia), o que abaixa muito a pressão, então o auxiliar de anestesia (enfermeiro de nível médio) ficava monitorando e dando Efortil (medicamento para hipopressão) se a pressão caía muito. Essa paciente era alcoólatra e ficava tendo espasmos musculares, então o anestesista aplicou um Ketamim (anestésico) e colocou o resto (do remédio) no frasco junto com o Efortil. Ele nem avisou o auxiliar e nem anotou nada no frasco. A paciente ‘parou’..., foi um Deus nos acuda... (Enfermeira – Hospital privado).

Ao iniciar a discussão sobre erros de procedimentos, acentuamos que a característica fundamental desse tipo de erro é que ele não pode ser caracterizado como de causa exclusiva do trabalho do profissional de saúde. Como vimos anteriormente, ausência de destreza e de conhecimento podem levar ao erro de procedimento, mas, a partir de nossos entrevistados, esses erros foram os mais observados pelos profissionais de saúde e as causas residiam em problemas organizacionais. Um aspecto importante desse tipo de erro, que nos chamou a atenção, foi o seu efeito sobre o conjunto dos trabalhadores que se submetem às condições de trabalho e depois se sentem encurralados entre o medo e a culpa.

O relato a seguir demonstra a insegurança vivenciada por esses profissionais:

É claro que a gente se preocupa, eu fico sozinho à noite toda. Tenho de atender todos os internados e o Pronto Socorro. Quando tem um caso mais grave, é uma adrenalina só... Tem de aprender a trabalhar sob pressão... avaliar direito o paciente, dar a resposta certa. Não é fácil, mas nosso trabalho (do médico) está muito desvalorizado, a gente tem de trabalhar muito para poder se manter, com o tempo a gente consegue trabalhar em lugar melhor... (Pediatra – Hospital privado).

Essa insegurança demonstra a autorresponsabilização, que se apresenta de várias formas, por exemplo, como um 'merecimento' negativo, como falta de qualificação ou dificuldade em trabalhar em local melhor, o que leva a trabalhar em local inadequado, assim o local de trabalho tem um caráter provisório.

2.3.3 O Problema da Comunicação

No caso de erro de procedimento, além da habilidade técnica e da acurácia no diagnóstico, um componente importante para a ocorrência do erro diz respeito à comunicação, por exemplo, comunicação do médico com seus pacientes e familiares e comunicação entre a equipe cuidadora. A pressa no atendimento e a não observância adequada do paciente podem levar qualquer membro da equipe a cometer enganos, trocar pacientes, medicações, realizar procedimentos inadequados para o quadro do paciente, entre outros.

A tecnologia tem se mostrado uma ferramenta útil na prevenção de erros de medicamentos, de modo que todo procedimento é anotado em um prontuário virtual, pois, ao conferir os dados, a informação está à mão, permitindo que o médico verifique quando, quanto e como foram administrados os medicamentos, bem como observe os dados químicos do paciente que se encontram no prontuário. Do ponto de vista da administração, a informatização também permite monitorar taxas de infecção hospitalar e de morbimortalidade com mais facilidade. Não evita, porém, que erros ocorram. Vejamos estas falas:

Antes era mais difícil da gente controlar o consumo de antibiótico, agora como está tudo informatizado fica mais fácil. A gente consegue ver se um paciente está usando demais antibiótico e até mesmo se os médicos sabem prescrever, o tipo e a quantidade correta. (Infectologista, membro CCIH – Hospital Público)

Eu fui levar a paciente para a quimioterapia. Perguntei o nome, confirmei que ela ia fazer quimio. Na hora que estava injetando o medicamento, comecei a explicar que ela teria de comparecer a cada três dias, e os sintomas. Ela me perguntou se estavam modificando o tratamento, porque ela tomava a medicação uma vez ao mês. Daí eu fui ver que era outra paciente. Elas eram homônimas. (Enfermeiro – Hospital Público).

A paciente chegou com hemorróida, ela avisou que tinha mioma e estava aguardando cirurgia. O médico examinou, fez colonoscopia, viu uma massa e agendou cirurgia, para retirar tecido do intestino. Ela estava apavorada. Depois, veio o ginecologista e disse que achava que a massa era do mioma, e que era melhor, reavaliar. Fizeram o ultrassom e viu que ela não tinha nada no intestino, somente uma hemorróida. Se o médico (proctologista) tivesse olhado o prontuário, ele teria visto o ultrassom de abdôme e veria que ela não precisava de cirurgia. (enfermeira, Hospital Público).

A conclusão dessa discussão é que mecanismos de controle organizacional e melhores formas de comunicação sejam escritos, ou orais, podem melhorar significativamente o número de erros e eventos adversos. Mesmo que um paciente permaneça um único dia a mais internado, ou que seja obrigado a realizar exames desnecessários e que não envolvam riscos, o aumento do custo pessoal, financeiro e social desses procedimentos justificam um maior controle dos processos de trabalho da saúde.

Assim, pudemos perceber que o erro médico diagnóstico, tem causas centradas, principalmente, em questões relacionadas ao trabalho médico em si, como modelo formativo e a concepção de que tipo de trabalho deve ser desempenhado, além, naturalmente, da forma como acontece a relação médico-paciente. Já o erro médico, caracterizado como erro de procedimento, tem suas causas ancoradas nas relações sociais de trabalho.

CAPITULO III

3 PENSANDO A PROFISSÃO

3.1 A CONSTRUÇÃO DO PROFISSIONAL

Para compreender uma determinada atividade produtiva, é necessário verificar quais os elementos que a compõe e como influenciam o indivíduo durante o desempenho de suas tarefas. Por meio de seu trabalho, o indivíduo acaba interiorizando uma série de papéis sociais, justificados pela ritualização das atividades e pelo desempenho próprio a elas. Aceitas e legitimadas socialmente, as ações desenvolvem-se em um padrão socialmente determinado que leva os trabalhadores a exteriorizarem suas atividades profissionais através da linguagem, indumentária e comportamento.

Esses comportamentos são estabelecidos ao longo da consolidação social da atividade ou profissão pelo conjunto de indivíduos que a desempenham, com a finalidade de manter um espírito de corpo e a reivindicação de um prestígio social. Outra questão importante que os leva a se organizarem para assegurar os direitos e privilégios profissionais é a manutenção de um mercado de atuação, por meio da justificação da importância social atribuída à função. Esses elementos acabam por constituir um universo social e cultural próprio ao grupo profissional e passam a integrar a personalidade do indivíduo.

A preocupação sociológica em compreender o trabalho e a profissão remonta aos fundadores da Sociologia, notadamente Durkheim, Weber e Parsons – autores que atribuem à profissão grande importância por caracterizar uma sociabilidade específica (solidariedade orgânica, Durkheim); os condicionantes da ação social (ação econômica e ação política, Weber); e apreensão de papéis e estabelecimento de suas funções

(Parsons).

Evidentemente, muitos outros autores mantiveram a discussão e o desenvolvimento da Sociologia das profissões. Não é nossa intenção retomar toda a discussão sobre essa área de estudo e nem mesmo esgotá-la em relação à medicina. Apenas pretendemos, ao retomar alguns parâmetros de análise, estabelecer o ponto de partida entre o comportamento corporativo presente em uma profissão e a forma como os indivíduos estabelecem estratégias de competição/cooperação e seus efeitos na prática profissional.

Durkheim (1984) considerava a divisão do trabalho como a expressão da diferenciação social. A característica mais importante da divisão social do trabalho é derivada do crescimento material e moral da sociedade. A desintegração da solidariedade mecânica traz consigo a intensificação das comunicações e trocas entre os indivíduos, assim, a divisão do trabalho não é o resultado da busca da felicidade, mas parte do processo evolutivo. Diferenciar os indivíduos e estabelecer critérios que permitam o aumento da colaboração é consequência do processo evolutivo.

Por ver as corporações profissionais como instituições sociais capazes de gerar uma nova ordem moral, Durkheim lhes atribuía a função social de serem geradores da solidariedade orgânica. A solidariedade orgânica, por intermédio da atividade produtiva, tem a tarefa de substituição do parentesco como principal fonte de solidariedade social. A divisão social do trabalho envolveria, para Durkheim, além de um domínio do saber sobre uma esfera de atividades, um conjunto de práticas que levaria a uma conduta social, assegurando a coesão e o controle dos membros.

Ao retomar a crítica da monotonia do trabalho, causada pela especialização, Durkheim vai afirmar que a divisão do trabalho é fundamental para o estabelecimento da solidariedade e não apenas uma função econômica. Por compreender que a sociedade é anterior ao indivíduo, Durkheim considera que as sociedades modernas convivem com um problema importante na relação entre o indivíduo e o grupo, devido à diferenciação social.

Aron (1990) lembra que, para Durkheim, a desintegração das sociedades tradicionais retira os homens de um lugar pré-fixado pelo nascimento ou pelas necessidades sociais, propiciando o crescimento do individualismo, nas sociedades

modernas, e desenvolvendo o princípio de justiça e a sistematização do direito, como necessários para a ordem coletiva. A constituição de grupos profissionais teria, então, uma função integradora na sociedade.

(...) Porque normalmente, o desempenho de cada função especial exige que o indivíduo não se feche estreitamente, mas que se mantenha em relações constantes com as funções vizinhas, tome consciência de suas necessidades, de mudanças que ocorram, etc. A divisão do trabalho supõe que o trabalhador, longe de ficar curvado sobre sua tarefa, não perde de vista seus colaboradores, mas age sobre eles e sofre sua ação. (...) Ele sente que serve para alguma coisa. Para isso, não é necessário que ele abranja vastas regiões do horizonte social, basta que ele perceba o suficiente para compreender que suas ações têm um fim fora delas mesmas” (DURKHEIM, 1984, p. 101).

Assim, para Durkheim, a divisão do trabalho tem uma função social e pode ser justificada através de uma moralidade. Como o indivíduo encontra a sociedade já estabelecida, a consciência coletiva o leva a valorizar sua inserção na mesma. A atividade profissional é importante por si mesma na mesma medida em que ela é fundamental para o coletivo. O indivíduo é a expressão da coletividade, na qual a estrutura social impõe a cada um uma responsabilidade própria.

Podemos derivar que a profissão não apenas permite uma condição criadora da liberdade individual, mas é a partir dela que o indivíduo pode se libertar do consciente coletivo coercitivo da sociedade arcaica e manifestar-se como um sujeito autônomo, cuja influência da consciência coletiva é limitada pelas condições estruturantes fundamentais da sociedade.

A ideia de profissionalização a partir do pensamento de Weber acompanha sua discussão sobre a racionalização e a consequente burocratização das relações sociais no capitalismo. Assim, a passagem da ordem tradicional para a ordem racional, cujo maior exemplo é o Estado Burocrático Moderno, implica não apenas na separação entre instrumentos de trabalho e trabalhador, ou nos deslindamentos dos antigos laços sociais típicos do patriarcalismo, mas a construção de um saber ordenado, dirigido a um propósito: o crescimento econômico.

Essa mudança coloca principalmente o estabelecimento de relações sociais pautadas em regras e estatutos baseados em critérios racionais de competência, especialização e impessoalidade, “Chamamos ‘profissão’ aquela especificação,

especialização e combinação dos serviços de uma pessoa que, para esta, constituem o fundamento de uma possibilidade contínua de abastecimento ou aquisição” (WEBER, 1991. p. 91). Assim, a profissão tem fundamentalmente uma função aquisitiva para o indivíduo, em que o sucesso no desempenho profissional, por meio de uma ação econômica e política eficaz, garantirá melhor lugar de mercado para o indivíduo. A profissão, ou o grupo profissional, tem para esse autor uma clara semelhança com a ideia de situação de classe³², vejamos:

1) certo número de pessoas tem em comum um componente causal específico em suas oportunidades de vida, e na medida em que 2) esse componente é representado exclusivamente pelos interesses econômicos de posse de bens e oportunidades de renda, e 3) é representado sob as condições de mercado de produtos ou mercado de trabalho. [Esses pontos referem-se à “situação de classe”, que podemos expressar mais sucintamente como a oportunidade típica de uma oferta de bens, de condições de vida exteriores e experiências pessoais de vida, e na medida em que essa oportunidade é determinada pelo volume e tipo de poder, ou falta deles, de dispor de bens ou habilidades em benefício de renda de uma determinada ordem econômica] (sic) (WEBER, 1982, p. 212).

Sabemos que o objetivo fundamental da sociologia de Max Weber é a compreensão interpretativa da ação humana, assim podemos entender a ação profissional como uma ação economicamente orientada, que tem por objetivo a satisfação de desejos e de necessidades. É preciso lembrar que Weber estabelece uma distinção entre a ação política e a ação econômica, distinção essa que somente faz sentido no plano da análise, uma vez que a ação econômica pode comportar o recurso para a ação política, enquanto a ação política é definida em termos de dominação.

A racionalização é, em Weber, o resultado da instrumentação da ciência típica da sociedade ocidental que, no caso do trabalho, traduz-se em busca pela eficácia e pelo desenvolvimento, cuja consequência lógica é a profissionalização. O desempenho de uma tarefa ou a profissionalização, para Weber, adquire noção de vocação³³ e, ao

³² É preciso lembrar que para Weber o conceito de classe tem um caráter econômico, sendo definida como uma capacidade de mercado.

³³ Freund (1970) afirma que com exceção do artigo sobre a neutralidade axiológica de Weber (1992) e das conferências “A política como Vocação e A ciência como vocação”, trabalhos nos quais Weber manifesta o tom pessoal à sua concepção de racionalização e considera que Weber persegue a idéia de racionalização nos fenômenos que podem ser objetivamente constatados. Tomamos a liberdade de incluir a idéia de ética e de racionalização como base para a compreensão de profissão em Weber, porque apesar desse autor não ter teorizado claramente sobre esse tema nesses termos, sua teoria é

mesmo tempo, é possível incluir a noção de dominação, entendida por Weber como uma capacidade de obter obediência, o que a torna legítima. A ideia de vocação tem, em Weber, um aspecto moral aliado à racionalidade. Trata-se de um componente ético que se traduz no desempenho adequado da tarefa, não apenas uma missão, mas antes uma obrigação. Obrigação essa que lhe confere certo bem social, ou o prestígio identificado com a função desempenhada.

Assim, podemos inferir, a partir do pensamento de Weber, que as condições de mercado levam à profissionalização e permitem ao indivíduo obter não apenas vantagens econômicas, mas também valorização social, ou o reconhecimento social mediante função que desempenha. Isso lhe confere poder por meio das ações econômica e política e, também, satisfação psicológica, por suas atribuições sociais. Por outro lado, a noção de dominação pressupõe que o dominado submeta-se à ação do dominante por acreditar na legitimidade da sua autoridade.

A profissionalização tem, assim, três componentes importantes em Max Weber: a) é uma ação econômica que confere ao indivíduo mecanismos de ação política; b) é uma ação de dominação, no sentido de microalcance, uma vez que o estabelecimento de uma esfera própria de atuação permite ao profissional legitimar sua esfera de competência em determinada atividade e mantém um componente moral, com a reivindicação do ator de sua responsabilidade e vocação para o exercício de um saber; e c) a ação política do sujeito social para Weber se manifesta entre as duas éticas distintas que o orientam: a ética da responsabilidade e a ética da convicção.

Em Parsons, a noção de profissão está entrelaçada com a de função, ou seja, trata-se de um conjunto de atividades que fazem parte de um sistema e respondem as suas necessidades. Assim, atividade profissional faz parte do sistema de ação que compõe um conjunto de sistemas. Esse conjunto organiza diferentes esferas da vida social, correspondentes a diferentes funções e, ao se integrarem, respondem às necessidades de organização interna e de estruturação social.

Utilizando as contribuições de Durkheim, a análise de sistema de Parsons confere à análise de profissão, especialmente à medicina, a existência de algum traço

suficientemente robusta para comportar tal entendimento. Além disso, autores importantes que retomam Weber para pensar a profissão, notadamente Parsons, aceitam sua teoria como um todo de onde pode-se derivar compreensões particulares.

essencial compartilhado por todos, como altruísmo coletivo. Porém, os elevados níveis de *status* e poder social, explicado pela autonomia e competência conferida à profissão, torna o cliente vulnerável.

Assim, a conduta ética profissional, guardada pela corporação profissional, tem uma dupla função: de um lado essa conduta serve para proteger a sociedade dos abusos que possam ser cometidos e, de outro, permite justificar os privilégios e prestígio conferidos socialmente à categoria profissional.

No caso da medicina, o autor salienta a importância do poder profissional do médico, uma vez que o paciente não pode recuperar sua saúde sozinho. Assim, o médico tem um duplo poder sobre o doente: ele tem a ciência sobre a doença e suas causas lhe conferem o domínio de certo número de técnicas de intervenção e, também, porque a ansiedade do paciente o leva a submeter-se inteiramente ao médico.

3.2 UMA ATIVIDADE SINGULAR

Parsons (1966) introduz um elemento importante nas discussões sobre a profissão médica: a do conceito de papéis sociais, por exemplo, o papel do médico, responsável por restaurar a saúde do paciente, e o papel do doente, como se pode depreender a seguir:

El rol de médico se centra em su responsabilidad por el bienestar del paciente, em el sentido de facilitar su recuperación de la mejor manera que permita la habilidad del medico. Para cumplir com esta responsabilidad se espera que él que adquiera y utilice uma alta competência técnica em la 'ciencia médica' y em lãs técnicas que se basan em ella (PARSONS, 1966, p. 449).

O conceito de papéis significa atividades padronizadas de ação, ou unidades dos sistemas sociais, e, para Parsons, essas são ligadas ao sistema de personalidade, pelo qual se articula com os outros sistemas sociais, o cultural e o social propriamente ditos. Ao desempenhar um papel, porém, ao mesmo tempo em que segue um padrão de comportamento, o indivíduo o reforça, pois o ato acaba por salientar emoções já

existentes, mas que acabam por transformar o indivíduo no personagem (papel) encenado. Nesse sentido a noção de papel está intimamente relacionada ao 'fazer' social do indivíduo, como explica Berger:

Todo papel tem sua disciplina interior, aquilo que os monásticos católicos chamariam de sua 'formação'. O papel dá forma e constrói tanto a ação quanto o ator. É difícil fingir nesse mundo. Normalmente uma pessoa incorpora o papel que representa (BERGER, 1989, p.111).

Se, por um lado, ao ligar a ideia de papel ao de personalidade, Parsons confere uma grande multiplicidade à ação, pois teremos tantos desempenhos quanto o número de pessoas que a executam, uma vez que cada indivíduo tem uma personalidade; por outro lado há uma interdependência entre estrutura da personalidade e a soma dos papéis do indivíduo. Parsons aceita que o papel desempenhado decorre de opções individuais, mas salienta que as escolhas pessoais não são feitas por acaso, ou melhor, somente são legitimadas as escolhas feitas a partir de um sistema de ação.

Os sistemas para subsistir precisam ter mecanismos eficientes de substituição de indivíduos e, como as funções dentro de um sistema são limitadas, esse conta com mecanismos de sanções e recompensas para selecionar os indivíduos de acordo com padrões que correspondem às necessidades objetivas do sistema. No pensamento de Parsons, os padrões de ação aceitos socialmente são interiorizados pelos indivíduos porque são institucionalizados. A ordem social é fundamentada pelo significado que as normas e valores adquirem para o ator ao serem interiorizados e passarem a integrar sua personalidade. Assim, a teoria da ação está ancorada em modelos culturais de significados, institucionalizados no sistema social e no sistema de personalidade.

De acordo com essa perspectiva, a identidade do indivíduo vai se formando e se acentuando a partir do desempenho de determinados papéis sociais e do reconhecimento social, pois o indivíduo interioriza os modelos culturais necessários para o seu desempenho, reconhecidos por parte da sociedade, ajudando-o a se orientar no interior da sociedade ou do grupo a que pertence.

Esse aspecto da conceituação da Sociologia de Parsons, a respeito de sistema e sua relação com a profissão, particularmente nos chamou a atenção devido às

características do trabalho médico que são referidas constantemente por outros profissionais, já relatadas em vários estudos de saúde e pelos próprios médicos. Trata-se da arrogância, do autoritarismo, da assertividade e do esnobismo que aparecem, assim como o altruísmo, o empenho e o sacrifício, como traços identitários dos médicos, tanto para os demais profissionais com quem esses convivem como para os próprios médicos. Para Merton, valores podem variar em questões de detalhes, de acordo com as diferenças das escolas médicas, mas o autor salienta que, em termos substantivos, o comportamento é o mesmo, como se pode depreender a seguir:

O sistema de valores e normas pode ser considerado como algo organizado- ou padronizado em pelo menos dois grandes aspectos. Primeiro, para cada norma tende a existir pelo menos uma norma coordenada, a qual é se não inconsistente com a outra, pelo menos suficientemente diferente, tornando difícil ao estudante e ao médico viver com ambas. (...) Segundo, os valores e normas são definidos pela profissão em termos de como devem ser colocados em prática. Podem ser definidos como exigências do papel dos médicos. E, já que muitos médicos se encontrarão em situações nas quais será difícil um desempenho de acordo com essas exigências do papel, do ponto de vista da profissão se torna ainda mais importante que eles adquiram completamente os valores e normas que devem regular seu comportamento (MERTON, 1979, p. 94-95).

Merton lembra que em termos de prestígio social, as profissões excedem em importância as ocupações na sociedade industrial, fazendo com que sejam uma fonte importante da ambivalência sociológica³⁴, por serem ao mesmo tempo alvo de hostilidade e objeto de estima.

No caso da medicina, podemos inferir, a partir dessa descrição de ambivalência, que a relação com o paciente confere a ele sentimentos contraditórios pela autoridade atribuída e reivindicada pelo profissional. Mesmo que essa autoridade seja considerada

³⁴ Merton (1979) trabalha com o conceito de ambivalência sociológica partindo dos pressupostos da psicologia e da psicanálise de Freud, onde na experiência humana pode ser observado um sentimento de ambivalência que impulsiona o indivíduo em direções opostas, evidenciando sentimentos mistos. Na teoria sociológica de Merton, a ambivalência pode ser detectada no contexto estrutural de um status. Como o indivíduo desempenha no curso de sua vida inúmeros papéis e funções sociais, estes se vêem numa situação de ambivalência quando sua função exige desempenho de um certo papel, mas o interlocutor espera outra forma de ação. Um dos exemplos do autor é o do burocrata que deve dar um tratamento generalizado e impessoal à clientela e vê-se cobrado por atenção especial. “A teoria sociológica trata dos processos através dos quais as estruturas sociais geram as circunstâncias em que a ambivalência se incrusta em determinados status e conjunto de status, juntamente com os papéis sociais a eles associados”.

legítima, gera ressentimento no indivíduo que a ela deve se submeter. Do mesmo modo, a própria autoridade profissional do médico pode reforçar as ansiedades do paciente, desenvolvendo ao mesmo tempo uma dependência e medo de ser rejeitado. Merton entende da seguinte maneira a autoridade profissional:

Uma determinada norma inerente à autoridade profissional requer que o cliente dê a conhecer ao seu médico, advogado, assistente social ou clérigo informações sobre si próprio que ele considera privada. É por causa disso que a doutrina da comunicação privilegiada foi estabelecida para legitimar o acesso a tais informações privadas mas funcionalmente importantes. Existem provas que tais relações podem servir à função psicológica de proporcionar ao cliente 'o prazer de uma abertura íntima com um estranho' (grifo do autor), um estranho comprometido mais com uma conversa interessada do que com um julgamento severo. (...) De qualquer modo, seja técnico ou benevolente o propósito do profissional, suas perguntas são freqüentemente sentidas pelo cliente como uma invasão de sua privacidade. (...) Em suma, o comportamento, por parte do profissional, funcionalmente apropriado e prescrito pelo seu papel pode, não obstante, contribuir para a ambivalência. Isso pode ser interpretado como um dos custos em que incorre o profissional em seu trabalho (MERTON, 1979, p. 45-46).

Ao tratar da questão da ambivalência dos médicos, Merton mostra que essa se manifesta no conflito entre uma subcultura profissional, na qual eles estão imersos, e o desempenho profissional, que gera dificuldades com as condutas normativas, valores e padrões aceitos pela corporação profissional, que os transmite e espera que sejam mantidos por cada membro.

Merton elabora uma interessante lista de valores dos médicos e sua contraposição com a prática profissional. Apesar de longa, achamos que devemos apresentá-la aqui, devido à importância de entender as condutas desses profissionais:

Normas que regem a autoimagem dos médicos:

Os médicos devem prosseguir sua auto-educação através de suas carreiras no de continuar a par do rápido avanço das fronteiras do conhecimento médico;
Mas : Também têm a obrigação primordial de pôr à disposição dos clientes o máximo de tempo possível.
Os alunos de medicina devem estar interessados em aumentar suas responsabilidades médicas na medida em que avançam em seus estudos na faculdade;
Mas: Não devem assumir prematuramente um grau de responsabilidade para o qual não estejam adequadamente preparados (ou, pelo menos, não estejam legalmente qualificados para assumir).
Os médicos devem manter uma atitude autocrítica e ser disciplinados na

avaliação científica das provas.

Mas: Devem ser decididos e não adiar decisões mais do que o exijam as circunstâncias, mesmo quando as provas científicas são inadequadas.

Os médicos devem ter um sentido de autonomia; devem assumir a carga de responsabilidade e agir conforme a situação exigir, segundo o seu próprio critério.

Mas: a autonomia não deve transformar-se em complacência ou auto-segurança presumida; a autonomia deve estar aliada a um exato sentido de humildade.

Os médicos devem possuir um tipo de conhecimento específico que frequentemente exija educação especializada;

Mas: não devem tornar-se estreitamente especializados; devem ser bem formados e possuir amplos conhecimentos.

Os médicos devem possuir um forte caráter moral, com permanente adesão aos valores morais básicos;

Mas: devem evitar emitir julgamentos morais sobre os pacientes.

Os médicos devem atribuir grande valor em fazer tudo que podem pelo avanço do conhecimento médico, merecendo total reconhecimento pelos bons resultados a que cheguem;

Mas: não devem procurar concorrer com seus colegas de profissão (MERTON, 1979, p. 95-97)

Merton ainda elabora outras duas listas, uma de normas que regem a relação entre médico e paciente e outra sobre as relações com os colegas e a comunidade, mas é interessante notar que a saída de Merton para a ambivalência dos médicos, que pode trazer prejuízo ao paciente, é uma saída moral. Merton salienta que os pacientes raramente comportam-se como pacientes e, por estarem em estado de sofrimento, pressionam os médicos por promessas que esses nem sempre podem cumprir.

Assim, o autor ressalta a pressão econômica e psicológica exercida pelo paciente sobre o médico. Os pacientes insistem com os médicos para que façam não o que deveriam, mas o que eles desejam. Os médicos, assim, procedem para não perder clientela, resolvendo seu dilema ético, atribuindo a responsabilidade aos pacientes e os culpando por obrigá-los a transgredir seus valores.

Para Merton, a solução para esse dilema parece ser a educação. O autor lembra que a escola médica e o hospital não são apenas campos de treinamento, mas são as instituições que irão permitir que os valores profissionais interiorizem-se no estudante e, conseqüentemente, no futuro profissional. Assim, a saída para o autor, para a má prática médica, é a aquisição de atitudes e valores apropriados pelo estudante. Uma das contribuições de Merton para o estudo da Sociologia deu-se mediante o conceito de socialização, no qual ele vai salientar que essa acontece através do

compartilhamento de normas que o ajudarão a definir o seu papel profissional. Essa solução encontrada por Merton para a ambivalência dos médicos não apresenta um resultado satisfatório, pois os valores orientados pela escola e pelo hospital, para terem eficácia, devem pressupor também a valorização do indivíduo que passa pelo prestígio profissional, traduzido em ganhos monetários.

Apesar da discussão sobre a ambivalência, Merton percebe a dificuldade colocada entre o ideal e a prática de atuação, pois o autor desconsidera a autoridade profissional e a reivindicação de competência técnica para lidar com indivíduos em sofrimento, e atribui ao paciente culpa pelo natural desejo de restabelecimento. Além disso, a saída da salvaguarda dos médicos pelos valores nos parece, a partir da própria construção teórica de Merton, insuficiente, pois não propõe nenhum mecanismo de controle desses profissionais.

Ao observar as definições de profissão na Sociologia, percebemos que o autor distingue as atividades profissionais das demais ocupações, considerando que as profissões não têm uma finalidade lucrativa precípua e devem manter uma relação de comprometimento do profissional para com seu cliente. Assim, o médico e o advogado podem invocar o segredo profissional com a finalidade de proteger o cliente, mantendo certa autonomia e independência frente às autoridades e mesmo frente às administrações que financiam seu trabalho.

São partes constitutivas do processo de profissionalização o processo de qualificação ligado à escolarização, a busca de *status* e da segurança, além da reserva de mercado para a atuação que leva o grupo a se fechar corporativamente e a defender seus privilégios em nome da formação recebida, mais do que em razão dos serviços prestados.

Por outro lado, alguns estudiosos do assunto (Larson, 1977; Starr, 1991; Abbot, 1988) identificam a profissionalização como mais uma estratégia coletivista de controle de mercado, por meio de práticas excludentes e da reivindicação de conhecimentos especializados. Há uma diferença importante entre os teóricos da Sociologia da profissão sobre a causa do sucesso reivindicatório sobre o espaço de atuação.

Starr (1991) faz parte de uma linha crítica à ideia de que a profissionalização é um agrupamento social que obtém sucesso por meio da capacitação profissional e da

disciplinação universitária, afirmando que as profissões utilizam as pretensões éticas de altruísmo e a tecnicidade de base científica para legitimar sua autoridade e conseguir o monopólio estatal para sua prática. Nessa mesma linha de análise, Abbot (1988) sustenta que o controle do mercado, frequentemente com o apoio do poder público, levou o conhecimento básico à legitimação de qualificações.

Numa outra linha de análise, encontramos autores que atribuem à ideologia do conhecimento uma grande importância para a obtenção do monopólio profissional. Em revisão feita sobre a literatura da Sociologia das profissões, Larson (1977) e Freidson (1970) caracterizaram as profissões, a partir de condicionantes externos. Questões como o tipo de serviço oferecido, manutenção de mercado, aproximação com a ideologia dominante e a reivindicação de um conhecimento próprio para o desempenho da profissão são questões fundamentais para o domínio de uma área de atuação. Ao falar sobre os estudos no âmbito da Sociologia das profissões e especialmente sobre a medicina, não é possível deixar de referir ao já clássico trabalho de Freidson (1970). Esse autor caracterizou o conjunto de práticas que compõem a profissão médica, acentuando que a característica fundamental da formação de uma corporação profissional é o monopólio sobre o exercício de seu trabalho: um conjunto de procedimentos considerado seguro e eficaz pela sociedade, devido à base científica na qual a prática está ancorada e que lhe confere legitimidade. Freidson chama a atenção, dessa maneira, para a autonomia obtida pelos grupos profissionais, uma vez que os Estados deixam nas mãos dos profissionais o controle de aspectos técnicos de seu trabalho.

No caso da medicina, foi necessário um esforço para que essa ciência pudesse se tornar mais eficaz do que as atividades de outros profissionais que exerciam o ofício de curar. Pois até firmar-se e conseguir o monopólio do exercício profissional, os médicos disputavam espaço com outros grupos sociais que reivindicavam o direito de tratar e curar os doentes. Dessa forma, o avanço científico da biologia, com as descobertas dos bacilos e micróbios que causam as doenças, foi fundamental, segundo Freidson, para a reordenação da profissão médica, assentada na autoridade da ciência. Isso, de certo modo, ajuda a entender o modelo biomédico na formação da medicina.

Coelho (1999) discute a institucionalização das profissões no Brasil e mostra que

“o monopólio do exercício profissional é subproduto do enrijecimento da estratificação social, em algumas sociedades, enquanto em outras, [...], é o monopólio por decreto que gera um simulacro de estratificação.” Assim, para Coelho, o fortalecimento das profissões no Brasil esteve sempre fortemente ligado ao Estado e, enquanto buscava o estabelecimento do mercado de trabalho, cumpria a função ideológica de justificar a desigualdade através da noção de competência e mérito.

As lideranças profissionais, para controlar o mercado de trabalho nascente, precisaram acentuar a organização das categorias profissionais, enfatizando o treinamento formal, fazendo o controle do ensino e criando critérios para o licenciamento profissional. Como mostra Coelho:

Entenda-se por controle de mercado de serviços a eliminação de práticas e praticantes concorrentes e não qualificados por meio de alguma modalidade de treinamento formal; na medicina as inúmeras seitas curativas (homeopatas, botânicos, thomsonianos, cientistas cristãos, hidropatas, etc.) e os ‘empíricos’, todos igualmente identificados com charlatanismo (COELHO, 1999, p. 37).

Nesse estudo sobre a institucionalização das profissões no Brasil, Coelho faz uma crítica à Sociologia das profissões, aduzindo que essa linha de investigação não deve se deixar conduzir pelas grandes teorias, permitindo que elas ofereçam explicações para todos os fenômenos envolvendo a profissionalização. Assim, o autor considera que a análise das configurações históricas particulares tem maior sucesso na explicação do fenômeno de corporações e grupos profissionais do que as generalizações empíricas ou teóricas.

Naturalmente, o autor não está rechaçando toda a construção teórica por generalizar ou não apreender a singularidade de cada fenômeno histórico. Sua crítica é que as tentativas de definir profissão, a partir de critérios morfológicos, ideológicos e da evolução científica, mostram-se ineficazes ao serem confrontados com determinadas realidades históricas.

A fim de exemplificar sua posição, o autor se refere ao texto de Magali Larson (1977), no qual a autora defende que:

certos valores tidos como anti-mercado e anti-capitalista (o ‘ideal de serviço’, a

‘vocação’ como sinalização do valor intrínseco do trabalho, o altruísmo) tenham sido incorporados aos projetos profissionais (mobilidade coletiva e controle do mercado) como camada ideológica destinada a carrear crédito social para as profissões e fazer crer na dimensão ética do seu exercício (COELHO, 1999, p. 296).

Coelho vai mostrar, por meio da trajetória da profissionalização dos advogados no Brasil e na França, que esses valores são facilmente colocados de lado para a defesa dos privilégios econômicos. Coelho conclui que os “grupos de status abominam o livre desenvolvimento do mercado, em particular para aqueles bens (materiais ou simbólicos) que eles normalmente usurpam através de monopólios”.

Assim, para Coelho, a especificidade das profissões está no êxito corporativo em obter o monopólio do exercício profissional, através de dominação ideológica e da articulação com o Estado.

Na mesma linha de argumentação, Carapinheiro (1993, p. 152), lembra Gritzer que, ao discutir a especialização da medicina, vai propor, como modelo interpretativo da profissionalização na medicina, um controle do mercado de trabalho.

A seguir:

Assim, em vez de consagrar o conhecimento complexo e esotérico como fator principal na especialização destas profissões, estabelece que são fatores materiais, como as tecnologias, que favorecem o reconhecimento da especialização das práticas de grupos profissionais da saúde e só depois, para a organização de monopólios no mercado, é que o conhecimento joga papel legitimador. Considera que a especialização na esfera da saúde tem tomado quatro formas: organização de grupos profissionais mais poderosos; segmentação interna nestes grupos; formação das profissões de saúde aliadas a estes grupos; e especialização interna a estes últimos grupos.

A partir dessas discussões, pudemos observar que a Sociologia das profissões atribui grande importância aos interesses corporativos na estruturação do arcabouço ético e abrangência de ação profissional, estabelecendo limites para o desenvolvimento científico e tecnológico na justificativa de ação profissional.

3.3 O SIGNIFICADO DO TRABALHO

A partir dessas discussões, fazendo uma ponte com a fenomenologia, é possível perceber que o médico estabelece diversos níveis de aproximação com o seu objeto de trabalho, por intermédio do condicionamento da ação. Por meio da Sociologia Fenomenológica de Schutz, pode-se entender que os contextos e modos de apreensão de significação subjetiva, seus e dos outros, são vistos pelos sujeitos sociais como parte de um mundo objetivo perceptível, uma vez que os elementos constitutivos das estruturas sociais e históricas são vistos como naturais. Isso faz com que uma visão específica e relativa do mundo da vida apareça como constituinte dos elementos da situação biográfica existente.

Schutz parte da pressuposição de que as pessoas se defrontam umas com as outras numa realidade já construída e que tem significado para elas. Nesse sentido, a fenomenologia de Schutz busca abster-se de qualquer hipótese causal relativa ao *status* ontológico dos fenômenos analisados. O importante é compreender um determinado fenômeno social a partir de dados originários da própria experiência humana.

O que chama a atenção nas discussões sobre a Sociologia das profissões é que, independente da forma de análise e de explicação sociológica utilizada, há uma recorrência à medicina na centralidade das ocupações observáveis. A escolha dessa atividade pode ser explicada devido ao êxito obtido pela medicina na reivindicação de um monopólio de atuação e construção de uma ideologia meritória, que lhe confere autonomia e *status* social. Além disso, o imaginário social atribui ao médico uma grande importância devido à sua função, reconhecimento esse que confere um prestígio dificilmente igualado por qualquer outra profissão.

Se relacionarmos os elementos constitutivos da profissão, naturalmente, podemos observar que os profissionais dessa categoria estabelecem uma identidade com a ideologia profissional ao mesmo tempo em que a reafirmam a identidade profissional, com o intuito de manter seus privilégios sociais e o monopólio de sua atividade. O conjunto de características definidoras de profissão nos leva a aventar que

essas características influenciam sim na formação da identidade do indivíduo, que passa a ter a autoimagem formada a partir da percepção da expectativa do grupo e das atribuições sociais de sua função.

Isso leva o indivíduo a se comportar de acordo com sua posição social. Assim, a internalização de valores e ideais próprios à função desempenhada é contraposta às expectativas de apreensão de bens sociais referentes ao lugar que o indivíduo acredita pertencer na sociedade. Vários autores se referem sobre a importância do monopólio do saber profissional para o médico, a fim de garantir seu lugar de mercado e seu poder social.

A educação específica, junto com a valorização social da profissão, traz consigo um outro elemento importante: a meritocracia. Utilizamos aqui esse termo no sentido de uma ideologia típica de classe média, que leva o indivíduo a acreditar ser possuidor de 'dons e méritos' superiores aos demais e que, portanto, merece deter privilégios sociais.

O monopólio do conhecimento médico permitiu ao longo do tempo que os médicos reivindicassem a capacidade de autorregulamentação de suas atividades, exaltando os princípios éticos da profissão, como capazes de atender os melhores interesses do paciente. Sharpe e Faden (2001), em estudo sobre a evolução da medicina americana, cujo foco é a iatrogenia, fenômeno cuja principal característica é o malefício causado pela prática médica, como a doença ou o erro, acentuam que o princípio ético de não causar mal ao paciente é utilizado como argumento para a autonomia profissional do médico, bem como para a individualização da culpa, no caso de algum dano ao paciente. A mesma autonomia é transferida para a pesquisa produzida por médicos. Os autores consideram que:

(...) Como vemos, a política social sancionada de autorregulamentação profissional depende em grande parte da concessão de autonomia moral aos médicos individualmente. Tratando-se de cuidados com o paciente, a responsabilidade continuou sendo a norma. Agora, quando elementos da profissão começam a dirigir pesquisas em seres humanos, tal autonomia foi estendida ao seu novo papel. Assim como a integridade do médico foi considerada suficiente para salvaguardar o paciente, também a integridade do médico/pesquisa foi suficiente para salvaguardar os sujeitos individualmente. (SHARPE e FADEN, 2001, p. 50- TN³⁵).

³⁵ (...) As we have seen, the socially-sanctioned policy of professional self-regulation depend largely on the granting of moral autonomy to individual physicians. Where patient care was concerned, personal

Sharpe e Faden destacam, ainda, o caráter paternalista na regulamentação da profissão médica nos Estados Unidos até meados da década de 1960, acentuando que, na relação médico paciente, os primeiros, por deter o conhecimento esotérico sobre a dor e a doença, estão mais capacitados a tomar decisões no interesse do paciente, asseverando que:

Este papel protetor foi inteiramente coerente com o *ethos* de paternalismo que caracterizava a relação entre médico e paciente. Não era somente obrigação do médico beneficiar o paciente e não causar dano, mas o conhecimento de apenas o que constituía benefício e dano passou a estar disponível somente para o médico. (SHARPE e FADEN, 2001, p. 51 - TN³⁶).

Segundo esses autores, a autonomia aos pacientes foi concedida através de maior regulamentação do trabalho médico, a partir das constatações de crescentes iatrogenias. O crescimento de julgamento de casos de má prática e erros médicos permitiu a institucionalização do ‘termo de consentimento’, no qual o paciente é comunicado sobre os riscos dos procedimentos e consultado sobre o desejo de sofrer esses riscos. O limite do termo de consentimento é claro: o paciente deve escolher entre o risco que o procedimento oferece e o risco de não fazer o procedimento. Uma vez que o paciente não tem informação técnica suficiente para a tomada de decisão, ele é facilmente influenciado pelo médico.

No caso do erro médico no Brasil, obtivemos um exemplo semelhante ao processo histórico que levou ao termo de consentimento nos Estados Unidos. No Estado do Paraná, o Conselho Regional de Medicina – CRM- instruiu todos os cirurgiões plásticos a apresentar, aos seus pacientes, um termo de ciência dos riscos

accountability remained the norm. Now, as members of the profession began to direct human subjects research, that autonomy was extended to their new role. Just as the physician's integrity was deemed sufficient to safeguard the 'patient', so too was the integrity of the physician/research sufficient to safeguard individual subjects

³⁶ this protective role was entirely consistent with the ethos of paternalism that characterized the relationship between doctor and patient. not only was it the physician's obligation to benefit the patient and do no harm, but knowledge of just what constituted benefit and harm was assumed to be available only to the physician.

do procedimento cirúrgico e dos limites da cirurgia plástica. Esse procedimento fez diminuir o número de acusações de erros médicos a essa disciplina, segundo um informante do CRM-PR, que não soube (não quis) fornecer os dados sobre o número de queixas a essa disciplina cirúrgica. Informou, porém, que, após essa instrução, a cirurgia plástica que constava como primeira disciplina em número de queixas passou a terceira, atrás da obstetrícia e da oftalmologia. Essa orientação do CRM-PR coloca duas questões importantes: 1) houve real redução de erros na cirurgia plástica, ou a existência do termo de ciência fez com que o médico passasse a informar melhor seu paciente sobre os riscos do procedimento, diminuindo o risco de desapontamento e, conseqüentemente, de queixas ou 2) o paciente não faz queixa porque se sente impedido pelo termo assinado.

Retomando o interacionismo simbólico de Mead, Habermas vai discutir que a identidade do indivíduo é formada a partir de uma série de necessidades criadas desde a infância, a fim de estabelecer uma socialização efetiva; essa predisposição interativa permite que o indivíduo, ao participar de uma instituição qualquer, passe a orientar suas ações e comportamentos de acordo com o esperado por ela, o que lhe possibilita estabelecer uma comunicação efetiva com os participantes do mundo social em que está inserido. Habermas explica da seguinte maneira a socialização e a interação social:

Estamos considerando o processo de socialização a partir da perspectiva do desenvolvimento da criança, mas limitando-nos ao aspecto da construção de um mundo social que aparece ao indivíduo socializado como a realidade normativa do "outro generalizado." Ao aprender a seguir as normas para a ação e assumir papéis de ação cada vez mais 'A' adquire a capacidade generalizada de participar de interações normativamente reguladas. Certamente que, adquirida esta capacidade de interação, o indivíduo também poderia adotar em relação às instituições uma atitude objetivante, ou seja, olharia para si mesmo percebendo os elementos não normativos de cada situação, em vez de medidas de regulamentação. Mas 'A' não poderia entender o significado da palavra "instituição" se houvesse adotado em suas referências pessoais, que aquela atitude é a única, que pode obedecer ou violar as regras. O homem só pode fazer referência como um ato comunicativo a algo em um mundo social, se adotar uma *atitude de conformidade* com as regras e como guia de suas ações por reivindicações de validade.

A Know How é tal que permite a reorganização das próprias disposições comportamentais: ". O consigo mesmo é essencialmente uma estrutura social e se forma como uma experiência social" A mudança da interação mediada simbolicamente à interação regulada por normas, não é apenas a possibilidade

para a transição a um entendimento modalmente distintos. Não é apenas a construção de um mundo social, mas também a reorganização simbólica dos motivos de ação. (grifos do autor) (HABERMAS, 1999, v. II p. 62- TN³⁷).

Em um livro que dá voz aos médicos, apresentando sua trajetória, Grosseman e Patrício (2004) apresentam relatos sobre as histórias de vida dos profissionais, desde a motivação para a escolha da profissão até sua prática profissional. As falas dos médicos sobre suas carreiras enfatizam questões, como dificuldades, perseverança, sacrifício, altruísmo, que aparecem marcadamente em sua obra. Ou seja, a visão dos entrevistados, que parece ser compartilhada pelas autoras, é que ‘ser médico’ é um caminho para poucos, pois é uma profissão que cobra um grande atributo pessoal de seus praticantes.

Naturalmente, para concordarmos com essa ideia, precisaríamos de análises comparativas com o percurso social de indivíduos de outras profissões e/ou ocupações. Ao observarmos a duração e a carga horária do curso de medicina, bem como a carga horária de trabalho semanal desses profissionais³⁸, devemos concordar que essa é uma profissão que aparenta exigir um grande esforço pessoal. Seria necessário um estudo mais aprofundado para verificar quais os aspectos de conflito social são empreendidas por esses profissionais, pois, se por um lado há uma queixa importante

³⁷ Hemos considerado el proceso de socialización desde la perspectiva del desarrollo del niño, pero limitándonos al aspecto de la construcción de un mundo social que aparece al muchacho socializado como la realidad normativa del “outro generalizado”. Al aprender a seguir normas de acción y a adoptar cada vez más roles, A adquiere la capacidad generalizada de participar en interacciones normativamente reguladas. Ciertamente que, adquirida esta competencia de interacción, el muchacho también puede adoptar, frente a las instituciones una actitud objetivante, es decir, mirirlas como si se tratara de ingredientes no normativos de cada situación de acción. Pero A no podría entender el significado de la palabra “institución” si no hubiera adoptado de sus personas de referencia aquella actitud que es la única en que pueden obedecer o violar normas. El muchacho solo puede hacer referencia con un acto comunicativo a algo en el mundo social si sabe como adoptar una *actitud de conformidad con las normas* y cómo orientar su acción por pretensiones de validez.

Este *Know How* es tal, que permite una reorganización de las propias disposiciones comportamentales: “El si mismo es esencialmente una estructura social y se forma en la experiencia social”. El Tránsito desde la interacción mediada simbólicamente a la interacción regulada por normas no sólo posibilita el paso a um entendimiento modalmente diferenciado. No sólo significa la construcción de un mundo social, sino también la reestructuración simbólica de los motivos de la acción.

³⁸ A questão da educação médica e das condições de trabalho e situação de trabalho será analisada nos próximos capítulos, mas devemos lembrar que observar estes números sem uma análise aprofundada pode levar a equívocos de interpretação. Um analista cuidadoso deve lembrar que uma extensa carga horária de aulas e um curso extenso podem não necessariamente se traduzir em esforço cognitivo e sim em barreira social ao ingresso na profissão, bem como a extensa carga horária de trabalho pode ser resultado de uma opção individual (ou pressão do grupo) a fim de manter uma capacidade aquisitiva que mantenha a distinção desta categoria profissional.

sobre a desvalorização social e frequentes pronunciamentos em defesa da categoria, por outro, há a constante reivindicação do ideário liberal e a recusa ao assalariamento³⁹.

Grosseman e Patrício mostram que a satisfação com o trabalho do médico ocorre na interação com o paciente e na atividade desempenhada, enquanto as decepções ocorrem devido às condições sociais do trabalho, desde as condições em que o trabalho é realizado até as recompensas (principalmente a ausência dessas) recebidas. A possibilidade de minorar cura, o retorno afetivo do paciente (seu agradecimento, reconhecimento, carinho) são frequentemente referidos como as melhores coisas da profissão.

Ou seja, o prazer do trabalho é obtido pela possibilidade de liberdade individual e pela capacidade criativa que esse permite, pois é o que reafirma para o médico o ideário de sua atividade, sua identidade profissional, que inclui elementos como abnegação, altruísmo e grande capacidade intelectual. Estudos clássicos da Sociologia do trabalho vinculam a satisfação com a profissão em dois aspetos: o social, por intermédio da importância para o coletivo do trabalho realizado, e o individual, pela possibilidade de desenvolvimento da criatividade e autonomia do trabalhador.

(...) então, quando a gente consegue atender o paciente e ver o resultado daquilo que você fez, é ótimo! Mesmo quando o paciente não é muito reconhecido, mas você sabe que fez um bom trabalho (...) às vezes o caso é difícil... Agora, o melhor sempre é o reconhecimento... Eu atendi uma paciente (...), o médico dela não estava, já tinham ligado para ele e ele tinha mantido a terapêutica, que aparentemente estava correta... Mas o pai dela achava que tinha alguma coisa errada e como ele estava muito ansioso, a enfermeira pediu para eu ir lá.

Quando examinei a paciente ela estava meio parada, achei que fosse alergia a medicamento, mas ela estava com depressão respiratória. Na hora, eu vi que tinha alguma coisa errada. Parei com o medicamento que estava sendo aplicado e fechei o soro... então fui checar: Devia estar correndo (sendo aplicado) Quemicetina,(antibiótico) mas estavam dando Ketamin (um curare-droga paralisante), para a paciente... ela podia ter morrido. E eu percebi que tinha alguma coisa errada pelo exame clínico... Nunca me senti tão médico na minha vida... Erraram no medicamento: a farmácia enviou a droga errada e a enfermeira não conferiu, mas quando você consegue reverter... Foi para isso que escolhi essa profissão. (Anestesista)

Por esse relato, percebemos que quando o trabalho permite ao sujeito

³⁹ Ao discutirmos formas de remuneração para a profissão médica, no capítulo V sobre condições de trabalho, vemos que os médicos sempre preferem remuneração por procedimento.

desenvolver toda sua capacidade, ou quando ele obtém o reconhecimento social pelo seu trabalho, a satisfação no trabalho aparece completamente. Naturalmente, no caso desse erro, o reconhecimento vem apenas dos colegas de trabalho que tomaram conhecimento do caso, uma vez que o erro sequer foi mencionado ao paciente.

Vale lembrar que o trabalho médico tem uma importante dimensão subjetiva que é o trato direto e constante com o indivíduo enfermo. Assim, quando o resultado da atividade tem uma recompensa imediata, como aliviar a dor, ou, como no relato acima, salvar efetivamente a vida de um paciente, a satisfação com o trabalho em si, na atividade desempenhada, aparece acentuadamente, independentemente das recompensas sociais que acompanham a profissão.

Uma questão importante a ser relatada a respeito dessa entrevista foi a relativa tranquilidade com que obtivemos esse depoimento. Isso ocorreu porque o médico estava falando de um erro 'evitado' pelo seu trabalho e não causado pela prática médica. Em sua visão, a grande falha foi do funcionário que fez a dispensação do medicamento e do enfermeiro que não o conferiu adequadamente, ou que, segundo o entrevistado, talvez sequer soubesse qual o emprego do mesmo. O fato de a prescrição do medicamento não estar suficientemente clara para que esses trabalhadores a compreendessem, não apareceu em sua fala como uma causa importante para o erro. Vejamos:

(...) é claro que temos de ter cuidado ao passar a prescrição..., mas se não pudermos contar com profissionais qualificados isso não adianta nada... O trabalho do médico é muito corrido, exige muita responsabilidade! Ainda ter de fiscalizar o trabalho do enfermeiro... Não dá! Tem alguns enfermeiros bons, mas tem muitos que são descompromissados... (Anestesista).

Em nossas entrevistas, apesar de não ter sido esse o objetivo de nossa pesquisa, percebemos que os médicos, que mantêm um contato maior com o paciente ou trabalham em atividades em contato excessivo com a dor, relatam a angústia de acompanhar o sofrimento do paciente e de sua família. Esses médicos, porém, nos pareceram ser os mais dedicados ao trabalho e os que mais gostavam da atividade em si e reclamavam menos das condições sociais da vida e mais das condições do trabalho médico. Percebemos um julgamento semelhante entre os profissionais de

saúde que, frequentemente, referiam-se de maneira negativa aos médicos ‘descompromissados’, ao mesmo tempo em que se referiam aos médicos empenhados, que trabalham muito e reclamam pouco e conseguem manter um bom relacionamento com a equipe. A fala a seguir demonstra a estratégia de um médico para driblar as limitações do sistema de saúde e oferecer um serviço que considera mais adequado para o paciente:

(...) é muito difícil quando a gente perde o paciente, mesmo quando os pais já estavam esperando... No fundo todo mundo quer algum milagre, que o paciente se recupere, mas a medicina tem um limite... Mas eu sei que fiz o que pude, os pais e o paciente, confiaram em mim e eu fiz o melhor... Ainda assim...é duro. Eu não esqueço nunca, nenhum de meus pacientes, nem de seus pais... (Sobre as condições de trabalho). (...) a medicina tem limites, mas o sistema de saúde é muito ruim... Falta muito material; eu, às vezes levo coisas de hospital X para hospital Y. Sei que tá errado, mas se eu tenho um pacientinho e ele precisa de alguma coisa que não tem, eu acabo levando... Estes dias estava faltando abocat (espécie de agulha pequena e flexível que fica no paciente evitando excesso de picadas), daí eu levei algumas, já houve ocasião em que eu levei medicamentos. Tá errado? Tá! Mas não estou ganhando nada com isso, é para o paciente. Se eu pudesse, eu pagaria, já cheguei a comprar coisas, mas eu não posso comprar tudo, e se lá não tem (...) ele é meu paciente como o outro. (Hematologista infantil)

Esse relato, além de colocar a pessoalidade acerca da relação médico - paciente, demonstra que nos casos em que as moléstias demandam tratamento de longa duração, a relação entre profissionais, pacientes e familiares se estreita, aumentando o comprometimento do médico que, nesse caso, utiliza de subterfúgios para conseguir melhor tratamento e evitar riscos e sofrimento devido à precariedade do sistema de saúde. O comportamento do médico é naturalmente adequado à sua identidade e manter sua imagem, ou desempenhar adequadamente seu papel social, pressupõe alguns padrões que visam o reconhecimento do médico por si mesmo e pelo outro.

Sabemos que uma multiplicidade de interações oriundas da atividade manifesta-se no comportamento do indivíduo. As condições objetivas nas quais o trabalho é realizado atuam sobre o indivíduo, suas características físicas, morais e intelectuais influenciam não apenas em seu comportamento. O comportamento profissional do médico é composto por elementos que variam em forma e intensidade dependendo de

vários fatores, tais como local de atuação (hospital, consultório, clínica – clínica de várias especialidades, que realizam pequenos procedimentos que não demandem centro cirúrgico ou UTI –); forma de contrato de trabalho (pagamento por atividade, por hora, ou alguma outra forma); tipo de instituição de saúde (pública, privada, filantrópica, mista); origem social do paciente (estrato social); e, também, de acordo com a especialização e a orientação política do médico, ou seja, através de quadros de relevância impostos, motivações e conhecimentos dos profissionais em interação.

Um traço referido ao comportamento médico é o autoritarismo⁴⁰, confundido pelos médicos como assertividade, pois eles consideram esse comportamento necessário para obter a cooperação e a confiança do paciente, pois uma vez que ele espera que o médico tenha confiança no trabalho que está desenvolvendo, adquirida mediante qualificação, esses profissionais imaginam que uma imagem de ‘firmeza’ ajuda a diminuir a insegurança do paciente e garante melhor adesão à terapêutica adotada.

É preciso salientar que esse comportamento tem uma grande efetividade para uma parte considerável de pacientes que têm a autoridade emanada pelo médico como garantia de eficácia do tratamento. Naturalmente, mesmo que o paciente considere que o comportamento do médico seja adequado, mas cuja terapêutica não apresente o resultado esperado, o conceito previamente formulado sobre o médico pode ser reinterpretado e questões antes não aventadas passam a ter relevância para o paciente.

Ao discutir a questão da autoridade suprapessoal e padrões de conduta, Habermas (1999) lembra que esses são constitutivos da apreensão do indivíduo do mundo social, como a:

totalidade de relações interpessoais legitimamente reguladas (...). As representações dos laços sociais, da autoridade, da lealdade desprendem-se dos contextos e pessoas de referência particulares e transformam-se nos conceitos da obrigação moral, da legitimidade de regras, da validade

⁴⁰ Documentos do PNH – Plano Nacional de Humanização do SUS e do Programa Humaniza SUS, constantemente referem-se à necessidade de atendimento clínico que vise o sujeito e não a doença e na necessidade de eliminar o autoritarismo, tanto na gestão de pessoas no próprio SUS quanto com o paciente a fim de construir um trabalho em equipe e permitir maior autonomia ao paciente (PORTAL DA SAÚDE, 2000).

Então, características como “ser bravo”, exigente ou ocupado, geralmente são vistas de maneira positiva, pois imprimem no esquema de relevâncias utilizados pelo paciente a confiança de que a postura autoritária é legitimada por uma autoridade merecida, ou seja, o médico ‘pode ser enérgico’, porque ele ‘sabe’ o que está fazendo. Numa análise sociológica, é fácil fazer a associação entre a autoridade do médico e a dominação legal de Weber. A fragilidade em que se encontra o indivíduo doente faz com que ele não apenas aceite a autoridade do médico, mas que também a deseje, pois esse é o portador do conhecimento da cura e, portanto, deve dizer-lhe o que fazer.

O respeito atribuído à autoridade profissional tem um componente extremamente negativo quando o paciente passa a esconder comportamentos do médico com a finalidade de não ser repreendido. Os médicos reconhecem que os pacientes, frequentemente, não contam toda a verdade, mas não é comum o estabelecimento de negociações ou de acordos na relação com a finalidade de estabelecer um relacionamento mais honesto e com melhor eficácia terapêutica. A fala, a seguir, demonstra a dificuldade que o paciente apresenta em ser totalmente honesto com o seu médico, ou seja, a dificuldade de comunicação:

Eu fumo, mas quando tenho consulta eu tomo cuidado de ficar sem fumar, lavar os cabelos, chupar balas (...) para o meu médico não perceber... Ele acha que eu parei, porque quando ele perguntou pela última vez, eu disse que só de vez em quando.(...) é muito difícil...Se ele sabe que estou fumando, fica me chateando... (Paciente oncológica, que já fez uma mastectomia).

É claro que a gente sabe que o paciente não está fazendo a dieta direito... Você vê o paciente engordando, inchando, cada vez mais dependente da insulina... Vou fazer o que? Dizer que pode comer? Continuo insistindo que tem de fazer dieta... (Clínico geral)

Nossa abordagem é diferente da abordagem do médico, por isso dá certo com a maioria dos pacientes. Mudar de hábito é difícil, então o trabalho do nutricionista é principalmente educativo. Junto com o paciente, vamos descobrindo maneiras dele se alimentar com prazer e sem se prejudicar. É um trabalho de longo prazo. Aqui na clínica, os médicos reconhecem nosso trabalho, mas demoraram em perceber que o trabalho educativo dá certo. A maioria (médicos de outros locais de atuação) acha que basta dizer ao paciente

o que ele pode e não pode comer e o paciente tem de obedecer. É muito difícil trabalhar com eles, se eles te vêem conversando com o paciente e explicando quando ele pode comer determinado alimento, eles acham errado. Já aconteceu de o médico interromper uma consulta com o paciente e dizer que aquele alimento está proibido. Não é assim que nós trabalhamos. Às vezes é melhor ensinar ao paciente para que ele coma um pouco de maneira adequada, do que proibir para ele comer como quiser. (nutricionista de uma clínica nefrológica).

Podemos perceber que muitos médicos ainda veem sua atuação de maneira bastante reduzida, considerando que sua função limita-se a explicar ao paciente sua moléstia e a maneira adequada de tratá-la. Apesar das frequentes discussões sobre a importância da humanização do atendimento médico e da necessidade de compreender as características sociais e culturais do paciente para uma melhor abordagem terapêutica, essa prática ainda não está disseminada. As causas disso são de várias ordens: modelo de formação, situação de trabalho inadequada, desconhecimento da fronteira adequada para a atuação, dificuldade em relacionar-se com o paciente.

Por outro lado, a sujeição do paciente ao médico dificulta que aquele se coloque como sujeito e apresente a este suas dificuldades. O paciente, ao ver o médico como superior, portador do conhecimento sobre a morte, intimida-se e aceita as orientações que lhe são dadas mesmo sabendo que não irá cumpri-las. Por outro lado, o medo do contágio, da dor e do sofrimento do paciente e a insegurança de ter de responder a problemas para os quais não está preparado levam os médicos a manter atitudes de distanciamento.

Uma atitude comum, referida por pacientes sobre as consultas médicas, é a ausência de contato visual do médico com o paciente. É comum o médico anotar queixas sem olhar para o paciente, enquanto este responde às perguntas feitas e quando aquele retorna o olhar, o paciente mantém a mão sobre a boca ou parte do rosto, de maneira a esconder suas emoções. Esse fato é importante de ser registrado, por ser corriqueiro em muitas instituições de saúde e consultórios médicos, o que demonstra um comportamento compartilhado pelos profissionais, ou seja, a reprodução de um padrão de imitação na consulta médica.

Em uma obra na qual utiliza metáforas para explicar os comportamentos organizacionais, Morgan (1996) explica as prisões psíquicas criadas pelo comportamento organizacional da seguinte maneira:

Entre todos os animais, somente os homens têm consciência a respeito do fato de que vão morrer e são obrigados a passar as suas vidas tendo o conhecimento do paradoxo entre a capacidade de transcendência espiritual, quase divina, e existência dependente de uma estrutura finita de carne e ossos, que em última análise, irá sucumbir e desaparecer. (...) Isso explica a necessidade humana de criar um mundo objetivo, uma cultura de crenças e idéias compartilhadas, com a finalidade de nos engajarmos em algo mais duradouro, como um sistema de defesa que nos ajuda a criar a ilusão de sermos maiores e mais poderosos (MORGAN, 1996, p. 218-220).

Essa perspectiva nos ajuda a compreender a sujeição do paciente, bem como a necessidade de se autoafirmar do médico. Apesar de a relação médico - paciente não ser a preocupação de Morgan, ao abordar a psicologia das organizações, o referido autor nos fornece aportes sobre a regressão do paciente ao submeter-se à autoridade. Não se trata apenas do medo da morte colocado pela moléstia, mas o conhecimento da inexorável morte que o leva a confiar num sistema de valores, a medicina como ciência da saúde e da vida, cujo representante é o médico, e, portanto, somente ele é capaz de defendê-lo ou de postergar sua aniquilação.

Seria um exagero utilizar uma teoria de comportamento de grupo e aplicá-la diretamente na análise do relacionamento médico - paciente, mas se lembrarmos que as análises do comportamento organizacional partem dos estudos sobre os indivíduos e os relacionam com as organizações (suas teorias são oriundas de teóricos como Sigmund Freud, Anna Freud, Melanie Klein, Wilfred Bion, Karl Jung), podemos fazer o caminho inverso a partir das análises comportamentais nas organizações e entender um relacionamento de trabalho particular.

Morgan cita as três atitudes típicas para aliviar as tensões nos trabalhos em grupo, vistas pelo autor como ambiente organizacional. Acreditamos que essa análise, atribuída aos membros das organizações, pode nos ajudar a compreender o medo do paciente e a resposta dos médicos e das equipes de tratamento, bem como a submissão daquele.

São elas:

^{1º}) o modelo de *dependência*, na qual é eleito um líder muitas vezes desviando a atenção para um indivíduo em particular. Esse líder quando surge, acaba fornecendo os traços de fantasias dos indivíduos que projetam aspectos desejados na figura do líder. No caso das organizações, o autor salienta que

esse líder irá necessariamente desapontar os membros do grupo por ser incapaz de atender todas as expectativas construídas.

2^a) o *emparelhamento*; acontece quando os membros do grupo acreditam em uma figura messiânica que irá surgir e livrar o grupo de seu estado de medo e de ansiedade. Novamente a expectativa de espera dessa tal figura leva à inatividade, pois a ação é atribuída a ele.

3^a) *fuga e luta*; esse padrão de resposta ao medo é um mecanismo de projeção e de atribuição de seus medos a um inimigo oculto. (MORGAN, 1996, pp.145,147).

Naturalmente nossa associação direta no relacionamento médico - paciente, é que o segundo atribui ao primeiro a função de líder, colocando-se numa posição de dependência, atribuindo ao médico uma capacidade supra humana ou considerando determinadas condutas orientadas como ameaçadoras de sua integridade.

A posição de autoridade emanada e reivindicada pelo médico tem a função de manter o distanciamento, ao mesmo tempo em que dificulta a cobrança do paciente, uma vez que sua capacidade de julgar ou questionar o saber médico é diminuída. A infantilização do paciente é frequentemente reportada nos estudos sobre a saúde, bem como a arrogância do médico, e é atribuída ao modelo da biomedicina devido à função social que o hospital adquiriu na sociedade moderna. É já clássica a frase de Canguilhem (1977) de que quem procura o médico é o doente, mas aquele trata apenas da doença.

Assim, vários autores atribuem a apropriação do corpo e da doença pela medicina, bem como a dissociação da doença com o indivíduo, como responsáveis pela flagrante impessoalidade no atendimento à saúde. Naturalmente, a estas questões mais epistemológicas da prática médica estão relacionadas as questões centrais da modernidade ou do capitalismo, como o individualismo, a necessidade de produção, o adoecer como sinônimo de prejuízo e fraqueza moral, e estão diretamente ligadas ao nosso problema de pesquisa, uma vez que vimos que o erro diagnóstico tem um componente causal importante e a forma como se dá o relacionamento do médico com o paciente, ou a sua capacidade de comunicação.

3.4 O ATO TÉCNICO E O ATENDIMENTO

Em artigo que faz um breve resgate das discussões sobre a relação médico - paciente Caprara e Franco (1999) lembram que o fundamento dessas relações é derivado da interpretação da função do médico em relação ao seu trabalho, no qual a técnica é o fundamento da ação:

A doença é interpretada pela concepção biomédica como um desvio de variáveis biológicas em relação à norma. Esse modelo fundamentado em uma perspectiva mecanicista, considera os fenômenos complexos como constituídos por princípios simples, isto é, relação de causa- efeito, distinção cartesiana entre mente e corpo, análise do corpo como máquina, minimizando os aspectos sociais, psicológicos e comportamentais (CAPRARA e FRANCO, 1999, p. 650-651).

Mendes-Gonçalves (1994), em um estudo realizado numa Regional de Saúde que contou, além das entrevistas, com a observação de consultas, ao reportarem o atendimento e as interações presenciadas entre o médico e seu paciente, chamam a atenção para o fato de que a clínica reduz seu paciente a objeto de trabalho; e a dimensão biológica do processo saúde-doença sobrepõe-se totalmente sobre os outros componentes que dizem respeito ao bem-estar do paciente. Assim, as questões sociais que dizem respeito ao modo de vida do paciente não são observadas nesse processo, no qual a cura apresenta uma prática mecanicista: doença/conduita, doente/procedimento, queixa/conduita. Assim a prática médica é ancorada numa tecnologia vista como uma forma de trabalho, na qual o saber e seus desdobramentos são seus fundamentos. Assim, para Mendes-Gonçalves a tecnologia tem as seguintes funções ou características:

de “reduzir a produção precisamente a uma função técnica abstrata (...) *tecnologia* (grifo do autor) refere-se aos nexos técnicos estabelecidos no interior do processo de trabalho entre a atividade operante e os objetos de trabalho, através daqueles instrumentos. Refere-se às configurações reciprocamente assumidas ou assumíveis pelo conjunto daqueles três momentos do processo de trabalho, dados os objetivos, as finalidades do mesmo (MENDES-GONÇALVES, 1994, p.18).

Por essa análise, percebemos que a distância – ou a objetivação no trabalho médico – é constitutivo da profissão, uma vez que foi incorporada à prática o atendimento à queixa e não ao paciente⁴¹. Como vimos no capítulo I, o fracionamento do trabalho, seja por meio de especialidades médicas, seja por intermédio da organização do próprio trabalho, se traduz como um elemento que pode ajudar na produção do erro médico, bem como o uso inadequado da tecnologia pode ser uma causa importante de erro, quando o médico tem dificuldade de avaliar a importância dos falsos positivos e falsos negativos, ou mesmo, tem dificuldades em indicar os procedimentos e uso adequado da tecnologia.

Campos (1997) atribui a redução do paciente em grande desequilíbrio de poder na relação médico - paciente. A esse desequilíbrio, o autor atribui grande parte à degradação do trabalho em saúde, devido à ganância financeira na área privada e excesso de burocratização na área pública, assim como disputas de poder levam a uma forma de organização do trabalho que, visando exclusivamente à produção, se traduz na alienação do profissional de saúde com consequente afastamento do profissional com o resultado de seu trabalho.

Diz o autor que “a organização parcelar do trabalho em saúde e a consequente fixação do profissional a determinada etapa de um certo projeto terapêutico produzem alienação” (CAMPOS, 1997, p. 234). A alienação teria, assim, a responsabilidade do descompromisso do trabalhador com a saúde do paciente, fixando sua preocupação apenas com a etapa do trabalho que está realizando, com sérias consequências, tanto para o paciente como também para o médico.

Ainda de acordo com o pensamento de Campos:

A fixação da inteligência e da disciplina em fragmentos do processo de reabilitação ou de promoção de saúde não somente embrutece o profissional, como o aborrece (...) na saúde, é necessário reaproximar os trabalhadores do resultado de seu trabalho. É recomendável voltar-se a valorizar o orgulho profissional pelo esforço singular realizado em cada caso (CAMPOS, 1997, p. 235).

⁴¹ Esse modelo de prática médica tem sido criticada por estudiosos de saúde, e práticas de atendimento centrada no paciente tem sido estimulada por programas do SUS, nas discussões sobre diretrizes dos cursos de medicina e mesmo em boletins e artigos de conselhos médicos e colégios de especialidades. Porém, como veremos no capítulo IV sobre a formação médica, porém ainda é um modelo de formação médica bastante utilizado.

Assim, para o autor, a conhecida distância no relacionamento médico - paciente pode ser superada com o estímulo da “liberdade criadora e a delegação ampliada de responsabilidade aos profissionais” (CAMPOS, 1997, p. 235). Ou seja, apesar da alienação causada pelo processo de trabalho parcelar, os trabalhadores de saúde ainda detêm uma grande parcela de poder, como detentores do conhecimento da doença e como depositários da confiança social. Campos alerta para os perigos da liberdade ilimitada, que pode levar à submissão, resgatando a condição de cidadania do paciente e a defesa da vida como mote norteador da ação, tomando-os como caminhos possíveis para resgatar a satisfação do trabalho dos médicos e melhorar as condições de atendimento da população.

Um bom exemplo da crítica ao distanciamento do relacionamento entre médico e paciente pode ser visto a seguir:

(...) Os métodos semiológicos, os regulamentos de hospitais e da prática clínica em geral, todos procuram assegurar a repetição regular deste padrão asséptico de relação. Apoiando-se nestes regulamentos, os profissionais poderiam afogar qualquer vestígio de solidariedade que teimasse em aparecer durante a convivência obrigatória a que estão condenados terapeutas e enfermos. Até a imposição de sofrimento ao outro é admissível porque estaria se dando, sempre, em benefício da vítima. Trata-se de um poder incomensurável, trata-se de um poder forte o suficiente para retirar a humanidade do objeto a ser tratado. E o curioso é que essa retirada se daria em nome dessa mesma humanidade subtraída. Na verdade, os médicos foram perdendo compromisso direto com o cliente e a moralidade da prática se daria em função de uma honra profissional abstrata, de regras de boa conduta profissional. A medicina teria compromisso com a saúde em geral, com a humanidade em geral, com o saber médico em geral, mas não necessariamente com nenhum paciente em particular ou com nenhuma parcela real da população. (...) A saúde pública esteriliza as relações (...) para isso, basta considerar o objeto de trabalho como sendo uma ‘população’ ou uma ‘coletividade’ (CAMPOS, 1997, p. 243).

Schraiber (1993), em um trabalho realizado a partir de entrevistas, salienta que o capitalismo não levou o médico a perder a propriedade do saber, porém a universalização dos atos com a supervalorização da ciência e da técnica tornaram a prática médica um conjunto de atos repetidos e protocolares, previamente habilitados pela ciência.

Isso ocorreu quando se deu a superação do trabalho médico liberal e a

implantação da medicina tecnológica (entendida como um conjunto de especialidades e de equipamentos diagnósticos e terapêuticos). Assim, o trabalho médico, visto pela autora como um misto de forma de ação e forma de conduta ética e moral, o afasta da concepção tradicional de trabalho manual, devido ao valor intrínseco da atividade, estando a individualidade do profissional valorizada pelo *ethos* da profissão; profissão que repousa na confiança individual, como nos lembra Schraiber:

Reconhecer o valor do trabalho profissional também se pauta em ação individual, pois se apresenta como reconhecimento pessoal por parte do cliente (doente individual), quando este procura o médico *espontaneamente*, ao selecioná-lo entre os demais e ao aceitá-lo como o sujeito absoluto na relação médico - paciente. Sujeito pleno de saberes e poderes a quem deve o doente, como homem comum, submeter-se: ao conhecimento geral (a medicina) que o médico representa; e ao conhecimento particular (sobre o doente) que o médico exerce quando dispõe e aplica a medicina de uma dada forma. Em síntese, trata-se de *confiança pessoal*, que sustenta a *livre escolha* do médico, por meio da qual se evidencia não apenas o valor da categoria profissional, senão daquele médico especialmente (SCHRAIBER, 1993. p. 156-157).

Apesar de não ser nosso objetivo fazer um balanço crítico da literatura acerca do trabalho médico, mas apenas resgatar algumas aproximações teóricas como forma de melhor compreender os condicionantes dessa atividade, mediante essas breves observações do trabalho de Mendes-Gonçalves, Campos e Schraiber, é interessante notar que esses autores têm em comum uma importante crítica sobre o efeito do desenvolvimento tecnológico na medicina.

Mendes-Gonçalves considera que a tecnologia da clínica, com a padronização dos atos, impede a humanização por estar centrada na queixa do doente em si e não no paciente. Campos⁴² tem uma linha de argumentação parecida, leva o trabalhador da área da saúde a aproximar-se do trabalhador manual na questão da alienação com o seu trabalho, apesar de manter ainda um grande poder devido à atividade que desempenha.

Schraiber (1993), por outro lado, desconsidera a aproximação do trabalho médico do conceito de trabalho, salientando ser ele um misto de técnica e arte e que ainda permite ao trabalhador-médico uma grande capacidade de ação.

⁴² CAMPOS, G. W. S. *op. cit.*

Apesar das contribuições inegáveis desses autores (e não apenas nos textos aqui citados), discordamos das análises por eles apreendidas. A nosso ver, os médicos, bem como os demais trabalhadores de saúde (enfermeiros, técnicos, terapeutas), são típicos trabalhadores de classe média, imbuídos da ideologia da classe média, que, se por um lado ressentem-se do controle sobre o seu trabalho e sua relativa perda de autonomia frente à tecnificação do fazer médico e da crescente especialização da medicina, por outro, regozijam-se com essa mesma tecnologia no que ela apresenta em relação à melhoria das condições de trabalho e no que ela acrescenta em qualificações e prestígio profissional e os distancia dos demais trabalhadores.

A fala a seguir demonstra a importância que a tecnologia tem para alguns profissionais:

Eu tenho um consultório bem equipado, dá para fazer uma série de procedimentos... a cada quinze dias nós ficamos com um 'laser' para depilação... É importante saber operar adequadamente equipamentos, isso dá um diferencial... (Cirurgião plástico).

(...) Bom, tem os casos de infertilidade... Primeiro você faz todos os exames com a mãe, o pai... Para fazer fertilização 'in vitro' é preciso uma clínica maior e eu não tenho como manter uma clínica dessas sozinho, então quando é a única saída para o paciente, eu trabalho em outra clínica. A maior parte do meu trabalho é a obstetrícia simples, sem complicação, mas cada vez mais mulheres que têm dificuldades em engravidar vem me procurar, assim como mulheres que já estão passando dos 35 anos. Saber que você trabalha com infertilidade, fertilização, que eu conheço bem esse trabalho, dá a elas maior confiança (...) elas não querem apenas um médico, mas um médico que conheça bem o que faz e se não for um médico bem capacitado, não vai ter um bom resultado... (Ginecologista-obstetra)..

Olha, é preciso se atualizar, conhecer novos procedimentos, senão você não está fazendo o melhor para o paciente. (...) alguns anos atrás, eu estava começando..., fui trabalhar num hospital e um anestesista que tinha lá, antigo, respeitado (...) não sabia fazer 'bloqueio' (técnica de anestesia). Ele foi anestesiá-la uma paciente idosa com uma fratura no braço e fez anestesia geral. Ele tinha parado no tempo... 'Tá' certo, medicina é tratar do paciente..., mas o próprio paciente sabe que precisa tecnologia para ter resolutividade, é preciso de equipamentos e drogas de qualidade. (Anestesista).

Um exemplo disso é o grande número de partos, por meio de cesareanas, realizados no Brasil, e a relativa dificuldade que uma paciente de medicina privada

encontra ao desejar ter um parto normal, não medicalizado. O que se observa conversando com mulheres grávidas, ou que acabaram de ter bebê, é que não houve incentivo do médico em fazer parto normal, e a concordância com a cesareana, quando solicitada pela paciente, é sempre imediata. Em pesquisa realizada pela Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO)⁴³, um dos argumentos levantados pelos obstetras que os levam a preferir o parto cesareano é a falta de estrutura hospitalar, o que é bastante contraditório, uma vez que a cesareana é um procedimento cirúrgico que exige maior capacidade tecnológica e participação de trabalhadores especializados (anestesistas, instrumentadores), do que o parto normal.

A respeito da 'estranheza' em se fazer o parto normal, obtivemos o seguinte depoimento:

É engraçado, todo mundo acha estranho quando você diz que teve um parto normal, sem medicação ou cirurgia, no quarto. Eu queria um parto humanizado. Foi difícil achar um obstetra que concordasse. Mesmo parto normal, teve um que falou: "bom na hora a gente vê. Se der para ser normal, para mim tudo bem". Isso é o oposto do que eu esperava, acho que o certo seria ele me dizer: 'claro, vai dar tudo certo, o seu parto será normal, mas... Numa 'eventualidade' a gente te leva para o centro cirúrgico'. Depois eu descobri que aqui na cidade tem uma unidade da mulher que propõe o parto humanizado e tem parteiras e 'doulas'⁴⁴. Como quem vai para lá é mais a população que usa o SUS eu sequer sabia. Senão teria ido para lá... Mas deu certo, tive meu parto como queria, no quarto, junto com meu marido... só a faxineira que não gostou, ela disse que os outros partos ela limpa em 15 minutos e o meu ela levou 1 hora para limpar.... (paciente de obstetrícia)

Um problema causado pela biomedicina aliada à identidade profissional, com sua

⁴³ Em recente pesquisa realizada pela FEBRASGO – Federação brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, na qual participaram 18 mil especialistas, entre os muitos problemas apontados pelos médicos para o exercício da profissão, como excesso de trabalho e péssimas condições de trabalho, estes (63%) afirmam preferir o parto cesareano em detrimento do parto normal por insegurança. Os principais motivos para essa preferência são: despreparo do obstetra para a realização do procedimento; ausência de anestesista e a má remuneração (paga-se apenas pelo procedimento e não pelo tempo de assistência à parturiente). FEBRASGO (2009)

⁴⁴ Doulas são mulheres que acompanham o parto, não têm uma função técnica, nem são parteiras. São mulheres que dão suporte físico e emocional às mulheres na hora do parto. Durante o parto a doula funciona como uma interface entre a equipe de atendimento e o casal. Ela explica os complicados termos médicos e os procedimentos hospitalares e atenua a eventual frieza da equipe de atendimento num dos momentos mais vulneráveis de sua vida. Ela ajuda a parturiente a encontrar posições mais confortáveis para o trabalho de parto e parto, mostra formas eficientes de respiração e propõe medidas naturais que podem aliviar as dores, como banhos, massagens, relaxamento. Mais informações consultar DOULAS (2010).

reivindicação de um campo específico de trabalho, é a dificuldade que esses profissionais apresentam ao desempenhar trabalho cooperativo. Há uma frequente queixa dos demais profissionais de saúde de que aqueles não se submetem à autoridade de nenhum outro profissional que não seja médico. No caso do Programa de Saúde da Família (PSF), é comum que o coordenador do trabalho seja médico e, naquelas unidades em que não é assim, as queixas da participação dos médicos é constante:

Só temos uma unidade em que a coordenação é de uma enfermeira (...). É difícil os médicos aceitarem a autoridade de um profissional que não é médico. Também temos dificuldade da participação deles... eles não têm paciência para reunir-se com a equipe... falta treinamento para o trabalho conjunto, eles entendem que reunião é perda de tempo, e que o trabalho da equipe deve ser facilitar o trabalho deles... ressentem-se das consultas de enfermagem... quer dizer, eles acham bom o trabalho da enfermagem, nas orientações, mas se querem atender o paciente e ele está com a enfermagem ou com outro membro da equipe, acham que elas devem interromper o trabalho delas para que eles possam fazer o deles..., mas está melhorando. Os médicos que já vem sabendo e sendo treinados para o PSF são ótimos, tanto para os pacientes em cumprir o objetivo do programa, quanto com a equipe. O problema é que a maioria queria ser especialista e acabou no PSF por falta de emprego... acho que com o tempo vão aprender a trabalhar em equipe e vão acabar gostando do PSF, porque aqui você lida 'mesmo' com o paciente... (Odontólogo, coordenador de uma equipe PSF no interior).

É difícil fazer os médicos cumprirem horário... Então eles têm de trabalhar de agenda cheia... A gente já está acostumada, mas aborrece... Todo mundo cumpre horário, enfermeiro, pessoal da recepção, assistente social, dentista... Eles (os médicos) estão sempre atrasados. Quanto a trabalhar com a equipe, os que estão aqui há mais tempo, são mais fáceis..., alguns são muito legais, muito humanos, mas quando começam, acham que todo mundo é empregado deles e que ninguém sabe nada, que eles é que têm de orientar (...) depois pega o jeito. (Funcionária de uma unidade de saúde).

A partir desses depoimentos, é possível perceber que os médicos não são treinados para o trabalho coletivo. Parte do problema nos parece ser a forma como o médico se responsabiliza solitariamente pelo diagnóstico e tratamento do paciente, além da visão técnica do processo terapêutico. Quando o trabalho em saúde exige adequar-se aos demais, há uma resistência inicial, que nossos entrevistados acreditam diminuir com o passar do tempo, quando o médico percebe a pertinência do trabalho

dos demais profissionais.

Se retornarmos a Habermas, podemos lembrar que, ao definir a ação comunicativa, esse autor a considera como um processo cooperativo de interpretação.

A saber:

en que los participantes se refieren *simultaneamente* a algo en el mundo objetivo, en el mundo social y en el mundo subjetivo aun cuando en su manifestación sólo *subrayen* temáticamente *uno* de estos tres componentes. Hablantes Y oyentes emplean el sistema de referencia que constituyen los tres mundos como marco de interpretación dentro del cual elaboran las definiciones comunes de su situación de acción. No hacen referencia sin más a algo en un mundo, sino que relativizan su manifestación contando con la posibilidad de que su validez quede puesta en tela de juicio por otro actor. (...) el reconocimiento intersubjetivo de la pretensión de validez que el hablante vincula a ella (HABERMAS, 1999, v. II, p. 171).

Porém, é preciso lembrar que Habermas considera o mundo da vida como um acervo de padrões de interpretação transmitidos culturalmente e organizados através da linguagem; assim as estruturas do mundo da vida estabelecem limites para a subjetividade do entendimento possível. O indivíduo estabelece uma identidade com o grupo a que pertence e com o qual compartilha um valor moral, mas também para o qual deve dar uma satisfação. Assim, se é preciso manter um padrão ético de ação para com o paciente, também é necessário corresponder ao papel social esperado pela sociedade e pelo grupo profissional.

Na mesma linha de pensamento, Schutz salienta que o senso de pertencimento a um grupo implica numa conduta condizente ao solicitado por esse mesmo grupo, uma vez que a identidade do indivíduo lhe impede de agir de maneira a desagradar a seus pares.

A saber:

(...) o significado subjetivo que o grupo tem para os seus membros consiste em seu conhecimento de uma situação comum e, com ela, de um sistema comum de tipificações e relevâncias. Essa situação tem a sua história, da qual participam as biografias dos membros individuais; e o sistema de tipificações e relevâncias que determina a situação forma uma 'concepção relativamente natural do mundo' comum. (...) O sistema de tipificações e relevâncias compartilhado com os outros membros do grupo define os papéis sociais, as

posições e o status de cada um (SCHUTZ, 1989, p. 82).

Se voltarmos a Parsons, um autor que trabalha com pressupostos muito diferentes de Schutz, vemos que aquele entende o papel como um curso padronizado de ação, ligado ao sistema de personalidade, pelo qual se articula com o sistema social. O papel seria então a internalização de normas socialmente sancionadas, que o indivíduo reproduz, a fim de manter a interação social. Na relação 'nós', os indivíduos agem na esperança de atender a expectativa do outro, assim, o desempenho de papéis é fundamental para manter um sistema cultural funcionando, através do desempenho das funções de cada indivíduo. Assim, cada função desempenhada pelo indivíduo na sociedade corresponde a um papel previamente determinado, equivalente a uma forma particular de conduta.

Ao mesmo tempo em que há uma estreita interdependência entre a estrutura de personalidade e a soma de papéis desempenhada pelo indivíduo, um grande número de papéis não são minuciosamente regulamentados, o que amplia a possibilidade de desempenho do indivíduo. Parsons compreende o Sistema de Ação a partir da relação de privação-recompensa e quando se pensa em expectativas no desempenho de papéis é esta dualidade que está em jogo. Porém, as expectativas e sanções exercidas sobre determinados papéis podem exercer pressões sobre o indivíduo, com repercussões importantes sobre os componentes de sua personalidade. Essas repercussões, por sua vez, podem levar os indivíduos a criarem mecanismos de controle ou mudança social.

Essas regulamentações das funções e as pressões sociais para o desempenho de papéis acabam criando, para Parsons, um processo de seleção de acordo com as exigências da estrutura do sistema social. Assim, é estabelecido um consenso moral que define o comportamento individual, colocando os limites de direitos e obrigações para os atores nas funções sociais, ao mesmo tempo que compõem o esse sistema. Acreditamos ser esse um conceito importante para compreender a medicina, uma vez que os indivíduos que fazem parte dessa categoria ocupacional internalizem a ideia de desempenho adequado do papel. Podemos lembrar gestos, falas e comportamentos que são, mais ou menos, padronizados na profissão, mas que, ao mesmo tempo em

que consolidam uma forma de atuação, estabelecem uma estrutura moral e particular que corresponde apenas aos indivíduos que fazem parte desse sistema ocupacional.

Com base nessas aproximações teóricas, é possível compreender o senso corporativo da profissão médica. A medicina é uma profissão que, reivindicando um saber específico, logrou construir um nicho no mercado de trabalho, estabelecer um prestígio profissional importante e, ainda, estabelecer um padrão de conduta que influi na personalidade dos indivíduos que a compõem. Esses profissionais estabelecem suas identidades profissionais, baseadas numa ideologia que tem respaldo social, a ideia do bem comum, que é instrumentalizada para a manutenção dos interesses peculiares da categoria. Acreditamos, porém, que a crescente discussão sobre a importância de equipes multidisciplinares; o processo de consolidação do SUS e de seus programas sociais centrados no indivíduo em seu meio, além dos estudos que apontam os limites para o uso da tecnologia e da dificuldade da prática de uma medicina de caráter exclusivamente liberal⁴⁵ colocam certa ambivalência para a categoria profissional, que precisa pensar no aspecto social da saúde.

⁴⁵ Veremos no capítulo V sobre as condições de trabalho, que a prática médica depende do sistema público ou suplementar de saúde que colocam limites para a atuação do médico.

CAPÍTULO IV

4 ERROS MÉDICOS E A FORMAÇÃO PROFISSIONAL

4.1 A IMPORTÂNCIA DA FORMAÇÃO

Como vimos no capítulo anterior, no qual discutimos profissão, a identidade profissional é formada a partir da reivindicação de um saber específico, que justifica o espaço de atuação e a função social da profissão. Uma vez que o profissional, para ter o direito ao exercício de seu ofício, necessita da chancela legal concedida pelas universidades, consideramos importante analisar as características da formação profissional e sua influência na forma de atuação dos médicos. Assim, nosso objetivo neste capítulo é emoldurar os efeitos da educação superior e da especialização para, por meio de suas características, melhor compreender a reprodução de um modelo de atuação profissional. Compreendemos que a escola é uma importante influência na formação ética, bem como na capacidade do futuro profissional que terá de trabalhar em equipe, solicitar ajuda, recusar trabalhos de risco, entre outros fatores que podem levar ao erro médico, assim, a importância desse capítulo.

O conceito de qualificação profissional na medicina pode ser paradigmático, no sentido de que a especialização torna-se desqualificação ou não, dependendo da formação profissional anterior do médico. Explica-se: no caso de o médico obter uma formação básica sólida, a superespecialização, quando em área correlata à formação, pode ser uma grande aliada para tratar determinadas moléstias, caso consiga manter-se qualificado – por meio de educação continuada.

Por exemplo, pode ser útil combinar uma boa formação em pediatria (especialização mediante residência médica) com uma formação complementar em neonatologia ou alergias. Mas no caso de o médico não ter uma formação em pediatria, apenas a especialização em alergia pode ser insatisfatória ao tratar de alergias na

infância sem a cooperação de um pediatra.

Assim, a especialização pode ser desejável se a moléstia a ser tratada exigir grande perícia ou conhecimento específico, como no caso de alguns tipos de cirurgias, ou transplantes, como de válvula cardíaca, tratamentos oncológicos, disfunções endócrinas, etc. Porém, a especialização, quando dissociada do acompanhamento por um médico de formação mais ampla, pode dificultar o diagnóstico do paciente. Ouvimos vários relatos de moléstias relativamente comuns que levaram muito tempo para serem diagnosticadas porque o médico era especialista.

Foi-nos reportado um caso que numa família com três médicos, nenhum deles conseguiu identificar um parasita 'berne', larva de mosquito depositada na pele, que havia infectado um membro da família. Esse tipo de dificuldade diagnóstica, que leva ao erro, deve-se, a nosso ver, em grande parte à especialização. A prática direcionada e a visão fragmentária introduzida pela especialização podem causar dificuldades na avaliação clínica e na formulação de hipóteses diagnósticas, ao orientar o olhar para moléstias que façam sentido num determinado quadro de referência. Isso faz com que as possibilidades aventadas pelo sujeito tornem-se restritas a seu universo cognitivo.

O modelo de medicina dominante no Brasil pressupõe o tratamento especializado, estimulado pelas residências em especialidades médicas e a ausência de tratamentos preventivos e generalistas. O modelo de atendimento centrado no especialista, além de dispendioso, requer uma formação profissional que estimule a cooperação entre profissionais, ou seja, a prática de intercâmbio de informação nem sempre ocorre entre os médicos visando à troca de informações sobre novas tecnologias de intervenção e novos protocolos terapêuticos que se incorporam às diferentes especialidades.

A proposta de atendimento do SUS é manter uma estrutura hierarquizada, passando do atendimento básico, centrado na unidade de saúde, ou no PSF que, nos últimos tempos, tem optado por formulações de política de atendimento humanizante. Isso significa que o atendimento do paciente deve ser visto em sua totalidade, observando suas condições socioculturais⁴⁶. Historicamente, o cuidado médico no

⁴⁶ No capítulo V apresentaremos brevemente algumas dessas políticas do SUS, como o PSF- Programa de Saúde da Família; o programa Humaniza- SUS e o programa de parto Humanizado.

Brasil privilegiou o atendimento centrado no hospital, e o atendimento dos planos de medicina suplementar ainda mantém, em sua grande maioria, o modelo de livre escolha do médico pelo paciente, o que induz o paciente muitas vezes, mesmo não sabendo o que se passa com ele, a procurar o especialista. Assim, uma primeira consulta já é com o especialista, a partir de uma hipótese diagnóstica formulada pelo próprio paciente. Devido a isso, grande parte da população usuária do SUS ainda desconfia do atendimento generalista, preferindo, caso possa optar, por atendimento especializado em hospitais. Essa escolha do paciente pelo SUS fica difícil com o processo de referenciamento implantado pelo Órgão, no qual o indivíduo deve ser atendido na unidade de saúde mais próxima a sua residência, mas é o mais utilizado nos casos de medicina suplementar.

Nas discussões curriculares dos cursos de saúde e nos frequentes debates, tanto acadêmicos quanto sociais sobre a saúde no Brasil, há um evidente apoio à política de democratização do atendimento a saúde, em termos de acesso e de participação e controle social da população. E, tendo em vista às novas diretrizes de humanização, a formação generalista aparece frequentemente sendo criticada, pois o modelo dualista corpo-mente baseado na mensuração científica, na qual são formados os médicos, é visto como entrave à abordagem de promoção da saúde. Luz e Tesser (2008), a partir de estudos sobre as racionalidades médicas, discutem que a ideia de integralidade tem diferentes significados para doentes e curadores e o saber biomédico, por ver o corpo de forma seccionada, tem dificuldades em promover um conhecimento, uma prática médica holística. Assim, os autores propõem novas abordagens à prática médica no SUS, integrando diferentes conhecimentos sobre a saúde, como a homeopatia e a medicina tradicional chinesa, que, além de sua função terapêutica, ajudariam a promover novas racionalidades na prática médica.

As críticas aos currículos tradicionais de ensino da medicina ressaltam a necessidade de conhecimento de técnicas de comunicação para a interação médico-paciente, em geral, e uma maior formação humanista, objetivando que o futuro profissional seja capaz de lidar com a população de forma a compreender sua demanda para além da queixa e respeitar o direito do cidadão e sua condição sociocultural. Isso implica em pensar o paciente como um indivíduo situado cultural e historicamente.

Uma busca no *scielo*⁴⁷ mostra uma grande quantidade de artigos que têm como foco a humanização no atendimento e o PSF. Em comum nesses artigos, encontramos a preocupação com a formação generalista e a necessidade de mudança na prática médica, enfocando a necessidade de adequação curricular, pois a atual formação centrada na excelência técnica acaba excluindo a preocupação com características culturais e socioeconômicas da população para um atendimento médico adequado.

Feuerwerker (1998) chama a atenção para o fato de que os problemas da formação médica estão sendo identificados desde os anos 1980. Apesar disso, houve uma dificuldade em estabelecer a distinção entre a formação geral de um médico e a formação do médico *generalista*. Segundo a autora, a crítica à introdução do ensino de especialidades já na graduação, ou a fragmentação dos conteúdos didáticos, fica perdida em meio a uma discussão ideológica a respeito do profissional a ser formado, ou melhor, sobre o papel social do médico.

A discussão a respeito dos conteúdos pedagógicos identifica o problema na formação médica, mas não estabelece estratégia de mudanças adequadas. Há aqui um problema epistemológico; uma desarticulação entre disciplinas básicas e clínicas. A capacitação metodológica-científica não interage com o raciocínio clínico. A introdução de disciplinas, como Sociologia ou Antropologia, fez-se dissociada das outras disciplinas curriculares e teve uma influência muito pequena no ensino médico. Marsiglia (1995) salienta que a introdução desses conteúdos das Ciências Humanas se deu separada do eixo epistemológico da medicina, pois a compreensão da causalidade social da doença não implica negar a necessidade de curá-las.

Almeida (1999), na reconstituição da história da medicina e da educação médica no Brasil, chama a atenção para os problemas focados pela formação médica brasileira (e da América Latina), a fim de enfrentar os problemas conjunturais da saúde em cada momento histórico. Assim, nos anos 1960⁴⁸, os cursos de medicina priorizavam o que ele chama de enfoque quantitativo, devido à enorme defasagem entre serviços de

⁴⁷ ScIELO – Scientific Eletronic Library Online

⁴⁸ O crescimento do número de vagas para o ensino médico no Brasil no final dos anos 1960 e início dos anos 1970, foi na ordem de 130%, sendo que muitos dos formandos do início da década de 1970 foi resultado de novos cursos aprovados no final dos anos 1960, que teve seu resultado nos anos de 1970. No início dos anos 2000 haverá um novo grande crescimento de vagas para o curso de medicina, com a autorização de abertura de novos cursos (BUENO, 2004).

saúde e demanda populacional. No Brasil, os anos 1970 e 1980 representaram o maior crescimento do acesso à saúde pela população e houve, também, uma importante articulação entre as empresas médicas e o setor público de saúde⁴⁹. A demanda passa a ser então pela tecnologia no atendimento médico e um atendimento médico centrado em hospitais.

A partir dessas considerações, é possível observar que no momento em que a população começa a ter acesso à saúde no Brasil, esse acesso se dá por meio da medicina tecnificada, especialmente nos hospitais. Isso faz com que toda a parafernália tecnológica seja vista de maneira bastante positiva pela população, ao mesmo tempo em que as escolas médicas acentuam o ensino especializado e centrado nas habilidades técnicas.

Desse modo, é compreensível a visão acentuada, tanto para o conjunto da população quanto para os médicos, de que a profissão, para ter um desempenho desejável e adequado, deve estar imersa em laboratórios, equipamentos e especialistas. Foi nesse momento que ocorreu a ascensão da medicina como profissão de saúde por excelência, em detrimento dos práticos, hidropatas e outros praticantes de ofícios que reivindicavam o direito de cuidar do paciente que, juntamente com a influência do modelo flexneriano de educação médica, caminhou com a tecnologia e a medicina brasileira e passou a oferecer melhores resultados à população a partir da conjunção desses fatores e da criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), em 1967, pois foi o momento em que a população começou a ter acesso à saúde no Brasil⁵⁰.

Uma importante crítica a esse modelo formativo diz respeito a sua característica centrada na busca de sofisticação que acentua a importância do atendimento médico para procedimentos de alta complexidade e desconsidera os aspectos de acessibilidade populacional à saúde, bem como a necessidade de adequação entre o atendimento médico e as reais características socioculturais da população atendida.

Assim, as críticas a esse modelo de atendimento formativo salientam a necessidade de que, tão importantes quanto às intervenções médicas que promovam a

⁴⁹ A ser discutido no Capítulo V.

⁵⁰ Veremos no próximo capítulo sobre condições de trabalho – sobre profissionalização – o acesso a saúde no Brasil.

cura, são as intervenções de promoção à saúde⁵¹. Nesse sentido, os críticos ao modelo acentuam a necessidade de adequação curricular, especialmente da visão da medicina, com a finalidade de formar profissionais de visão mais ampla, com maior compreensão da realidade epidemiológica e cultural da população a ser atendida de maneira a tornar o atendimento à saúde como constitutivo de práticas saudáveis.

O curso de graduação em medicina no Brasil tem duração de seis anos, o curso de maior extensão no Brasil, tanto em número de anos quanto em carga horária semanal, composta por uma média de 30 horas/aulas semanais. A organização da grade curricular da maioria dos cursos 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, o 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 a prática médica especializada. A complexificação do trabalho médico, devido à superespecialização, faz com que as universidades tentem oferecer um pouco de conhecimento de todas, ou da maioria das especialidades médicas, enfatizando, não muito significativamente, as especialidades mais gerais.

As constantes críticas à ineficiência do modelo de ensino médico apontam saídas em modelos pedagógicos centrados na humanização do curso, através de maior interação do aluno com o paciente e sua realidade, a fim de vir a facilitar a relação médico - paciente e, conseqüentemente, o processo diagnóstico-terapêutico.

⁵¹ Há muitos estudos que criticam esse modelo de aprendizagem médica anátomo-fisiológica e seu conseqüente modelo de atendimento à saúde. Em comum estes estudos reportam-se às bases epistemológicas que consideram o adestramento e impessoalidade do corpo, através de sua redução a um conjunto de órgãos, como mecanismos de controle que permitem o assujeitamento do indivíduo submetendo-o a objetivos políticos, através da exaltação de espaços institucionais. Esses espaços institucionais acabam por atender ao propósito ideológico de conformar o olhar do vigiado, através de seu discurso e de sua prática, criando concomitantemente, corpos médicos disciplinados para a sua reprodução. Assim, o modelo tradicional atinge o objetivo de ao impessoalizar o atendimento, através da técnica e da tecnologia, perpetuar modelos hierarquizados de relacionamento entre o médico e o paciente, além de limitar a prática médica a uma atividade mercantil ou técnica (ver FOUCAULT, 1977, 1977 e 1981; PEREIRA e ALMEIDA, 2004/2005; ALMEIDA, 1999; URTIAGA, 1989; DIAS DE SOUZA, 1998; DONNANGELO, 1975; entre outros).

A Educação Baseada em Problemas (EBP), “na qual os alunos são responsáveis pela busca de respostas às questões que lhe são impostas, sendo o agente principal da dinâmica ensino-aprendizagem” (PEREIRA e ALMEIDA, 2004-2005, p.76), é apontada como um caminho possível para superar a dicotomia entre teoria e prática, ou sala de aula e processo de trabalho, pois nesse modelo os alunos são confrontados constantemente com a realidade epidemiológica da população e devem buscar soluções para os problemas vividos, tornando o aprendizado concomitante à prática.

O modelo EBP, bem como a adoção de grupos tutorais e o ensino através da interdisciplinaridade, busca acentuar a participação de disciplinas formativas, como é o caso do grupo das humanidades, destacando a importância da superação da visão do doente e de seu corpo apenas como objeto de intervenção, e inserir o paciente, como sujeito, numa relação dialógica com o futuro médico. O objetivo é ampliar a ação do médico para promotor da saúde e não apenas como agente de cura.

As dificuldades enfrentadas para a implementação dessas mudanças nos cursos de medicina são de várias ordens, referindo-se a essas barreiras, Pereira e Almeida salientam que:

(...) pode-se citar as barreiras à inserção das reflexões oriundas das Ciências Humanas nos temas dos grupos tutorais, os quais facilmente caem reféns dos discursos tradicionais sobre o corpo e sobre a relação saúde/doença. Isso se deve, principalmente, à impregnação, pelos atores da educação médica, de um imaginário social que concede ao saber médico tradicional o lugar privilegiado de produção da verdade. Tal imaginário, impregnado e expresso na formação desses tutores/facilitadores médicos, encontra-se refletido tanto no seu comportamento diante dos alunos quanto no destes últimos, cuja motivação para a escolha da medicina é muitas vezes a atração por essa posição de poder/saber conferida pelo ofício da medicina.

Possivelmente, decorre ainda desse imaginário a refração encontrada entre os estudantes no que diz respeito às abordagens críticas que as Ciências Humanas aportam para a problemática da medicina, mostrando a relação do corpo com a cultura, com a sociedade e com trajetórias individuais. Tais conhecimentos, nomeados genericamente de ‘psicossociais’, são tratados como de menor importância, sendo vistos na condição de complementares aos ‘verdadeiros’ e ‘supervalorizados’ conhecimentos médicos de base exclusivamente biológica (grifos dos autores). (PEREIRA e ALMEIDA, 2004-2005, p. 77).

Em estudo sobre as características dos processos ético-profissionais

apresentados no período de 2000 a 2004 no Conselho Regional de Medicina da Bahia (Creneb), Bitencourt et al. (2007) chegaram a conclusão da necessidade de promover alterações no ensino médico, a fim de reduzir, tanto os erros médicos quanto suas denúncias. Os autores atribuem o crescimento das denúncias por erro médico a vários fatores, que incluem maior conscientização da população, precarização das condições de trabalho e influência da mídia, mas acentuam que:

Dentre os fatores mais importantes na geração deste quadro estão a deterioração na qualidade da relação médico-paciente e a formação deficiente dos médicos durante a graduação e a pós-graduação. (...) Segundo relatório da Comissão Interinstitucional de Avaliação do Ensino Médico –Cinaem, as escolas médicas brasileiras, em geral, não estão formando profissionais que atendam às demandas da população. Os profissionais recém-formados saem das faculdades com uma formação ético e humanístico deficiente, uma concepção funcionalista do processo saúde-doença, especialização precoce e incapazes de se manter atualizados (BITENCOURT et al., 2007, p. 226)

A própria organização universitária aparece como entrave a uma formação mais integrada e generalista, isso acontece devido à organização das faculdades. Os departamentos têm práticas isoladas e, com frequência, departamentos ligados à formação generalista apresentam fraturas conceituais em relação aos departamentos especializados. Uma discussão constante nos congressos de Educação Médica diz respeito à dificuldade em promover uma visão mais globalizante ao estudante, quando o ensino de disciplinas específicas apresentam visões de prática médica tradicional (ABEM, 2010).

A dificuldade de comunicação entre os docentes médicos e a categoria médica de modo geral, com os professores ligados à área de medicina social e a formação generalista, são outros obstáculos importantes a serem enfrentados nas mudanças dos cursos na área da saúde, pois conflitos ligados à política departamental e aliados a visões diferentes de como ‘deve ser’ a formação nessa área acabam por interferir nas questões pedagógicas.

Além disso, os professores que defendem modelos biomédicos que considerem o sujeito e seu corpo, a partir da experiência do próprio indivíduo e não apenas como hospedeiro de doença, têm uma grande dificuldade em contrapor-se ao ideal liberal e tecnológico defendido por médicos especialistas que acreditam ser a defesa de uma

formação holística, ou mais humanística, ineficiente para atender adequadamente as necessidades do paciente e preparar o estudante para o mercado de trabalho. O indicado e desejável em termo de qualificação profissional, que além da educação formal pressupõe uma prática de interação e troca de informações com colegas de profissão, encontra dificuldades estruturais inerentes às configurações sociais.

Dias de Souza (1998) executou um trabalho de pesquisa com estudantes de medicina do 6º e 7º períodos. Durante o semestre, essa pesquisadora acompanhou as dúvidas, críticas, a internalização de normas e o aprendizado prático desses estudantes. A transcrição da narrativa das discussões efetuadas com os alunos sobre suas experiências no hospital apresenta uma grande riqueza para a compreensão do que é o 'fazer-se médico'. Se por um lado não surpreende os resultados obtidos, tendo em vista à discussão teórica sobre as peculiaridades da formação profissional do médico, por outro enriquece a discussão sobre a reprodução dessa categoria profissional e nos esclarece algumas características peculiares do médico que podem levar ao erro na prática profissional. O acompanhamento da formação dos estudantes mostra que a prática de ensino centrada na técnica, leva desde logo os estudantes a desconsiderarem a interação com o paciente como importante, devido à desvalorização dessa interação pelos docentes. Em sua pesquisa Dias de Souza nos demonstra isso:

Os alunos querem ser ouvidos, sobretudo, quanto a seus conflitos que expressam a ambivalência do medo e do desejo de apropriação do saber e poder médicos. No 1º tema, (Aqui a autora está se referindo, ao estudo conduzido com os estudantes) onde dois casos são apresentados exemplarmente, os alunos buscam argumentativamente explicitar a regra da desvalorização do sofrimento psíquico. Os alunos falam da incompatibilidade que descobrem no discurso de professores médicos, que enfatizam o escutar o paciente e, ao mesmo tempo, não se colocam disponíveis para ouvir os alunos sobre essa escuta. *Minipsiquiatras, bobalhões da corte*, os alunos se descobrem realizando uma *função* temporária prescrita pelo *esquema*, apesar de um *discurso que é bonito*. Falam, assim, de um ideal romântico enunciado no discurso médico e do exercício de uma prática normalizada sem romantismo. Os alunos arriscam-se, vivendo o conflito entre responder à demanda transferencial na relação com o paciente e serem reconhecidos pelos pares como pertencentes ao grupo social, hoje estudantes de medicina, amanhã médicos (DIAS DE SOUZA, 1998, p.91).

O trecho citado, referente a diálogos com os estudantes do 6º e 7º períodos, mostra como a parte clínica valorizada na escola médica diz respeito a uma

resolutividade técnica. Vejamos a seguir trecho de um diálogo em que a estudante deixa claro sua insatisfação com o tratamento dado à história clínica do paciente:

M7-1. “Essa disfagia dela, ninguém, acho que devem ter achado que é mentira minha, eu inventei. Porque eu já perguntei várias vezes, então: ah, de repente ela ‘tá viajando, de repente ela não tem nada disso. Já perguntei. Já tentei caracterizar várias vezes. É verdade, sabe! A pessoa informa mal, mas ela não inventa a mesma coisa um milhão de vezes, entendeu, igual. Mas ninguém dá a mínima atenção pro que você fala, entendeu? A maior raiva. Dá até... nem dá vontade de você, pô você colhe a maior história enorme, sabe, examina o paciente, estuda, pra você perguntar as coisas e discutir, e ninguém te dá a menor atenção. (M7-1- trata-se de aluna do sétimo período) (DIAS DE SOUZA, 1998, p. 89).

A racionalidade médica aceita e perpetuada através do ensino e da prática apenas considera como válidos aqueles sintomas que fazem parte de um quadro nosológico. Caso a queixa do paciente não se enquadre em uma proposição diagnóstica ou não possa ser observada por meio de exames laboratoriais, ela é desconsiderada. É fácil perceber o risco dessa racionalidade, pois caso o médico não tenha a formação adequada para compreender a patologia do paciente, ou houver qualquer imprecisão nos exames laboratoriais, o risco de desconsiderar uma patologia importante é grande.

Na fala reproduzida acima, podemos perceber a frustração do estudante devido ao conflito entre o que é preconizado como correto – recolher a história, fazer a anamnese – e aquilo que de fato é feito: aceitar as queixas que cabem no *design* da proposição diagnóstica.

Nessa mesma tese, há observações dos profissionais sobre os estudantes a respeito de suas atitudes para com os pacientes e de como são vistas pelos funcionários. Em vários momentos dos diálogos é possível perceber o desconforto dos estudantes em relação às atitudes da equipe, quando aqueles se aproximam mais do paciente. Uma estudante chega a relatar que foi confundida por uma assistente social como familiar da paciente, porque, segundo as palavras da assistente social, “você estava com tanto carinho que pensei que fosse acompanhante”. Independente da aprovação ou não da equipe sobre a aproximação com o paciente, o aluno acaba aprendendo a ‘imitar’ a equipe, o que o leva a considerar o afastamento como a atitude

‘profissional’ adequada.

A construção do profissional efetuada pelas escolas médicas e pelos hospitais-escola introduz no futuro profissional algumas barreiras ao relacionamento humano que acentuam elementos comumente vistos como arrogância e excesso de autoconfiança. Ou seja, algumas características de personalidade autoritária⁵² são estimuladas através da reprodução e construção dos profissionais de medicina. Essas características de personalidade autoritária são estimuladas devido às dificuldades enfrentadas pela escola médica em aproximar o estudante do paciente.

O medo do contágio da dor e da perda da objetividade, caso haja a aproximação afetiva entre o médico e o doente, levam ao distanciamento, à necessidade de autoafirmação através da assertividade e do autoritarismo, pois a ausência de contato visual durante a consulta médica é um elemento importante de distanciamento. Ou seja, aquelas características de ‘afastamento’ do médico em relação ao paciente podem dificultar ou diminuir a qualidade do diagnóstico e ser um fator importante para a ocorrência de erro, ou efeitos adversos nos tratamentos. A fala a seguir demonstra o efeito da formação médica no desenvolvimento da personalidade e na estruturação da identidade profissional:

M7-2 Eu não podia ver ninguém sentindo dor, que eu chorava não sei o que tal. Ai, agora, outro dia, eu ‘tava na M6, a paciente morreu, eu ‘tava fazendo aquele negócio do ambu⁵³ lá, ela morreu, e eu..., não mudou a minha alteração. Depois eu fiquei me questionando, eu não era assim quando eu entrei na faculdade, entendeu, eu me emocionava muito fácil, entendeu, e agora ‘tá morrendo e eu ‘tou! Entendeu?

M6-2 Você hoje tem o estudo, né?

M7-1 Você acostuma.

M6-2 Isso é normal.

M7-2 Então eu ‘tou com medo de mudar a minha mentalidade, e passar...

M7-6 E passar a ficar assim.

⁵² A ideia de personalidade autoritária que estamos utilizando é derivada tanto de Parsons, quanto de Adorno e Horkheimer. O conceito de personalidade elaborado por Parsons pressupunha que as sanções e expectativas originadas por cada papel social poderiam exercer pressões sobre o indivíduo com repercussões importantes sobre outros componentes da sua personalidade. Adorno, Horkheimer e Eric Fromm, ao buscarem explicações sobre o comportamento anti-semita, consideram que este é fruto de uma ideologia conservadora, composta por uma visão etnocêntrica e uma estrutura autoritária de personalidade. Nesse caso, personalidade autoritária seria formada por um conjunto de traços característicos como submissão, agressão, obediência aos superiores e desprezo pelos inferiores. Esse tipo de personalidade foge da ambiguidade e refugia-se na ordem estruturada e tende a aceitar todos os valores convencionais do grupo social a que pertence.

⁵³ Ambu é um equipamento utilizado para induzir a respiração no caso de parada respiratória.

M7-2 Será que eu vou ficar assim: só vendo doença, só querendo saber se é o vírus tal ou esse ou esse ou esse, entendeu?

M7-1 Eu acho que a própria equipe faz a gente mudar. Porque você chega e fala: “ah...” Eu ‘tou na Nefro agora, e todos os pacientes são crônicos, daí você chega e fala assim: “ah, o paciente ‘tá com algum...” - porque os pacientes da Nefro tem alguns que tem umas alterações neurológicas, então: “ah, o paciente ‘tá se queixando disso”. “Ah, isso aí é da uremia dele”, eles sempre falam “não, isso aí é do problema dele”. Não param pra conversar, não param pra ver o que que ele tem, se a dor é por isso mesmo se a dor não é, entendeu? Não, não deve ser por isso mesmo. Como é crônico, tudo que ele tem eles botam no mesmo quadro.

M7-2 Ou então: “ela chora muito”. Olha o que falam pra mim: “ela chora muito”, a minha paciente. E não quer mais saber.

M6-1 Eu tenho medo de alguém da equipe que é superior a mim chegar pra mim e dizer: “ó, pára de conversar aí e vamos começar a fazer exame físico, vamos começar a evoluir o doente”.

M7-1 É verdade. Eu também tenho (DIAS E SOUZA, 1998, p.64).

No modelo de saúde ofertado há o predomínio da atividade de caráter liberal, na qual a relação médico - paciente é pautada por uma orientação diagnóstica racional, em que o corpo do paciente encontra-se dissociado de seus aspectos sociais e psicológicos. Outro aspecto importante da liberalidade da prática profissional diz respeito à solidão do médico no atendimento ao paciente. A troca de experiências e a discussão sobre procedimentos estão limitadas ao ensino de medicina, não sendo comum no exercício profissional, isso devido tanto ao processo de trabalho quanto à hierarquização formal e informal presente na medicina. Essa prática ocorre mesmo durante atendimentos médicos que necessitem da interferência de vários profissionais, necessidades cada vez mais comuns devido à especialização e ao desenvolvimento de equipamentos diagnósticos operados por especialistas. A dificuldade de comunicação entre os profissionais tem efeitos negativos no atendimento, como podemos observar na seguinte fala:

Às vezes, a paciente vem com um pedido de ultra-son comum, mas durante o exame não acho nada, então conversando com ela, ouvindo as queixas, dá para perceber que outro exame seria mais adequado. Quando dá para examinar ali mesmo, eu faço, mas nem sempre dá... Eu tenho uma fila de exames agendados para atender, não posso parar para fazer um transvaginal, por exemplo, a paciente pode não querer porque não foi o que o médico dela pediu, depois o médico dela pode achar que é interferência... tenho uma fila de pacientes e um número de exames a ser feito no dia... Eu não tenho como falar com o médico, olha sua paciente pode ter isso, peça assim... Eu só posso dar meu laudo... (Patologista).

Não dá para ligar para o radiologista, para o patologista. Na faculdade a gente discute os casos, mas aqui eu tenho que trabalhar sozinho, se eu tenho uma suspeita que não é da minha área, daí eu encaminho a paciente para um colega de outra especialidade dar o parecer. (...) Eu olho o exame e leio o laudo. Às vezes, o laudo diz uma coisa e o resultado do exame indica outra coisa. O médico que faz o exame não conhece o paciente, não tem como dar diagnóstico. Sou eu que com a história do paciente utilizo o exame para confirmar suspeitas e tratar minha paciente. Ninguém pode se 'fiar' apenas em exame. A parte clínica é fundamental (Gineco-obstetra).

Essas duas falas mostram os conflitos entre as especialidades. O radiologista aponta o engano do ginecologista, enquanto o ginecologista desconfia do resultado do exame radiológico e valoriza a parte clínica. Por esses extratos, podemos perceber como a especialização dissociada da interação entre os profissionais pode não apenas ser insuficientemente resolutive, como desencadear problemas para a prática médica. A compartimentalização de saberes pode ser desorientadora na hora da atuação e obtivemos relatos de pacientes que apresentaram queixas, mas como essas não 'aparecem' em exames, ou são difíceis de mensurar, os médicos têm dificuldades em abordá-las. A dúvida que se apresenta para o médico, nesses casos, é legítima, pois ele recebe informações contraditórias em sua formação e está sozinho para tomar a decisão quanto à terapêutica do paciente.

A escola deve ser vista como um ambiente social, no 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 que se apresenta como um conjunto englobante.

A característica fundamental da instituição de ensino é o fato de que nela o indivíduo aparece como inacabado. Esse indivíduo, por sua própria natureza, é colocado numa situação de dependência da instituição de ensino que terá a função de favorecer 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 a meta proposta. Se lembrarmos os ensinamentos de Foucault (1977), é possível observar que, por intermédio da instituição, a educação conforma o indivíduo de tal forma que esse adquire a visão de quem olha. Assim, não são apenas os conteúdos de natureza anátomo-fisiológicos que conformam a prática, mas também os rituais acadêmicos

cotidianos que estabelecem a postura do acadêmico.

Urtiaga (2004) chama a atenção para a função do professor e da cultura docente na perpetuação de uma cultura da prática médica. A autora insiste que não importa a proposta transformadora na educação médica, pois, caso não passe pelo desejo de mudanças na cultura construída pelos próprios médicos, encontrará sérias dificuldades. Ou seja, enquanto os médicos, que são os reprodutores da força de trabalho de sua profissão, não se convencerem da necessidade de readequar essa mesma força de trabalho, isso não ocorrerá. A construção de instrumentos e práticas para a promoção de novas realidades em saúde, com vistas à humanização, qualificação do trabalho e ao trabalho integrado, deve envolver essa categoria profissional. Podemos concluir com a autora sobre a necessidade de construção de um diálogo entre docentes, médicos em geral (incluindo os conselhos profissionais), usuários e gestores do sistema de saúde.

Os hospitais universitários, onde os estudantes e residentes recebem a maior parte de sua formação, passam por problemas de superlotação, o que dificulta o desenvolvimento das disciplinas de caráter prático. A questão do financiamento público da saúde e os problemas de infraestrutura são fartamente documentados e de conhecimento público. Assim, a formação profissional teórica orienta para uma determinada prática profissional, por outro lado o cotidiano do estudante o coloca em situações que exigem outro tipo de comportamento.

Assim, o estudante de medicina vive uma situação paradoxal. 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 necessitem 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 de que ele deve procurar outro serviço de saúde. As citações a seguir, extraídas de estudo realizado em um hospital universitário com estudantes do 5º e 6º anos sobre os conflitos éticos vividos por estudantes de medicina, permitem dimensionar o problema:

Sobre a prática médica inadequada: "Eu estava no 4º ano médico em um estágio não remunerado no Hospital X (para atendimentos de emergências) e, mesmo sem experiência e conhecimento, tinha que atender sozinho os pacientes, ou lutar muito para conseguir um auxílio, que muitas vezes era insuficiente ou no mínimo duvidoso." (masculino, 6º ano, 24 anos).

"Em algumas situações em plantões de emergência você se depara com situações em que você não tem auxílio médico e o paciente está grave. A dúvida é fazer algo (sem ter carimbo), ou se omitir e não fazer nada, já que você não será responsável legalmente por nada." (feminino, 6º ano, 23 anos).

As dificuldades encontradas e suas consequências para os estudantes podem ser vistas no depoimento desta jovem estudante:

"Já foram várias situações difíceis. [Tive] muitos desapontamentos e vontade de largar o curso por isso." (feminino, 6º ano, 24 anos).

Entre os "temas relacionados à prática médica com o paciente" (nossa segunda categoria), encontramos 56,9% das situações referidas. As mais frequentes estavam relacionadas a dar diagnósticos de mau prognóstico (doença grave, câncer, Aids, etc) ao paciente e/ou à família; eutanásia e distanásia; erro e negligência médica; desrespeito a paciente pobre, e/ou negro, e/ou sujo, e/ou com determinadas "doenças repugnantes" (sic), e/ou que pratica aborto; esterilização cirúrgica; sigilo médico e charlatanismo. Os depoimentos a seguir exemplificam algumas dessas situações.

"Eu fazia plantão na maternidade do X e via as pacientes que chegavam após tentativa de aborto serem tratadas com grosseria, ironias e deboche. E quando tinham que permanecer internadas, ficavam em macas no corredor, mesmo tendo vagas nas enfermarias". (feminino, 6º ano, 24 anos).

"Atendimento de emergência a um baleado. A equipe era terrivelmente despreparada; a sala ficou imunda, com seringas e materiais perfurantes para todos os lados... Não houve nenhum tipo de cuidado também com os diálogos (falando absurdos do paciente e da situação) sem saber se ele (obnubilado) ou o acompanhante (que tinha acesso à sala) estava ouvindo." (feminino, 6º ano, 24 anos).

Entre os "temas que envolvem questões legais e políticas de atendimento à saúde" (nossa terceira categoria de estudo), encontramos apenas 7% dos relatos. As mais frequentes diziam respeito a relação profissional entre colegas; condições precárias de atendimento à saúde; corporativismo médico e cobrança de pacientes em hospitais públicos.

A frase a seguir ilustra o ponto de vista de um estudante que se referiu a situações classificadas por nós nesta categoria:

"É ético trabalharmos, ou melhor, aprendermos medicina em um hospital caquético como o nosso? Ou o mais ético seria fecharmos essa espelunca e irmos a outros hospitais aprender?" (masculino, 6º ano, 23 anos) (TAQUETTE et al., 2005, s/p).

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

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 Unidos⁵⁴. O curso coloca uma série de espectros

⁵⁴ Além dos estudos de Parsons e Merton sobre a medicina e estudantes de medicina, Becker, Barry &

de valores morais, que parecem inviáveis aos estudantes, pois as exigências colocadas e os recursos disponíveis ao atendimento médico para a população são insuficientes e inadequados.

A fim de subsidiar mudanças curriculares no curso de medicina da Universidade Federal do Ceará (UFCE), Matos e Souza e Carneiro Menezes (2005) elaboraram um estudo a fim de mensurar o nível de estresse nos estudantes de medicina daquela universidade. O resultado obtido demonstra que há uma grande porcentagem de estudantes (35,4%) que apresentam distúrbios emocionais.

Baseados em estudos similares realizados nos Estados Unidos, os autores aceitam conclusões já apresentadas de que os alunos já no primeiro ano da clínica têm de resolver três problemas distintos:

como acomodar a discrepância entre a realidade e suas expectativas em relação ao sistema de funcionamento e ao currículo da escola médica; como tolerar a perda da 'velha autoimagem' (grifo do autor) e aprender a construir uma nova e como manejar suas próprias reações emocionais às pressões de conteúdos emocionais intensos como sexo e morte. (MATOS e SOUZA e CARNEIRO MENEZES, 2005, p. 5).

Inferem os autores que o curso de medicina, da maneira como está estruturado, pode constituir um fator desencadeante de distúrbios nos estudantes. A frequência desse fenômeno está se mostrando um fator importante para a justificativa de mudanças curriculares nos últimos anos. Porém, apesar de alvissareiras as novas propostas dos cursos de medicina, além de não estarem totalmente implantadas e apresentarem importantes particularidades, ainda não se observou, na literatura especializada, avaliação destes resultados.

É importante lembrar o fundamental papel dos hospitais-escola na formação médica, pois grande parte do treinamento prático, e os exemplos de como desempenhar as atividades profissionais, é aprendido pelos alunos nesse local. É

White, corroboram premissas de que a escola médica funciona como um modelo estruturante que ao não atender às expectativas dos alunos e colocá-los numa situação de grande ansiedade acaba produzindo uma certa frieza destes com relação ao seu trabalho, frieza esta que gera angústia por distanciar-se do idealismo inicial quando da escolha do curso. NUNES (1999), em estudo sobre os estudantes brasileiros, retoma essa discussão, ao explicar as expectativas dos estudantes brasileiros. Ver também Urtiaga (2004), Almeida (1999), entre outros.

durante a formação prática que se dá a interação com o paciente, com o professor e com os demais profissionais de saúde.

O hospital deve ser visto como uma organização permeada pelas relações de poder presentes, tanto na definição dos objetivos comuns como nos objetivos particulares de cada ator, além de atender aos objetivos da própria organização. O poder nas organizações pode conviver com esses dois níveis de interesses, desde que os interesses mais gerais não sejam transgredidos ou desviados pelos interesses particulares, porém, se não se consegue articular os objetivos particulares e organizacionais, emergem os conflitos.

A exemplo das demais organizações modernas, o hospital mantém o modelo racional, conceituado por Weber, de administração burocrática, que, além das regras formais de recrutamento e seleção dos funcionários e da normatização das funções, conta com uma rígida hierarquia que vai do topo à base, obedecendo ao organograma.

Esse sistema baseado no princípio da hierarquia, cuja divisão de trabalho é feita com base em competências especializadas, regras sistemáticas e impessoalidade na condução das tarefas é que definem a conduta de cada indivíduo. Assim, durante o seu treinamento no hospital, o estudante depara-se não apenas com condutas técnicas do trabalho médico, mas também com uma organização de trabalho que, apesar de manter também a função pedagógica, tem parte de seus membros comprometidos apenas com os objetivos fundamentais da organização.

Isso faz com que o aluno depare-se com a necessidade de estabelecer uma complexa negociação entre seus objetivos particulares, os objetivos da organização e o relacionamento com o conjunto de funcionários, que pode apresentar-se hostil ou indiferente. Assim, o processo de aprendizagem é composto pela articulação da prática pedagógica e da prática médica, em que a segunda ocupa um lugar fundamental na aquisição dos conteúdos do papel social que o futuro profissional deverá desempenhar. Essa distinção nas práticas pedagógicas é salientada por Schraiber, a seguir:

Dada sua disposição formal curricular, as práticas hospitalares, enquanto práticas educativas, aparentam corresponder a um segundo momento do processo educacional, no qual se daria o adestramento em procedimentos técnicos resultantes do conhecimento teórico e do procedimento técnico, além de serem práticas de definição do modo pelo qual ambos se transmitem. A

elaboração e transmissão do saber médico (Teoria e Técnica) são portanto, realizadas e definidas nas práticas hospitalares (...) (Schraiber, 1989, p.64).

Campos (1999), em uma pesquisa realizada em faculdades de medicina sobre o treinamento dos estudantes, observa que parte significativa da formação prática do estudante de graduação ocorre dentro do hospital-escola. O autor salienta que a função desse hospital no serviço público de saúde é de prestar o atendimento terciário, num sistema hierarquizado. A lógica do atendimento da maioria desses hospitais é, segundo o autor, a elaboração de diagnósticos difíceis e tratamentos complexos que exijam alta complexidade. Pela própria natureza do atendimento prestado, a fragmentação das atividades em especialidades médicas dificulta ao estudante o acompanhamento de casos.

Essa é uma preocupação na formação médica para Campos:

Se 86% da carga horária dos estágios práticos dos cursos médicos se desenvolvem dentro de Hospitais Universitários, são estes, pois, os espaços que compõem o denominado “interno” das faculdades. Durante quase toda a fase de formação clínica, incluindo a de internato, os alunos são treinados dentro dos denominados Hospitais Universitários. Algumas escolas têm estágios em centros de saúde, ou em outras modalidades de serviços do SUS; mas, seguramente, pode-se afirmar que seu peso qualitativo e quantitativo (14% na amostra levantada) na composição curricular é pequeno (CAMPOS, 1999, p.188).

Assim, ao concentrar o treinamento do jovem estudante a esse local de atendimento, devido às próprias características do Hospital-Escola (HE), o estudante acaba não acompanhando os casos que observa, pois os retornos às consultas nas clínicas especializadas são sempre demorados, o que dificulta verificar o andamento do caso. Campos salienta, ainda, que o propósito da graduação de capacitar o futuro médico a promover a saúde, curar, reabilitar e ser capaz de trabalhar nos vários locais de atendimento, como centros de saúde e hospitais gerais, perde-se no aprendizado compartimentado, extremamente especializado e tecnológico, dificultando a apreensão das particularidades do atendimento a populações ou regiões específicas. As diferenças entre o local de formação e de prática profissional também aparecem como um problema formativo:

(...) Formar médicos com capacidade de se integrarem em equipes multiprofissionais, com capacidade para reconhecer a determinação, ao mesmo tempo, social, subjetiva e biológica dos processos saúde e doença, e uma vez realizado este reconhecimento, serem capazes de criar projetos terapêuticos que combinassem recursos destas três esferas conforme o caso e as possibilidades existentes. E, principalmente, formar médicos capacitados a construir vínculos e a assumir responsabilidades frente à cura ou reabilitação dos seus pacientes, superando a tradição contemporânea de concentrar quase toda responsabilidade apenas na realização, segundo certos preceitos. (CAMPOS, 1999, p.191).

Já vimos na discussão sobre profissões (capítulo III) que a reivindicação de um campo de atuação implica na constituição de formas de procedimentos, formas de linguagem e o controle de um determinado campo de trabalho sob controle de determinada categoria profissional. A respeito da relação dialógica entre médico e paciente, Dias de Souza considera que:

O discurso médico, por exemplo, não pode ser dissociado da prática de '*rituais da palavra*' que está a determinar, ao mesmo tempo, propriedades singulares e papéis preestabelecidos para os sujeitos que falam. Nesse sentido, o ritual não só prescreve a qualificação que devem possuir os indivíduos que falam, mas também define todo o conjunto de signos que deve acompanhar o discurso como gestos, comportamentos e circunstâncias. Estabelece, pode-se dizer, leis do discurso com relação ao fato mesmo da enunciação e ao conteúdo e forma do enunciado. Por exemplo, numa situação de diálogo, só exerce o ato de interrogar quem tem o poder de interrogar e, ainda, não poderá interrogar qualquer coisa. Os "rituais da palavra" influenciam, ainda, a eficácia suposta das palavras em termos de seu efeito sobre aqueles aos quais se dirigem. O ato de tomar a palavra não é, de fato, nem um ato livre nem gratuito. Certas condições devem ser preenchidas para que determinado sujeito tenha o direito de falar e de falar desta ou daquela maneira, deste ou daquele assunto, num determinado contexto. E tão pouco é gratuito, pois toda a fala deve se apresentar como motivada, como resposta a algo ou visando a certas finalidades (DIAS DE SOUZA, 1998, p. 10)

É clássica a discussão da relação entre escola e ideologia, na qual a função da educação no capitalismo é capacitar o trabalhador, atribuindo-lhe determinadas habilidades específicas que lhe permitem obter uma valorização social diferenciada. A educação formal, segundo a perspectiva marxista, ideologicamente, tem a função de perpetuar sistemas estratificados e mitigar os conflitos de classe ao atribuir aos detentores desses saberes o mérito, não apenas de receber melhores remunerações por suas atividades, não importando a função social dessas atividades, mas também

lhes confere um prestígio que os diferencia dos demais, a saber:

A educação médica enquanto processo educativo terá idêntica característica geral, mas terá, ao mesmo tempo, significados e especificidades próprios da qualificação de um trabalhador particular. Em outros termos, a educação médica é reconstituída na rearticulação da educação e, simultaneamente, na rearticulação da medicina no modo de produção capitalista. Educação e medicina como práticas sociais originam, portanto, ao se rearticularem com as demais práticas na estrutura social capitalista, determinações específicas, em cuja *consustancialidade* é reconstituída a educação médica. (...) Ao mesmo tempo, determinações específicas não significam determinações originadas em processos independentes, pois a rearticulação da prática educativa, assim como a rearticulação da prática médica são definidas por, e participantes de, um mesmo processo: a reorganização da produção no modo de produção capitalista (SCHRAIBER, 1989, p. 63-64).

Em 2004, o Conselho Federal de Medicina (CFM) publicou relatório sobre os cursos de medicina no Brasil (BUENO e PIERUCCINI, 2004), no qual a crítica principal reside na abertura indiscriminada de escolas médicas. O relatório de forte conteúdo corporativo apresenta, como principal preocupação, a expansão do número de médicos que aumentaria a já excedente, segundo o relatório, quantidade de mão de obra, o que traria prejuízos não só à categoria profissional, por meio da precarização do trabalho médico, mas, conseqüentemente, a qualidade dos serviços prestados na área da saúde. As condições de trabalho, especialmente através da remuneração, aparecem como uma queixa constante dessa categoria profissional:

Esta baixa renda imposta a um excessivo contingente de profissionais compromete a sua atualização profissional, forçando-os a se submeterem à condições de trabalho inadequadas, o que expõe aos riscos e cometimento de infrações éticas (...). Contrastando, assim, com a prodigiosa evolução científica, que exige do médico cada vez mais conhecimento e preparo profissional, caiu sensivelmente a sua imagem para muito aquém dos padrões que anteriormente a exaltavam. A medicina, de profissão-sacerdócio, transformou-se em mera prestação de serviços, virou uma mercadoria (BUENO e PIERUCCINI, 2004, p. 39).

O argumento fortemente utilizado pelos autores contra o aumento de vagas nos cursos de medicina seria a alta proporção de médicos por habitantes no Brasil, que está bem acima do preconizado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), que sugere a relação de 1 médico para cada 1000 habitantes, enquanto no Brasil a relação

observada é de 1 médico para cada 622 habitantes. O estudo apresenta, ainda, um detalhamento minucioso da distribuição de médicos nas diversas regiões brasileiras, salientando sua concentração nas regiões sudeste e centro-oeste, além, evidentemente, da disparidade de distribuição de médicos entre as capitais e os grandes centros urbanos em contraste com as pequenas cidades do interior, onde, em muitos casos, não existe nenhum médico em exercício da profissão.

Segundo esse relatório, um argumento importante utilizado para justificar a criação de novos cursos de medicina seria a política de recursos humanos para prover o SUS e o PSF, argumento que, segundo os autores, não se sustenta devida à ausência de uma política de atração e manutenção desses profissionais no interior, tanto em relação à estrutura de serviços ofertados quanto em relação aos honorários profissionais.

É preciso notar que o relatório do CFM, a exemplo de artigos frequentes em boletins da Associação Médica Brasileira (AMB), e nos boletins dos CRMs, centra sua crítica no aumento do número de vagas e na abertura de novos cursos, enfatizando que a qualidade dos novos formandos pode ser comprometida devido à massificação. Essas mesmas entidades, porém, não fazem nenhuma menção à maneira como estão estruturados os cursos de medicina.

O teor principal da crítica dos representantes dos médicos sobre a qualidade dos cursos, centrada na quantidade, não se justifica *a priori*, a menos que possamos demonstrar uma queda da qualidade desses cursos. O que observamos é que o Ministério da Educação tem avaliado os cursos superiores, especialmente o de medicina, com uma frequência bem maior do que fazia no passado, bem como as instituições que ofertam tais cursos.

Em relação ao argumento de que o aumento do número de denúncias sobre a má prática profissional e às instituições de saúde demonstraria a perda de qualidade, também não se justifica, uma vez que o acesso à saúde era mais restrita até o final do século 20. Não devemos esquecer que o acesso universal à saúde no Brasil começou com a criação do SUS, em 1988. Outro fator importante a considerar é que a redemocratização teve, como um dos efeitos positivos para o Brasil, o aumento das demandas da população por melhoria nos serviços de um modo geral.

Não estamos avaliando a melhora ou não da qualidade do ensino médico. Nosso ponto de argumentação é que não temos dados suficientes para analisar comparativamente o ensino da medicina no início do século 21 e compará-lo com 20 ou 30 anos atrás. Apenas a massificação não significa perda de qualidade, pois a história mostra que a massificação de produtos e serviços em geral melhora a qualidade e a concorrência entre profissionais, pois se por um lado diminui o poder de mercado dos trabalhadores, por outro lado estimula a qualificação, a fim de melhorar a capacidade de colocação no mercado de trabalho.

4.2 RESIDÊNCIA MÉDICA

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, CRMs, AMBs, Comissões Nacionais de Residências Médicas (CNRMs), Ministérios da Saúde e Conselhos de Especialidades Médicas, 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 mediante a 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 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. Essas entidades fazem campanhas tanto para o público em geral quanto para os hospitais e contratadores de médicos, prefeituras municipais, estados da federação, clínicas e planos de saúde, que exijam comprovação de especialidade válida para o exercício profissional. Orientação que nem sempre é seguida.

A resolução que regulamenta o uso de título de especialista foi publicada pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) em 2002 (Resolução 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 frequentes na medicina. Essa medida, porém, não atinge o total de formandos anualmente no país, quanto mais os já formados que não possuem especialização.

Nas discussões sobre a importância da residência médica é comum atribuir a essa um duplo papel: como complementar para a formação oferecida pela graduação e, também, como forma de inserção no mercado de trabalho. É consenso entre os colégios de especialidades e no CNRM que essa é a forma mais adequada de qualificação profissional para o uso do título de especialista.

A residência tem papel fundamental na prestação de serviços de saúde, o que levou a institucionalização da residência médica nas políticas públicas de saúde. Mas segundo Fiszbejn (2000), não há planejamento na formação de recursos humanos e as resoluções do CNRM permitem que as próprias instituições assumam o papel regulador. Assim, a lógica da residência atende mais a uma necessidade de prestação de serviços – público e privado – do que a de qualificação profissional, já que a forma como os estágios estão organizados mostram mais as necessidades das organizações de saúde do que as de aprendizagem.

Podemos dizer que, apesar de a residência médica estar institucionalizada e regulamentada pelos Ministérios da Saúde e da Educação, ela é organizada pelas instituições que mantêm os programas, em uma relação mediatizada pelos interesses da corporação médica; médicos-residentes, colégios de especialidades e outras entidades. O CNRM reconhece a atividade de residente como um processo pedagógico e de trabalho (mas trabalhador autônomo, sem vínculo empregatício) e determina um piso salarial na forma de bolsa de estudo, mas os residentes conseguiram, ao longo do tempo, alguns direitos trabalhistas como férias e licença maternidade.

Feuerwerker (1998) lista uma série de características que demonstra que os programas de residência atendem mais aos interesses dos serviços e da categoria profissional, do que ao sistema de saúde. A seguir algumas considerações da autora:

1. as prioridades de ação, as especialidades que existem em cada um deles e as relações que estabelecem com a população de sua área de abrangência são definidos internamente, sem levar em conta os demais recursos existentes, a situação epidemiológica e as prioridades de intervenção definidas pelas autoridades regionais de saúde;
2. apesar de prestarem serviços ao SUS, não há relações sistemáticas entre os hospitais e as unidades de saúde, fazendo com que os mecanismos de referência e contrarreferência não funcionem.
3. O processo de treinamento em nível de residência médica, como visto, tem tido seus rumos definidos num processo relativamente independente do que está ocorrendo no terreno da educação médica e também das políticas de saúde. São necessidades das instituições que mantêm os programas e os interesses da corporação médica os principais elementos definidores de suas características.

Em entrevistas com membros dos CRMs e com tutores das comissões de residência médica em três hospitais universitários, todos se referiram a um mesmo fenômeno: o crescimento da procura por especialidades ‘tecnológicas’, ou que oferecem melhor remuneração no mercado de trabalho, como oftalmologia, otorringolaringologia, dermatologia, cirurgia plástica e a queda na procura por especialidades básicas ou cuja atuação é quase restrita à rede pública de saúde, como pediatria, clínica geral, hematologia, nefrologia.

Uma questão que pode ser colocada a partir dessa observação é se o ideário de atenção ou de cura encontrado no início da graduação, e referido em vários estudos sobre a profissão médica que falam de busca de realização profissional, vai perdendo espaço para a busca por melhores condições de vida. Se fosse assim, a especialização seria vista pelos médicos não apenas como necessidade formativa e de ingresso no mercado de trabalho, mas também como uma forma de adquirir prestígio profissional e financeiro dentro da categoria profissional e na sociedade.

A formação profissional, por mais crítica que pretenda ser, no sentido de estimular o aprendiz a pensar sua atividade continuamente, recebe forte influência da prática médica vigente, dos setores público e/ou privado; e o estudante de medicina construirá seu projeto profissional embasado nos modelos com os quais convive, visando 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 mediante a 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.

Nas discussões sobre a importância da residência médica, é comum atribuir a essa um duplo papel: como complementar à formação oferecida pela graduação e, também, como forma de inserção no mercado de trabalho. É consenso entre os colégios de especialidades e no CNRM que essa é a forma mais adequada de qualificação profissional para o uso do título de especialista.

Porém, ao considerarmos o número de vagas de residência médica, observamos não serem essas suficientes para atender a todos os formandos. Anualmente, é oferecida uma quantidade de vagas para residência médica, aproximadamente 40% menor que o necessário, a fim de atender apenas o total de formandos, além daqueles profissionais que pretendem uma especialização ou uma segunda residência médica a fim de complementar a primeira.

Frequentemente, os CRMs criticam o baixo número de vagas, afirmando serem essas absolutamente necessárias para a boa formação médica. Representando essa visão dos médicos, Gonçalves (2008), presidente do Conselho Regional de Medicina de São Paulo, afirma “Gostaria que fechasse 50% das 173 faculdades de medicina do Brasil. Metade delas não tem condições nem de dar formação generalista (...). Medicina não se aprende em livro, nem na Internet, é preciso prática. Apesar dessa demanda, podemos observar que uma parte significativa das vagas de residência oferecidas no Brasil encontra-se ociosa⁵⁵. Do total de vagas existentes para residentes no Brasil, em torno de 40% não estão ocupadas. Não tivemos meios de verificar os motivos da ociosidade dessas vagas. Em conversas com professores e tutores de medicina, alguns consideram a falta de bolsa um motivo importante para a desistência, enquanto outros

⁵⁵ Estes dados foram coletados em 2007 referentes à taxa de ocupação de residentes no ano de 2006. (fonte SeSU- Secretaria de Educação Superior - MEC). Até o ano de 2007 o site informava quais as instituições ofereciam vagas para residentes (por especialidade) e quantas estavam efetivamente ocupadas. Foi necessário verificar todas as instituições de saúde em cada estado brasileiro que oferecem vagas para residentes a fim de obtermos estes dados. Infelizmente, o site deixou de colocar informações sobre o número de vagas por instituição e quantas efetivamente estão ocupadas, oferecendo atualmente apenas os dados de vagas ocupadas. Os dados apesar de serem de 2006, não apresentaram grande mudança no número de residentes entre aquela data e a atual, porém o SeSU deixou de publicar o número de vagas existentes e de vagas ocupadas e apesar de já havermos solicitado estes dados, eles informam que estarão disponíveis e que a dificuldade de acesso deve-se a mudanças no sistema.

atribuíram ao mercado de trabalho essa influência, considerando que esse mercado pode ofertar melhores condições econômicas. Outros motivos possíveis por não haver candidatos são de os mesmos não passarem nas provas para residência.

Os dados a seguir demonstram a relação entre vagas de residência e os residentes efetivamente em treinamento no ano de 2006.

TABELA 1 - RESIDENTES NO BRASIL – TOTAL 2006⁵⁶

ESTADO	VAGAS						Total	RESIDENTES						Total
	R1 ⁵⁷	R2	R3	R4	R5	R6		R1	R2	R3	R4	R5	R6	
ACRE	34	34	9	0	0	0	77	25	20	1	0	1	0	47
ALAGOAS	47	47	24	0	0	0	118	28	29	4	0	0	0	61
AMAZONAS	111	112	48	3	1	0	275	63	60	18	4	0	0	145
BAHIA	330	330	142	2	0	0	804	279	262	58	5	11	0	615
CEARÁ	262	266	133	14	0	0	675	182	154	38	2	2	0	378
DISTRITO FEDERAL	412	414	215	20	3	0	1064	305	294	90	4	0	0	693
ESPIRÍTO SANTO	91	91	45	1	0	0	228	93	81	11	4	2	0	191
GOIÁS	201	203	76	6	0	0	486	157	144	19	2	0	0	321
MARANHÃO	75	75	26	0	0	0	176	35	34	3	0	0	0	72
MATO GROSSO	54	54	19	0	0	0	127	35	35	8	2	0	0	80
MATO GROSSO DO SUL	102	102	44	2	1	0	251	75	60	15	1	0	0	151
MINAS GERAIS	1014	1032	437	51	11	1	2546	821	667	171	21	9	0	1689
PARÁ	112	112	48	1	1	0	274	92	65	12	2	0	0	171
PARAÍBA	55	55	12	0	0	0	122	47	46	12	3	3	0	111
PARANÁ	503	503	258	26	10	0	1300	395	348	94	7	0	0	844
PERNAMBUCO	389	390	214	25	4	1	1023	344	306	92	33	14	0	789
PIAUÍ	42	41	21	0	0	0	104	42	30	8	2	1	0	83
RIO DE JANEIRO	1589	1588	911	71	27	0	4186	1260	1039	362	78	25	0	2764
RIO GRANDE DO NORTE	95	95	42	4	1	0	237	67	54	7	0	0	0	128
RIO GRANDE DO SUL	909	909	363	79	6	0	2266	691	622	124	11	2	0	1450
RONDÔNIA	4	4	2				10	4						4
RORAIMA	13	13	4				30	6	7	2				15

⁵⁶ Há casos de o número de vagas ser menor que o número de residentes. Isso se explica, especialmente no final da residência, quando o programa pode optar por ter vagas sobrando, ou por algum motivo acadêmico em estender a residência para alguns médicos.

⁵⁷ R1, R2, R3, R4 e R5, é como são chamados os residentes de acordo com o ano de ingresso na residência. Assim, ao iniciar ele é chamado de R1, no ano seguinte será R2, e assim sucessivamente.

SANTA CATARINA	230	231	82	4	1	0	548	200	174	39	3	0	0	416
SÃO PAULO	3799	3802	1946	261	41	9	9858	3012	2723	733	49	20		6537
SERGIPE	29	29	8	0	0	0	66	19	16	0	0	0	0	35
TOTAL	10502	10532	5129	570	107	11	26851	8277	7270	1921	233	90	0	17790

Essa tabela fato demonstra que parte considerável dos médicos não fazem a residência médica. Os motivos não foram investigados, mas consideramos que podem dizer respeito ao ingresso profissional e pouco estímulo à continuidade de qualificação, seja por já estarem inseridos no mercado de trabalho ou por haverem dificuldades e desestímulos em concluí-la.

Entre os 6 residentes entrevistados, de áreas diversas, como cirúrgicas, clínicas e mais tecnológicas, foi perceptível uma grande insatisfação. As queixas referiam-se sempre a questões como excesso de trabalho, dificuldade em focar em seus interesses, sendo obrigados a atender os casos que chegam ao hospital; dificuldade de relacionamento com as equipes de médicos e enfermeiros; pouca orientação para realizar determinados procedimentos e grande cobrança de resultados. Assim, questões, como baixa remuneração (o valor da bolsa pode ser facilmente coberta com alguns plantões mensais), excesso de trabalho, treinamento e qualificação considerada insuficiente, grande pressão do público atendido, além do relacionamento frequentemente conflituoso com demais membros das equipes, fazem com que as oportunidades de trabalho que surgem durante a residência tornem-se extremamente atrativas.

CAPÍTULO V

5 CONDIÇÕES DE TRABALHO

Uma vez que estamos considerando como um tipo ideal de erro médico o erro de procedimento, e este está relacionado à forma como o trabalho é realizado, cabe agora fazermos uma discussão sobre as condições de trabalho em saúde, a fim de relacionarmos estas condições com o fenômeno que estamos tratando.

5.1 CARACTERÍSTICAS DO SETOR SAÚDE NO BRASIL

Estudos que datam dos anos 1980 já registram forte preocupação com o modelo de financiamento para a saúde adotado no Brasil. Cristina Possas (1989) chama a atenção para um dado importante: o de compreender a evolução do setor saúde nas décadas de 1960/1970. O significativo crescimento do emprego formal no Brasil contribuiu para um crescimento de cerca de 13% ao ano na arrecadação da previdência social. No final dos anos 1990, foi verificada uma tendência oposta, com queda do número de empregos formais e crescente dificuldade de financiamento da previdência social, tanto em seu aspecto de seguridade social (aposentadorias e pensões) quanto no aspecto de financiamento à saúde. Esse problema do financiamento, apesar de ter diminuído, a partir do século 21, continua a ser um problema importante, especialmente para o atendimento à saúde, como veremos à frente.

Os estudos sobre a previdência social, no período do 'milagre econômico', demonstram que o modelo de financiamento à saúde adotado no Brasil no período pós 1967, quando foi criado o INPS, a partir da unificação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões, privilegiava o sistema de prestação de serviços, em que o Estado estimulava a iniciativa privada na construção de hospitais e clínicas particulares, por

meio de convênios, e desestimulava a expansão dos serviços públicos. Dessa forma, houve um crescimento significativo de hospitais privados, responsáveis pela maioria das internações, exames complementares e assistência médica especializada aos beneficiários da previdência social, em relação aos hospitais públicos.

A partir dessa política adotada, a área da saúde surge como um importante setor da economia brasileira, com a articulação do Estado, por intermédio do INPS, das empresas nacionais (empresas médicas, hospitais e clínicas privadas) e das empresas estrangeiras (indústrias de fármacos, matérias-primas e equipamentos médico-hospitalares). De acordo com Braga e Paula (1981):

(...) quando se dá a entrada do Brasil na etapa da acumulação industrial, ou seja, a formação no interior da economia de um setor de produção de bens de capital inter-relacionados com a diversificação do consumo, dá-se também a constituição de um setor de atenção à saúde, em que a produção privada de bens e serviços é crescente e aceleradamente financiada pelo Estado via arrecadação previdenciária. O crescimento desse setor se dá a taxas maiores que o restante da economia, como decorrência tanto de seu movimento interno, como das pressões sociais a exigirem maior cobertura e universalização do sistema previdenciário (BRAGA E PAULA, 1981, p. 76).

Apesar de os gastos com saúde no Brasil terem aumentado a partir da década de 1960, esse crescimento sempre se mostrou insuficiente para atender à demanda, uma vez que houve um crescimento da massa trabalhadora urbana e, a partir da década de 1960, a medicina tornou-se cada vez mais tecnificada e cara em todo o mundo. Além disso, o modelo de saúde adotado no Brasil privilegia “uma medicina individualizada, sintomática, curativa e de natureza essencialmente hospitalar”. (POSSAS, 1989, p. 54), em detrimento de uma medicina coletiva de caráter preventivo.

Essa tecnificação do fazer médico acontece, segundo Donnangelo (1975), não apenas por meio da divisão do trabalho entre as especialidades médicas, mas também em suas articulações com procedimentos técnicos cada vez mais sofisticados. “A especialização, como uma forma de divisão técnica do trabalho, aparece como o resultado mais imediato da inovação técnico-científica” (DONNANGELO, 1975, p. 54). Assim, acontece a alteração no processo de conhecimento, formação de mão de obra e da própria organização das unidades de atenção vinculadas ao processo de produção dos serviços de saúde.

A crescente incorporação de tecnologias de produção dos cuidados na área da saúde teve consequências diretas na organização do trabalho médico, fazendo surgir novas profissões, colocando necessidades crescentes de especialização na profissão médica, que produzem novas formas de fazer e novos tipos de erros. O aumento da quantidade de especialidades fez com que os médicos, enquanto categoria profissional, apresentassem assimetrias de renda e prestígio, criando uma estratificação técnica e social no interior da categoria profissional (SCHRAIBER, 1993).

À medida que vai se intensificando o desenvolvimento de disciplinas médicas e equipamentos de diagnósticos e tratamento, vai se seccionando o saber sobre o corpo, ou seja, cada vez mais a habilidade e o conhecimento médico vão se reduzindo e intensificando um órgão do corpo humano.

A medicina tecnificada é cada vez mais exercida no interior dos hospitais e clínicas, uma vez que a grande necessidade de equipamentos sofisticados e profissionais para operá-los coloca limites para a prática da medicina liberal, tanto economicamente quanto em termos de assistência. Um mesmo profissional raramente tem qualificações para manusear equipamentos de diagnósticos (exames laboratoriais, exames por imagem, intervenções cirúrgicas, etc.) e conduzir tratamentos. Além disso, o alto custo para se manter um consultório particular com equipamentos de diagnósticos leva o trabalho médico a tornar-se, ao mesmo tempo, cada vez mais cooperativo em virtude da necessidade de interação entre diversos profissionais.

As crescentes mudanças no processo de trabalho na área da saúde também introduzem mudanças no papel dos hospitais no sistema de saúde, pois, além de sua histórica função asilar de cuidado intensivo aos enfermos, os hospitais passam cada vez mais a exercer uma função terapêutica que não necessita de internação do paciente, praticando crescentemente procedimentos chamados de ambulatoriais, que convivem com a função asilar.

Ou seja, é o hospital 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 procedimentos de urgência e mesmo os rotineiros, necessitando de instalações para o atendimento imediato do paciente no caso de um

agravo do quadro.

O trabalho médico convive, assim, com duas lógicas de assistência à saúde: a lógica liberal, centrada no consultório particular, exercida por profissionais independentes, cuja relação com o paciente é de clientela, ou contratação de serviços; e a lógica do trabalho cooperativo, cujo melhor exemplo são os hospitais, onde diversos profissionais interagem para prestar atendimento à saúde.

O modelo de financiamento adotado no Brasil, depois da criação do INPS, fez com que os hospitais públicos (em especial os hospitais-escola) melhor equipados que os hospitais privados se encarregassem dos casos de maior complexidade. Possas (1989), ao referir-se aos hospitais públicos, cita pesquisa realizada no início dos anos 1970 (1974) pelo Instituto Presidente Castelo Branco (IPCB) e pelo Programa Intensivo de Preparação de Mão de Obra (PIPMO), na qual demonstra que os hospitais do setor público absorviam quase três vezes mais profissionais de nível superior que os do setor privado. Diz a autora:

(...) isto pode, de um lado, ser explicado pelo fato de grande parte dos hospitais gerais do setor público constituir hospitais de grande porte, mantendo unidades de pacientes externos e unidades de tratamento intensivo para os quais há maior necessidade de pessoal; mas por outro lado, não esclarece a utilização proporcionalmente maior, por parte do setor privado, de mão-de-obra elementar (grifo da autora), de pequena ou quase nenhuma preparação, o que fortalece a hipótese de que o setor privado tenderia a utilizar mão-de-obra pouco qualificada para redução de seu custo operacional (POSSAS, 1989 p. 151-152)

A partir da década de 1980, no contexto da redemocratização política no Brasil, surge um importante movimento sanitário, apoiado pelos movimentos populares então organizados, que busca a extensão do acesso à saúde, reivindicando a reorganização do modelo assistencial brasileiro. Apoiado por diversos segmentos sociais, o SUS foi aprovado em 1988. As principais mudanças ocasionadas pelo SUS dizem respeito à ampliação do direito à saúde, agora assegurada a todo cidadão e não mais apenas àqueles vinculados à Previdência Social, ou seja, inseridos no mercado formal de trabalho. Numa reconstituição do modelo de saúde anterior, Capazzolo (2003) lembra que:

Reconhece-se o direito à assistência apenas àqueles inseridos no mercado de trabalho e contribuintes do sistema, configurando um padrão de “cidadania” (aspas da autora). A expressão de assistência médica previdenciária, desde sua origem muito influenciada pelos interesses do capital, privilegiou o financiamento de serviços do setor privado, a prática curativa, individual e especializada, desvinculada do compromisso de produzir saúde (CAPAZZOLO, 2003, p. 55).

Porém, os avanços políticos introduzidos pelo SUS esbarram na lógica da compreensão do trabalho na área da saúde, relativos ao modelo histórico de prática profissional. Os interesses pessoais e profissionais dos atores envolvidos influenciam na dinâmica de implantação do modelo de saúde. Assim, a implantação do SUS tem sido acompanhada por modelos diferenciados de assistência à saúde, não podendo se configurar como um modelo hegemônico em todo território nacional.

Com a criação do SUS, pretendeu-se enfrentar o problema da superespecialização e o do atendimento centrado no hospital, verificado no Brasil. Assim, o modelo do SUS pressupõe uma rede de atenção primária, composta por equipes de especialidades gerais, como clínica geral, gineco-obstetria, pediatria e medicina sanitária, que teriam a função de promover a saúde de uma determinada sociedade e encaminhar os pacientes que demandassem atendimento especializado a outros serviços.

Trata-se de um modelo hierarquizado, em que a rede básica de saúde tem a função de atender os casos de menor complexidade, além de promover a saúde e não apenas tratar sintomas; e os centros de especialidades e os hospitais teriam a incumbência de atender os casos de maior complexidade.

Esse modelo, apesar de sua racionalidade, tem encontrado problemas de ordem prática. Primeiro, porque as redes primárias carecem de infraestrutura necessária; segundo porque há uma carência de profissionais habilitados a promover a saúde⁵⁸, e as redes básicas acabam funcionando como um pronto-atendimento de caráter sintomático. A premissa de promoção à saúde perde lugar para a produção da cura.

⁵⁸O modelo de medicina ocidental foi criado a partir do surgimento da microbiologia e segue um modelo de intervenção sobre a moléstia, descuidando do corpo como um todo e especialmente do indivíduo a quem pertence o corpo. A ideia de promoção da saúde, parte do sujeito, sua subjetividade e do contexto sócio-cultural no qual este está inserido e, a partir daí estabelece estratégias para evitar o adoecimento através de políticas preventivas e medidas educativas.

Apesar dessas dificuldades, nota-se que o SUS⁵⁹ ainda mantém discussões sobre o modelo de saúde, por meio de projetos, como PSF, Humaniza-SUS, Cidades Saudáveis e Programa de Parto Humanizado⁶⁰.

Um olhar sobre os trabalhos acadêmicos relativos à saúde, dissertações de mestrado e teses de doutorado, artigos em revistas especializadas, publicações na área da saúde, bem como as discussões das últimas Conferências Nacionais de Saúde, faz parecer hegemônica a ideia central da necessidade de mudar o foco da medicina e da prática médica, da doença para o doente, ou melhor, para o sujeito.

Essa percepção ocorre porque, ao nos depararmos com o tema da humanização da prática médica, percebemos que inúmeras pesquisas e uma grande quantidade de atores ligados à saúde enfatizam essa necessidade. Também encontramos trabalhos importantes que ressaltam a necessidade da formação generalista e de sua complexidade, melhor dizendo, trabalhos que enfatizam que o médico generalista detém o conhecimento adequado para o desempenho condizente em sua atividade, contrapondo-se à ideia de que a formação especializada teria um caráter mais científico ou mais sofisticado (MEHRY et al., 1994).

Ao acentuar a complexidade da atenção básica e a necessidade da humanização do atendimento, percebemos que a avaliação da atividade nas unidades básicas de saúde deve enfrentar um problema crucial: a capacidade resolutiva ou prática prescritiva, adotada nas unidades básicas. Problema esse decorrente da formação e do treinamento médico.

⁵⁹ As discussões sobre o SUS envolvem uma grande quantidade de agentes, que se estão representados em conselhos consultivos, como o CONASS, CONASEMs, conselhos municipais e estaduais de saúde, sindicatos, conselhos profissionais, entidades civis entre outros.

⁶⁰ O PSF – Programa de Saúde da Família, é uma iniciativa do Governo Federal, que atendendo a demanda de uma série de protagonistas da saúde pública, propõe um programa integral de atenção à saúde, atendendo as famílias através de equipes multidisciplinares que têm a função, além de promover a saúde daqueles indivíduos acompanhá-los em sua comunidade, bem como promover ações educativas no âmbito da saúde integrando a comunidade e buscando parceria com a mesma. O Programa Cidades Saudáveis, surgiu a partir da carta de Toronto (1978) e visa o estabelecimento de políticas públicas nos municípios que promovam o bem estar e a saúde dos cidadãos, através da preservação do meio ambiente, ações educativas, sustentabilidade, participação popular, etc. O Programa Humaniza-SUS, tem como objetivo efetivar as diretrizes do SUS através de práticas democráticas entre gestores, usuários e membros do SUS. Os vários programas existentes, alguns que já têm apresentado resultados bastante satisfatórios, atendem especialmente à demanda de promoção à saúde e de inserir o cidadão no contexto da discussão sobre os seus interesses no âmbito da qualidade de vida e de existência saudável em todos os níveis.

As dificuldades enfrentadas pelos médicos, ao atuarem na atenção básica à saúde e praticar uma medicina centrada no indivíduo, estão em tentar inserir o sujeito e suas condições sociais e psicológicas reais ao modelo nosológico da biomedicina.

Ou seja, o problema é de formação: os estudantes são treinados a precisar o diagnóstico, que se enquadre num quadro epidemiológico, e nas redes de atenção básica esse procedimento não é o mais importante e essas nem sempre dispõem dos aparatos necessários para a sua realização.

A busca pela promoção da saúde deve ter como foco as variáveis que influenciam na vida do usuário do sistema de saúde, como cultura, religião, hábitos, lugar de residência, trabalho, entre outros:

Se no hospital, simbolicamente, impera o medo da morte, na Atenção Básica impera a vontade de viver. A tolerância dos usuários com os efeitos colaterais, custos e limitações impostas pelo tratamento é muito menor. Por causa disso, aumenta muito a complexidade do projeto terapêutico, a ponto de serem necessárias negociações na própria conduta medicamentosa (CUNHA, 2004, p. 15).

O Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH) e o Programa Parto, Aborto e Puerpério: Assistência Humanizada à Mulher foram lançados pelo Ministério da Saúde em 2001, no bojo de uma discussão sobre a qualidade dos atendimentos oferecidos pela saúde.

O primeiro problema que se coloca é que para haver necessidade de humanização no atendimento à saúde significa que existem situações desumanas.

A saber:

(...) na avaliação do público, a forma de atendimento, a capacidade demonstrada pelos profissionais de saúde para compreender suas demandas e suas expectativas são fatores que chegam a ser mais valorizados que a falta de médicos, a falta de espaço nos hospitais, a falta de medicamentos (PORTAL DA SAÚDE, 2000).

Notamos que a avaliação do atendimento médico, que passa a incorporar uma importante preocupação com o relacionamento entre profissionais de saúde e pacientes, é colocada como fundamental para o processo de promoção à saúde. Merhy

(1997) considera que a administração de relacionamentos representa uma forma de tecnologia, que ele considera como 'tecnologia leve', um aspecto essencial para a gestão em saúde, por apresentar melhor resolutividade e diminuir os custos do atendimento, tratando globalmente o paciente e promovendo ações educativas.

Porém, em relação às questões estruturais do sistema de saúde, podemos apontar uma série de problemas, como as longas esperas por atendimento, deficiências de instalações e equipamentos, adiamento de consultas e exames. Ou seja, questões relativas ao acesso à assistência à saúde.

Se essa discussão apresenta-se constantemente nos debates sobre saúde pública, o mesmo não é verificado, pelo menos com a mesma veemência, nos debates e reivindicações apresentados nos conselhos profissionais. Uma análise dos boletins informativos, jornais e debates promovidos pelas instituições de trabalho médico mostram que a defesa da saúde e do direito do cidadão estão centrados nas condições de trabalho e formas de remuneração, sendo os planos de saúde ou a medicina privada focos importantes de conflito.

Assim, é necessário apontar alguns problemas identificados na prática da saúde privada, também chamada de setor suplementar de saúde. Esse setor passou a ser regulado pelo Estado em 1998, com a criação da Lei nº 9.656, sendo que sua expansão se deu, principalmente, entre os anos de 1987 e 1994. Segundo estimativas da Pesquisa Nacional por Amostra Domiciliar (PNAD)⁶¹, aproximadamente 25% da população possui algum plano de saúde privado. Além de um sistema de saúde suplementar, parte dos serviços financiados pelo setor público é ofertada por instituições privadas (75% dos leitos hospitalares; 83% das clínicas médico-ambulatoriais e 40% das unidades de complementação diagnóstica) (TRAVASSOS, 2000).

É possível distinguir quatro modalidades de atuação da assistência médica suplementar no Brasil: a medicina de grupo, as cooperativas médicas, os planos próprios de empresas (autogestão) e as seguradoras.

A medicina de grupo constitui empresas médicas que administram planos de

⁶¹ PNAD – A Pesquisa Nacional por Amostra Domiciliar é coordenada pelo IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, e em 1998, utilizou um suplemento inédito indagando a respeito das características de saúde de moradores.

saúde para empresas, indivíduos e famílias, com atendimento baseado, principalmente, numa rede credenciada de serviços. Nos planos destinados a pessoas jurídicas, a adesão dos empregados é automática em caso de custos financiados integralmente pelo empregador, em caso de divisão de custos com o empregado, a participação é opcional. As cooperativas são entidades em que médicos são sócios e prestadores de serviços simultaneamente, com pagamento proporcional à quantidade de serviços prestados. As Unimed representam quase a totalidade desse segmento.

Os planos próprios das empresas constituem planos fechados, restritos apenas a funcionários e seus dependentes, em geral de uma única empresa que é responsável pela administração direta do plano (autogestão), podendo, ainda, dispor de uma rede credenciada. Algumas empresas financiam integralmente o plano básico para os seus funcionários, embora na maioria dos planos próprios das empresas exista a participação dos empregados, que podem optar por adicionais, como planos complementares e diferentes formas de acesso: livre escolha e reembolso. Por fim, as seguradoras que originalmente no Brasil funcionavam ofertando unicamente seguro-saúde por reembolso, mas que atualmente podem também lançar mão de uma rede credenciada.

Apesar da regulamentação do setor de saúde suplementar ter sido instituída em 1998, somente a partir de meados de 2000 efetivamente suas diretrizes passaram a ser cumpridas. Logo, os efeitos da regulamentação são ainda obscuros, restando diversas questões a serem entendidas no relacionamento entre o setor público e o privado. Essa regulamentação não apresenta nenhuma restrição ao uso de mecanismo de divisão de custos com os usuários, isso deve ser definido pelo contrato entre o cliente-empresa e é alvo constante de discussões nas instituições de defesa do consumidor.

Ao observar as publicações das associações médicas (AMB, CRMs e Sindicatos dos Médicos), percebemos a crítica à medicina suplementar que, apesar de ter apresentado um aumento significativo de custos para o paciente, não apresenta o repasse para os médicos. A saúde suplementar atende a quase totalidade da população que não utiliza o SUS, que, segundo a ANS (2006), constitui 44,7 milhões de beneficiários e envolve cerca de duas mil empresas. Isso fez com que os médicos se tornassem extremamente dependentes da iniciativa privada. Além disso, uma queixa

comum das entidades médicas é que o excesso e a má distribuição de médicos no Brasil dificultam a capacidade negociativa da categoria, o que significou uma redução expressiva no pagamento dos honorários médicos.

Por outro lado, a medicina privada queixa-se do aumento exagerado de custos devido a maior abrangência dos direitos dos usuários e o aumento significativo da quantidade de procedimentos e do alto custo da tecnologia de saúde.

As reivindicações frequentes dos médicos estão relacionadas à baixa remuneração, que leva à extensão da jornada de trabalho, num mercado de trabalho já escasso e de grande concorrência e a grande interferência dos planos de saúde no trabalho médico é uma queixa importante. As principais queixas de interferência dizem respeito às restrições a atendimento de doenças pré-existentes, limitações da quantidade de procedimentos, auditoria dos atos diagnósticos e limitação do tempo de internação⁶².

Dessa forma, podemos perceber que o acesso à saúde está comprometido, também, aos pacientes que não utilizam a saúde pública, sendo a questão do financiamento um ponto nevrálgico em toda a prática médica. A questão pertinente a ser colocada é o quanto a medicina especializada, que é praticada pela medicina privada, devido à sua lógica de atuação, pode estar comprometida em relação aos princípios gerais da prática na área da saúde e quais os efeitos no atendimento ao paciente e, conseqüentemente, nos eventos adversos e iatrogênicos que podem causar.

Em estudo realizado em Belo Horizonte, Cherchiglia (1994) demonstra as várias formas de pagamento aos médicos e as vantagens e desvantagens para gestores, médicos e hospitais. A autora ressalta o interesse pelo tema de todos os envolvidos, salienta a diversidade de formas de remuneração encontrada, que variam de remuneração por tempo (número de horas trabalhadas); remuneração por produção, além de variantes entre essas, como tempo + produção.

Segundo esse estudo, as organizações, por buscarem maior qualidade, rendimento e menor custo, mostram preferência por uma forma de remuneração que

⁶² Para maiores informações sobre o relacionamento entre os médicos e hospitais com os planos de saúde suplementar, conferir o artigo de RIBEIRO (2008).

incentive a quantidade, com maior qualidade, a fim de obter do profissional maior interesse e dedicação. Nos hospitais públicos, em que o sistema de remuneração é por tempo, o que significa um tempo de trabalho fixo na organização com um salário fixo, é comum observar dificuldades gerenciais na negociação entre médicos e dirigentes quanto ao cumprimento total da jornada de trabalho.

Além disso, é interessante notar que os médicos pesquisados consideram a forma de remuneração por resultado como a mais justa e conveniente, mostrando que o ideal liberal é norteador da profissão. Outro dado relevante da pesquisa é a relação que os gestores fazem entre forma de remuneração com a qualidade do serviço prestado. Os médicos não relacionam a remuneração à qualidade. Consideram que a qualidade dos serviços prestados está ligada a outras variáveis, como estrutura, equipe, mas concordam que a remuneração por resultado aumenta a produção.

Nos estudos sobre acidentes e erros, é clara a relação entre esses e a jornada de trabalho, o não relacionamento entre a extensa jornada de trabalho e o erro (no caso de pagamento por procedimentos) demonstra a relevância econômica no julgamento do ator em relação ao seu próprio trabalho, novamente, um fenômeno suficientemente explorado pela sociologia do trabalho.

Uma questão importante que se coloca para o pesquisador é se a remuneração por produção não levaria a privilegiar procedimentos sofisticados e, portanto, mais caros em comparação aos procedimentos preventivos. Ou seja, o ideário liberal, presente na categoria, aliado a melhor capacidade de rentabilidade com os procedimentos complexos e/ou hospitalares parece ser um fator importante para reafirmar a preferência por procedimentos sofisticados.

5.2 SITUAÇÃO DE TRABALHO

O exercício profissional do médico em comparação às outras profissões liberais ainda é a que melhor remunera. Pesquisa de 2006, feita 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 medicina 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 graduados (JORNAL DO CREMESP, 2006).

A profissão médica é, também, a que apresenta maior jornada de trabalho, 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 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.

Apesar da maior remuneração, comparada a outras profissões liberais, essa categoria profissional considera que vem sofrendo um grande achatamento de salário e perda de prestígio social na visão de seus componentes. Acompanhada de difíceis condições de trabalho, devido à estrutura de saúde no Brasil, há crescente queixa, por parte dos profissionais médicos e de suas associações e conselhos profissionais, sobre a precarização do trabalho médico. Naturalmente, todas as categorias profissionais e todos os trabalhadores estão sempre reivindicando melhores salários e condições de trabalho e, no caso dos médicos, os dados indicam que esses profissionais ainda mantêm melhores condições salariais que outras profissões de classe média, como demonstra a pesquisa conduzida por Machado:

De modo geral, ao analisarmos comparativamente o mercado de trabalho especializado, associamos salários mais baixos e jornadas prolongadas aos profissionais que estão no início da carreira. A pesquisa permite constatar este fato especialmente se correlacionarmos esses fatores com o desgaste sofrido na vida diária do médico. Como já mencionado, os novatos experimentam um cotidiano de trabalho mais extenuante em consequência de jornadas prolongadas, plantões, clientela particular escassa e convênios que pagam menos por procedimentos. Enfim, diversos fatores nos induzem a pensar que a relação encontrada entre renda e desgaste condiz com o exposto (MACHADO, 1999, p. 175).

O trabalho de Machado (1999), em pesquisa publicada pelo CRM-RJ- Cremerj,

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.

Um dado interessante da pesquisa realizada pelo Cremerj e que vem ao encontro do que observamos em nossos entrevistados, é que quando perguntados sobre os maiores problemas ético-profissionais encontrados nas unidades de emergência, os médicos responderam o seguinte:

32% apontaram o atendimento de doenças não-emergenciais – crônicas;
18% relataram a existência de profissionais não treinados para atuar em emergências;
18% relataram a existência de conflitos com o '*staff*' do hospital;
8% relataram conflitos com familiares de pacientes na admissão e remoção dos doentes. (CREMERJ, 2004, p. 36).

Esses dados refletem também o fato de que, além das condições de trabalho, oriundas da estrutura do sistema de saúde, o sofrimento dos trabalhadores em saúde é agravado por problemas de relacionamento entre as equipes de trabalho. No perfil epidemiológico, destaca-se a presença marcante de pacientes portadores de doenças crônicas nos plantões emergenciais por não obterem atendimento ambulatorial, que leva ao agravamento do quadro clínico com consequente superlotação das emergências médicas. Ou seja, cada um destes fatores socialmente produzidos se rearticulam dentro de um sistema de relações sociais de trabalho, contribuindo para a produção de erros.

Outra questão importante a ser notada diz respeito ao plantão 24 horas. Essa modalidade de jornada de trabalho fazia parte do atendimento das emergências e era aceito até o início dos anos 1980 quando ainda não havia superlotações nos hospitais e se pressupunha que o médico deveria estar a postos para o atendimento de qualquer emergência, não que efetivamente trabalharia 24 horas. Até alguns anos atrás, era comum, em unidades assistenciais 24 horas, a existência de quartos para descanso de médicos e plantonistas, quando não havia atendimento.

O plantão 24 horas foi suprimido nos últimos anos, após luta reivindicativa dos

médicos, e, no início dos anos 2000, essa modalidade de contratação de plantão não é mais permitida, sendo suplantada pelo plantão de 12 horas, porém, a realidade do plantão nos últimos anos é outra. Qualquer clínica ou hospital público, e mesmo os privados, que funcione 24 horas, trabalha com filas de espera por atendimento durante todo o seu período de funcionamento. E, apesar de os médicos não serem mais contratados para trabalhar em plantões 24 horas, não significa que esses efetivamente não a fazem.

Explica-se: como os médicos mantêm vínculos empregatícios (ou trabalham em regime de prestação de serviços, como trabalhador autônomo) em mais de uma unidade de atendimento, é comum o médico sair de um trabalho (consultório, posto de saúde, hospital) e assumir o posto de trabalho em outro lugar. Uma queixa comum nas pesquisas sobre condições do trabalho médico diz respeito ao fato de esses profissionais terem vários empregos, a fim de comporem seu orçamento mensal. Essa informação de trabalho em plantões seguidos nos foi fornecida pelos entrevistados, médicos e enfermeiros, que afirmam que às vezes veem os colegas já chegarem cansados de outro trabalho. Também ouvimos de médicos que trabalham em regime de plantão, ou mesmo num ritmo intenso de trabalho, a intenção de aumentar sua clientela ou obter melhor posto de trabalho, a fim de melhorar sua qualidade de vida e investir em formação.

A espera pelo atendimento aliada ao estresse do indivíduo enfermo e de seus familiares, bem como a consciência cada vez maior dos direitos do cidadão, pode colocar os pacientes e os profissionais de saúde numa situação de grande animosidade. O paciente ressent-se por não ser atendido enquanto os médicos se sentem injustiçados devido às suas condições de trabalho.

O paciente que aguarda atendimento aflige-se com a demora ou com a ausência do médico, tornando-se muitas vezes agressivo, especialmente quando as condições de atendimento são ruins, como a ausência de leito para internação, falta de vaga em centro cirúrgico ou demora para se obter atendimento. De outro lado, os profissionais de saúde, médicos e enfermeiros ressentem-se pelo volume de trabalho e por não poderem ter qualquer intervalo durante suas atividades e, apesar de serem também vitimizados pela falta de estrutura, são responsabilizados, pelos pacientes, pela

precariedade do atendimento.

A pesquisa coordenada por Maria Helena Machado (1999) sobre as características de trabalho dessa categoria profissional no Brasil enfoca questões sobre formação profissional, o mercado de trabalho e as condições de trabalho, entre outras. A autora observa um significativo ‘desgaste’ dos profissionais médicos e, ainda, resgata o conceito de ‘desgaste’ de Laurell e Noriega (1989, p. 115), qual seja “perda da capacidade, efetiva e/ou potencial, biológica e psíquica (...)”. Essa formulação teórica propõe que, no processo de trabalho, a submissão desses grupos a cargas físicas, químicas, biológicas, fisiológicas e psíquicas que “interatuam dinamicamente entre si e com o corpo do trabalhador, gerando processos de adaptação que se traduzem em desgaste”. (MACHADO, *op. cit.*, p. 163, grifo do autor).

Na pesquisa realizada por Machado (1999), foram aplicados 179.656 questionários a médicos de todo o país, sendo que 80,4% responderam que sentem desgaste no processo de trabalho. As causas de desgaste alegadas estão na seguinte ordem de importância: excesso de trabalho/multiemprego; baixa remuneração; más condições de trabalho; responsabilidade com a vida; área de atuação/especialidade; relação médico - paciente; conflito/cobrança da população; e perda de autonomia profissional⁶³.

A autora observa também que os médicos mais jovens, com menos tempo de trabalho, são os que apresentam maiores insatisfações com o trabalho. Isso é atribuído ao fato de os trabalhadores mais jovens, ao ingressarem no mercado de trabalho, se depararem com piores condições de trabalho e remunerações. É interessante notar que as queixas dos médicos se referem a condições que podem levar ao erro, porém esses profissionais se recusam a reconhecer que cometem erros devido às condições de trabalho. Se voltarmos à questão do ensino médico, observarmos que muitos estudiosos em saúde salientam a importância acentuar as questões sociais da saúde e da doença, bem como a compreensão de seu significado para o paciente. Assim, podemos considerar que a questão da produção social do erro, tem uma grande importância na apreensão dos condicionantes do trabalho médico, bem como na discussão da conduta de atuação destes profissionais.

⁶³ Dados extraídos do gráfico 6.3, p. 173.

Ainda nesta obra, a autora se refere ao trabalho de Palácios (1997), que estuda o sofrimento psíquico dos trabalhadores da saúde de um hospital geral no Rio de Janeiro. Em sua dissertação, Palácios retoma Dejours (1987,1993) ao entender o sofrimento psíquico como situado no “espaço entre a saúde e a doença mental, caracterizado por uma intensa luta contra a doença e o próprio sofrimento” (MACHADO 1999, p. 165). Assim, as categorias utilizadas por Palácios para compreender o sofrimento no trabalho são resumidas da seguinte maneira por Machado:

- a) Carência de poder: está relacionada à perda do controle do trabalhador sobre os instrumentos de trabalho, sobre o ritmo, os movimentos e as habilidades. Isto significa que o trabalhador detém o controle sobre seu processo imediato de trabalho quando pode controlar o ritmo, está livre de pressões, livre para movimentar-se, pode controlar a quantidade e a qualidade da produção e escolher a técnica de trabalho;
- b) Falta de significação do trabalho: é atribuída à divisão do trabalho. Esse fato leva à ausência de responsabilidade concreta do trabalhador em relação a seu trabalho, não requerendo a sua compreensão do processo como um todo. A responsabilidade, a solução de problemas, a tomada de decisões, por exemplo, são atribuições de terceiros, alheios inclusive a dinâmica do processo de trabalho em si. Esta relação fragmentada rouba o senso de propósito do indivíduo;
- c) Isolamento social: refere-se ao sentimento de não pertencer à comunidade de trabalho. Ser membro desse tipo de grupo implica a adesão aos objetivos institucionais e resulta em sentimentos de lealdade com a organização, o que significa dizer que uma comunidade laboral é composta por uma rede de relações sociais que se estabelecem no trabalho e que é valorizada pelos seus membros.
- d) Auto-estranhamento: ausência de envolvimento do sujeito com o trabalho. Tem relação próxima, embora não causal, com os outros componentes. Isto significa dizer que, quanto maior o controle do trabalhador sobre o processo de trabalho imediato, quanto maiores a significação do trabalho e a integração do trabalhador, maior será a chance de que o trabalho seja a expressão pessoal desse trabalhador e não o conduza ao ‘estranhamento (MACHADO, 1999, p. 165).

Palácios chega a conclusão que o sofrimento do trabalho médico não é oriundo apenas do trato com indivíduos enfermos, da presença constante da dor e da morte e do sentimento de frustração quando o desfecho do atendimento não é positivo, mas está, também, ligado diretamente às condições nas quais o trabalho é realizado.

Nos hospitais e centros policlínicos, a exemplo dos atendimentos emergenciais, as diversas especialidades 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 esse aguarda, da ocupação dos leitos hospitalares, disponibilidade de exames, etc. Ou seja, nem sempre é possível atender o paciente de acordo com as normas protocolares, mas a existência dessas e as cobranças geradas, tanto pelo cumprimento das regras quanto pela necessidade de decidir qual caso priorizar, geram uma frequente tensão no ambiente de trabalho.

A escolha de como e qual paciente atender é uma decisão angustiante, pois está envolta numa série de percepções que podem ser equivocadas. A incapacidade de controlar todas as variáveis relacionadas ao sofrimento do paciente, aliado à pressão durante o desempenho do trabalho, é um motivo de forte desgaste, e um elemento importante para os erros e efeitos adversos no atendimento médico.

Nesse sentido, o atendimento emergencial é o que mais apresenta situações em que as tensões podem ser extremas e é também o ambiente mais propício ao erro, evidenciando ser a situação de trabalho médico um elemento importante na análise da qualidade do produto apresentado, a exemplo de outros locais de produção. Ou seja, se o ambiente de trabalho não é seguro para o trabalhador, no sentido de garantir bem-estar físico, moral e intelectual, a chance de esse trabalhador cometer acidentes ou enganos, que no caso da saúde leva ao erro médico, aumenta muito.

Exemplificando: numa sala de emergência de um pronto socorro, na qual existem pacientes esperando há mais de uma hora por atendimento, há chance de o médico negligenciar um paciente que está com algum caso agudo grave, mas que se mantenha contrito aguardando ser chamado, em detrimento de um caso de menor gravidade, mas que o paciente se encontre em estado de grande agitação.

Grande parte dos erros confirmados, ou suspeitos de terem sido cometidos em hospitais, inclui erros atribuídos tanto a médicos quanto a outros profissionais de saúde, além de frequentemente envolver vários atores sociais, e ocorreu em hospitais, envolvendo vários profissionais que estavam em processo de atendimento e tratamento. No geral, esses erros são decorrentes de regularidades previsíveis no processo de trabalho, que envolvem principalmente dificuldade de comunicação ou comunicação ineficaz com a equipe de trabalho. Ausência de clareza na especificação de indicações terapêuticas (via de aplicação de medicamento, dose máxima, velocidade

de aplicação, indicações de dietas e procedimentos, etc.), atribuição de procedimentos a indivíduos despreparados, excesso de confiança nos membros da equipe, pressuposição de que a equipe saiba qual procedimento tomar, problemas de ordem técnica, hostilidade para com a equipe, etc.

Entre os muitos relatos que ouvimos de pessoas que consideram terem sido vítimas de algum tipo de erro ou de atendimento displicente, foi comum queixas de que os médicos haviam oferecido um atendimento rápido demais e de que não havia examinado adequadamente o paciente, como relatou essa mãe:

(...) minha filha estava 'gripada', fui ao postinho, o médico nem olhou direito e mandou fazer o Raio X e receitou um remédio para febre. Para fazer o Raio X, tive que ir ao hospital, no centro... Voltei com o Raio X no dia seguinte, ele nem olhou direito e disse que ela tinha pneumonia, daí receitou antibióticos... Eu estava dando direitinho, ela melhorou..., depois meu filho pegou o Raio X para olhar e viu que o nome no exame não era dela... Você acha que eles prestam atenção?...

Este outro relato foi feito por um enfermeiro de um hospital municipal de porte médio, de uma cidade de interior:

Já estava na hora do médico ir embora, mas tinha que passar a sonda no paciente (sonda vesical), então ele teve muita pressa e acabou perfurando o ureter (...), não é que ele não soubesse fazer, às vezes, quando o médico é novo, não tem muita prática (...) ele estava com pressa (...)

Esses problemas, oriundos da forma como o trabalho é organizado e da escassez de recursos, se agravam devido ao relacionamento das diversas disciplinas médicas e entre as equipes de trabalho nos locais de atendimento. A organização do trabalho nas unidades de atendimento segue padrões protocolares. Porém, essa organização burocrática das atividades esbarra na imprevisibilidade do atendimento, que recoloca cotidianamente a necessidade de negociações entre as especialidades médicas e as equipes das unidades, a fim de adequarem o atendimento.

Lembrando Crozier (1993), na ideia 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 dificuldade de trabalho em equipe pode ser explicada pelo desconhecimento de cada membro, das atribuições e dificuldades no desempenho dos demais. Essa dificuldade tem sua origem na visão de trabalho de cada categoria profissional, que atua seguindo suas próprias lógicas, as quais não são necessariamente compartilhadas pelas demais categorias, e, também, nos relacionamentos pessoais e profissionais.

A distância e a formalidade nos relacionamentos pessoais, explicada principalmente pelo comportamento dos médicos, que são vistos como arrogantes e, muitas vezes, descompromissados pelos demais membros das equipes de trabalho, acentuam a animosidade presente em alguns ambientes de trabalho. Essa característica é particularmente perceptível em ambientes onde as equipes de trabalho modificam-se constantemente. Quando essas equipes são compostas sempre pelos mesmos membros, esses conseguem estabelecer uma maior cordialidade que facilita tanto o desenvolvimento do trabalho, quanto as relações pessoais, diminuindo as pressões colocadas sobre os trabalhadores pela estrutura de atendimento.

Nos casos em que as equipes de trabalho não conseguem estabelecer uma interação, acontece uma disputa constante por espaço de atuação e exercício de autonomia profissional, descambando numa luta por poder que dificulta a realização do trabalho em que diariamente é necessário montar um expediente de forma a aperfeiçoar a utilização dos recursos. Nesses casos, prevalecem os protocolos de atuação, mas dependendo da forma como se desenvolvem, esses podem se traduzir num ambiente de maior ou menor estresse.

Em nossa dissertação de mestrado, ao discutirmos o processo de trabalho no hospital e na forma como se estabelece a sociabilidade, concluímos:

que a burocratização, através da compartimentalização de funções e saberes dificulta a manifestação da cordialidade nos relacionamentos, fazendo com que estes sejam pautados pelo protocolo e pelo corporativismo profissional, por outro lado, a natureza do trabalho leva à manifestação de um tipo de solidariedade pautada na proteção de cada membro do grupo (MOLIANI, 2000, p. 187).

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. Isso ocorre porque cada especialista valoriza a mestria técnica de sua própria área, ocasionando disputas para conduzir procedimentos e a manutenção de uma conduta ética e profissional passa a ser protocolar. Assim, a sociabilidade é gerada sobre bases objetivas, reduzindo o espaço de manifestação da individualidade. Situação diferente pode ser observada em equipes que já construíram um trabalho cooperativo interdisciplinar, nas quais se percebe maior confiança nos parceiros e melhor ambiente de trabalho:

No começo foi difícil, todo mundo desconfiava da presença do outro... Quer dizer, todo mundo sabe da importância do psicólogo, do pedagogo para as crianças, mas achava que a saúde era assunto só de médico. Agora, não. Primeiro porque o trabalho deles (profissionais de educação e psicólogos), deixa os pacientes mais receptivos e depois, porque às vezes são eles que percebem algum problema (Enfermeira Hospital Privado).

A solidariedade, observada entre os médicos que não tem familiaridade no trabalho 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, mas, sim, observando os seus próprios interesses individuais, pois poderá precisar do apoio dos demais quando enfrentar problemas de trabalho semelhantes, pois há um ordenamento formal nas relações de trabalho. Ouvimos o relato de um clínico que durante um dia trabalha em regime de plantão num hospital do interior. Ele afirmou que nesse hospital trabalha um cirurgião que é muito ‘fominha’ (quer ganhar muito dinheiro), e faz mais cirurgias que deveria.

Às vezes não é caso de cirurgia, basta um gesso, mas ele já quer fazer uma redução de fratura. (...) Bom, não diria que é erro... Qualquer procedimento tem risco... Claro, procedimento cirúrgico, sempre tem um risco maior. (Clínico Geral – Hospital público e privado).

Nessa fala, percebemos um tom de crítica ao mesmo tempo em que aparecia o receio de estar sendo delator. O médico claramente não concordava com a atitude do colega e introduziu este relato na fala, quase como um desabafo, do tipo ‘é duro ter de

trabalhar com certas pessoas', porém, se recusaria a confirmar qualquer acusação contra o companheiro, compreendendo que a sua função enquanto colega não permite qualquer atitude que não a de solidariedade.

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. Tal diversidade de atuação contribui para o estabelecimento de uma comunicação ineficaz. Ao estabelecer a condução das tarefas, a organização hospitalar atomiza as atuações dos indivíduos e, apesar de cada tarefa ter um sentido na lógica organizacional, a mesma não fica clara para os trabalhadores, fazendo 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 de pontuar suas condutas pela norma que fundamenta as atividades no hospital.

Essa forma de organização do trabalho na área da saúde não oferece um resultado objetivo para grande parte dos profissionais envolvidos no atendimento, 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. Seguindo o 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 coletivo, em que o produto de seu 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 mensurados⁶⁴.

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 muito envolvimento entre médico e paciente. Como nem sempre é possível, esse acompanhamento do médico, especialmente nos tratamentos de maior complexidade, realizado em hospitais e o tratamento ao paciente nem sempre permitem que as ações possam ser orientadas apenas pela condução protocolar, pois as solicitações dos pacientes e o imponderável de suas reações às terapêuticas, frequentemente, obrigam os funcionários a tomarem atitudes que vão além do procedimento formal. Isso coloca para o trabalhador o paradoxo entre o cumprimento da atividade tal como 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 a natureza do trabalho; e para entender a ação dos mesmos ao elaborarem uma estratégia de exercício da profissão:

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

⁶⁴ 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 medidas terapêuticas desnecessárias 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 e 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 a sua limitada capacidade de avaliar o ato médico em si.

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).

Dessa forma, acredita-se que esse modelo de saúde, centrado na superespecialização, 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 (2010, s/p):

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.

Infere-se que problemas no processo de trabalho em saúde e a precariedade das instituições terapêuticas são responsáveis por altos números de morbimortalidade. 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 consequente 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 consequências do descompromisso dos profissionais da saúde para com o paciente, ou, melhor dizendo, da 'distância' e frieza construída entre o profissional da 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.

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. Tamanha 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.

5.3 RELAÇÕES DE TRABALHO E PROCESSO DE TRABALHO

O processo de trabalho influencia a prática profissional, incluindo questões como tempo/ritmo de trabalho, volume, mecanismos cognitivos solicitados para o desempenho das funções, bem como a possibilidade de desempenhar tarefas padronizadas ou não. Os mecanismos de controle do trabalho são fundamentais para auferir confiança e/ou responsabilidade aos atores sociais, pois, se de um lado limita seu desempenho, estabelecendo as rotinas adequadas, por outro, lhe alivia a responsabilidade, ao atribuir qualquer ocorrência do processo de trabalho ao protocolo e à regra.

Estas rotinas, como são especificadas por funções e grupos de trabalho, acabam influenciando no estabelecimento de tensões nas relações humanas de trabalho, por estabelecerem comportamentos padronizados e generalizantes, enquanto que no relacionamento de trabalho cotidiano, devido em parte à natureza do trabalho, há uma solicitação constante de atuação particularizada, pessoal e específica, tornando tanto as atuações particulares quanto as padronizadas em focos de conflito, que acabam por influenciar no desempenho das tarefas, uma vez que os indivíduos estabelecem

estratégias particulares de defender seus interesses, ou estabelecem mecanismos de autoproteção das demandas dos demais.

Uma vez que passa a fazer parte de um sistema de trabalho, o indivíduo procura adaptar-se a esse, adotando as condutas consideradas adequadas pelo coletivo com o qual convive. Como vimos na discussão sobre profissão e personalidade, normas, técnicas e valores vão sendo interiorizados de maneira que a transgressão dessas regras de conduta pode ser vista pelo grupo como uma falta grave, levando o transgressor a sofrer sanções. Enquanto parte de um sistema social, a saúde e o 'bem comum' tornam-se local de ancoragem de processos de internalização de regras e condutas que levam os indivíduos a identificarem-se com o *ethos* institucional, a integrarem-se dentro das estruturas previamente estabelecidas.

Ao adentrar num sistema qualquer, o indivíduo traz consigo todos os seus referenciais culturais, que incorpora a este meio social, de maneira que não apenas o meio transforma o indivíduo, mas também o próprio indivíduo transforma o meio.

Isso é especialmente visível na troca de indivíduos que ocupam posições de destaque numa estrutura organizativa qualquer, o que não significa que indivíduos que não ocupem lugares estratégicos dentro de uma hierarquia não possam influenciar a sociabilidade encontrada. No caso de funções de chefia, diretores, docentes ou mesmo assessores que ocupam posições centrais dentro da organização, é visível a diferença operada quando da mudança dos indivíduos que ocupam o cargo, tanto na forma de conduzir o trabalho quanto na sociabilidade manifesta em seus locais de influência.

A cultura da empresa pode ser compreendida pelo entrelaçamento de diversos fatores presentes no cotidiano da organização, fatores esses que não se encontram isolados, mas que fazem parte de um todo que compõe a organização. A partir da Sociologia das organizações, especialmente dos trabalhos de Crozier (1981), podemos verificar alguns elementos dessa cultura:

1º) A estrutura organizacional estabelece as assimetrias de cargos e funções por meio da hierarquia nas tomadas de decisões e da valorização diferenciada das diversas funções. Esta estrutura orienta o processo de trabalho, estabelece os limites das ações individuais e condiciona, a partir do orçamento hospitalar os serviços oferecidos pelo hospital – tanto em termos de quantidade quanto em tipos de serviços oferecidos.

2º) Os interesses profissionais e pessoais, pois os indivíduos, ao fazerem parte de uma organização ou uma instituição, apesar da necessidade de adequarem-se aos desígnios destas, não eliminam seus interesses pessoais. Interesses estes que nem sempre coincidem com os objetivos da organização, mas que os indivíduos buscarão alcançar por meio de suas ações cotidianas e das negociações⁶⁵ travadas com os demais membros da organização. Esses movimentos das buscas dos objetivos individuais aliados ao cumprimento das tarefas colocadas pela organização, acabam por estabelecer uma relação dialética, em que ao mesmo tempo a organização transforma ou condiciona os interesses dos membros que a compõem e estes reorientam os objetivos da organização.

3º) A natureza do trabalho, ou seja, a maneira particular como o trabalho se apresenta para o conjunto da comunidade coloca para estes a necessidade de responder as exigências para as quais não têm segurança absoluta sobre a melhor atitude a tomar. Esta insegurança sobre a forma de agir leva os membros da organização a apegarem-se à regra, ao protocolo, na condução de suas condutas profissionais e a atribuírem ao 'outro', seja este outro a organização, seja o companheiro de trabalho, as dificuldades referentes ao próprio trabalho.

Pela análise desses elementos que fazem parte do sistema cultural, percebemos que a atividade na área da saúde, por utilizar um conjunto de normas, rotinas e estabelecimento de definições de papéis para os agentes, instituída pelo regulamento e pelo costume, regula as ações dos indivíduos, ou seja, direciona sua conduta, não só no emprego das técnicas de trabalho, mas também em seus relacionamentos pessoais. Kaës (1991), ao discutir o sofrimento nas instituições, a partir do campo da psicanálise, nos oferece um bom ponto de partida para a compreensão da forma como o indivíduo se insere na organização:

Como o outro, a instituição precede o indivíduo e o introduz na ordem de sua subjetividade predispondo as estruturas de simbolização: pela apresentação da lei, pela introdução da linguagem articulada, pela disposição e pelos procedimentos dos referenciais identificatórios (KAËS, 1991, p. 10).

O trabalho na área da saúde, especialmente nas unidades de atendimento (aqui entendidas como clínicas, postos de saúde, centros de saúde e mesmo hospitais), alia

⁶⁵ Em sua análise das organizações Crozier (1981) vai discutir poder como uma capacidade de negociação, na qual cada agente utiliza os meios que tem disponíveis a fim de melhorar sua capacidade relativa de melhorar sua posição dentro da organização e obter dos demais consentimento ou submissão aos seus interesses. Cada membro tem uma determinada capacidade dependendo de sua função e/ou do domínio das regras organizacionais, bem como da dependência dos demais a sua atividade.

para o seu funcionamento a especificidade dos saberes médicos – distribuídos entre os diversos tipos de cuidados oferecidos aos pacientes – e os fundamentos da administração racional burocrática. Dessa forma, os saberes específicos de cada indivíduo presente na organização de trabalho devem submeter sua lógica de atuação à racionalidade impessoal, controle e padronização das atividades colocadas pela burocratização da sociedade capitalista. Porém, a combinação dessas duas lógicas de atuação dificulta os relacionamentos de trabalho que se movimentam por uma dinâmica peculiar.

Primeiro, a especialização das funções e a comunicação de tipo vertical – em que cada indivíduo reporta-se ao seu superior hierárquico e somente recebe instruções desse – constrange a difusão da informação e dificulta a solução dos problemas onde esses ocorrem, pois os diversos trabalhadores não têm acesso às tomadas de decisão e nem espaço de atuação fora do cumprimento de suas atividades.

As diferentes lógicas de atuação das categorias profissionais envolvidas na condução das atividades potencializam, para cada agente envolvido no processo de trabalho, a insegurança frente à conduta dos demais, pois a impossibilidade de prever a forma como cada ato será interpretado os impele a pontuar suas condutas pela norma que fundamenta as atividades, de maneira a proteger-se das críticas dos demais.

Tais dificuldades, cuja origem é a forma como o trabalho é organizado, colocam para o trabalhador o paradoxo entre o cumprimento da atividade tal como foi orientada e a necessidade de responder a problemas sobre os quais não está autorizado, fazendo com que o trabalho cotidiano mantenha os funcionários numa grande insegurança sobre qual conduta tomar, o que nos remete ao quadros de relevância de Schutz, nas quais o ator vai avaliar sua conduta mobilizando os elementos de que dispõe no momento, nas quais seus interesses imediatos, tem um papel importante na orientação de sua conduta.

Pudemos verificar que solicitações trazidas pelos pacientes e/ou seus familiares colocam para a organização uma grande dificuldade em padronizar as condutas de seus funcionários. Por um lado, a orientação é para que os responsáveis pelo atendimento mantenham a imparcialidade e a ordem protocolar no atendimento, por outro lado, dependendo da função desempenhada, cada trabalhador está sujeito a

maior ou menor pressão para transgredir as regras, a fim de atender a determinadas demandas, tanto de pacientes quanto de outros colegas de trabalho.

A dificuldade de comunicação entre os diferentes agentes dificulta o entendimento das pressões vividas pelos diferentes trabalhadores e cria situações de conflito e ressentimentos, criando um grande mal-estar nas relações de trabalho com os diversos agentes e não sabendo ao certo qual a melhor atitude a ser tomada em cada momento específico.

Problemas de comunicação podem ser atribuídos às diversas lógicas de atuação e a culturas específicas de cada categoria profissional que se fundamentam em visões específicas sobre o paciente e qual maneira de atuar. Melhor dizendo, se a cura ou a saúde é o objetivo comum, a maneira de promovê-las e os caminhos a serem tomados não são um consenso entre as equipes de trabalho, que atribuem valores diferentes a atitudes diferentes, o que dificulta o fluxo de informações, bem como a real avaliação da qualidade do trabalho. As pessoas envolvidas com o paciente não consideram necessário informar aos demais sobre as intercorrências entre eles e, devido à necessidade de sigilo e de proteção ao paciente, receiam que algumas informações possam ter consequências desastrosas.

Esse receio tem várias causas: primeiro é que a informação fornecida a um funcionário de determinado setor seja divulgada inadequadamente aos demais funcionários, a fim de que se mantenham alerta sobre aquele fato específico; segundo é a desconfiança de que os funcionários não mantenham discrição ou orientem inadequadamente o usuário e o terceiro, o mais prosaico dos motivos, é que não confiam que uma informação fornecida a determinado indivíduo seja de fato considerada importante por esse, ou seja, consideram que independente de informar ou não aos demais, esse não considera a informação importante, esquecendo-a em seguida, aí é possível perceber como cada indivíduo pauta sua atuação pela conduta individualizada, compreendendo que os demais não valorizam ou não entendem sua atuação.

Assim, o médico pode informar à enfermeira que necessita conversar com a família e essa limitar-se a fornecer a informação somente à equipe de enfermagem, desconsiderando que a família do paciente possa comparecer no hospital fora de

horário de visita em busca de notícias e que não terá acesso – devido às normas do hospital – nem ao paciente e nem ao médico responsável. Ou um outro departamento qualquer, como o serviço social, internação ou banco de sangue, quando necessite de informações de familiares busca-os diretamente, desconsiderando que esses podem se encontrar eventualmente no hospital.

O elemento unificador de toda essa diversidade que faz parte da organização é a crença na medicina, não apenas como uma técnica, a exemplo de outros saberes como a mecânica e o direito, mas um saber poderoso, detido pelos médicos, que é capaz de aliviar o sofrimento. Esse saber é o elemento fundamental para a compreensão da forma como é distribuído o poder nas organizações de saúde e de quais são os canais formais e informais por onde passa a autoridade, além de permitir compreender a cultura própria dessa atividade.

A hierarquização traz consigo uma ideia de valor, de mérito. Quanto mais alta a posição do indivíduo na pirâmide hierárquica, maior é a sua influência e maior o seu prestígio, o que faz com que os indivíduos busquem melhorar sempre sua posição relativa no *status* da organização. É preciso considerar que cada indivíduo compreende de maneira específica sua posição dentro da organização, atribui um valor e busca sempre melhorar sua posição.

O entendimento sobre o papel social dos profissionais de saúde, em especial do médico, é fundamental para compreendermos a forma como se apresentam os conflitos vividos devido à situação de trabalho e à natureza do seu trabalho, bem como para entendermos a ação desses agentes na elaboração de uma estratégia de exercício cotidiano do trabalho.

Dessa maneira, as particularidades da situação de trabalho, aliadas ao fato de trabalharem numa instituição social que presta serviços de saúde, levam os trabalhadores a uma relação de ambiguidade com o seu trabalho, pois de um lado eles têm garantias e qualificações para o exercício de suas funções, o que lhes garante uma relação de permanência com o cargo. Por outro lado, o trabalho é organizado de forma burocrática, e os agentes não têm controle sobre o processo de trabalho como um todo.

Como vimos, devido à incerteza do trabalho na área da saúde, os agentes não produzem a cura e sim o cuidado. Isso traz insatisfações com o conteúdo significativo

do trabalho; insatisfações essas que os agentes buscam minimizar mediante a realização do ato técnico em si. Uma vez que o processo não é apreendido, torna-se necessário para cada agente sentir que o seu trabalho está sendo bem realizado, independente do que ocorrerá ao paciente em seguida.

Por mais técnica e objetiva que seja a realização do trabalho, os agentes não conseguem abstrair o fato de que estão lidando com um indivíduo enfermo, que se encontra fragilizado. Essa fragilidade do paciente, se em alguns momentos torna-se repulsiva, fazendo com que os agentes imponham a eles comportamentos padronizados, ainda assim coloca a humanização do atendimento como uma condição de manter a humanização dos próprios profissionais, que entendem que o sofrimento de presenciar a dor alheia somente pode ser suportável, caso os agentes, individualmente, procurem minimizar o desconforto alheio:

Assim, (nas instituições) orientações culturais são atacadas, idéias produzidas dentro das instituições são apresentadas como fatos e usadas para contrariar as concepções que os trabalhadores têm de verdade e de justiça. Estas concepções são deslegitimadas e rejeitadas, muitas vezes porque definidas como servindo a interesses irracionais. Dentro das instituições, porém, ao mesmo tempo em que os atores procuram usar seus conhecimentos especializados, eles também desenvolvem seus próprios interesses. Referem-se com frequência à ética, constroem suas próprias identidades como 'profissionais' (...). (DWYER, 1993, p. 21).

Essa concepção sobre o papel social do trabalho na área da saúde é um forte elemento para a construção do consenso na sociabilidade vivida pelos agentes, fazendo com que os deslizes individuais e as diversas racionalidades na condução do trabalho sejam mais facilmente tolerados, permitindo o equilíbrio entre as dificuldades de relacionamento colocadas pela organização do trabalho e a cultura organizacional, pautada pela realização do trabalho, da melhor forma possível. Porém, consideramos fundamental a discussão sobre as condições do trabalho médico, a fim de compreender que o resultado do trabalho tem causas sociais. Assim, os elementos presentes nas relações sociais de trabalho, quando adequadamente percebidos pelos agentes, podem ter um papel ativador na qualidade do serviço prestado, bem como na redução da insegurança destes atores sociais, ao desmistificar os fatores de risco do processo de trabalho.

CONCLUSÃO

Observamos ao longo dessa tese que o processo de trabalho médico está mediado por uma série de fatores que vão além das contingências do próprio trabalho. Com o passar dos anos, o ato de cuidar da saúde e o de promover a cura passaram por um processo de profissionalização e, ao mesmo tempo em que obtiveram um grande aumento da eficiência por meio do desenvolvimento técnico-científico, impessoalizaram o procedimento com os enfermos, dificultando a comunicação entre pacientes e agentes de cura.

Ao profissionalizar-se, a medicina excluiu os demais saberes tradicionais sobre o corpo e reivindicou o monopólio do atendimento. As consequências foram o isolamento do trabalho médico e a criação de uma identidade profissional, na qual a corporação de ofício, a fim de preservar seu objeto de trabalho e o prestígio próprio de sua profissão, acaba criando dificuldades para o profissional em pensar mecanismos de compartilhamento de responsabilidade e de informação com pacientes e demais colegas. Esse isolamento na prática profissional, que vive o paradoxo de ser um trabalho cada vez mais cooperativo, sem a necessária interação nas decisões e com um sistema de comunicação protocolar; acentua problemas causados pela especialização e dificuldades organizacionais no interior das instituições de saúde.

A medicina tecnificada é cada vez mais exercida no interior dos hospitais e clínicas, e a necessidade de equipamentos sofisticados e profissionais para operá-los coloca 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, exames por imagem, intervenções cirúrgicas, etc.) e conduzir tratamentos. O alto custo para manter equipamentos de diagnósticos em um consultório particular leva o trabalho a tornar-se cada vez mais socializado, com a necessidade de interação entre diversos profissionais que, ao mesmo tempo, executam cada um uma parte do trabalho, sendo que existe sempre um chefe de equipe – clínico ou cirurgião – responsável pela condução do diagnóstico e da terapêutica.

Assim, a identidade profissional do médico está pautada na construção e manutenção de uma imagem de eficiência que leva a uma conduta de distanciamento, a construção de uma imagem de atarefado e de seriedade que dificulta admitir dúvidas terapêuticas e manter condutas com resultados duvidosos ou errados. Essa imagem de eficiência aliada ao distanciamento excessivo para com o paciente devido tanto ao excesso de trabalho, que reduz o atendimento a atividades protocolares essenciais, quanto ao medo do excesso de expectativa e pessoalidade colocada pelo paciente, pode dar à atividade diagnóstica uma eficiência relativa, pois parte dos sintomas deve ser interpretada a partir da percepção do paciente sobre seu problema. Uma vez que essa apreensão sobre o paciente tem um componente subjetivo importante, o conhecimento insuficiente sobre esse paciente dificulta o diagnóstico preciso.

O trabalho médico, a exemplo das demais atividades realizadas em nossa sociedade, é mediado por condições sociais e estas condições sociais são responsáveis por parte importante dos erros no processo de trabalho. A dificuldade de avaliação deste fenômeno na própria dificuldade em perceber o erro e mensurá-lo, pois há uma recusa da categoria principal envolta no fenômeno, os médicos, em tratar o problema, acentuando o caráter proibitivo do mesmo. O erro médico é um fenômeno estigmatizando devido às expectativas sociais sobre o trabalho médico, expectativas estas que são manipuladas pelos profissionais de saúde, durante o desempenho de seus papéis sociais com o intuito de manter a esfera de influência de sua profissão e obter os dividendos desta valorização social.

As condições nas quais o trabalho médico é realizado, nas quais se tenta conciliar limites estruturais colocados pelo sistema de saúde, processo de trabalho racionalizado e lógica de atuação individual; aliadas aos limites colocados pela formação profissional, que estabelece uma ação tecnocrática sob a égide da cientificidade da biomedicina, contribuem para a ocorrência de erros e efeitos adversos durante os processos terapêuticos. A lógica da atuação liberal, numa sociedade individualista, acentua o medo do julgamento tanto legal, quanto moral das ações destes profissionais, acentua a recusa em tratar abertamente do problema, recusa esta que foi particularmente perceptível durante nosso processo de pesquisa, na qual os entrevistados agiam como se admitir um erro, fosse mais condenável do que confessar

um crime. A reivindicação de um saber esotérico, manipulado exclusivamente pela categoria profissional garante o monopólio do mercado de trabalho, porém sua justificativa a partir de uma ética de atuação, recoloca sobre o indivíduo a responsabilização individual e dificulta a percepção dos condicionantes das relações de trabalho na produção do erro.

Não estamos ignorando o fato de que os erros são cometidos por pessoas, a partir de suas escolhas orientadas pela manipulação de elementos de seu universo cognitivo, de acordo com os critérios de relevância presentes no curso de determinada ação e que, dependendo dos elementos mobilizados para pautar as escolhas, os condicionantes das relações de trabalho, não podem explicar os erros cometidos. Consideramos, porém, que mesmo estas escolhas, tidas como pessoais, poderiam ter outro teor caso houvesse mecanismos sociais de controle do trabalho médico. Ou seja, caso o ator soubesse haver maior controle sobre os seus atos, os critérios de escolha dos elementos mobilizados para a ação poderiam ser de tal ordem, que os riscos de erro fossem sempre minimizados. Neste sentido, o caráter liberal do trabalho e a ética profissional, que responsabiliza individualmente o sujeito da ação, bem como as condições de trabalho que dificultam a comunicação nas atividades cooperativas, faz com que as decisões tomadas solitariamente, raramente sejam discutidas ou explicadas, ficando a avaliação do resultado destas ações atribuídas exclusivamente ao sujeito que as tomou, que em muitos casos, sequer observa o seu resultado final. Essa característica do processo de trabalho médico, explica a dificuldade destes atores sociais em discutir erro e efeitos adversos, bem como suas formas de prevenção.

O erro médico, na esfera dos fenômenos de erros em processo de trabalho é de difícil mensuração e percepção por parte de muitos atores envolvidos no processo de trabalho, porém percebemos que parte importante de suas causas, estão envoltas em questões referentes à forma como o trabalho é realizado e, portanto, passível de intervenção e de prevenção.

Esse trabalho partiu de um limite preciso: compreender as causas da ocorrência do erro médico e perceber como esse é interpretado pelos vários atores envolvidos no processo terapêutico: médicos, profissionais de saúde e paciente. Devido a estes limites não foi possível mensurar a frequência dessas ocorrências.

A recusa em tratar objetivamente do assunto, bem como em considerar modelos terapêuticos diferentes concorre para a manutenção desse fenômeno. Nesse sentido, o crescimento dos processos ético-profissionais, bem como as acusações judiciais de erro médico, colocam para a categoria profissional a necessidade de atentar para mecanismos defensivos de acusações. Em nossa pesquisa, os mecanismos defensivos utilizados, limitam-se a obter do paciente documento provando o conhecimento dos riscos de procedimentos a que este se submeteu, de certa forma, responsabilizando-o, no caso de algum efeito adverso.

Consideramos, porém, a discussão sobre o erro médico ainda não foi colocada adequadamente, nem pelas categorias profissionais de saúde, nem pelas instituições terapêuticas. Uma vez que o erro possa ser discutido livremente, e que os atores sociais atentem para suas causas, mecanismos de prevenção mais eficientes podem ser mobilizados a fim de minimizar riscos. Ou seja, caso as equipes se reúnam a fim de observar 'o quê' e 'por que' determinada terapêutica não deu o resultado esperado, a troca de experiência e o conhecimento do trabalho do outro, podem auxiliar a encontrar respostas e meios de evitar erros.

A criação destes mecanismos de controle do trabalho, pode parecer num primeiro momento autoritário, ou ser visto como perda de autonomia individual, mas não o é quando se compreende que qualquer atividade é mediada socialmente e, portanto está envolta em mecanismos que não são totalmente compreendidos e controlados pelo sujeito da ação. Isso implica em mudanças na concepção do papel social do médico e na forma como o seu trabalho organizado, bem como na recolocação do paciente como sujeito e não apenas um ser passível de intervenção terapêutica. Nesse sentido, acreditamos que a sociologia pode oferecer uma importante contribuição para a discussão sobre as condições sociais nas quais a prática médica é exercida.

REFERÊNCIAS

ABEM – Associação Brasileira de Ensino médico. Disponível em: <http://www.abem-educmed.org.br>. Acesso em 2010.

ABBOT, P. **The system of Professions**: an Essay on The Division of Expert Labor. Chicago. The University of Chicago Press, 1988.

ABRAHAM, J. **Science, politics and the pharmaceutical industry** – controversy and bias in drug regulation. London: UCL Press, 1995.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Caderno Informação da Saúde Suplementar**: beneficiários, operadoras e planos. Rio de Janeiro, 2006.

ALEXANDER, J. C. O Novo Movimento Teórico. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, São Paulo , v. 2, n. 4, p. 5-28, jun/set. 1987.

ALMEIDA, M. J. **Educação Médica e saúde**: possibilidade de mudanças. Londrina-Rio de Janeiro: Ed. UEL- ABEM, 1999.

AMARAL, F.; GRANZOTTI, J. A. Erros Diagnósticos na Avaliação inicial com suspeita de cardiopatia: Prevalência e Possíveis Consequências a longo prazo. **Revista Arq. Brás. Cardiologia**. v. 8 n.1, pp.148-51, 2003. (SL).

ARIÉS, P. **O homem diante da morte**. vol. II Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1990.

ARON, R. **As etapas do pensamento sociológico**. 3 ed. Brasília: Martins Fontes, Ed. UNB, 1990. p. 308-310.

BALINT, M. **O Médico, o paciente e a doença**. 5 ed. São Paulo: Atheneu, 2005.

BARBOSA, M. L. Ensaio Bibliográfico: As profissões no Brasil e sua sociologia. **DADOS, Revista Brasileira de Ciências Sociais**, Rio de janeiro, v. 46, n. 3, 2003. Disponível em www.scielo.br/pdf/dados/v46n3/a07v46n3.pdf. Acesso em 2010.

BARROS, J. A. C. **Propaganda de medicamentos, atentado à saúde?** São Paulo: Hucitec-Sobravime, 1995.

BARROS, M. E. D. Política de saúde: a complexa tarefa de enxergar a mudança onde tudo parece permanência... In: CANESQUI, A. M. **Ciências sociais e Saúde**. São Paulo, Hucitec-Abrasco, 1997. p.113-133.

BATES, D.W **Using information technology to reduce rates of medication erros in hospitals**. BMJ; v. 320, n. 18, p. 788-91, 2000.

BECKER, H. S. **Métodos de pesquisa em ciências Sociais**. 3 ed. São Paulo: Hucitec.

1997.

BECKMAN, H. B.; FRANCKEL, R. M. The effect of physician behavior on the collection of data. **JAMA**. v. 101, p. 692-696, 1984.

BERGER, P. L. **Perspectivas Sociológicas**. 9 ed. Petrópolis: Vozes, 1989.

BERLIN, C. M. *et al.* Prevention of medication errors in the pediatric inpatient setting. **Pediatrics**. v. 102, n. 2, p. 428-30, 1998.

BION, W. R. **Experiences in groups**. New York: Basic Books, 1973.

BITENCOURT, A. *et al.* Análise do erro médico em processos ético profissionais: implicações na educação médica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 31 n. 3. Rio de Janeiro, set/dez 2007.

BOHOMOL E.; RAMPOS L. H. Erro de Medicação: Importância da notificação no gerenciamento da segurança do paciente. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 60, n. 1. Brasília, jan/fev. 2007.

BOLETIM ELETRÔNICO DO CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA_RJ. jan/2002 – escrito por Dr. Neri Tadeu Camara Souza.

BOLTANSKI, L. **As classes Sociais e o corpo**. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

BOSK, C. L. **Forgive and remember**: managing medical failure. The University Chicago Press, Chicago and London, 1981.

BOUDON, R.; BOURRICAUD, F. **Dicionário crítico de sociologia**. 2 ed. São Paulo: Ed. Ática, 2000.

BOUDON, R. (dir.) **Tratado de sociologia**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar ed., 1995.

BRAGA, J. C.; PAULA, S. G. **Saúde e previdência**: estudos de política social. São Paulo: Cebes-Hucitec, 1981.

BRENANN, T. A. *et al.* Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients results of the Havard medical practice study I. **N Engl J Med**. v. 324, p.370-6. 1991.

BUENO, R. R. L.; PIERUCCINI, M. C. **Abertura de escola de medicina no brasil**: relatório de um cenário sóbrio. SL CFM. 2004.

CAMPOS, G. W. S. Educação médica, hospitais universitários e o Sistema Único de Saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p.187-193, jan-mar, 1999.

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

_____. **Os médicos e a política de saúde.** São Paulo: Hucitec, 1998.

_____. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar trabalho em equipes de saúde. In MERHY, E. E. e ONOCKO, R. **Agir em Saúde, um desafio para o público.** São Paulo: Buenos Aires, Ed, Hucitec e Lugar editorial, 1997.

CAMPOS, J. de Q.; CAMPOS J. de Q.. **Hospital: a lei e a ética.** São Paulo: LTR ed., 1976.

CANESQUI, A. M. (org.) **Dilemas e desafios das ciências sociais na saúde coletiva.** São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 1995.

CANGUILEM, G. **O normal e o patológico.** Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995.

CAPAZZOLO, Â. **No olho do furacão.** Tese doutorado, FCM/Unicamp, 2003.

CAPRARA, A.; FRANCO, A. L. S. A relação medico-paciente: para uma humanização da prática médica. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 15, n. 3, p. 647-654, jul/set. Rio de Janeiro, 1999.

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

CARVALHO, V. T.; CASSIANI, S. H. B. Erro na medicação e consequência para profissionais de enfermagem e clientes: um estudo exploratório. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 10, n. 4. Ribeirão Preto, jul/ago 2002.

CASTRO, M. C. R *et.al.* Comparação entre diagnósticos clínicos e histológicos no pós transplante renal. **Rev.Assoc.Méd.Bras.** v. 44, n. 2, 155-8, 2008.

CECILIO, L. C.; PUCCINI, P. T. Humanização dos serviços e os direitos à saúde. **Cadernos Saúde Pública**, v. 20, n 5. Rio de Janeiro: Scielo, set/out, 2004.

CECÍLIO, L. C. O. (org.) **Inventando a mudança na saúde.** 2 ed. São Paulo: Hucitec. 1997.

CHERCHIGLIA, M. Remuneração do trabalho médico: um estudo sobre os sistemas e formas em hospitais gerais de Belo Horizonte. **Cadernos de Saúde**, n. 10, p. 67-79, 1994.

CHIANCO, T. C. M. Falhas de enfermagem no pós-operatório imediato de pacientes cirúrgicos. **Revista Latino Americana de Enfermagem.** v. 14, n. 6. Ribeirão Preto, nov/dez. 2006.

CICOUREL, A. Teoria e Método em pesquisa de Campo. In: GUIMARÃES, Alba Z. **Desvendando Máscaras Sociais.** 3 ed. Rio de Janeiro:Francisco Alves, 1990.

COELHO, E. C. **As profissões imperiais: medicina, engenharia e advocacia no rio de janeiro, de 1822-1930.** Rio de Janeiro-São Paulo: Editora Record,1999.

CREMERJ. **O Perfil do médico e das emergências do Rio de Janeiro.** Grupo de Trabalho sobre Emergências. 3 ed. Rio de Janeiro: Navegantes editora gráfica, 2004.

CROZIER, M. **A sociedade bloqueada.** Brasília: Ed. UNB,1993.

_____. **O fenômeno burocrático.** Brasília: Editora Universidade de Brasília, 1981.

CUNHA, G. T. **A construção da clínica.** Dissertação de mestrado, FCM/Unicamp, 2004.

DEJOURS, C. **A loucura do trabalho.** Estudo de psicopatologia do trabalho. São Paulo: Cortez editora, 1992.

DIAS DE SOUZA, A. R. N. **Formação médica, racionalidade e experiência: o discurso médico e o ensino da clínica.** 290 f.Tese doutorado em Medicina (Psiquiatria). Universidade Federal do Rio de Janeiro, 1998.

DONNANGELO, M. C. F. **Medicina e sociedade.** São Paulo: Pioneira, 1975.

DOULAS DO BRASIL. Disponível em www.doulas.com.br. Acesso em 2010.

DUCHIADE, M. P. População Brasileira: um retrato em movimento. In MINAYO, Maria Cecília S. **Os muitos brasis: saúde e população na década de 80.** São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco,1995.

DURKHEIM, E. **Sociologia.** Col. Grandes Cientistas Sociais. São Paulo: Ática, 1984.

DWYER, T. **Life and Death at Work** – industrial accidents as a case of socially produced error. New York and London: Plenun Press, 1991.

_____. A Sociologia do trabalho, por uma redefinição através do acionalismo histórico e do acionalismo fenomenológico. **Cadernos do IFCH.** Campinas: Unicamp, 1993.

_____. **Vida e Morte no Trabalho.** Campinas–Rio de Janeiro: Unicamp e Multiação, 2006.

FAGERHAUGH, S. Y.; et al. **Hazards in Hospital care: ensuring patient safety.** San Francisco-London: Jossey-Bass Publishers, 1987.

FEBRASGO. Disponível <http://www.crmpr.org.br/crm2/index.php> Acesso: Acesso em: 30/04/2009.

FELDMAN, S. E.; RUNDALL, T. **PROs and the health care quality improvement initiative: insights from 50 cases of serious medical mistakes.** Medical Care Review 50:2. S/e, s/c.1993.

FERNANDES, F. **Fundamentos empíricos da explicação sociológica**. 4ª ed. São Paulo: T.A. Queiroz editores, 1980. 345p.

FERREIRA, R. A. **Pediatria**. UFMG <http://www.medicina.ufmg.br/edump/ped/mes.htm>. 2010.

FEUERWERKER, L. **A mudança na educação médica e a residência médica no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 1998.

FISZBEYN, C.A **A residência médica como formadora de recursos humanos para o sistema único de saúde no Estado de São Paulo: uma visão crítica**. Dissertação (Mestrado) Faculdade de Saúde Pública-USP, São Paulo, 197fl., 2000.

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

_____. **Vigiar e Punir**. Petrópolis: Vozes, 1997.

_____. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1981.

FRANÇA, G. V. **Direito Médico**. 6 ed. São Paulo: Fundação BY, 1995.

FREIDSON, E. **Profession of medicine: a study of the sociology of applied knowledge**. New York: Dodd, Mead and Company, 1970.

FREUND, J. **Sociologia de Max Weber**. Rio de Janeiro-São Paulo: Forense, 1970.

FRIEDBERG, E. **Le pouvoir et la règle, dynamiques de l'action organisée**. Paris: Seul, 1993.

FRIEDMANN, G.; NAVILLE, P. **Tratado de sociologia do trabalho**. São Paulo: Editora Cultrix, 1973 (Volume I.)

GIDDENS, A. **Novas regras do método sociológico: uma crítica positiva das sociologias compreensivas**. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.

_____. **Modernidade e Identidade**. Rio de Janeiro: Zahar, 2002.

GLUCKMAN, M. O Material Etnográfico na Antropologia Social Inglesa, in ZALUAR, Alba (org.) **Desvendando Máscaras Sociais**. 3 ed. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1990.

GOFFMAN, E. **Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada**. 4 ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1988.

_____. **Manicômios, prisões e conventos**. São Paulo: ed. Perspectiva, 1996.

_____. **A representação do eu na vida cotidiana**. 4 ed. Petrópolis: Vozes, 1985.

GONÇALVES, R. B. M. **Tecnologia e organização social das práticas de saúde:** características tecnológicas do processo de trabalho na rede Estadual de centros de saúde de São Paulo. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 1994.

GONNET, F. Les relations de travail à l'hôpital: entre la complexité et l'insecurité. **L'Hôpital à vif**, nº 109, p. 128-47, sept. 1989.

GOULDNER, A. W. **The coming crisis of western sociology**. Nova York, 1971.

GRITZER, G. Occupational Specialization in Medicine: knowledge and marketplace explanations. In ROTH J. (ed.) **Research in the sociology of health care**. vol. 4. Greenwich: CT. JAI Press.

GROSSEMAN, S.; PATRÍCIO, Z. M. **Do desejo à realidade de ser médico**. Florianópolis: Editora da UFSC, 2004.

GUIMARÃES, R.; TAVARES, R. (orgs.) **Saúde e sociedade no Brasil** - anos 80. Rio de Janeiro, Abrasco, IMS, UERJ, Relume-Dumará.1994.

HABERMAS, J. **Teoria de la acción comunicativa, I e II**. Madri: Taurus, 1999.

HELMAN, C. H. **Cultura, saúde e doença**. 2 ed. Porto Alegre: Ed. Artes médicas, 1994.

JORNAL DA AMRIGS – Assoc. Médica do Rio Grande do Sul, ano 48 Nº 7, setembro de 1998.

JORNAL DO CREMESP, edição 221/ mês /2006

KAËS, R. Realidade psíquica e sofrimento nas instituições. In KAËS, R. *et al.* **A instituição e as instituições**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1991.

KING, G.; KEOHANE, R.; VERBA, S. **Designing social inquiry:** scientific inference in qualitative research. Princeton UP: Princeton Paperbachs, 1994.

KRAMAN, S. S.; HAMM, G. Risk management: extreme honesty may be the best policy. **Ann Intern Med**. v.131, p.963-7, 1999.

KURZ, R. O homem reduzido: ciência e economia se unem hoje contra a reflexão crítica sobre a sociedade. São Paulo: **Jornal Folha de São Paulo – caderno Mais!**, 03/10/1999.

LARSON, M. S. **The Rise of Professionalism:** a sociological analysis. University of California Press, 1977.

LATOUR, B.; WOLGAR, S. **A vida de laboratório:** a produção dos fatos científicos. Rio de Janeiro: Relume-Dumará; 1997.

LAURELL, A. C.; NORIEGA, M. **A situação do mercado de trabalho dos médicos de**

Belo Horizonte. Belo Horizonte: Departamento de Medicina preventiva e Social/Universidade Federal de Minas Gerais, 1981.

LAZAROU, J.; POMERANZ, B. H.; COREY, P. N. Incidence of adverse drug reactions in hospitalized patients. **JAMA.** v. 279, n. 15, p.1200-5,1998.

LEAPE, L.L. Error in medicine. **JAMA.** v. 272, n. 23, p. 1851-7.1994.

LEITE, Á. J. M; CAPRARA, A.; COELHO FILHO, J. M. (orgs.). **Habilidade de comunicação com pacientes e famílias.** São Paulo: Sarvier, 2007.

LUZ, M. T.; TESSER, C. D. Racionalidades Medicas e Integralidade. **Revista Ciência e Saúde Coletiva.** v. 13, n. 1. Rio de Janeiro, jan/feb 2008. Disponível em: <www.scielo.org/scielo.php?script=sci> Acesso em 2010.

LUZ, M. T. **Racionalidades médicas e terapêuticas alternativas.** Série Estudos em Saúde Coletiva. Rio de Janeiro: UERJ/IMS out. 1993, n. 62. 1993.

_____. **As instituições médicas no Brasil.** Rio de Janeiro: Graal, 1979.

MACHADO, M. H. **Os médicos no Brasil:** um retrato da realidade. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999.

_____. Macro-Micro: os novos desafios da Sociologia e os efeitos no campo da saúde. In: CANESQUI, Ana Maria (org.) **Dilemas e desafios das ciências sociais na saúde coletiva.** São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 1995.

MARSIGLIA, R. M. G. As ciências sociais em saúde e o ensino. In CANESQUI A. M. (org) **Dilemas e desafios das ciências sociais na saúde coletiva.** São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 1995.

MARTINS, L. M. **O erro médico e a má prática profissional.** Portal médico. Sem data, Sem local. Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/revista/bio2v2/emaprat.html>. Acesso em 04/07/2010

MARVEL KIM, K.; et al. Soliciting the patient's agenda: have we improve? **JAMA.** v. 281, n. 3. jan 1999.

MATOS e SOUZA, F. G.; CARNEIRO MENEZES, M. da G. Estresse nos Estudantes de Medicina da Universidade Federal do Ceará. **Rev. Brás. Educação Médica,** Rio de Janeiro: v. 29, n. 2, maio/ago 2005.

MATOS, M. A. Avaliação ultra sonográfica pelo método de Graf no quadril infantil. **Revista Associação Medica Brasileira.** v. 52, n 1. São Paulo, jan/feb 2006. Disponível em: www.scielo.br/scielophp/pid/s0104. Acesso em 2010.

MEAD, G. H. **Mind, Self and society:** from standpoint of a social behaviorist. Chicago: Chicago Univerty Press, 1972.

MEHRY, E. E. e ONOCKO, R. (orgs). **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997.

MEHRY, E. E. *et al.* Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. In MEHRY, E.E. e ONOCKO, R. (orgs). **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997.

MENDES-GONÇALVES, R. B. **Tecnologia e organização social das práticas de saúde**. São Paulo: Hucite-Abrasco, 1994.

MENDES, W. *et, al.* Revisão dos estudos de avaliação da ocorrência de eventos adversos em hospitais. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 8, n. 4. São Paulo, dez. 2005.

_____. Revisão dos Estudos de Avaliação da Ocorrência de Eventos Adversos em Hospitais. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 8, n. 4, São Paulo, dez 2005. Disponível em: www.scielo.br/pdf/rbepid/v8n4/06.pdf.

MERTON, R. K. **A ambivalência sociológica e outros ensaios**. Rio de Janeiro: Zahar editores, 1979.

MILLAN, L. R.; ROSSI, E.; DE MARCO, O. L. N. O suicídio entre estudante de medicina. **Rev Hosp Clin Fac Med**. São Paulo; 45: 145-9. 1990.

MILLS, C. W. **A nova classe média**. 3 ed. Rio de Janeiro: Zahar editores, 1979.

MOLIANI, M. M. **A construção da sociabilidade: consensos e conflitos nas relações de trabalho em hospital**. Dissertação (Mestrado). IFCH/Unicamp 206fl: Campinas, 2000.

MORGAN, G. **Imagens da Organização**. São Paulo: editora Atlas, 1996.

MORRONE, W. *et. al.* Erros diagnósticos em Pneumonia adquiridos na comunidade: frequência, causas e conseqüências. **J. Pneumol 13 (1), 1-6, mar 1987, SL**. Disponível na base de dados BIREME e LILACS.

MORY, S. B. *et. al.* Epilepsias generalizadas idiopáticas diagnosticadas incorretamente como epilepsias parciais. **Arq.Neuro-Psiq.** v. 60, n. 38. São Paulo, 2002.

NORONHA, J. Revisão dos Estudos de Avaliação da Ocorrência de Eventos Adversos em Hospitais. **Revista Brasileira de Epidemiologia**. v. 8 n. 4. São Paulo, dez 2005. Disponível em: www.scielo.br/pdf/rbepid/v8n4/06.pdf.

NUNES, E. D. (org.) **Ciências sociais e saúde**. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 1997.

_____. **Sobre a sociologia da saúde**. São Paulo: Hucitec, 1999.

OLIVEIRA, J. A.; TEIXEIRA, S. M. F. **(Im)previdência Social, 60 anos de história da**

previdência no Brasil. Petrópolis: Vozes, 1986.

OPAS, OMS, FEDERAÇÃO LATINO AMERICANA DE HOSPITAIS e FEDERAÇÃO BRASILEIRA DE HOSPITAIS. **Garantia de Qualidade: acreditação de hospitais para a América Latina e o Caribe.** 1992.

PACIORNIK, M. **Erros Médicos.** São Paulo: Centro de Arte e Cultura Artesanal, 1982.

PALÁCIOS, M. P. **Trabalho hospitalar e saúde mental:** o caso de um hospital geral e público do município do Rio de Janeiro. Dissertação (mestrado), Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade Estadual do Rio de Janeiro, 1997.

PARKIN, F. **Marxism and class theory:** a bourgeois critique. Londres: Tavistock Publications, 1979.

PARSONS, T. **El sistema social.** Madrid: Revista de occidente, 1966.

PEREIRA, O. P; ALMEIDA, T. M. A formação medica segundo uma pedagogia da resistência. **Interface comunicação, Saúde, Educação.** v. 9 n. 16, set 2004/fev 2005.

_____. A formação medica segundo uma pedagogia da resistência. **Interface comunicação, Saúde, Educação.** v. 9 n. 16, set 2004/fev 2005.

PHILLIPSON, M. Phenomenological philosophy and sociology, in FILMER, P. *et. al.* **New Direction in Sociology.** Londres: Collier-Macmillan, 1972.

PIOVESAN, E. J. *et. al.* Visão Generalista da Migrânea (enxaqueca). Reaviliação diagnóstica em 99 pacientes. **Rev. Med do Paraná.** n. 56 (2/2), jul-dez. Curitiba, 2008.

PITTA, A. **Hospital** - dor e morte como ofício. 2 ed. São Paulo: Hucitec.

PNAD – A Pesquisa Nacional por Amostra Domiciliar é coordenada pelo IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, e em 1998, utilizou um suplemento inédito indagando a respeito das características de saúde de moradores

PONTES, C. F. **Médicos, psicanalistas e loucos:** uma contribuição à história da psicanálise no Brasil. Dissertação de Mestrado. Saúde Pública, Rio de Janeiro: Fundação Osvaldo Cruz. 1999

PORTAL DA SAÚDE. MS 2000. Disponível em <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/>. 2000

POSSAS, C. **Epidemiologia e sociedade.** São Paulo: Hucitec, 1989.

_____. **Saúde e Trabalho:** a crise da Previdência Social. 2 ed. São Paulo: Hucitec, 1989.

RAMOS-CERQUEIRA, A.T. A.; LIMA, M. C. P. A formação da identidade do médico: implicações para o ensino de graduação em medicina. **Revista Interface – Comunicação, Saúde-educação**. v. 6, n. 11, ago 2002.

RASIA, J. M. Hospital: sociabilidade e sofrimento. Curitiba, DECISO, UFPR. (Tese, Titular em Sociologia), 1996.

RASMUSSEN J.; JENSEN A. **Mental procedures in real-life tasks**: a case study of electronic troubleshooting. *Ergonomics*; 17:293-307. 1974.

REASON J. **Human error**. Cambridge, Mass: Cambridge University Press. 1990.

Relatório da reunião sobre Ética em Pesquisa Qualitativa em Saúde, realizada no Guarujá, de 28 a 30 de agosto de 2006

REX, J. **Problemas fundamentais da teoria sociológica**. Rio de Janeiro: Zahar editores, 1973.

RIBEIRO, H. P. **O hospital**: história e crise. São Paulo: Cortez, 1993.

RIBEIRO, J. M. *et al.* Procedimentos e percepções de profissionais e grupos atuantes em mercados de planos de saúde no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**. v. 13, n 5. Rio de Janeiro, 2008.

ROBERTSON, W. O. **Erros in prescribing**. *Am J Health-Sist Pharm*; 52:382-85. 1995.

SAINSAULIEU, R. **L'Identité au travail (les effets culturels de l'organisation)**. Paris: FNSP, 1977.

SCHRAIBER, L. B. **Educação médica e capitalismo**. São Paulo-Rio de Janeiro, 1989.

_____. **O médico e seu trabalho**. Limites da liberdade. São Paulo: Hucitec, 1993.

SCHUTZ, A.; LUCKMANN, T. **The structures of the life world**. Evanston: Northwestern University Press, 1973.

SCHUTZ, A. **Fenomenologia e relações sociais**. Rio de Janeiro: Zahar editores, 1979.

SELBST, S. M.; FEINS, J. A.; OSTERHOUDT K., H. O. W. **Medication errors in a pediatric emergency department**. *Pediatric Emergency Care*; v. 15, n. 1, p.1-4. 1999.

SHARPE, V.; FADEN, A. **Medical harm**. Cambridge University Press, 2001.

SILVA NETO, R. P. Erros Diagnósticos e Terapêuticos em Neurosífilis: uma análise de dez anos. **Rev. Bras. Neurol.** v. 44, n. 2, p. 35-40, 2008 (SL).

SILVINO J. *et. ali.* **Medicina defensiva** – problema ou solução. Porto Alegre: Evangraff, 1996.

SMART, B. **Sociologia, fenomenologia e análise marxista**. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.

SMITH-COGGINS, R.; ROSEKIND, M.; HURDS, S. Relationship of day versus night sleep to physician performance and mood. **Ann Emerg Med**. v. 24, p. 928-34. 1994.

STARR, P. **La transformation social de la medicina en los estados unidos da américa**. México: Fondo de Cultura Econômica, 1991.

TAQUETTE, S. R. *et al.* Situações eticamente conflituosas vivenciadas por estudantes de medicina. **Revista da Associação Medica Brasileira**. v. 51. n. 1. São Paulo, Jan/feb. 2005. Disponível em: www.scielo.br/pdf/ramb/v5n1/a15v51n1.pdf.

TOFFOLETTO, M. C.; PADILHA, K. G. Consequências dos erros de medicação em unidade de terapia intensiva e semi-intensiva. **Revista Escola de Enfermagem USP**. v. 40, n 2. São Paulo, jun 2006.

TRAVASSOS, C. *et al.* Desigualdades geográficas e sociais na utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**. vol, 5, n. 1. Rio de Janeiro, 2000.

URTIAGA, M. E. O. **A mediação na formação docente**. Pelotas: ed. UFP, 2004.

WAGNER, H. The scope of phenomenological sociology: considerations and suggestions, in PSATHAS, G. (org.) **Phenomenological sociology**. Londres: Wiley, 1973.

WEBER, M. **Economia e Sociedade**. vol. I. Brasília: ed. UNB, 1991.

_____. **Ensaio de Sociologia**. 5 ed. Rio de Janeiro, Guanabara, 1982.

_____. **Metodologia das Ciências Sociais**. Campinas-São Paulo: Cortez , 1992. (2 Volumes)

WEINGART, S. N., WILSON, R. M. *et al.* Epidemiology of medical error. **BMJ** v. 320, n. 18 , p.774-7, 2000.