

JÉSSICA SONALY VASCONCELOS BARBOSA
PAULO CÉSAR ZAMBRONI DE SOUZA

O TRABALHAR COMO MÉDICOS OBSTETRAS



EU Editora
UFPB





UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA

Reitora MARGARETH DE FÁTIMA FORMIGA MELO DINIZ
Vice-Reitora BERNARDINA MARIA JUVENAL FREIRE DE OLIVEIRA
Pró-Reitora MARIA LUIZA PEREIRA DE ALENCAR MAYER FEITOSA



EDITORA DA UFPB

Diretora IZABEL FRANÇA DE LIMA
Supervisão de Administração GEISA FABIANE FERREIRA CAVALCANTE
Supervisão de Editoração ALMIR CORREIA DE VASCONCELLOS JÚNIOR
Supervisão de Produção JOSÉ AUGUSTO DOS SANTOS FILHO

Conselho Editorial ELIANA VASCONCELOS DA SILVA ESVAEL (LINGUÍSTICA, LETRAS E ARTES)
PRPG FABIANA SENA DA SILVA (INTERDISCIPLINAR)
GISELE ROCHA CÔRTEZ (CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS)
ILDA ANTONIETA SALATA TOSCANO (CIÊNCIAS EXATAS E DA TERRA)
ÍTALO DE SOUZA AQUINO (CIÊNCIAS AGRÁRIAS)
LUANA RODRIGUES DE ALMEIDA (CIÊNCIAS DA SAÚDE)
MARIA DE LOURDES BARRETO GOMES (ENGENHARIAS)
MARIA PATRÍCIA LOPES GOLDFARB (CIÊNCIAS HUMANAS)
MARIA REGINA VASCONCELOS BARBOSA (CIÊNCIAS BIOLÓGICAS)

JÉSSIKA SONALY VASCONCELOS BARBOSA
PAULO CÉSAR ZAMBRONI DE SOUZA

**O TRABALHAR COMO MÉDICOS
OBSTETRAS**

Editora da UFPB
João Pessoa
2017

Direitos autorais 2017 - Editora da UFPB
Efetuado o Depósito Legal na Biblioteca Nacional, conforme a Lei nº 10.994, de 14 de dezembro de 2004.

TODOS OS DIREITOS RESERVADOS À EDITORA DA UFPB

É proibida a reprodução total ou parcial, de qualquer forma ou por qualquer meio. A violação dos direitos autorais (Lei nº 9.610/1998) é crime estabelecido no artigo 184 do Código Penal.

O conteúdo desta publicação é de inteira responsabilidade do autor.

Impresso no Brasil. Printed in Brazil.

Projeto Gráfico Editora da UFPB
Edição Eletrônica e Sâmella Arruda Araújo
Design de Capa

Catálogo na fonte:
Biblioteca Central da Universidade Federal da Paraíba

B238t Barbosa, Jéssika Sonaly Vasconcelos.
 O trabalhar como médicos obstetras / Jéssika Sonaly Vasconcelos Barbosa,
 Paulo César Zambroni de Souza. - João Pessoa: Editora da UFPB, 2017.
 184 p. : il.

ISBN: 978-85-237-1294-5

1. Psicologia social. 2. Trabalho médico. 3. Obstetrícia. 4. Psicodinâmica do
trabalho. I. Souza, Paulo César Zambroni de. II. Título.

CDU:316.6

EDITORA DA UFPB

Cidade Universitária, Campus I - s/n
João Pessoa - PB
CEP 58.051-970
www.editora.ufpb.br
editora@ufpb.br
Fone: (83) 3216.7147

Editora filiada à:

ABEU
Associação Brasileira
das Editoras Universitárias

Livro aprovado para publicação através do Edital Nº 1/2017, financiado pelo Programa de Apoio a Produção Científica - Pró-Publicação de Livros da Pró-Reitoria de Pós-Graduação da Universidade Federal da Paraíba.

Aos Médicos Obstetras, pela disponibilidade,
vivências e descobertas compartilhadas.

Sumário

Introdução	9
Capítulo I - Profissão médica: o trabalho em saúde e a obstetrícia como prática técnica e social	15
Capítulo II - Aporte teórico.....	37
Capítulo III - Análise dos resultados	65
Considerações Finais	167
Referências	173
Sobre os autores	183

Introdução

O trabalho, indiscutivelmente, está na pauta das discussões atuais e tem importância cada vez maior para a vida das pessoas; por isso, ocupa uma centralidade no mundo contemporâneo. O trabalho tem um caráter plural e polissêmico, sua centralidade não se apresenta apenas na esfera econômica como fonte de satisfação das necessidades básicas, mas sobretudo, sua centralidade se faz presente na esfera psicossocial, na qual ocupa uma parte importante do tempo e espaço da vida humana, podendo ser fonte da saúde psíquica e desenvolvimento social (SELIGMANN-SILVA, 1994; NAVARRO; PADILHA, 2007).

Nessa perspectiva, o ser humano vive em um mundo em parte criado e recriado por ele mesmo. Desde os primórdios da humanidade, ele exerce atividade, produz meios de sobrevivência, modifica o meio em que vive e, ao mesmo tempo, se modifica (MARX, 1988). Além do trabalho se configurar como produção/transformação de elementos necessários para se viver por meio da oferta de mão de obra formal e informal, o homem exerce atividade em produção intelectual, cultural, social, estética, e em tantas outras infinitas possibilidades (FRIGOTTO, 2008), antecipando e planejando ações que os diferenciam enquanto seres humanos de outros animais (BRAVERMAN, 1987). O trabalho do médico, como todo trabalho humano, pressupõe a mesma lógica de ação do homem sobre a natureza, com uma particularidade própria das atividades de serviço: nessa relação o homem atua sobre o próprio homem.

Cuidar e curar é a essência que norteia o trabalho médico. A obstetrícia, diferente de outras especialidades em que a morte e o sofrimento são inerentes ao ofício, é a área da medicina que, em tese,

não cuida de doentes, mas sim de mulheres tão saudáveis que foram capazes de gerar outra vida em seus corpos. Dessa maneira, de acordo com Francisco (2012), essa especialidade é responsável pela assistência à mulher na gravidez, no trabalho de parto e no puerpério. Além disso, é caracterizada pela possibilidade de agregar no exercício da atividade profissional a clínica e a cirurgia, uma vez que a obstetrícia é intimamente ligada à ginecologia.

Conforme Hotimsky e Schraiber (2005), o contexto social em que atuam os médicos obstetras é composto por incertezas, controvérsias, disputas e negociações. Por um lado, a obstetrícia ocupa um lugar de prestígio social dentre as especialidades médicas, visto que faz parte de um evento social muito importante que é o nascimento. Por outro lado, há atualmente uma série de conflitos em torno das diferentes concepções de sua atuação. Tais conflitos envolvem controvérsias a respeito de quais profissionais devem fazer a assistência ao parto, quais equipamentos utilizar, quais diretrizes técnicas devem nortear a prática, bem como sobre questões de direitos reprodutivos.

Além disso, Boyaciyán (2011) aponta que os obstetras estão expostos a maiores chances de erros, pois o cuidado com o binômio materno-fetal é complexo e permeado de variabilidades; dessa maneira, quando os profissionais dessa área se confrontam com situações de difícil controle podem apresentar resultados que prejudiquem a saúde de seus pacientes. Nesse contexto, Morais (2010) aponta que os conflitos com pacientes e familiares são constantes e levam a grande volume de denúncias aos conselhos estaduais de medicina. As seções de denúncias e de processos disciplinares contra esses profissionais focam principalmente a qualidade da atenção ao nascimento e ao parto, momento mais importante da vida reprodutiva da mulher.

Dados internacionais também têm destacado a prática obstétrica em todo o mundo. Bohren et al. (2015) evidenciam em sua pesquisa que em muitos países a relação obstetra-gestante-famíliares é por vezes conflituosa, na qual, muitas mulheres vivenciam situações de maus-tratos nos serviços de saúde durante o trabalho de parto, como tratamento negligente e desrespeitoso, abuso físico, sexual e verbal, discriminação e negação da autonomia. Cabe ressaltar que essa pesquisa não evidencia apenas os médicos, mas todos os profissionais da saúde envolvidos com a obstetrícia. Além disso, esses autores ainda apontam que há uma variedade de fatores sociais e falhas nos sistemas de saúde que também proporcionam um atendimento deficitário às gestantes.

Retornando ao contexto brasileiro, a obstetrícia tem repercutido cada vez mais nos espaços midiáticos e promovido debates acalorados não só entre os estudiosos da área, mas também entre a população de maneira geral. É possível encontrar corriqueiramente em matérias de jornais impressos e televisivos, revistas, sites e blogs, o assunto em pauta. De acordo com Moraes (2010), no Brasil o médico obstetra acaba recebendo uma carga maior de responsabilidade com o binômio materno-fetal, maior até do que prevê as políticas internacionais. No qual, construtos importantes para a saúde da mulher e o bom desenvolvimento do parto como educação alimentar, saúde mental, pré-natal, saneamento básico, entre outros, são geralmente deixados de lado na realidade brasileira.

Outro aspecto que também favorece a culpabilização médica encontra-se na esfera pública. Segundo Lancman et al. (2007), os trabalhadores da saúde que atuam como servidores públicos vivenciam aspectos característicos do setor que atrapalham o bom andamento do seu trabalho, tais como: entraves estruturais e falta de recursos do Sistema Único de Saúde (SUS); crescentes instabilidades geradas pela

precarização do vínculo empregatício, uma vez que muitos trabalhadores do SUS não são concursados e acabam por ficar sem direitos trabalhistas e com redução salarial; e, ainda, por atuarem no setor público, ficam como representantes do Estado no contato com a população, recebendo, conseqüentemente, o impacto das deficiências do Estado.

Diante do exposto, evidencia-se as motivações que levaram a escolha, dentre todas as possibilidades empíricas, de pesquisar o trabalho do médico obstetra. Assim, o interesse em estudar esse tema justifica-se pela constatação de que os médicos obstetras – categoria profissional circundada por uma atmosfera de status e prestígio – têm vivenciado no cotidiano laboral um contexto de controvérsias e disputas que colocam em pauta o seu ofício e a sua atividade profissional. Faz-se necessário, portanto, lançar luz aos aspectos do trabalho que ficam, frequentemente, invisíveis a outros atores sociais e restritos a intimidade desses profissionais.

Tendo em vista o cenário que se apresenta de pertinência à investigação dos aspectos relacionados à atividade de trabalho dessa categoria profissional, objetiva-se com este estudo: Compreender o trabalho de médicos obstetras que atuam em uma maternidade pública; sob o olhar atento da Psicodinâmica do trabalho (PDT) e Ergonomia da atividade.

A presente obra foi originalmente uma dissertação de mestrado desenvolvida com o apoio do Programa de Pós-Graduação da Universidade Federal da Paraíba.

Este livro se organiza em três capítulos. Nos quais, pretende-se aprofundar e detalhar as informações aqui apresentadas, bem como discutir os resultados obtidos na pesquisa de campo. Assim, adota-se o seguinte percurso:

O primeiro capítulo, propõe-se a descrever o trabalho do médico na visão de diferentes autores; destacando a conjuntura social na qual a profissão está inserida. Ainda neste capítulo a discussão afunila-se para o médico enquanto obstetra, apresentado assim algumas considerações históricas a respeito da obstetrícia enquanto prática médica, bem como esta se apresenta no cenário atual. Este capítulo foi escrito com o intuito de levar o leitor a compreender quem são e o que fazem os atores sociais pesquisados neste estudo.

O segundo capítulo apresenta o aporte teórico da pesquisa, destacando de forma sucinta os principais conceitos da Ergonomia da atividade e da Psicodinâmica do trabalho, abordagens escolhidas como pertinente e esclarecedora para a investigação pretendida: tentar compreender a subjetividade humana convocada em cada ação do homem sobre o seu meio, em sua atividade de trabalho.

Por fim, sob o olhar da Psicodinâmica do trabalho, o terceiro capítulo retrata a análise dos resultados obtidos na pesquisa. Nesta seção, é possível compreender a realidade de trabalho dos médicos obstetras, evidenciando suas vivências subjetivas. As categorias temáticas construídas a partir da fala dos participantes versam sobre: formação profissional, trabalho coletivo, organização prescrita do trabalho, organização real do trabalho, o corpo no trabalho, a dinâmica do reconhecimento, realização e sentidos no trabalho, relação familiar, o cuidado com a saúde e as vivências de sofrimento e o prazer no trabalho.

Capítulo I

Profissão médica: o trabalho em saúde e a obstetrícia como prática técnica e social

A medicina é uma profissão conhecida mundialmente e são inúmeras as definições encontradas na literatura sobre a atividade médica na sociedade. De acordo com Sousa e Silva (2003) e Vargas (2010), no Brasil e em todo o mundo, a medicina ocupa no imaginário popular um lugar de destaque na hierarquia das profissões, sendo a própria com maior prestígio social. Logo, ser médico significa prestígio, status, destaque e constitui uma profissão reconhecidamente tradicional e de caráter elitista.

Ao ouvir expressões como “médico”, “doutor” e “medicina” é possível saber imediatamente do que se trata. Muitos autores desenvolveram literatura a esse respeito, procurando apresentar como surgiu a profissão, qual é o papel médico na sociedade, quais são seus deveres e campo de atuação.

Diante dessa vasta literatura, este capítulo tem o intuito de apresentar a visão de diferentes autores a respeito da medicina como profissão. Na primeira parte, pretende-se discutir a posição de alguns autores que compartilham ideias semelhantes a respeito do médico e sua prática e exaltam o papel da medicina no cenário social. Posteriormente, a explanação acompanhará autores que apresentam uma visão mais crítica da profissão e como ela se encontra no cenário atual brasileiro. A segunda parte desse capítulo afunilará a discussão

para a medicina obstétrica, como esta nasceu e se consolidou no cenário mundial, bem como a prática obstétrica na atualidade.

1.1 A medicina, o médico e o seu trabalho

Para a explanação que segue, os autores utilizados no primeiro tópico são: Machado (1997) que discute aspectos referentes a formação, trabalho e mercado profissional; Barbosa, Andrade, Carneiro e Gouveia (2007) que apresentam resultado de estudos sobre a saúde dos médicos brasileiros; Boyaciyán (2011) que disserta o futuro médico, erro médico e responsabilidade civil; Miranda-Sá (2012) que versa, em linhas gerais, sobre história e cotidiano da profissão; Correia-Lima (2012) que fala sobre a atuação dos médicos e as causas das denúncias que chegam aos conselhos de medicina, entre outros de menor destaque nesse texto. No segundo momento, a discussão apresenta um olhar mais crítico e realista a respeito da medicina como ciência e profissão na atualidade. Entre os autores utilizados, destaca-se os textos clássicos sobre a temática de Arouca (1979) e Foucault (2010).

1.1.1 O médico e a medicina

Para Miranda-Sá (2013) a expressão médico designa um agente capacitado e habilitado legalmente para diagnosticar enfermidades e tratar enfermos, além de ações correlatas. Para tanto, o autor acredita que não pode existir medicina sem o médico. Para ilustrar essa afirmação, ele diz que o operário faz a obra e a obra o operário, quer dizer, o

médico faz a medicina e a medicina faz o *médico*, um está exclusivamente para o outro. Assim, a medicina é identificada como uma entidade abstrata que sem a figura do médico não pode ser operacionalizada.

Ainda para esse autor, a medicina se concretiza quando o médico a faz em benefício não só do doente em particular, mas em benefício de toda a humanidade. Para tanto, o médico precisa viver em conformidade com a expectativa social e a tradição hipocrática: a prioridade deve ser sempre a do paciente, assim, a desumanização do profissional se daria à medida que este colocasse prioridades que não fossem a do seu cliente. À vista disso, o autor defende que é um problema quando o médico coloca em primeiro lugar a sua vida social, material e psicológica.

É possível verificar, dessa maneira, que os autores mencionados compactuam com uma concepção idealizada do médico perante a sociedade. Miranda Sá (2013) utiliza a expressão *guardião da vida* para designar a profissão médica. Pode-se inferir que o médico na visão de todos esses autores é colocado em um pedestal, um idealismo exacerbado que, possivelmente, não é vivenciado pela maioria dos profissionais que exercem esse ofício.

Nesta linha, de acordo com Barbosa et al. (2007) o médico deve ser um cientista comprometido com o conhecimento e com o dever de passar a vida inteira buscando novos conhecimentos. Os autores acreditam que para aquele que exerce a medicina, faz-se necessário uma autocobrança maior para desempenhar bem sua função e ser, acima de tudo, um detentor de atributos excepcionais de caráter, que sem os quais a medicina não passaria de um exercício de um curandeiro tecnológico ou um distribuidor de drogas.

Autores como Goldaman e Ausiello (2010) que publicaram tradicionais tratados de medicina, corroboram com os autores já

referenciados ao afirmarem que o médico é detentor de um contrato ao se comprometerem com o bem-estar de seus pacientes, e, além disso, comprometem-se com o bem-estar de toda a sociedade. Para que esse contrato seja realizado é necessário que esse profissional tenha a capacidade de gerenciar o conhecimento científico com a capacidade de ouvir, acolher e consolar.

Ainda para Goldaman e Ausiello (2010), a atividade médica tem múltiplos objetivos com diferentes graus de importância. Entre eles: traduzir sintomas e sinais em diagnósticos, avaliar estabilidade e/ou mudança de quadro clínico, fornecer orientações e informações para futuras prevenções, manter ou substituir intervenções terapêuticas, entre outros. Ao estudar para tornar-se médico, os autores acreditam que não basta apenas desenvolver os conhecimentos obrigatórios como o técnico e o científico, pois são necessárias características intrínsecas, tal como a compaixão, que se expressa no cuidado de colocar os interesses do paciente acima dos seus próprios.

Em conformidade com os autores já mencionados, Barbosa et al. (2007) também consideram que uma importante faceta da profissão médica, além da atitude científica, seria uma sensibilidade e interesse pelo paciente na clínica, visto que é nessa área da medicina que o médico pode desenvolver um contato aproximado e duradouro com paciente e familiares. Portanto, para esses autores, embora seja essencial no processo a competência técnica, a mesma não seria suficiente, uma vez que a solidariedade e sensibilidade seriam atributos que devem ornar o espírito desses profissionais.

Corroborando com as características elencadas anteriormente, Miranda-Sá (2013) também definiu a profissão como não dependente apenas de critérios cognitivos. Para ser médico faz-se necessário um caráter altruísta e abnegado. Além disso, o senso de responsabilidade

deve ser bem desenvolvido, como também características do tipo: respeito, serviço, solidariedade e justiça. Machado (1997) acrescenta que essas características são integrantes essenciais do conhecimento do senso comum relativo à profissão e, por causa disso, elas se configuram como exigências que a sociedade impõe a quem ocupe esse determinado status, no qual, cada médico deve agir desse modo, desempenhando papéis e abstendo-se de outros.

Pode-se inferir que essa concepção heroica da medicina e do médico, construída pela sociedade ou mesmo forjada para ela, parece dirigir-se a dois extremos: por um lado podem contribuir para o elevado status da profissão, por outro, podem ser geradores de expectativas das quais esses profissionais não podem suprir. A exemplo disso, a prerrogativa de deixar de lado aspectos relativos a vida particular para se dedicar exclusivamente ao ofício é ilusória, se assim o fosse seria gerador de sofrimento mental, social e familiar. Além disso, nenhum processo seletivo para ingresso na universidade pode medir o altruísmo, sendo improvável que todos os que adentram a profissão tenham intuídos apenas benevolentes.

Nesse sentido, a sociedade criou, ao longo do seu desenvolvimento, diversas representações, valores e significados a respeito do corpo humano e seu processo de saúde/doença. Somado a isso, a figura do médico sempre esteve associada a esse processo de construção social e se constituiu também de representações das mais diversas. Barbosa et al. (2007) ilustram que os profissionais da medicina outrora eram reconhecidos como membros da família e mesclavam inúmeras funções, como intervir em uma simples dor de barriga, até um acidente domiciliar. Por outro lado, Machado (1997) argumenta que hoje o médico encontra-se em torno de questões cada vez mais complexas e contraditórias: se por um lado o avanço do conhecimento e da tecnologia proporcionou

novos espaços de intervenção, por outro lado, cresceu a deterioração das condições de trabalho e a incorporação de outros profissionais na equipe de saúde.

Correia-Lima (2012) supõe que o desgaste e o crescente descrédito da profissão médica perante a sociedade atual se apresenta devido à crise que se instala no imaginário social a respeito do papel desempenhado por esses profissionais. Assim, conforme Barbosa et al. (2007) os médicos são cobrados a nunca errar e a realizar curas em qualquer situação, além disso, precisam lidar com pacientes e familiares em um clima, por vezes, de animosidade. A depender da conduta terapêutica realizada por esses profissionais, se o resultado for o esperado, podem ser considerados anjos e chegam a ganhar inúmeros presentes de agradecimento, caso contrário, eles podem ser odiados e tachados de preguiçosos e/ou incompetentes.

Desta maneira, Miranda-Sá (2013) acredita que os médicos figuram como os profissionais mais cobrados por seus deveres diante da sociedade em todo o mundo. Em vista disso, de acordo com Barbosa et al. (2007), essa categoria precisa lidar cotidianamente com um alto grau de cobrança social, pois para esses autores, a medicina é uma profissão que tem razões socialmente aceitáveis para consumir mais tempo com a sua profissão do que no seio do convívio familiar. Segundo Correia-Lima (2012), a sociedade não admite que os médicos entrem em greve, se assim o fizerem, são considerados péssimos profissionais e de mau caráter.

Outra questão que circunda o trabalho desses profissionais, na perspectiva de Boyaciyan (2011) é o erro médico. Ao compactar com Boyaciyan (2011), Correia-Lima (2012) assinala que são progressivas as denúncias e demandas de ações nos conselhos de Medicina em busca de condenações por infração ética. Da mesma forma, apresentam-se

no judiciário processos por reparação de responsabilidade civil e/ou penal do médico. Assim, muitos são os esclarecimentos para que tais eventos ocorram. Para esses autores, o erro acontece uma vez que: as condições de trabalho são precárias; há falta de recursos humanos e materiais; faltam insumos para realização de exames simples e laboratoriais; contratos de trabalho precários na rede pública e privada; falta de autonomia no diagnóstico e na conduta terapêutica devido a determinantes financeiros, materiais e estruturais; e por fim, uma educação médica deficiente, em que muitas escolas médicas têm colocado no mercado de trabalho jovens despreparados para a realidade da saúde no país.

Os autores mencionados acima concordam que a profissão médica é essencialmente humanística e sacerdotal. Mais uma vez é possível inferir que essa interpretação deixa de perceber outros aspectos que circundam o trabalho desses profissionais. Uma vez que, não raro, percebe-se que outros profissionais também deixam o seio familiar para se dedicarem ao trabalho; que os *erros médicos* podem ser cometidos também pela falta de compromisso; que impessoalidade e frieza afetiva são comuns no trato com os pacientes; e que, na sociedade capitalista, poucos são os profissionais desinteressados com a aquisição de bens materiais, a maioria busca através da profissão melhorar sua própria qualidade de vida, e isso não parece ser diferente com a medicina.

1.1.2 O médico e o seu trabalho

Como na maioria dos países, a profissão médica é instituída no Brasil através de um diploma, sendo o profissional obrigatoriamente inscrito em conselho profissional. A ocupação é regida pelos pares e

regulamentada pelo Estado, sendo influenciada em sua organização por diversos determinantes sociais, quais sejam: políticas governamentais, força do mercado e necessidades da população. Desta forma, a prática médica tem se conjugado entre um exercício liberal e o exercício em organismos públicos e privados (Scheffer, Biancarelli & Cassenote, 2013).

Os médicos registrados até o ano de 2015 no Brasil somavam 399.692, um crescimento de 633% quando comparados com a década de 1970, quando havia aproximadamente 58.994 médicos em todo o país. A população de médicos se aproxima, portanto, dos 400 mil, atingindo uma média 1,95 médicos por 1.000 habitantes. Em números absolutos, pode-se afirmar que o Brasil tem a quinta maior população de médicos de todo o mundo (SCHEFFER, 2015; SCHEFFER et al., 2013).

A medicina como prática sacerdotal e filantrópica (visão apresentada no tópico anterior), existiu no imaginário social durante longos períodos históricos. Contudo, a sociedade contemporânea capitalista desenvolveu práticas em saúde cada vez mais modernas, científicas e tecnológicas. À vista disso, verifica-se que houve em grande medida uma transformação na compreensão do papel médico perante a sociedade, em favor de uma concepção mais similar a prática laboral, ou seja, a prática médica como trabalho e o médico como agente técnico (GOMES, 2010).

Dito de outra maneira, o capitalismo transformou o trabalho com sua divisão e mecanização, essa mudança produziu profunda influência ao fazer médico. A natureza da profissão começou a oscilar entre dois pontos distintos: o ideal de serviço com princípios humanitários e uma ideia análoga a qualquer profissão vigente, a do bem ou do serviço comercializado (RUIVO, 1987).

Nesse sentido, a citação que segue apresenta vários aspectos que caracterizam a prática médica como trabalho:

O cuidado médico é um processo de trabalho em que o profissional com sua própria ação impulsiona, regula, controla e transforma funções vitais do organismo humano. Em um determinado meio de trabalho põe em movimento o conhecimento científico corporificado na técnica (habilidades e instrumentos), decodificando necessidades orgânicas e sociais em necessidades instrumentais, na medida em que imprime à vida humana um determinado valor de uso (POSSAS, 1981, p. 287 apud GOMES, 2010, p.23).

De acordo com Arouca (1979), com o fortalecimento de contrato por meio de convênios na rede privada e o desenvolvimento cada vez maior das tecnologias e engenharias, o trabalho médico exercido de maneira autônoma passou a ser organizados também de maneira coletiva através de contratos e assalariamento.

Atualmente a medicina transforma a saúde em importância econômica, à medida que o trabalho médico é também uma atividade produtiva que, apesar de não produzir mercadorias, é produtora de um serviço. Além disso, a medicina é responsável pela circulação indireta do mercado através de indústrias farmacêuticas, de equipamentos e de produtos médico-hospitalares (FOUCAULT, 2010). Outra característica que é influenciada pelo modelo econômico capitalista é o processo de fragmentação do trabalho. O fazer médico passou a ter elementos da divisão do trabalho, com a segmentação e especialização, sem contar com o domínio e monopólio do conhecimento que formam

a base da autonomia e prestígio da profissão (AROUCA, 1979). Devido às necessidades impostas pelo avanço do conhecimento com inovações tecnológicas, incorporação de novos instrumentos de trabalho e demandas de um mercado altamente competitivo que impõe novos modelos cognitivos à prática profissional, cada trabalhador executa uma parcela do trabalho, dividindo-se em especialidades e sub-especialidades (MOLIANI, 2006).

A especialização do tratamento médico possibilitou que a profissão adquirisse um caráter muito mais tecnicista do que humano, no qual o médico especializado é aquele que prescreve condutas para uma queixa específica do paciente, sem necessariamente, mantê-lo saudável ou com qualidade de vida. Ou seja, o procedimento em si é mais valorizado do que o resultado final.

Conforme Schraiber (1995), ao voltar o olhar para o “interior” da atividade, o trabalho médico não é somente aplicação de técnicas, é também reflexivo, uma vez que a prática médica envolve ao mesmo tempo saber científico e saber prático, no qual, o último se baseia no primeiro. De igual modo, Gomes (2010) elenca diversos estudiosos, tais como Donnangelo, (1975), Schraiber (1993), Merhy (1997), entre outros, que compartilham entre si um aspecto relativo à prática médica, ou seja, há um consenso de que a atuação em medicina se estabeleça a partir de uma dupla composição, quais sejam: elementos da ciência e saber-agir prático. Essa dupla composição é colocada como iguais em peso valorativo.

Não obstante, apesar da experiência profissional e do saber-agir prático ser importante para a atuação dos médicos, para Camargo-Junior (2003 apud GOMES, 2010) o aprofundamento da divisão social e técnica do trabalho, visto anteriormente, é atualmente um obstáculo para a dialética teoria-prática em razão da construção de novos modelos

de intervenção em medicina encontrarem-se quase totalmente limitados a laboratórios e espaços de pesquisa. Além disso, Gomes (2010) aponta que muitos profissionais se tornaram aplicadores de procedimentos e reprodutores de produções técnico-científicas sem refletirem sobre o ato que praticam. A padronização na escolha de condutas proporciona consultas rápidas e aumento da produtividade.

Destarte, os efeitos advindos da revolução científica transformaram positivamente a atividade médica, tornando-a amplamente segura e pautada em sólido conhecimento. Por outro lado, o avanço científico e o acentuado uso de tecnologia de ponta modificaram enormemente a prática profissional. No presente, a medicina é um caso exemplar do fenômeno da especialização, em que a ideia de expert é uma realidade incontestável. Ademais, apesar de haver um certo descrédito perante a sociedade, a medicina ainda constitui um projeto profissional bem-sucedido (MACHADO, 1997).

1.2 O trabalho na saúde: trabalho médico e SUS

As mudanças no cenário político, econômico e produtivo possibilitaram o crescimento do setor de serviços nos seus mais variados tipos (SZNELWAR et al., 2004). Na lógica econômica capitalista, a saúde está situada no setor de serviços, possibilitando condições necessárias para que a sociedade viva como tal, ou seja, envolvem a prestação de bens de manutenção social e de vida (MACHADO, 1997).

Baseada em análises de censos nacionais e fontes estatísticas, a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2006) estima que exista no mundo um total de 59,2 milhões de trabalhadores de saúde assalariados.

Esses trabalhadores integram equipes de saúde multiprofissional e são convocados a desempenharem diversas habilidades e funções, se amoldando aos novos conhecimentos e tecnologias que surgem todo o momento.

De acordo com a OMS (2006), os trabalhadores dos sistemas de saúde em todo o mundo apresentam sintomas de estresse e insegurança provocados em grande parte pelas políticas de financiamento do setor, desequilíbrios concernentes às necessidades de habilidades e competências cada vez maiores, ausência de políticas de gerenciamento, condições de trabalho precárias, baixos salários, insuficiente reconhecimento social, e, ainda, muitos países apresentam um fraco desenvolvimento de planos de carreira e concentração urbana de profissionais.

No contexto brasileiro, a criação do SUS representou para os gestores, trabalhadores e usuários uma nova forma de produzir serviços assistenciais. Além disso, o SUS representa uma grande expansão no setor da saúde nunca vista anteriormente, podendo ser considerada um dos maiores do mundo com cerca de dois milhões de empregos (MACHADO, 2006).

A saúde é um campo de inesgotável conhecimento e prática profissional e o SUS é um dos maiores empregadores da economia brasileira. No entanto, a conjuntura brasileira de trabalho na saúde não é diferente de outros países, no sentido que afirma Machado (2006), isto é, que os anos de consolidação do SUS contrariaram seus próprios princípios quando desvalorizou seus profissionais. Para esta autora, a negligência que se deu na adoção de políticas para os profissionais do SUS é um fato. O SUS passou o período de sua consolidação sem se preocupar com seus trabalhadores. A precarização nas contratações criou uma multidão de trabalhadores sem direitos sociais e trabalhistas, além de não ter proporcionado estruturas competentes e modernas

na administração pública para lidar com tais questões. Apesar de ter sido criada em 2002 uma secretaria para gestão e educação de trabalho na saúde (que conta com vários trabalhadores precarizados), não se verifica ainda dados de modificação desse quadro na atualidade.

No meio de todas essas constatações, o trabalho médico tem se desenvolvido por meio desses espaços, no qual o setor público passou a ocupar o primeiro lugar de empregadores com 55,5% dos médicos registrados no ano de 2012 (SCHEFFER et al., 2013). Desta forma, a lógica liberal do trabalho médico em consultórios particulares e independentes coexiste atualmente com a lógica do trabalho cooperativo e trabalho público (MOLIANI, 2006). Nesse sentido, a maioria dos médicos brasileiros têm múltiplos vínculos (o que equivale a toda ocupação, posto, cargo, função ou emprego médico remunerado) com cerca de 48,5% dos profissionais possuindo três ou mais vínculos (SCHEFFER, 2015). Ou seja, os médicos geralmente ocupam mais de um posto de trabalho no SUS e também compartilham sua jornada com consultórios particulares e o setor privado.

A maioria desses profissionais cumprem carga horária de trabalho excessiva e acúmulo de vários empregos. Sendo assim, a jornada de trabalho dos médicos é, em média, superior a 40 horas semanais e quase um terço dos profissionais trabalham mais de 60 horas por semana (MACHADO, 1997; CARNEIRO; GOUVEIA, 2004; SCHEFFER et al., 2013; SCHEFFER, 2015).

No que concerne à jornada de trabalho em forma de plantão, segundo Moliani (2006), para o trabalho médico essa modalidade foi criada para que este estivesse no posto de trabalho e assim pudesse atender alguma emergência, não necessariamente trabalhando o plantão inteiro. Contudo, para esta autora a realidade atual é diferente, devido à lotação é possível que em alguns casos o médico não tenha um

momento de descanso como seria de se supor e trabalhe durante todo o plantão.

De maneira geral, as características do mercado de trabalho em Saúde Pública, no qual o médico está inserido, são: contratação de profissionais especializados, seja através de curso superior ou técnico, a maioria precisa desenvolver um conhecimento básico devido à alta tecnologia e informações do mercado; uso intenso e diversificado de mão-de-obra, uma vez que dois milhões de funcionários atuam em quase sete mil estabelecimentos distribuídos em mais de cinco mil municípios; diversidade de contratação, já que os concursos e os contratos temporários somam-se ao grande volume de terceirização e jornadas de trabalho estabelecidas de 12, 20, 24, 32, 40 e até 44 horas, por exemplo (MACHADO, 2006).

O trabalho médico também tem se desenvolvido através de espaços institucionais, nos quais o hospital se apresenta como o principal deles. É nele que o médico realiza seus principais e fundamentais atos, como atendimento e acompanhamento de pacientes, realização de exames e atividades técnico-cirúrgicas, é também onde ocorrem as trocas de experiências clínicas e a formação de aprendizes, seja alunos no início da graduação, internos ou residentes (MACHADO, 1997).

O ambiente hospitalar é caracterizado pela grande estrutura organizacional, processos de produção de trabalho e diversos insumos e materiais, de modo que para garantir um serviço de qualidade o desafio é muito grande. Questões de logística, organização do trabalho, infra-estrutura básica, acidentes de trabalho e doenças laborais apresentam-se nos hospitais brasileiros como obstáculos para o bom funcionamento do sistema (SZNELWAR et al. 2004).

A maioria dos médicos se sentem honrados e satisfeitos com a escolha profissional e contam com remunerações que são superiores

à maioria dos trabalhadores brasileiros. Contudo, muitos médicos afirmam que a profissão é desgastante e se sentem insatisfeitos em relação a sua vida laboral e pessoal (MACHADO, 1997; CARNEIRO; GOUVEIA, 2004; BARBOSA et al., 2007; SCHEFFER et al., 2013). Outras pesquisas apontam que se encontra no trabalho médico fatores de risco para a saúde mental, como privação de sono, sobrecarga, tensão, jornadas de trabalho superiores ao convencional e uma baixa quantidade de férias; para tanto, a profissão tem apresentado altas taxas de suicídio (NOGUEIRA-MARTINS, 2002).

Em relação à área de atuação, o trabalho médico é detentor de amplas possibilidades. Soma-se em 53 o número de especialidades reconhecidas no Brasil, sendo Ginecologia/Obstetrícia uma das áreas mais numerosas, 8,6% dos registros obtidos pelos profissionais, dos quais a maioria são mulheres (SCHEFFER et al., 2015). O estado com maior índice de médicos com registro em Ginecologia e Obstetrícia é São Paulo. Já na Paraíba somam-se 512 o número de médicos registrados nesta especificidade (SCHEFFER, 2015).

1.3 A Obstetrícia

A Ginecologia e Obstetrícia é uma especialidade médica bastante abrangente. O profissional médico que opta por essa área, tem como escopo de atuação a sexualidade feminina, a saúde da mulher, a reprodução e a proteção à vida antes mesmo de seu nascimento (ROSAS, 2004). A Obstetrícia, especificamente, é a área da medicina que se responsabiliza pela assistência a mulher antes, durante e após o parto. Desta forma, esta especialidade está relacionada à gravidez, trabalho de parto e puerpério (CUNNINGHAM et al., 2000).

A palavra Obstetrícia vem do verbo latino *obstare*, que tem por significado estar ao lado ou na frente de. Essa tradução define bem o papel desse profissional, que deve permanecer ao lado da parturiente e prestar-lhes assistência. Esse comportamento pode ser considerado como a essência dessa especialidade, cujas atividades dependem do acompanhamento atento e paciente ao trabalho de parto e/ou a gravidez (ROSAS, 2000).

Essa postura e consequentemente um parto bem realizado é muito importante para a sociedade, visto que além de o nascimento ser uma situação biológica, também é um evento social, no qual os espaços culturais e históricos se fazem presente e influenciam as formas de agir, nascer e, consequentemente, os cuidados dispensados a esses eventos (MORAIS, 2010).

Por um longo período de tempo, o partejo foi uma tradição exclusiva das mulheres, somente exercidas por parteiras, curandeiras e comadres, ou seja, as gestantes chamavam mulheres que passavam confiança para a mesma e que tinham experiência reconhecida na sociedade (NAGAHAMA; SANTIAGO, 2005).

A capacidade desenvolvida pelas mulheres de acompanhar partos era proporcional à quantidade de nascimentos que haviam assistido, como também uma idade mais madura. As habilidades no ofício eram aprendidas nas relações familiares durante o ato, no qual as mães transmitiam as ações e saberes e as filhas davam prosseguimento. Assim, o conhecimento desenvolvido para o nascimento tinha um caráter empírico e reforçado por questões de cada espaço, de cada cultura, de cada momento histórico (MORAIS, 2010).

O avanço científico reconfigurou a medicina, dando uma capacidade mais aprimorada de intervenção pautada no corpo, na física e na química. Várias áreas ganharam destaque e experimentaram um

grande desenvolvimento, na qual a obstetrícia e as áreas afins (ginecologia e pediatria) ocuparam lugares de evidência (CARNEIRO, 2005).

Salvo poucas expressões nos séculos anteriores, o século XVII pode ser caracterizado como um importante período de transformação para a Obstetrícia. Os conhecimentos formados das observações clínicas através do rigor do método científico possibilitaram seu desenvolvimento. Os saberes adquiridos na prática das parteiras e também da medicina da época deram lugar a uma nova forma de olhar a realidade, a um novo discurso da ciência moderna (ROSAS, 2000; MORAIS, 2010).

Apesar do grande avanço científico, o caminho percorrido foi longo para que o médico, na figura masculina, adentrasse nos espaços hegemonicamente femininos. Durante muito tempo, a única atuação do médico obstetra era a retirada do feto para salvar a vida da mãe, ou quando a mãe vinha a óbito, retirar o feto através da cirurgia antes que o mesmo também morresse (MORAIS, 2010). Querendo ganhar espaço na área, a medicina produziu um discurso relativo à obstetrícia na metade do século XIX caracterizando-se pela defesa da hospitalização do parto e da criação de maternidades. O parto deixava de ser privado e íntimo e passava a ser vivido de maneira pública, com a interferência de vários profissionais e estudantes (NAGAHAMA; SANTIAGO, 2005).

No entanto, vale salientar que essa conquista não se deu de forma imediata e igualitária em todos os espaços. Apesar do interesse médico em adentrar esse campo, a barreira do tabu feminino e o medo da hospitalização impediam essa consolidação e exclusividade médica. Para tanto, Brenes (1991) esclarece que houve um grande esforço médico para demonstrar confiança para sociedade. Além disso, o discurso médico criou no imaginário social uma mulher frágil que

necessitava, portanto, de cuidados médicos, por serem os únicos que a conheciam.

Na atualidade a hegemonia médica se faz presente no nascimento, no qual a maioria das brasileiras acaba por parir em hospitais sob os cuidados dos profissionais da saúde, em especial dos médicos. O poder e o controle sobre o corpo da mulher propiciaram no imaginário popular a ideia de cesárea como a forma de parir mais moderna, indolor, segura e eficaz. Contudo, evidências epidemiológicas demonstram que a valorização da cesárea em detrimento ao parto normal pode desenvolver riscos à saúde da mãe e do bebê quando não é indicada (HOTIMSKY; SCHRAIBER, 2005).

Respaldadas no saber científico, a grande quantidade de normas e prescrições contempladas em manuais e artigos científicos, diretrizes da OMS, além das rotinas das próprias maternidades, produz-se um campo de constantes incertezas para a atuação dos profissionais da área. Além disso, o discurso produzido nos séculos anteriores a respeito da necessidade de intervenção médica tem se movido contra o próprio ato médico, visto que a sociedade, na figura da gestante e dos familiares, entende que é dever do médico intervir na gestação para que a mesma ocorra de forma satisfatória. Isso resulta em um ambiente de pressão, cobrança e responsabilidade na atividade de trabalho desses profissionais.

1.3.1 O trabalho do médico obstetra

Curar é a essência que norteia o trabalho médico. Na obstetrícia, a satisfação e a alegria, que por ventura sejam desenvolvidas por essa profissão, ganham ainda um maior destaque. Isso porque a obstetrícia, em tese, não cuida de doentes, cuida de mulheres tão saudáveis que

foram capazes de gerar outra vida em seus corpos. Sendo assim, a incumbência desse profissional é ainda mais cobrada pela sociedade e permeada de responsabilidade.

Diferentemente da maioria das especialidades, em que a morte, a dor e o sofrimento são inerentes ao cuidado médico, a obstétrica se apresenta como uma especialidade que traz vida, alegria, nascimento. Entretanto, para Foucault (2010) toda abordagem médica atualmente dispõe de uma série de instrumentos e técnicas que, justamente por sua eficácia, podem produzir efeitos diversos além do terapêutico, sendo aqueles nocivos ou não.

Para tanto, a obstetrícia também se configura dentro de um campo de incertezas. Se por um lado, ela ocupa um lugar de prestígio social dentre as especialidades médicas, dando conta de um evento não apenas biológico, mas social, por outro, ela também se entrelaça em uma série de condutas, técnicas e instrumentos – anestésias, parto cesariana, episiotomia, entre outros – que em suma, são para melhorar as condições do parto, mas que também podem desenvolver possíveis consequências nocivas ao corpo feminino e do feto/recém-nascido.

É sabido que a normalização do saber e fazer médico não foram desenvolvidos historicamente por práticas matematicamente estipuladas. Na atenção ao nascimento não deixa de ser diferente: os profissionais foram sendo inseridos nos hospitais ao lado de transformações econômicas, sociais e culturais ocorridas ao longo da história nas diversas sociedades e o conhecimento produzido nesta área ainda se encontra em constante construção e modificação (MORAIS, 2010).

De todas as especialidades médicas, a Obstetrícia se destaca por estar sujeita a muitas implicações éticas na sua atividade profissional,

seja pela vulnerabilidade dos pacientes envolvidos, seja por se tratar de um momento delicado de início de vida (BOYACIYAN, 2011).

Esta especialidade é a que possui maior número de denúncias e processos contra a suposta má prática na categoria médica. O binômio materno-fetal expõe o profissional a uma chance maior de erros, já que partindo de situações de plena normalidade, de forma inesperada, transformam-se rapidamente em quadros graves e colocam em risco a vida da paciente e do feto/recém-nascido. Os erros nessa profissão geram consequências que crescem numa proporção geométrica, na qual qualquer conduta inicial tomada erroneamente pode gerar um quadro de difícil controle subsequentemente (BOYACIYAN, 2011).

Nesta linha, dados do Conselho Federal de Medicina de São Paulo (ROSAS, 2004) demonstram que a especialidade médica que obtém o maior número de reclamações é a Ginecologia/Obstetrícia com 12,16% do total de denúncias. Isso corresponde a quase o dobro do segundo colocado no levantamento. Desta forma, muitas são as seções de denúncias e de processos disciplinares contra esses profissionais, havendo um foco principal na qualidade da atenção ao nascimento e ao parto, momento mais importante da vida reprodutiva da mulher.

As principais queixas realizadas em relação à Obstetrícia são: assistência ao parto com óbito de recém-nascido ou materno; parto com complicações maternas ou sequelas ao recém-nascido; pré-natal (mau acompanhamento, medicação errada, falta de cuidados, falta de exames, má indicação para o tipo de parto); prática de aborto e complicações ou laqueadura sem consentimento; infecção puerperal, corpo estranho, entre outros (ROSAS, 2004).

Esses profissionais precisam lidar com uma gama de atividades e responsabilidades que são inerentes ao ofício, sendo, portanto, necessário gerenciar diversas ações em um único partejamento. Essa responsabilidade

médica abarca, entre outras coisas, o correto e detalhado preenchimento do prontuário e partograma, o sigilo médico, a preservação dos direitos sexuais e reprodutivos das pacientes, o consentimento por parte das pacientes de qualquer conduta a ser tomada, entre outros (BOYACIYAN, 2011).

Desde o final da década de 1990 o Ministério da Saúde em apoio a OMS, a Organização Pan-Americana de Saúde e a diversas ONGs intensificou no Brasil a utilização do termo “humanização do parto” em referência a uma série de políticas públicas promovidas em todo o mundo para diminuição do parto cesariana. Dada a diversidade de atores sociais e de interesses envolvidos, existe uma série de conflitos em torno das distintas concepções de parto e alternativas de atendimento a esse evento (HOTIMSKY; SCHRAIBER, 2005).

Cabe ressaltar ainda que de acordo com Moraes (2010), a responsabilização que o médico obstetra tem no Brasil para que o parto seja bem-sucedido é maior do que o que prevê a OMS. Construtos como educação alimentar, saúde mental, pré-natal, saneamento básico, entre outros, características de boas condições sociais, são deixados de lado na realidade brasileira, quando na verdade para a OMS esses são pontos fundamentais para a diminuição da mortalidade materna e neonatal.

Outros impasses que envolvem essa categoria profissional encontram-se no plano ético da medicina. A atitude de promover cesarianas sem indicação é uma prática corriqueira e que gera sempre controvérsias, alguns profissionais argumentam que a comodidade e economia de tempo representa para o médico maior disponibilidade para outros compromissos. Ademais, há controvérsias a respeito de quais profissionais devem assistir o parto, quais equipamentos utilizar,

quais diretrizes técnicas devem nortear a prática, entre outros (HOTIMSKY; SCHRAIBER, 2005).

Destarte, em torno do trabalho médico na obstetrícia, no que se refere especificamente ao trabalho de parto, há um vasto campo de incertezas, controvérsias, disputas e negociações. Assim, para melhor compreender os processos de trabalho existentes nesse ofício, faz-se necessário dar voz aos trabalhadores envolvidos e buscar, se possível, o desenvolvimento de um trabalho mais saudável.

Capítulo II

Aporte teórico

Este capítulo tem a finalidade de apresentar o alicerce teórico que fundamenta a presente pesquisa. Considerando o objeto do estudo – compreender o *trabalhar* de médicos obstetras que atuam em uma maternidade pública – optou-se por apreciar os elementos conceituais da Ergonomia da Atividade e principalmente da Psicodinâmica do Trabalho.

Representada especialmente pelo Dr. Christophe Dejours (1992; 2004a; 2004b; 2005a; 2005b; 2012a; 2012b; 2013) – médico, psiquiatra, psicanalista, especialista em medicina do trabalho e ergonomista – e desenvolvida desde a década de 1980, a Psicodinâmica do Trabalho é resultado de estudos que associam especialmente¹ o campo da Psicanálise e da Ergonomia da Atividade. Tendo como base esses pressupostos teóricos, a PDT compreende que o trabalho é central para a subjetividade humana e composto por uma dimensão real e prescrita.

A psicodinâmica é uma disciplina teórica e clínica. Seus estudos se fundamentam no conhecimento das relações entre trabalho, saúde e subjetividade, por meio de escutas e observações clínicas das reais situações vivenciadas pelos trabalhadores. Desse modo, Lima (2011) esclarece que esta disciplina se filia às ciências que constroem seus conceitos com base em análises de situações concretas de trabalho. O

¹ Não tendo como base apenas esses campos, uma vez que a Psicodinâmica do trabalho também sofreu influência da psiquiatria, sociologia do trabalho e sobretudo da psicopatologia do trabalho da qual é oriunda.

pesquisador é um clínico que se propõe a compreender o trabalho com o auxílio daquele que mais sabe, o próprio trabalhador.

De acordo com Molinier (2013), a PDT contrapõe-se a concepção de ciência fundada na expertise, e se aproxima de um entendimento de ciência baseada em uma aproximação compreensiva. Assim, esta disciplina propõe uma descrição complexa do mundo vivido, implicando em uma relação dialógica entre ciência e ação. Para esta autora, a PDT define-se como “a análise psicodinâmica dos processos intersubjetivos mobilizados pelas situações de trabalho” (p. 69). Em conformidade, Bueno e Macêdo (2012) acentuam que a psicodinâmica do trabalho pertence ao campo da clínica do trabalho, de tal modo que tem como preocupação principal olhar o trabalho dos sujeitos como um desafio psíquico determinante.

O campo de estudo da psicodinâmica está para além da doença mental relacionada ao trabalho, se debruça sobretudo à normalidade, aos recursos psíquicos mobilizados por aqueles que trabalham para resistir aos efeitos nocivos provocados pelos constrangimentos da organização prescrita do trabalho (DEJOURS, 2013). Essa clínica do trabalho concentra seus estudos no sofrimento e prazer que o trabalho pode produzir ao sujeito. Busca, também, a compressão do que está para além das normas e prescrições, do não dito, do invisível do trabalho.

Nesse sentido, a PDT propõe que o trabalho é um operador essencial da inteligibilidade humana, para analisar as condutas humanas em geral e os processos de saúde mental e doença, faz-se necessário colocar o trabalho no centro dessas análises (LIMA, 2011). De acordo com Lhuillier (2011), a ambivalência do sofrimento – ora patogênico, ora criativo – as estratégias coletivas de defesa e a inteligência prática são alguns dos construtos dessa teoria que permitem a compreensão que o trabalho é um operador fundamental da construção do sujeito

e mediador privilegiado entre o inconsciente e o campo social. O trabalho, portanto, torna-se essencial para analisar as condutas humanas implicadas na saúde mental e na subjetividade.

Destarte, para efeito de exposição, este capítulo apresentará inicialmente alguns conceitos principais presentes na Ergonomia da Atividade que são indispensáveis para a compreensão das formulações feitas pela Psicodinâmica do Trabalho, abordagem teórica que será elucidada posteriormente.

2.1 A Ergonomia da Atividade

Através do conhecimento próprio ou por intermédio de outros, é possível saber naturalmente o que significa trabalhar. Para muitos, a definição de trabalho é logo associada a emprego, à relação salarial ou à produção de bens e mercadorias. Não raro, identifica-se opiniões acerca de como pode ser melhorado o trabalho, baseando-se geralmente em percepções e julgamento do senso comum. A Ergonomia insere-se nesse campo como uma disciplina científica de orientação prática que se propõe a transformar o trabalho em suas diferentes concepções e adaptá-lo ao ser humano (ABRAHÃO et al., 2009).

Nesse sentido, a Ergonomia detém um corpo de conhecimento sobre o trabalho e um conjunto sistemático de procedimentos de análise e intervenção, visando adaptar situações de trabalho compatíveis com as capacidades e limites do ser humano. Essa perspectiva reconhece a premissa de primazia do homem e se contrapõe a concepção taylorista que reduz o trabalho humano a aspectos físicos.

Desse modo, a palavra “ergonomia” é construída a partir de dois radicais: *ergon* que significa trabalho e *nomos* que significa leis e

regras. Assim a palavra “ergonomia” designa *regras de trabalho*, ou, de forma mais abrangente, significa uma ciência do trabalho (GUÉRIN et al., 2001).

Devido ao seu uso recorrente, a palavra trabalho pode abranger várias realidades. De acordo com Guérin et al. (2001), a palavra trabalho assume diversos usos conforme o caso, pode ser designada como condições de trabalho, como resultado do trabalho ou até mesmo como a própria atividade de trabalho. Dessa maneira, compreender o trabalho como sendo apenas um desses aspectos, o reduz. Diversas práticas científicas tem tentado compreender o trabalho através de pontos de vistas específicos e muitas vezes analisando apenas uma parte e não sua completude. De acordo com os referenciados autores, essa maneira de analisar o trabalho simplifica-o, pois o trabalho se configura como a própria unidade dessas três realidades. Faz-se necessário, portanto, uma análise global do trabalho, objetivo buscado pela ergonomia.

Os pressupostos que norteiam a análise ergonômica são: a interdisciplinaridade, uma vez que o fenômeno do trabalho humano deve ser compreendido a partir de diferentes perspectivas; a análise das reais situações de trabalho, já que é fundamental observar os indivíduos em ação, conhecendo a realidade de trabalho; e, por fim, o envolvimento dos sujeitos, uma vez que são a partir deles que é possível compreender a realidade de trabalho, além do que, o trabalho se diferencia de acordo com quem o desenvolve (GUÉRIN et al. 2009).

Estudos desenvolvidos por uma linha da ergonomia denominada Ergonomia da Atividade (originada nos países de língua francesa), evidencia com clareza que ao buscar compreender o trabalho, se faz necessário considerá-lo em suas diferentes faces e tratá-lo como algo

complexo (BRITO, 2008a). Nessa perspectiva, três conceitos desenvolvidos pela Ergonomia da Atividade são de grande contribuição e relevância para a compreensão do que seja trabalhar, são eles: trabalho prescrito (ou tarefa), trabalho real (ou atividade) e variabilidade.

Por meio de uma pesquisa realizada na década de 1960, os ergonomistas identificaram que os operários de uma linha de montagem de eletrônicos não seguiam estritamente o método de execução planejado, eles alteravam a ordem de execução ou modificavam os movimentos rigidamente programados. Através dessa constatação foi possível chegar à conclusão de que apesar da rigorosa prescrição, os trabalhadores tomam decisões que mudam a realidade de trabalho. Logo, as concepções tayloristas de que é possível preconceber o trabalho e desenvolver um método de padronização total foi desacreditado (BRITO, 2008a).

Desse modo, no sentido clássico do termo, a tarefa é definida como um conjunto de prescrições dadas ao trabalhador para que este alcance um objetivo almejado (GUÉRIN et al., 2001). O trabalho prescrito ou tarefa é de um lado, regras e objetivos fixados pela organização do trabalho e, de outro, às condições dadas ao trabalhador. Assim, a prescrição (ou tarefa) indica aquilo que deve ser feito em um determinado processo de trabalho (BRITO, 2008a).

A tarefa é, portanto, baseada em construtos do tipo ideal, ou seja, as regras e as normas construídas tendem a prever uma situação artificial e são pré-concebidas para trabalhadores jovens, de um sexo específico e que gozem de boa saúde. De tal modo, o trabalho prescrito não considera as singularidades individuais e nem as variabilidades do meio (ABRAHÃO et al. 2009). Assim, a prescrição é imposta ao trabalhador, e, em geral, determina e constrange a sua atividade (GUÉRIN et al., 2001). De acordo com Brito (2008a) pode-se dizer, de forma sucinta, que a tarefa se caracteriza pelo estabelecimento de

objetivos e resultados a serem atingidos; métodos e procedimentos previstos; ordens emitidas pela hierarquia (oralmente ou por escrito) e instruções a serem seguidas; protocolos e normas técnicas; forma de divisão do trabalho; condições temporais previstas; entre outros.

Vale salientar que para a realização de qualquer atividade há a necessidade de uma tarefa pré-estabelecida, pois a antecipação é necessária e indispensável para nortear a prática do trabalhador. O conceito de tarefa (ou trabalho prescrito) é fundamental para compreender e descrever o que vem a ser trabalhar. Desse modo, a tarefa e a atividade são igualmente importantes e complementares (BRITO, 2008b; ABRAHÃO et al. 2009). Contudo, a tarefa não pode ser considerada o trabalho, pois as prescrições e normas são apenas uma parte de sua totalidade (GUÉRIN et al., 2001).

O trabalho prescrito nunca corresponderá à atividade, essa diferença existe em todas as situações de trabalho. A distância entre a tarefa e a atividade é a manifestação da contradição presente no ato de trabalhar, ora “o que é pedido” e ora “o que o meio pede” (GUÉRIN et al., 2001). O conceito de atividade (fio condutor da análise ergonômica) significa o que na realidade é feito pelo trabalhador e abrange as ações e decisões tomadas que vão além das prescrições (ABRAHÃO et al. 2009). Nesse sentido, Brito (2001b) aponta:

A atividade de trabalho (trabalho real) pode ser definida, então, como um processo de regulação e gestão das variabilidades e do acaso. Compreender a atividade de trabalho é compreender os compromissos estabelecidos pelos trabalhadores para atender a exigências frequentemente conflitivas e muitas vezes contraditórias. Esses compromissos se vinculam a dois polos de interesses: os relativos

aos próprios trabalhadores (saúde, desenvolvimento de competências, prazer) e os relativos à produção (p. 455).

O conceito de trabalho real (atividade) está vinculado ao pressuposto de que a prescrição é um recurso incompleto, e por isso mesmo, o trabalho prescrito não contempla as situações reais encontradas no dia-a-dia. A defasagem entre tarefa e atividade acontece porque as reais situações de trabalho são quase sempre dinâmicas, instáveis e submetidas a variabilidades, seja do meio ou seja do próprio sujeito (BRITO, 2008b).

Desse modo, um pressuposto importante para a Ergonomia é a variabilidade. Acredita-se que em toda situação de trabalho há características particulares tanto em indivíduos, quanto no ambiente, insumos e produtos que causam variabilidades na execução do trabalho (ABRAHÃO et al. 2009). Do ponto de vista estrutural, as variabilidades dizem respeito aos movimentos normais do processo produtivo que resultam em mudanças no modo de operar, ou ainda, devido a falhas e defeitos em equipamentos e meios de trabalho. As variabilidades também ocorrem do ponto de vista humano, uma vez que as características das pessoas, da equipe e da própria saúde física e mental do trabalhador podem interferir nos processos de trabalho e conseqüentemente na realização do que deriva da prescrição (BRITO, 2008b; ABRAHÃO et al. 2009).

Nesse sentido, o trabalhador é um personagem ativo no processo de trabalho e, por isso, a atividade resulta também das características pessoais, experiência e formação de cada indivíduo. Assim, o trabalho real demanda um investimento cognitivo e físico por parte do trabalhador para resolver o que ainda não é dado pela organização prescrita do trabalho (ABRAHÃO et al. 2009). Por esse motivo, Guérin et al.

(2001) destaca que sem atividade humana não há trabalho. Para este autor, a dimensão humana do trabalho se expressa através das estratégias usadas pelos trabalhadores para conseguir realizar a tarefa; toda atividade de trabalho é, portanto, singular.

Em síntese, a defasagem entre a prescrição e a realidade do trabalho encontra-se na diferença do discurso produzido sobre a teoria e o que de fato é experimentado pelos trabalhadores. Os limites encontrados nas prescrições indicam que há uma parte da atividade que não se revela diretamente através da linguagem, mesmo que esta seja um recurso central para chegar à sua compreensão. Por esse motivo, a PDT evidencia que para realizar o trabalho é preciso sair do discurso e confrontar-se com o mundo. Isto é, os trabalhadores não são meros executores das prescrições, mas afetados pelas variabilidades do meio de trabalho e por si mesmos, produzem novos saberes e um patrimônio de elementos novos na atividade de trabalho (BRITO, 2008).

Os conceitos oriundos da Ergonomia da atividade foram incorporados à Psicodinâmica do trabalho e formam um de seus alicerces teóricos. Nessa perspectiva, a teoria dejouriana atual recebe de herança a proposição compreender para transformar (BUENO; MACÊDO, 2013), uma vez que entende a organização e as condições de trabalho como deletérias ao homem, e por esse motivo, cabe ao pesquisador não só desenvolver o conhecimento sobre o trabalho, mas além disso, possibilitar uma reflexão coletiva com vistas a uma apropriação de uma inteligibilidade comum (LANCMAN; UCHIDA, 2003).

Destarte, adiante, a teoria da Psicodinâmica do Trabalho trará novos subsídios para a compreensão desse continente escondido que são as reais situações de trabalho.

2.2 Contribuições teóricas da Psicodinâmica do trabalho

A psicodinâmica do trabalho objetiva compreender, de maneira geral, a relação existente entre subjetividade e atividade. Para tanto, esta disciplina teórico-prática possui uma vasta literatura com diversos conceitos que propõem, como dito anteriormente, colocar o homem e o seu trabalho no centro das análises. A presente explanação não se propõe a fazer uma apresentação exaustiva da Psicodinâmica do trabalho, mas tecer considerações que serão pertinentes para a compreensão geral da teoria e para as análises dessa pesquisa.

2.2.1 Trabalho real e subjetividade

A Psicodinâmica do trabalho, retomando a introdução deste capítulo, é um conjunto teórico e metodológico fruto de um diálogo profundo com diferentes disciplinas. De acordo com Dejours (2013) três disciplinas diferentes foram convocadas desde do início de sua teoria, quais sejam: a Psicanálise, tendo como elemento principal a metapsicologia de S. Freud e a teoria da Sedução de J. Laplanche; a Sociologia com a abordagem compreensiva de W. Dilthey, M. Weber e A. Schütz; e, as ciências do trabalho, tendo como elemento principal a Ergonomia francesa de A. Onbredane, J.M. Faverge e A. Wisner.

Nessa perspectiva, a psicodinâmica estabelece seu alicerce no reconhecimento de que a organização de trabalho não é uma instância rígida, mas dinâmica e em constante movimento. Para Dejours (1992), as reais situações de trabalho são tão complexas e multifacetadas que

tanto podem gerar o melhor quanto o pior para o ser humano. Ou seja: o trabalho pode tanto gerar prazer quanto sofrimento.

A Psicodinâmica do Trabalho segue a mesma linha de pensamento da Ergonomia francesa ao atribuir um lugar primordial à análise da atividade. Para tanto, essas duas linhas teóricas convergem no entendimento que existe um espaço em branco entre a tarefa prescrita e a atividade realizada que só pode ser preenchida pela ação humana. Dessa maneira, conforme Lancman e Uchida (2003), a PDT coloca a atividade humana como um dos pontos-chaves para a compreensão do que seja trabalho. Os estudos em ergonomia demonstram que não é possível prever tudo sobre o trabalho e, assim, é nessa lacuna imprevisível – entre organização prescrita e organização real – que homens e mulheres exercem a verdadeira atividade de trabalho.

Dejours (2012a) conceitua trabalho como “aquilo que o sujeito deve acrescentar as prescrições para atingir os objetivos que lhe são confiados” (p. 38). Essa definição destaca, portanto, o entendimento que trabalhar é sempre um movimento de concepção intelectual feita pelo trabalhador e não apenas de estrita execução. Reafirmando, o trabalho implica, necessariamente, atividade humana.

Por esse motivo, Dejours (2012b) também define o trabalho como trabalhar. Nota-se, assim, que quando este autor utiliza um verbo, ele quer demonstrar que o trabalho não é algo estático, mas algo dinâmico. O homem ao trabalhar está em ação, em constante movimento e engajamento. Trabalhar, portanto, não é apenas uma relação salarial ou de emprego, é, antes, um engajamento da personalidade para responder aos constrangimentos da tarefa.

Nessa perspectiva, a teoria dejouriana parte do pressuposto que a tarefa é que se deseja fazer e a atividade é aquilo que realmente é feito pelo trabalhador. Apesar da ideia difundida de que a concepção e a

execução podem ser separadas, para Dejours (2013) *trabalhar* é humano e todos aqueles que trabalham acrescentam de si às prescrições. Por esse motivo, este autor compreende que o trabalho propriamente dito é um enigma a decifrar.

Portanto, uma das principais teses da teoria dejouriana é a “centralidade do trabalho para a subjetividade” (DEJOURS, 2013, p. 10). Para Dejours (2012a) o trabalho é vivo; para trabalhar faz-se necessário mobilizar a subjetividade, uma vez que não há trabalho de produção (poiesis) sem o trabalho psíquico (arbeit). Para tanto, este autor propõe uma dupla centralidade para a subjetividade, do qual é composta pela sexualidade e pelo trabalho.

...o “trabalhar” constitui uma segunda oportunidade depois da infância, para ampliar os poderes do corpo de experimentar-se a si próprio e de gozar de si. Mas a passagem da experiência do trabalho à formação de novos registros não é mecânica. Supõe, ao contrário, uma mobilização de toda a subjetividade (...) para transformar-se a se próprio e adquirir novos registros de sensibilidade, novas habilidades profissionais. (p. 200).

O trabalho não se constitui apenas como sendo uma fonte de recursos materiais, antes, caracteriza-se como central para o funcionamento psíquico. O trabalho detém um status psicoantropológico através da relação entre o trabalho e a subjetividade humana. Para a PDT, trabalhar é uma condição essencial de revelação da própria vida. É uma forma de ser, de agir e de viver em sociedade que finda na construção da identidade, na realização de si mesmo e no convívio social (DEJOURS, 2012b). Dessa maneira, não é apenas um artesão

ou um artista que utiliza a sua subjetividade no trabalho, mas todo e qualquer trabalhador faz uso dela. Qualquer trabalho convoca a subjetividade no trabalho (DEJOURS 2013).

Dejours (2012b) afirma que:

A psicodinâmica do trabalho pleiteia em favor da hipótese segundo a qual o trabalho não é redutível a uma atividade de produção no mundo objetivo. O trabalho é sempre uma provocação para a subjetividade, da qual esta sai sempre ampliada, engrandecida ou, ao contrário, reduzida, mortificada. Trabalhar constitui para a subjetividade, uma provocação que a transforma. Trabalhar não é apenas produzir, mas ainda transformar-se a se próprio e, no melhor dos casos, é uma ocasião de provar-se a se mesma, de realizar-se (p. 33-34).

A teoria dejouriana sugere que aquele que trabalha mobiliza toda a sua subjetividade. Nessa perspectiva, questiona-se: como o trabalhador reconhece que ao trabalhar é necessário ir além das normas e procedimentos previstos e mobilizar sua subjetividade para realizar o que lhe é solicitado? Dejours (2012b) responde a esse questionamento esclarecendo que é sempre por meio do confronto com o real.

Como dito anteriormente, as pesquisas em PDT apontam que em toda e qualquer situação de trabalho há um lado que não pode ser completamente concebido pela organização prescrita. Em parte, o trabalho é imprevisível; sempre existirão situações das quais ninguém espera que aconteça. Assim, de acordo com Dejours (2013) o trabalho é sempre cheio de desafios. No trabalho são vivenciados momentos de incerteza, de incidentes, de imprevistos de ordem técnica, de

perturbações advindas do ambiente e dos clientes, de dificuldade nos relacionamentos, de muitas prescrições que podem chegar até mesmo a serem contraditórias, de falta de insumos, etc. Essas e outras situações adversas podem ser caracterizadas como aquilo sob o qual não se exerce domínio, denominadas de *o real*.

Nota-se que, *o real* do trabalho não é para Dejours (2005b) sinônimo de realidade. O real aqui escrito é precedido de artigo definido e configura-se como um substantivo. Ou seja, para este teórico, o real é uma instância da realidade de trabalho. O real faz parte da realidade, mas caracteriza-se por resistir a descrição, o real acontece quando todos os procedimentos preconcebidos pela organização do trabalho foram devidamente utilizados e, ainda assim, fracassaram. Assim, trabalhar é confrontar-se com o mundo real.

Conforme argumenta Dejours (2012a):

Quando todo o meu saber se choca contra a resistência do mundo, estou no real. E o que eu considerava como verdadeiro aparece, de repente, como falso. O real é a verdade que se revela por sua negativa. Ele se deixa conhecer sob a forma do fracasso, como experiência desagradável, dolorosa, ou como um sentimento de impotência ou angústia, até mesmo de irritação, raiva, decepção ou desânimo (p.39).

Nesse sentido, conhecer o real é conhecer inevitavelmente o insucesso. Quando o trabalhador experiencia tudo aquilo que foge ao controle, o faz afetivamente (DEJOURS, 2013). Ao trabalhar o sujeito experimenta afetivamente o mundo real na forma de sofrimento. Esse sofrimento ora é criativo, ora é patogênico. Quando o sofrimento é criativo, conforme Dejours (2012b), não se apresenta apenas como

uma consequência do confronto com o real, mas também pode se configurar como um impulsionador da inteligência no trabalho. Para este autor, é nessa experiência que se concentra a subjetividade.

Conforme Dejours, Dessors e Desriaux (1993), quando esse sofrimento na forma de angústia, por exemplo, aparece, pode contribuir para que o sujeito se mobilize e entre em ação. A angústia contribui, assim, para formular objetivos e metas. Quando alcançados, a angústia tende a diminuir, mas não impede de ressurgir posteriormente na medida em que novas dificuldades aparecem, novas manifestações do real.

Molinier (2013) destaca que a organização do trabalho não se apresenta como uma entidade poderosa, a qual as pessoas a servem como fantoches. Muito pelo contrário, nenhum trabalhador se satisfaz em aplicar estritamente as prescrições, se assim o fizer, nada funciona. O trabalho só pode ser estudado e melhor compreendido se se levar em consideração a autonomia e a inteligência dos trabalhadores na execução de suas tarefas. Assim, os reajustes feitos pelo trabalhador à tarefa compõem uma parte enigmática do trabalho.

O trabalho envolve pensar nos objetivos (tarefa, organização prescrita) e realizar o caminho para o seu alcance colocando algo de si. Isso significa que em qualquer trabalho se usa a inteligência e a criatividade, mobiliza-se profundamente a subjetividade (DEJOURS, 2005b). De uma maneira geral, todos aqueles que trabalham, para fazerem bem feito, contornam as prescrições, regulamentos, normas e procedimentos, não pela vontade de desobedecer ou infringir, mas pela necessidade de trabalhar com zelo para que se obtenha o objetivo almejado (DEJOURS, 2013).

Mesmo que as atividades sejam consideradas simples, faz-se sempre necessário uma participação mental do sujeito (MOLINIER,

2013). Trabalhar é constantemente fazer ajustes, adaptações e criações (DEJOURS, 2013), é a ação do sujeito no mundo através do uso do corpo, da inteligência, dos gestos, do sentir, do pensar, do refletir, do interpretar, do engajamento pessoal (DEJOURS, 2012b).

À vista disso, Dejours (2005b) evidencia que para compreender o trabalho é necessário levar em consideração o real. É necessário também compreender a dimensão humana do trabalho, que trabalhar não significa procedimentos ou os objetivos da tarefa. Trabalhar é inovar, é criar, é o engajamento da inteligência humana, sem a qual nenhum processo de trabalho pode funcionar corretamente.

Os conceitos – prescrições, resistência ao real, atividade realizada – são essenciais para a compreensão da atividade humana, logo, da subjetividade no trabalho. Para tanto, esses conceitos formam o ponto de partida para elucidar o uso da subjetividade e da inteligência mobilizada pelo homem nas reais situações de trabalho.

Se a inteligência descrita até então é fundamentalmente subjetiva e afetiva, ela também é invisível, visto que tudo aquilo que faz parte do mundo subjetivo é invisível. Nessa perspectiva, se o trabalho no que tem de mais essencial se encontra nessa lacuna (prescrito e real) e é vivenciado pelo trabalhador através da sua subjetividade, portanto, o trabalho não pertence ao mundo visível. Tudo aquilo que é subjetivo não pode ser apreciado objetivamente, apenas é possível senti-lo, assim como conhecer seus resultados. Por esse motivo, o trabalho real foge a qualquer concepção definida a priori, ele se confronta com aquele que trabalha através dos seus sentimentos (DEJOURS, 2012a).

A resistência do real, que se manifesta pelo fracasso, cria um sofrimento que, quanto mais negado, mas doloroso se torna. O sofrimento pressupõe, para ser superado, criati-

vidade e subversão dos procedimentos em uma atividade que pode ser considerada como bricolagem e que seria da esfera da metis (DEJOURS, 2004b, p. 130-131).

Com o intuito de clarificar essa inteligência no trabalho que se realiza através da mobilização subjetiva e invisível, Dejours (2005b) toma como exemplo a história da deusa *Métis* na mitologia grega. Essa deusa é conhecida pela sua capacidade de astúcia e de antecipação frente a situações desafiadoras. A etimologia da palavra *métis* significa astúcia, inventividade e criatividade. O referenciado autor equipara a inteligência evocada pela dimensão real do trabalho – as dificuldades, as situações que contrariam o conhecimento, o revés – com a inteligência dessa deusa grega. Assim, a teoria dejouriana denomina esse tipo de antecipação, imaginação criadora, inovação frente as situações imprevisíveis e inventividade no trabalho de inteligência prática ou, mesmo, inteligência astuciosa.

De acordo com Lancman e Uchida (2003), a inteligência ou o saber prático vai muito além de um conhecimento formal ou informal que o trabalhador desenvolve. O que diferencia esses dois saberes é que a inteligência prática nasce no corpo, é uma experiência sensitiva, gestada através das vivências corporais no trabalho. Para Dejours (2012b), as soluções encontradas por parte do trabalhador para retomar o controle da situação (vencer o real) nascem no corpo e não apenas no cérebro. As habilidades e a sensibilidade técnica estão gravadas no corpo, nascem no corpo e se efetivam por meio dele. Por esses motivos, este autor afirma que a formação da inteligência se constrói na relação prolongada com a tarefa, e assim, é justamente no corpo do trabalhador que reside essa inteligência.

A inteligência do corpo pressupõe para cada atuação um processo de subjetivação. Dito de outra maneira: a formação dessa astúcia enraizada no corpo passa por uma familiarização com a matéria, com as ferramentas, com os objetos e com o ambiente; passa por procedimentos sutis de *corpópriação* (Corpópriação ou corpopropriação é um termo proposto por Michel Henry (1987) para designar um corpo que se apropria do mundo) do mundo (DEJOURS, 2012b). Essa apropriação do mundo, da matéria, das ferramentas e dos objetos técnicos pelo sujeito que trabalha é reconhecida como uma atividade subjetivante. A atividade subjetivante é uma teoria proposta por Fritz Böhle e Brigit Milkau (1998) e incorporada por Dejours à psicodinâmica do trabalho.

Nesse âmbito, Dejours (2012a) evidencia que o termo “subjetivação” é muito utilizado na psicanálise, contudo, para a psicodinâmica do trabalho o termo remete a um outro sentido: as condições em que o mundo pode ser apropriado pelo sujeito (através dos materiais, ferramentas e objetos) e a maneira como é feita essa apropriação (uma experiência afetiva do corpo e não cognitiva).

Esse corpo do qual a teoria dejouriana fala não é o corpo biológico. Esse corpo que se apropria do mundo é o corpo subjetivo, denominado pela psicanálise de corpo erógeno. Assim, esse segundo corpo não surge no nascimento, mas é construído aos poucos na relação com o outro. Para Dejours (2012b) é justamente nesse corpo de experiências íntimas que convoca-se a ação humana, o trabalhar.

É necessário, portanto, que o sujeito seja habitado pelo trabalho. O preço pago para adquirir tal intimidade e familiaridade com a matérias e os objetos técnicos é deixar-se invadir completamente pelo trabalho, implicando no uso de sua subjetividade por completo (DEJOURS, 2012b). Com a atividade subjetivante o trabalho invade todos as nuances da vida do sujeito, não existindo uma nítida separação entre tempo

efetivo passado no ambiente de trabalho e o tempo fora do trabalho. Todos os aspectos da vida são habitados pelo trabalho como o convívio familiar, o sono, os sonhos, e até a insônia. E, assim, o trabalho “coloniza toda a subjetividade” (DEJOURS, 2012a, p.51).

2.2.2 Sofrimento no trabalho

Levando em consideração que a psicodinâmica do trabalho compreende o homem como um sujeito singular, que não existe outro igual, portador de desejos, projetos e história única; observa-se que o modo de reagir frente a organização do trabalho tende a ser, também, uma maneira estritamente original e exclusiva (DEJOURS; ABDOUCHELI, 1994). Assim, o sofrimento em relação ao trabalho pode se manifestar de formas distintas: o sujeito pode desenvolver um sofrimento criativo – agenciador da realização do verdadeiro trabalho e gênese da inteligência e criatividade (do qual já foi explanado anteriormente) – ou desenvolver um sofrimento patogênico; neste momento, este último, será privilegiado na discussão que segue.

De acordo com Lancman e Uchida (2003), o desenvolvimento da Organização Científica do Trabalho com sua tripla divisão (separação entre concepção intelectual e execução, divisão de modos operatórios e separação das tarefas entre os homens) teve como objetivo a eliminação da subjetividade no trabalho por meio do controle do corpo do trabalhador e da inatividade de suas mentes. Assim, se o trabalho supõe uma ação que advém da subjetividade, a forma como a organização prescrita é estabelecida ao trabalhador, muitas vezes, pode impedi-lo de pensar e racionalizar a ação, e, de tal modo, violar sua subjetividade.

Conforme aponta Dejours e Abdoucheli (1994), os pesquisadores médicos e ergonomistas focalizam seus estudos sobre as condições de trabalho e como elas incidem de maneira deletéria no corpo dos trabalhadores; portanto, por condições de trabalho entende-se ambiente físico, químico e biológico. Em contrapartida, a PDT além de vislumbrar essa nuance das condições de trabalho, privilegia em suas análises a organização do trabalho e a compreende como prejudicial ao funcionamento psíquico do homem. O trabalho torna-se, assim, deletério para a saúde humana, tanto por meio das condições de trabalho como por meio da organização de trabalho.

Dessa maneira, a organização do trabalho é para Dejours (1986), composta por duas instâncias, quais sejam: a divisão das tarefas (tudo aquilo que é prescrito pela organização, os modos operatórios e o conteúdo da tarefa) e a divisão dos homens ou relações de trabalho (as relações uns com os outros são reguladas de maneira prescrita, contatos com os chefes, membros da equipe e relações externas como clientes ou pacientes, etc). Assim, esses aspectos não atacam diretamente o corpo, mas atacam o funcionamento psíquico, uma vez que modulam as atividades do sujeito e podem impedir que ele utilize a sua subjetividade na atividade de trabalho. Consequentemente, cria-se o sofrimento.

Permanece um problema capital: o da capacidade de tolerar em si a experiência ante o real, de sua resistência frente ao domínio, ao controle. Psicologicamente não é fácil. Muitos não suportam o confronto contínuo com o fracasso. Capitulam, desistem, abandonam (DEJOURS, 2012a, p. 51).

Nesse sentido, segundo Dejours (1992), quando a organização científica do trabalho alcança esse objetivo, ou seja, quando constringe o trabalhador de pensar no trabalho, mesmo tendo que se concentrar nele, e usar sua subjetividade, em geral, pode causar-lhes adoecimento. Ao invés desse modo afetivo de vivenciar o trabalho possibilitar a tomada de decisões, o desenvolvimento da inteligência e da criatividade, o sofrimento perante o real torna-se patogênico. Essas patologias podem ser somáticas ou psíquicas.

No entanto, os estudos clínicos do trabalho demonstraram que a maioria das pessoas não adoecem, elas se apresentam em um estado de normalidade e criam estratégias de defesa para vencer os aspectos deletérios do trabalho (DEJOURS, 2004a). Assim, os trabalhadores não são passivos aos constrangimentos impostos pela organização do trabalho, mas são capazes de protegerem a sua saúde mental através de construção de saídas espontânea, denominadas de *estratégias defensivas individuais e coletivas*.

Para Dejours e Abdoucheli (1994), as estratégias defensivas *são ativadas pelos trabalhadores através da* promoção de atitudes de minimização diante das pressões patogênicas. Ou seja: há uma modificação da percepção da realidade transformando-a em seu contrário, realizando uma eufemização. Para esses autores, essa ação se configura como estritamente mental e funciona como um acordo normativo entre o coletivo de trabalho. Já que, apesar de ser uma vivência subjetiva de ordem singular e única, quando vários sujeitos somam esforços em comum constroem estratégias coletivas de defensiva.

Nesse sentido, as estratégias coletivas de defesa são construídas e sustentadas por consensos, ou seja, pela presença de outros. Assim, essas estratégias são muito pertinentes para a estruturação dos coletivos no trabalho.

2.2.3 O trabalho coletivo

Até o presente momento, a análise feita a respeito da ação humana ao trabalhar propõe a centralidade do trabalho para o funcionamento psíquico, em uma relação consubstancial entre trabalho e subjetividade. Entretanto, essa análise não se encerra nesse entendimento de experiência única consigo mesmo. Na atualidade, o trabalho não é apenas a realização de uma inteligência singular, mas sim, é a justaposição de inteligências singulares. Trabalhar é, também, uma forma de relação social, é viver junto (DEJOURS, 2012b).

Conforme Dejours (2013), a relação solipsista do indivíduo com o trabalho já é um tema de investigação bastante complexo, contudo, analisar apenas a centralidade subjetiva individual do trabalho simplifica-o. Este autor afirma que em quase todas as situações, o trabalho implica, necessariamente, a relação com outros. Via de regra, o homem quando realiza sua atividade de trabalho relaciona-se com alguém, seja com o seu próprio chefe, seja com os seus colegas de trabalho ou subordinados, seja também, com o destinatário de suas ações como os clientes.

Nesse sentido, a dimensão coletiva do trabalho necessita da habilidade, engenhosidade e inteligência particular de cada indivíduo para poder contribuir com a realização do trabalho. No entanto, a inteligência e a mobilização da subjetividade tendem a traçar um caminho singular, único. Assim, para a efetivação do trabalho coletivo faz-se necessário que os caminhos singulares sejam coordenados. Só é possível alcançar um trabalho coletivo se se reunir todas as inteligências singulares em uma dinâmica comum. Para isso, deu-se o nome de coordenação (DEJOURS, 2012b).

A coordenação busca “assegurar as condições lógicas e as condições cognitivas de uma articulação conquistada nas atividades singulares” (DEJOURS, 2004a, p. 67). Contudo, acontece com a coordenação o mesmo que a organização prescrita – prescreve divisão de tarefas, atribuições, prerrogativas e limitações de tarefas – ambas não se efetivam completamente na prática. Por esse motivo, não bastando obedecer estritamente ao que é prescrito, a realidade de trabalho se efetiva na cooperação (DEJOURS, 2013). “À coordenação (prescrita), os trabalhadores respondem adiantando a cooperação (efetiva)” (DEJOURS, 2012b, p.37).

A cooperação nada mais é do que a vontade das pessoas de trabalharem juntas e coesas rumo a um objetivo em comum: superar coletivamente as dificuldades impostas pela organização de trabalho (DEJOURS, 2004a). Constitui, portanto, uma segunda dimensão que resiste a procedimentalização. A cooperação não é mecânica, imposta e prescrita, ela é realizada a partir da vontade de seus agentes (DEJOURS, 2004b).

Todavia, nem sempre a cooperação é fácil de ser alcançada. As condições de possibilidade da cooperação passam por relações intersubjetivas de confiança e visibilidade. Uma vez que a inteligência prática introduz aos procedimentos e ao trabalho prescrito uma quebra. Ou seja: a astúcia encontrada na inteligência prática desenvolve uma imaginação criadora, uma invenção, uma adição de algo novo ou algo já conhecido à regra; ocorre, pois, uma quebra da regra; e assim, uma execução do trabalho fora da norma. Por esse motivo, a teoria dejouriana revela que essa astúcia necessita de discrição e até de segredo para que o trabalhador não venha a ser penalizado se, porventura, algo não saia como o planejado (DEJOURS, 2005b).

Assim, a cooperação exige a relação de confiança entre os trabalhadores, entre os colegas, entre os subordinados e entre os chefes. É através da confiança que os trabalhadores se sentem à vontade para compartilharem o como fazer de sua atividade. De acordo com Dejourns (2013) a confiança é uma condição para que se possa mostrar como se trabalha aos outros, revelando suas transgressões e trapaças, sem que essa revelação lhe cause algum dano.

Além das condições psicológicas singulares necessárias para pôr em andamento a inteligência astuciosa, é preciso também reunir as condições sociais: tendo em conta que ela é sempre transgressiva e, pelo menos durante certo tempo, elaborada no espaço psíquico privado, para tornar-se eficaz socialmente, deve passar por uma validação social. Caso contrário, ela permanece confidencial e é eventualmente o objeto de condenação por falta profissional (DEJOURS; ABDOUCHELI, 2004, p. 134).

Dessa forma, quando cada um ajusta a organização prescrita de trabalho conforme suas habilidades corre-se o risco de incoerências e desentendimentos (DEJOURS, 2004b). Assim, faz-se necessário colocar em discussão os diferentes modos operatórios para se chegar conjuntamente a um denominador comum, seja para evita-lo ou admiti-lo. Para esses espaços de discussão público, Dejourns (2012b) denominou-os de espaço de deliberação.

A deliberação permite, portanto, construir consensos sobre o que convém fazer e o que deve ser abandonado. Contudo, nem sempre esses consensos são realizados de forma rápida e pacífica, às vezes é preciso recorrer a arbitragens. Assim, seja através da deliberação ou

da arbitragem, a cooperação pressupõe que o engajamento da subjetividade e da inteligência criativa seja, em certa medida, limitada. Ao dar o consentimento e a contribuição aos acordos normativos, o trabalhador renuncia parte do seu potencial subjetivo em benefício da coletividade, do viver junto (DEJOURS, 2012b).

Através das deliberações coletivas e das arbitragens formam-se as regras de trabalho. Conforme Dejours (2013), a construção de regras pelos próprios trabalhadores é denominada pela psicodinâmica do trabalho de atividade deôntica. Essas regras de trabalho fazem parte do trabalho concreto e estruturam a cooperação. Quando um grande número de regras de trabalho são estabilizadas e transmitidas, configuram-se como regras de ofício. De acordo com Molinier (2013), as regras de ofício não são prescritas, por isso elas fazem parte da face oculta do trabalho. Essas regras são um produto de acordos normativos e representa aquilo que é bom, justo, correto e válido.

Em resumo, as regras de trabalho e de ofício não fazem parte apenas de uma dimensão técnica (fixa maneiras de fazer), elas fazem parte ao mesmo tempo de uma dimensão social, pois enquadra condutas e interações; uma dimensão linguística e também uma dimensão ética, em face a sua busca de justiça e equidade (DEJOURS; ABDOUCHELI, 2004). Portanto, “trabalhar não é apenas produzir, é também viver junto” (DEJOURS, 2012b, p. 85).

2.2.4 Dinâmica de reconhecimento

Os trabalhadores que participam da atividade deôntica, que se esforçam, que usam sua inteligência e que se empenham no trabalho contribuem para à cooperação, à organização do trabalho e, ampliando

os horizontes, para a sociedade. Para tanto, a teoria dejouriana compreende que todos aqueles que mobilizam sua subjetividade ao se engajarem no trabalho só o fazem porque assim desejam (DEJOURS, 2013).

A mobilização subjetiva é, portanto, a vontade que as pessoas têm de se engajarem no trabalho. Através da mobilização subjetiva, os trabalhadores se esforçam, desenvolvem a inteligência, se engajam na construção e discussão de opiniões, e contribuem de maneira específica e insubstituível para a concepção e os ajustes da organização do trabalho (DEJOURS, 2004a). Nessa perspectiva, Dejours (2012b) destaca que a mobilização subjetiva é espontânea e a maioria das pessoas saudáveis buscam contribuir com o trabalho. Contudo, essa dinâmica de mobilização está apoiada na retribuição que advém da contribuição à organização do trabalho. Em troca da contribuição, os trabalhadores esperam uma retribuição simbólica.

No âmbito das relações sociais mediadas pelo trabalho, a contribuição-retribuição é o fundamento da mobilização subjetiva. No entanto, para Dejours (2004b), só é possível contar com as contribuições dos trabalhadores se como resposta, atribuir-lhes reconhecimento. Para este autor, a retribuição simbólica toma a forma de reconhecimento com um duplo sentido, ora aparece como constatação pela contribuição à organização do trabalho, ora advém da gratidão em relação à essas contribuições.

A maioria dos trabalhadores esperam que a contribuição de suas inteligências e a qualidade de seu desempenho sejam validadas pelos outros. Assim, a análise psicodinâmica do reconhecimento no trabalho compreende que o reconhecimento passa, necessariamente, por julgamentos (DEJOURS, 2004a). Esses julgamentos ocorrem pelo trabalho realizado e não pela pessoa, por esse motivo, é possível

julgar positivamente o trabalho de alguém, atribuindo-lhe reconhecimento sem, necessariamente, gostar da pessoa (DEJOURS, 2012b).

De acordo com Dejours (2013) existem, assim, duas formas de julgamento: utilidade e beleza. O julgamento de utilidade advém pelo outro de maneira vertical, ou seja, é proferido pelos superiores hierárquicos, pelos subordinados e eventualmente pelos clientes. Esse tipo de julgamento recai sobre a utilidade econômica, social e técnica dada pelo trabalhador à organização. É importante para o sujeito, pois confere um status na organização para qual trabalha e também, de maneira abrangente, para a sociedade.

O segundo tipo de julgamento, o julgamento de beleza ou estético é proferido horizontalmente pelos colegas, pares e membros da equipe. Esse tipo de julgamento se refere, sobretudo, a beleza do trabalho realizado por um trabalhador. É, também, o mais severo, pois é atribuído por aqueles que mais sabem sobre o trabalho que são os próprios colegas de ofício. Esse julgamento também é o mais cobiçado, pois é através desse reconhecimento dos pares que o trabalhador se sente pertencente à comunidade profissional.

Nessa perspectiva, o reconhecimento “tem um impacto considerável sobre a identidade. É graças ao reconhecimento que uma parte essencial do sofrimento é transformada em prazer no trabalho” (DEJOURS, 2013, p. 19). É por isso que o trabalho e sua retribuição simbólica pode ser uma segunda oportunidade de construção da identidade e da saúde mental.

A construção da identidade repousa sobre um duplo processo: conquista-se a identidade no campo erótico (amor) e também se conquista a identidade no plano social (trabalho). Assim, de acordo com Molinier (2013), a identidade é uma vivência subjetiva e encontra-se interposta no terceiro polo entre o sujeito e o outro.

Para Dejours (2004a), a identidade proveniente da retribuição simbólica de reconhecimento é uma armadura para a saúde mental. A conquista da identidade pelo trabalho proporciona a realização pessoal no campo das relações sociais. De acordo com Dejours, Dessors e Desriaux (1993) na vida cotidiana, as pessoas são interrogadas sobre sua atividade profissional corriqueiramente e esse tipo de atitude demonstra a importância do trabalho para a vida, pois o trabalho não é só um modo de ter ganhos financeiros, é um status social.

Portanto, a análise do trabalho é indissociável de uma teoria da sociedade. O trabalho é central para a sociedade contemporânea e manifesta-se sobretudo na construção da identidade, na realização de si mesmo e na saúde mental (DEJOURS, 2004b). Para Dejours (2012b), a celebração da vida se apresenta no exercício individual de provar, cotidianamente, a si mesmo na atividade profissional. E, assim, é através do trabalho que a vida se manifesta.

Capítulo III

Análise dos resultados

Com base na finalidade deste estudo – compreender o *trabalhar* de médicos obstetras que atuam em uma maternidade pública – através da compreensão teórica da Psicodinâmica do Trabalho. Este estudo foi pautado em uma abordagem qualitativa de pesquisa, para tanto participaram 13 médicos(as) ginecologistas/obstetras que faziam parte do quadro de profissionais de uma maternidade pública situada em uma cidade de médio porte no interior do Nordeste, no ano de 2015.

As técnicas de investigação utilizadas foram entrevistas semiestruturadas e observações do trabalho. Dessa maneira, o estudo contou com a aplicação de um questionário sócio demográfico junto a todos os participantes da pesquisa, além de 13 entrevistas semiestruturadas com duração média de 35 minutos, sendo destas 11 individuais e 01 em dupla. Ao lado desses procedimentos, foi realizado com 03 dos 13 participantes, observações das atividades de trabalho dentro da maternidade no horário de plantão, conforme consentimento deles. Para integrar a pesquisa, a estratégia adotada foi a “bola de neve”, que consiste em solicitar aos primeiros entrevistados que indiquem colegas da mesma profissão para compor também a pesquisa e assim sucessivamente até atingir um nível de saturação.

A perspectiva adotada para análise dos dados foi a análise de conteúdo temática proposta por Laville e Dione (1999) como modelo para conduzir o tratamento dos dados produzidos por esse estudo. Nesse sentido, foi possível construir 10 categorias analíticas (formação profissional, trabalho coletivo, organização prescrita do trabalho,

organização real do trabalho, o corpo no trabalho, a dinâmica do reconhecimento, realização e sentidos no trabalho, relação familiar, cuidar da saúde e o sofrimento e o prazer), das quais, cada uma possui cerca de duas subcategorias. Haja vista o volume de dados produzidos e sua variedade de conteúdo, as categorias serão apresentadas em quatro eixos de aproximação temática, com a finalidade de facilitar a compressão dos leitores.

Assim sendo, o primeiro eixo temático retrata como se apresenta a organização formal do trabalho, bem como os obstáculos impostos pelo real e como os obstetras o enfrentam cotidianamente; o segundo eixo versa sobre formação profissional e o trabalho coletivo; o terceiro eixo discute aspectos referentes a dedicação ao trabalho e ao gerenciamento do tempo fora do trabalho; e por fim, o quarto eixo revela a contradição presente na relação médico/paciente na dinâmica do reconhecimento e realização profissional. A categoria prazer e sofrimento foi dissolvida em todos os quatro eixos, visto que cada temática apresenta nuances de sofrimento e prazer no trabalho.

Serão apresentados, inicialmente, a caracterização dos participantes da pesquisa. Posteriormente, serão apresentados os eixos temáticos que trazem as categorias analíticas.

3.1 Caracterização dos Participantes

De acordo com o questionário sócio demográfico respondido pelos participantes da pesquisa, dos 13 obstetras, 10 são do sexo feminino e três são do sexo masculino. Em relação ao número bem maior de mulheres em detrimento de homens, tal situação não ocorreu porque o corpo de profissionais nessa maternidade é mais feminino que

masculino, mas pela maior recusa dos homens em participarem da pesquisa, em sua maioria justificadas pela falta de disponibilidade de tempo. As idades variaram entre 31 e 61 anos, com média de 44 anos. Essa média de idade aproxima-se da apresentada por uma pesquisa nacional (SCHEFFER, 2015) que é de 48,9 anos a média de idade dos ginecologistas/obstetras no Brasil.

No que se refere ao estado civil, 11 são casados (as), um divorciado (a) e um é solteiro (a). No tocante a quantidade de filhos, apenas um participante não possui filhos, os demais possuem de um a quatro filhos por participante. A seguir, a Tabela 1 demonstra essas informações, detalhadamente, divididas por sexo.

Tabela 1. Caracterização dos participantes quanto ao sexo, idade, estado civil e filhos

Características	Frequência	
	Feminino	Masculino
Sócio demográficas		
Sexo	10	3
Idade (Média)	X 42	Y 50
Estado Civil		
Solteiro (a)	1	-
Casado (a)	8	3
Divorciado (a)	1	-
Nº de Filhos		
0	1	-
1	3	2
2	4	-
3	1	-
4	1	1

No que concerne à formação profissional, todos os participantes são médicos formados entre o período de 1977 a 2011. Graduados em sua grande maioria na universidade pública que fica na mesma cidade na qual residem atualmente. A residência em Ginecologista e Obstetrícia – pré-requisito para participarem da pesquisa – se deu em sua maioria em grandes centros urbanos, em hospitais de referência nesse tipo de assistência. Seis participantes relataram que possuem, além da ginecologia/obstetrícia, outras residências médicas e/ou especializações. Totalizando uma média de 10 anos de formação profissional.

No que se refere ao tempo de atuação como ginecologista/obstetra, este variou de um ano até 40 anos, com média de 16 anos de atuação, como demonstra a Tabela 2:

Tabela 2. Tempo de atuação na área

Tempo de atuação	Frequência
Entre 1 a 3 anos	4
Entre 12 a 20 anos	5
Entre 23 a 40 anos	4

Enfocando os dados relacionados ao tempo de trabalho na maternidade estudada, este variou em período máximo de 20 anos de serviço e o mínimo de um ano, ressaltando-se que oito deles trabalham há mais de 10 anos nesta maternidade. Em relação a carga horária, foi relatado uma máxima de 48h/semanais e uma mínima de 12 horas/semanais, média de 28h. Ressalta-se também que, no geral os plantões são ou de 12h corridos ou de 24 horas corridas, se o número total semanal é maior, geralmente os plantões são dados em 6h, 12h ou 24h. Para melhor visualização, segue a Tabela 3 e 4.

Tabela 3. Tempo de atuação na maternidade

Tempo de atuação	Frequência
De 1 a 3 anos	5
De 10 a 15 anos	5
De 20 anos	3

Tabela 4. Carga horária de trabalho na maternidade

Carga horária	Frequência
12h/semanais	1
24h/semanais	8
30h/semanais	1
36h/semanais	1
48h/semanais	2

Apesar da já elevada carga horária apenas referente a um vínculo (a maternidade em questão), os participantes dessa pesquisa relataram que, no geral, a carga horária de trabalho semanal pode chegar em torno das 80h/semanais, com média de 62h de trabalho na semana, inclui-se final de semana e feriado. Vale ressaltar que esse número não é preciso, pois a maioria dos participantes hesitou em responder a essa informação, afirmando que nunca haviam pensado quanto tempo passam trabalhando.

Tabela 5. Carga horária de trabalho semanal

Carga horária semanal	Frequência
40h a 60h	7
64h a 80h	6

Esses dados mais uma vez corroboram com a pesquisa desenvolvida por Scheffer (2015), no qual apresenta que 75,5% dos médicos no Brasil trabalham mais de 40 horas semanais. Desse modo, a carga horária dos participantes se divide em múltiplos vínculos empregatícios, a saber: consultórios particulares, hospitais, universidades públicas e particulares como professores e/ou preceptores, maternidades e redes primárias de atenção à saúde, entre outros. Ainda sobre essa informação, um dado chama a atenção: sete participantes relataram serem professores de universidades públicas ou privadas. Os demais ainda possuem de alguma forma uma estreita relação de ensino, visto que a maternidade recebe estudantes e residentes, sendo necessária, portanto, a ação de preceptoria.

No tocante a renda salarial dos participantes desta pesquisa, enquanto médicos ginecologistas/obstetras, apenas dois participantes não ficaram disponíveis em revelar essa informação. Dos 11 respondentes, foi obtido uma média da renda mensal de aproximadamente 17 mil reais. A seguir, a Tabela 6 apresenta essas informações detalhadamente.

Tabela 6. Renda mensal

Renda	Frequência
Até 10.000,00	2
Até 15.000,00	4
Até 16.000,00	1
Até 18.000,00	1
Até 20.000,00	2
Até 25.000,00	1

Isto posto, a caracterização apresentada neste tópico será retomada em alguns momentos nas categorias. Essas informações também serão analisadas junto às categorias, que seguem.

Eixo I

3.2 Trabalho vivo: vencendo os obstáculos do real

Esse eixo temático tem o objetivo de tornar visível a atividade de trabalho dos médicos obstetras participantes desta pesquisa. As categorias aqui apresentadas revelam inicialmente como é a organização prescrita e real do obstetra, qual é a sua função e responsabilidade. Em seguida relata-se as variabilidades encontradas nesse ofício, ou seja, de que maneira o real do trabalho se manifesta para esses profissionais e, por fim, como eles fazem para vencer esses obstáculos impostos pelo real e darem conta do que lhes é solicitado.

3.2.1 A organização prescrita e real de trabalho

A livre escolha da tarefa, o lugar ocupado pelo prestígio social e o exercício simultâneo de potencialidades físicas, psicossensoriais e intelectuais são características *sine qua non* do trabalho médico, e, em especial do obstetra. Desse modo, o exercício da medicina coloca esse ofício em uma posição diferente de muitas profissões. Essa diferença apresenta-se não no sentido de superioridade da profissão, mas no modo diferenciado de ser praticada.

Dejours (1992) esclarece que o trabalho artesanal – precedente da organização científica do trabalho – está presente atualmente nas tarefas muito qualificadas, em virtude de uma parte da organização de trabalho prover do próprio trabalhador. Assim, acredita-se, que o trabalho do médico obstetra se equipara ao que Dejours (1992) denominou de um trabalho muito qualificado, uma vez que dentro de certos limites, a organização temporal, a escolha das técnicas, instrumentos e material empregados são moldados de acordo com as aspirações de cada profissional.

Nessa perspectiva, no trabalho do médico obstetra, a maneira privilegiada de autonomia e liberdade é ressaltada. Não no sentido de fazer o que quiser e como quiser, uma vez que a medicina é uma ciência prática e normativa e, para tanto, existem regras que enquadram essa prática. Mas no sentido de que cada profissional, dentro de suas responsabilidades, tem a liberdade e autonomia de fazer uso de suas potencialidades físicas e mentais para realizar a atividade de trabalho.

Outro importante aspecto da qualificação no trabalho é o conhecimento de sua significação social e o objetivo para qual se destina sua ação. Desse modo, os profissionais que trabalham neste ofício conhecem a própria significação do seu trabalho e para que ele se

destina. Quando perguntados a esse respeito, os participantes dessa pesquisa foram bem claros e unânimes em suas respostas. Nota-se que o objeto de trabalho – cuidar da saúde da mulher no período gestacional e acompanhar o nascimento – é bem delimitado e reconhecido pelos trabalhadores.

Dejours (1992) considera que quando a finalidade do trabalho é reconhecida, torna-se benéfico para a saúde mental. Este autor também entende que a atividade de trabalho através de seus gestos, instrumentos, material e ambiente detém um conteúdo significativo para o trabalhador que repercute na sua imagem de si e na imagem que os outros fazem dele, uma vez que quanto maior o risco, a responsabilidade, o saber-fazer e a complexidade da tarefa, maior é a significação humana do trabalho para o próprio trabalhador e para a sociedade de uma maneira geral. Como exemplo, destaca-se o seguinte trecho:

O médico obstetra na verdade, ele faz o cuidado integral à saúde da mulher. Ele é o médico que cuida da mulher, desde seu período da adolescência, até o período de senilidade. Então a função do médico obstetra que a gente às vezes acha que a função é colocar filhos no mundo e que na verdade não é só isso. É cuidar da mulher como um todo, porque na formação obstétrica existe a formação do ginecologista também, então normalmente a primeira ajuda, o primeiro profissional que a mulher procura normalmente é o ginecologista porque é um profissional que está mais em contato e já teve um certo contato com ela. Então eu acho que o elo de confiança se estreita e faz com que o obstetra tome esse papel de cuidador mesmo da saúde da mulher de uma forma integral. (GO 6)

É possível observar tanto na fala supracitada quanto nas demais entrevistas que a expressão “cuidar” ou “cuidado” foi quase sempre empregada pelos obstetras. De acordo com Merhy (2000) o trabalho médico deve ser composto por duas dimensões. Uma dimensão é composta exatamente pela forma do cuidado em saúde – dimensão esta, de extrema relevância para o autor e que, segundo ele, vem sendo deixada de lado no atual modelo médico. E, outra dimensão composta é a intervenção em saúde, em que o uso de tecnologias e operações são quase sempre requeridos e de necessidade para uma atuação médica bem-sucedida. Desse modo, também faz parte da função do obstetra o uso de tecnologias para a realização de suas atividades, como ilustra a fala da GO 2:

O obstetra é na realidade aqui dentro da maternidade, é quem assiste os partos. Então, tanto partos normais somos nós que assistimos; somos nós, os residentes de obstetrícia, os acadêmicos de medicina, nós que fazemos procedimentos cirúrgicos, somos nós que vamos fazer a cesariana, somos nós que vamos para as curetagens uterinas, é o ato médico de uma forma geral.

Outro aspecto do trabalho médico no que tange as suas funções e responsabilidades, diz respeito a diversidade de atuações. Especificamente dentro da obstetrícia, é possível identificar diversas áreas de atuação, não só porque essa especialidade está intimamente ligada a ginecologia, mas também é possível identificar outros ramos em que o obstetra pode se inserir como especialista. Como exemplo, uma das participantes relatou que tem especialidade em gestação de alto risco, ou seja, atende em especial a gestantes que desenvolvem uma patologia associada à gravidez. Assim, a participante GO 10 relata: “a minha especialidade é

em gestação de alto risco, então... além de fazer o parto, de finalizar a gestação, também trata das patologias durante toda a gestação”.

No entanto, apesar da clara delimitação de suas funções, é possível inferir – com base na literatura – que o trabalho do obstetra vai além do que é dito sobre ele. De acordo com Guérin et al. (2001), a finalidade para qual o trabalho se destina é apenas um dos aspectos do trabalho, não é sua completude. Para este autor, geralmente quando se deseja conhecer sobre o trabalho a primeira resposta é sempre a sua finalidade, ou seja, é sempre o seu resultado. Assim, com o objetivo de uma compreensão mais ampla do real e a formulação de um conhecimento mais sólido acerca do trabalho médico, se faz necessário uma investigação mais detalhada da atividade efetivamente realizada.

Conforme Abrahão et al. (2009), o universo do trabalho resulta de uma dialética existente entre o conjunto de prescrições, variabilidades do meio e a ação efetiva dos trabalhadores. De tal modo, é imprescindível um investimento individual ou coletivo nessa ação. Se o trabalho envolve essas dimensões, faz-se necessário investigar de maneira mais detalhada como esses aspectos circundam o trabalho do médico obstetra.

Assim, para os autores supracitados, a tarefa pode ser entendida como um conjunto de prescrições relativas ao que deve ser feito pelo trabalhador. Essas prescrições se referem aos objetivos a serem cumpridos diariamente pelo trabalhador e como deve ser feito para alcançá-los, de maneira que as condições de trabalho, os instrumentos e materiais disponíveis, a organização do ritmo e horários de trabalho fazem parte do conjunto das prescrições.

À vista disso, através das entrevistas e observações realizadas é possível inferir que o conjunto de tarefas que compõe o trabalho do médico obstetra são claramente definidas. Uma face do trabalho prescrito do obstetra encontra-se no conhecimento científico, seja através dos

livros de medicina, dos artigos científicos, diretrizes ou consensos. De modo que o zelo pela ciência assume um papel muito importante no discurso dos obstetras. Como exemplo, destaca-se a fala abaixo:

Hoje a medicina é o que a gente chama, medicina baseada em evidência, então na verdade tudo que você estuda e comprova através do estudo, são publicados na internet e tem valor de referência. E aí a gente segue essas publicações de acordo com os níveis de evidência, se são ou não de confiança. E aí a gente começa a tomar as condutas a partir daí. (GO 11)

Todo o zelo com a ciência não implica em um padrão rígido, o obstetra tem a possibilidade da livre escolha da tarefa. Claro que essa liberdade não pressupõe *laissez-faire*, mas dentro de certos limites, a autonomia no trabalho é vivenciada pelos obstetras. Verifica-se na fala da participante GO 11 que as condutas são tomadas, ou seja, a atividade de trabalho é realizada, com base nos estudos científicos de maior referência. Esse modelo de atuação médica é denominado, então, de medicina baseada em evidências.

De acordo com Lopes (2000), a medicina baseada em evidências refere-se ao uso consciente e criterioso de provas científicas rigorosas para nortear as decisões no cuidado em saúde. Este modelo de atuação busca proporcionar ao médico que sua prática seja composta não só pela experiência clínica, mas principalmente pela capacidade de analisar criticamente e aplicar de forma racional as informações científicas para uma assistência à saúde de qualidade.

Nota-se, portanto, que a ciência sobre a qual esta profissão está assentada é normativa e requer de seus profissionais ações pautadas em regras e normas definidas a priori por embasamento científico

notadamente reconhecido. Contudo, apesar de toda a importância do conhecimento científico e prescrito na atuação médica, Lopes (2000) ainda salienta que as evidências científicas não sevem como uma receita de bolo, no qual o médico deve apenas segui-la e obterá êxito. O rigor científico deve dar espaço para as vivências de cada situação, onde cada caso tem que ser avaliado singularmente, e dentre as inúmeras condutas existentes, escolher aquela que mais irá beneficiar a paciente. Portanto, para Dejours (2012a), trabalhar é dar de si mesmo para confrontar-se com o que não funciona quando se segue estritamente as ordens da prescrição do trabalho.

Assim, perante a vasta literatura que existe atualmente em obstetrícia – ou seja, a tarefa – o médico obstetra necessita fazer escolhas; necessita escolher qual conduta é mais indicada para o caso em questão. O participante GO 6 salienta que *“você não trata de doenças, você trata de doentes, então cada paciente é um paciente com suas especificidades, com singularidades, com questões emocionais...”*. Dessa maneira, cada doente tem particularidades que devem ser ponderadas para se chegar a conclusões mais satisfatórias de atuação.

Diante da experiência clínica, das necessidades do paciente e das provas científicas existentes, o obstetra norteia sua conduta e toma decisão. Quando o médico obstetra está em atividade, ele não segue as informações dadas pela ciência como um robô, ele faz uso de suas capacidades intelectuais, corporais e sociais para tomar decisões, arbitrar, escolher.

Importa salientar que essas escolhas não são fáceis de executar, uma vez que o objeto de trabalho é a vida humana, qualquer escolha errada pode levar a sérios problemas. Assim, essa autonomia e liberdade na profissão não deixam de ser exercidas em um clima de tensão. Caso a escolha não tenha obtido êxito, além das possíveis consequências à

vida da paciente, ainda existe a possibilidade de processos judiciais. Essa é a atividade real do obstetra. Nesse sentido, testifica-se, pois, mais uma vez aquilo que Dejours (2004, 2012a) evidenciou ao dizer que a execução estrita das prescrições não conduz o indivíduo a realização efetiva e eficaz da atividade de trabalho.

Em conformidade, Gomes (2010) salienta que o conhecimento institucionalizado não recobre totalmente novas situações ou imprevisto, sendo necessário experimentar, avaliar e repensar novos modos de agir com base nos resultados obtidos. Assim, há um processo de criação no interior do trabalho médico que se apresenta devido à necessidade e representa uma riqueza na atividade de trabalho desses profissionais.

Outro aspecto contido no conjunto de prescrições para o trabalho médico encontra-se na coordenação das atividades dentro da maternidade em que atuam. De acordo com a participante GO 10: “*nós temos protocolos... você deve estar inteirada dos protocolos do serviço, para poder tomar suas condutas*”. O serviço, aqui entendido como a maternidade, também detém uma série de prerrogativas para a atuação médica e para os demais profissionais da saúde. Ou seja, com base na literatura e no conhecimento científico, a própria maternidade já faz uma pré-seleção de quais condutas devem ser seguidas pelo médico. Questiona-se, portanto, quem é a maternidade ou quem é que decide esses protocolos do serviço? O discurso dos obstetras evidenciou que os protocolos do serviço ou regras da maternidade foram construídos por eles mesmos.

Não existe um protocolo de conduta. A gente tenta de acordo, existe aqui profissionais que estudam, que seguem profissionais que estudam, e aí a gente tenta tomar a conduta de acordo, seguindo mais ou menos o protocolo... Não existe um protocolo escrito, mas assim, existe um protocolo de conduta na verdade prática. A gente

pratica muito as regras, assim os protocolos. Mas não existe um protocolo, um livro, uma prescrição colocada. (GO 11)

Observa-se que essa participante teve dificuldades em explicar o que são os protocolos do serviço. Uma primeira análise da fala citada parece contraditório, ela afirma concomitantemente que os protocolos existem e que não existem. Assim, é possível compreender que as condutas desenvolvidas pela ciência existem sim e o médico precisa escolher aquela mais apropriada para o caso em questão. Contudo, a maioria dos obstetras da maternidade costumam seguir o mesmo padrão, ou seja, optam por condutas semelhantes que foram escolhidas consensualmente entre eles ou entre “aqueles que estudam” (pesquisadores).

Dessa maneira, os consensos entre a maioria dos obstetras dessa maternidade formam os protocolos do serviço. Esses protocolos, entretanto, não são formais, não estão escritos, mas fazem parte da atividade real e são importantes para que o trabalho seja realizado de maneira homogênea. A necessidade de padronização ocorre por trabalharem como plantonistas, e nessa dinâmica de trabalho, um obstetra da continuidade ao trabalho do outro.

De acordo com Molinier (2013) essa prescrição não escrita configura-se como regras de ofício. Para esta autora, as regras de ofício são acordos normativos sobre o que é considerado pelos trabalhadores como correto realizar. Essas regras são produzidas na atividade deôntica, por meio dos espaços de deliberação e da cooperação.

Ainda em relação a coordenação das atividades dentro da maternidade. Nas observações realizadas, foi possível perceber que existe uma divisão do trabalho já posta, ela se materializa na função de cada profissional. Ao iniciar um plantão, os profissionais conhecem

de antemão qual é o papel de cada um para que o serviço funcione, sem que exista ninguém que cobre, imponha ou fiscalize isso. Além disso, o início e o término do plantão, o período de descanso, os materiais e instrumentos de trabalho disponíveis e as condições de trabalho de um modo geral também fazem parte do universo de prescrições para a atuação do médico. Esse tipo de prescrição é tão importante quanto as prescrições do conhecimento científico, visto que, apesar de existir mais de uma opção de conduta (mais de um consenso científico), as vezes ou quase sempre, em virtude de se tratar de um serviço público, a maternidade só dispõe de uma opção de tratamento, como destaca-se na fala a seguir:

Com relação a conduta, a gente toma as condutas geralmente baseadas na literatura né, no que é correto, nos protocolos, essas coisas. Também se avalia cada caso, de acordo com o estado geral de cada paciente e como eu te disse, também das condições do hospital. O que a gente dispõe no momento, às vezes acontece de a gente querer fazer uma cesariana naquela hora e não dispõe de sala, não tem material disponível, não tem UTI para colocar o recém-nascido que é prematuro e precisa ser tirado da barriga. Então tudo isso tem que ser analisado ao realizar uma conduta. (GO 1)

Desse modo, além de escolher na literatura aquela conduta que mais se adequa ao estado da paciente, faz-se necessário o conhecimento do funcionamento da maternidade como um todo. Essa realidade pode limitar as escolhas dos médicos. Essa é a atividade real do trabalho médico obstetra.

Assim, o obstetra encontra-se em meio a uma série de normas e prescrições que são importantes e norteadoras para o ofício e,

concomitantemente, são abertas para as possibilidades de escolhas, mudanças, variações e até limitações. Por esse motivo, Schraiber (1995) afirma que o trabalho médico é qualificado como complexo, principalmente no que se refere à tomada de decisão, já que, essa tomada de decisão envolve não só uma dimensão técnico-científico, como também uma dimensão pessoal e social desse profissional.

Nessa perspectiva, Guérin et al. (2001) evidenciam que sem atividade humana não há trabalho. A atividade de trabalho é o elemento central do *trabalhar*, pois de um lado existe o trabalhador com suas capacidades e características específicas, de outro existe a tarefa a ser seguida e, assim, no centro desses dois construtos existe a atividade de trabalho sendo praticada. Desse modo, a atividade de trabalho acontece quando o indivíduo se opõe a inércia.

A esse respeito, o trecho a seguir ilustra um dia de trabalho vivenciado pelo obstetra na maternidade.

A gente chega, passa a visita em todas as pacientes. Geralmente a gente perde a manhã toda fazendo a visita nas pacientes... almoça. Chega todos os exames, a gente olha todos os exames, se tiver alguma coisa para ser resolvida, paciente com falta de... perdeu todo o líquido da cavidade, tem uma idade gestacional que é viável, a gente opera, e só isso. E depois que a gente resolve tudo a gente fica só esperando o plantão terminar de sobreaviso, pode ser que aconteça um sangramento, uma mulher destampar um sangramento a gente ter que operar em uma urgência. Então a gente tem que estar aqui dentro do hospital a gente não pode sair, a gente faz todas as refeições aqui. Não pode sair porque a gente está aqui, assim, é para qualquer intercorrência. (GO 4)

A fala apresentada refere-se a um dia de trabalho vivenciado pelo obstetra no setor de alto risco da maternidade. Embora seja verificado certa dificuldade em conseguir pôr em palavras tudo quanto se realiza, visto que a participante relatou de uma maneira quase que prescrita o seu trabalho. Esse tipo de situação já era esperado, pois, de acordo com Guérin et al. (2001), no aspecto mais geral, a maneira espontânea de falar do trabalho revela a tarefa, o resultado antecipado e fixado dentro de condições determinadas. Assim, geralmente, as pessoas não falam de sua atividade, mas de sua tarefa. Para Dejours (2012b), isso ocorre porque o trabalho em sua essência pertence ao mundo invisível, a atividade de trabalho é subjetiva. Até mesmo o próprio trabalhador tem dificuldades de perceber tudo quanto realiza e como realiza, tem dificuldades de expressar em palavra a descrição do seu trabalho efetivo.

Embora seja verificada essa dificuldade, observa-se na fala supracitada alguns aspectos importantes do trabalho do médico obstetra. A participante relata que em todo o período da manhã os obstetras realizam os atendimentos leito a leito, e que existe um grande volume de pacientes. Também é possível perceber nessa fala as variabilidades da profissão. Nota-se que as variabilidades do meio de trabalho são denominadas por eles de intercorrências, elas surgem quando há alguma urgência e/ou emergência com as gestantes que estão internadas na maternidade e que precisam de uma rápida intervenção em seu quadro clínico. Essas e outras características encontradas no trabalho médico também podem ser definidas como o real do trabalho (a esse respeito, a categoria a seguir trará maiores esclarecimentos).

Diante do exposto, compreende-se que o trabalho do médico obstetra tem prescrições claras e definidas, não enquadradas de maneira rígida; que o médico tem a liberdade de mediante seu saber, suas experiências e o que o meio lhe pede, fazer escolhas na busca de realizar

o melhor; que o conhecimento científico é vasto e as prescrições e condutas são inúmeras, tornando a tomada de decisões um serviço complexo; e, por fim, o real do trabalho sempre manifesta-se de forma contundente no trabalho desses profissionais.

3.2.2 O real do trabalho

Embora todas as pesquisas desenvolvidas para construir a melhor maneira de realizar o trabalho e apesar de todo o conhecimento científico já desenvolvido no trabalho com todas as prescrições existentes, sabe-se que o encontro daquele que trabalha com o domínio técnico e o conhecimento científico leva necessariamente ao fracasso (mesmo que parcial). Para Dejours (2012b), a diferença existente entre a realidade de trabalho e as prescrições são conhecidas por aquele que trabalha através do insucesso.

O trabalhador conhece o mundo real quando se confronta com tudo aquilo que pode fugir do seu controle. Nesse sentido, o real sempre convida o sujeito a buscar, a investigar, a descobrir e a criar novas maneiras de fazer aquilo que lhe é solicitado (DEJOURS, 2005b).

Através do discurso dos participantes e das observações, foi possível perceber que o real se manifesta de maneira decisiva no trabalho do médico obstetra. A sobrecarga advinda da organização do trabalho, as condições materiais do ambiente de trabalho, a falta de insumos necessários, a imprevisibilidade do ofício, e outras; são alguns exemplos de resistência ao conhecimento científico, ao saber-fazer, a antecipação e a coordenação das atividades em obstetrícia. É desse modo que o real se manifesta para essa categoria profissional: confrontando os

profissionais ao erro iminente, a tensão de não poderem realizar o trabalho bem feito, ao risco de morte e conflitos.

Nessa perspectiva, esses profissionais são confrontados todos os dias com a defasagem irreduzível entre a prescrição e a realidade. Assim, serão aqui explanadas três diferentes formas em que o real se manifesta no trabalho do médico obstetra. São elas: a carga de trabalho, a variabilidade e as condições de trabalho.

3.2.2.1 A carga de trabalho

No que concerne a carga de trabalho, de acordo com Falzon e Sauvagnac (2007) o termo carga refere-se ao esforço empreendido pelo trabalhador para lidar com as exigências de uma tarefa. Toda exigência de trabalho requer um esforço para realizá-lo, assim, sempre existirá uma carga de trabalho por menor que seja a tarefa. No entanto, de acordo com Abrahão et al. (2009), em muitas situações quando se menciona carga de trabalho, faz-se referência geralmente ao excesso, a sobrecarga. Nesse sentido, a sobrecarga refere-se à solicitação feita ao trabalhador que excede suas capacidades e aumenta o seu esforço.

Nesse aspecto, todos os participantes foram unânimes ao descrever que existe sobrecarga de trabalho na maternidade, como apresentam os fragmentos a seguir:

Aqui a demanda é muita grande, então chega, chega, chega, chega e a gente não pode fazer nada né, tem que receber. Então eu acho que isso aí é o mais difícil. É não ter limite e a gente ter que fazer alguma coisa sem as condições necessárias. (GO 8)

Existe pela superlotação do serviço. Muitas vezes a gente passa despercebido alguma coisa que deveria ser feito, mas algum que deveria ter feito com mais urgência exatamente não pela falta de conhecimento, mas pela superlotação e você não ter condição de atender a todos na mesma hora. ...nós sempre trabalhamos com superlotação, por exemplo nós hoje estamos com sessenta pacientes. Você imagine o que é sessenta mulheres dentro de um hospital, cada enfermaria com onze pacientes, onze! Fora os acompanhantes, então não tem como você ter um serviço de boa qualidade. (GO 10)

Observa-se nas falas supracitadas a manifestação do real. Esse real apresenta-se na forma de superlotação do serviço, na possibilidade de não dar a atenção necessária aos pacientes e assim cair em equívocos ou de não realizar a assistência de uma urgência. Consequentemente, o trabalhador sobrecarrega-se.

Além disso, outros fatores também geram sobrecarga no trabalho do médico obstetra, entre eles, encontra-se o fator temporal. A participante GO 8 relata: “*Não, as vezes a gente só para pra comer, só, só, só, semana passada foi um desses dias, a gente só parou pra comer, e pronto*”; de igual modo a participante GO 9 diz: “*É uma correria grande, hoje especificamente eu corri muito, quase fiquei sem almoçar*”. Por fim, a participante GO 11 expressa: “*A gente trabalha praticamente doze horas seguidas, praticamente não existe essa hora de descanso. A gente não descansa. Existem profissionais que deitam, dormem. Mas realmente é difícil a gente fazer isso aqui, porque a carga de trabalho é muito excessiva*”. Falzon e Sauvagnac (2007) apontam que os fatores temporais como característicos da sobrecarga no trabalho, recebem maior destaque na atualidade devido a intensificação do trabalho nos últimos tempos. Para estes autores, a intensificação configura-se como o desaparecimento de períodos de

descanso no trabalho e a sensação por parte do trabalhador de falta de tempo. No discurso dos médicos obstetras, mencionados acima, sobressai que devido à grande quantidade de pacientes, geralmente os períodos de descanso desaparecem e até o tempo para fazer a alimentação é limitado.

Outros participantes relataram que sentem a sensação que as horas do plantão são poucas para atender com qualidade todas as pacientes. Essa falta de tempo faz com que o trabalho real do médico não seja realizado da forma que está prescrito.

Olha é, eu diria que algumas vezes sim, principalmente quando você tem um dia sobrecarregado né. Que você não consegue fazer esse acompanhamento de forma rigorosa. Ao invés de fazer uma ausculta com 30 mim você vai fazer com 1 hora. E aí você vai ter que escolher aquela que você vai fazer primeiro, o bebê está com algum tipo de irregularidade, ela está com mais dinâmica, com mais queixa de dor, então as vezes você foge um pouquinho quando encontra essas situações. (GO 5)

Ainda de acordo com Falzon e Sauvagnac (2007), outro aspecto da intensificação no trabalho é a pressão para realizar o maior número de tarefas em menor tempo. Esse aspecto ocorre no trabalho do obstetra devido a dois fatores, em primeiro lugar a pressão para realizar a atividade com rapidez encontra-se na própria natureza da atividade de trabalho, uma vez que urgências/emergências fazem parte do ofício médico e exigem do profissional a habilidade para agir com rapidez e eficiência. Como expressa a participante GO 13: “Aí você tem que ter conhecimento técnico, científico, agilidade de agir e conduzir”.

Em segundo lugar a intensificação também se refere à organização do trabalho, em que, devido a quantidade de pacientes, os profissionais precisam atendê-las em um tempo mais curto para dar conta de todas elas.

Pronto, realmente são muitas pacientes aqui. E de dia só são dois médicos, tem eu e outro colega, ou seja, se for cinquenta, da vinte e cinco para cada, o que é muito. E a noite só tem eu, ou seja, se tiver muita intercorrência eu posso passar a noite inteira acordada trabalhando, já tendo vindo do dia trabalhando também durante o dia, ou seja, é bem cansativo. (GO 1)

Interessante ressaltar que, assim como descrito nessa última fala, durante as observações foi possível perceber que são dois obstetras para cada setor da maternidade, eles dividem as pacientes, por exemplo, se são 50 pacientes no alto risco naquele plantão, cada obstetra fica com 25, assim o trabalho flui mais rápido e eles podem ter mais tempo para realizar os procedimentos necessários. Essa maneira de agir configura-se como parte do trabalho real, como a maneira que os trabalhadores encontraram para vencer os obstáculos impostos pelo real e dar conta do que lhe é solicitado.

Os obstetras que ficam no setor do acolhimento da maternidade também se queixam da sobrecarga no trabalho. Nesse setor, apenas um obstetra faz o acolhimento, a pressão para realizar um trabalho rápido é constante, pois todas as gestantes que lá chegam exigem serem atendidas rapidamente. Essa intensificação do trabalho ocasiona em determinados momentos conflitos entre médicos/gestante/acompanhantes.

Por fim, a sobrecarga de trabalho também se apresenta na complexidade da tarefa. O nível de exigência requerido ocasiona uma intensa atividade mental. Os participantes relatam:

...é uma média de 50 pacientes. Então você veja que 2 médicos evoluir 50 pacientes é um número altíssimo para você se ater a cada prontuário, revisar prontuário, examinar as pacientes né, fazer anamnese né... além dessa sobrecarga de pacientes para serem visitados na enfermaria de alto risco, a gente tem que fazer as intercorrências... e atender as urgências e emergências e fazer os partos né. (GO 6)

Infelizmente é bem desgastante justamente por isso que eu tinha falando anteriormente, é uma demanda muito grande para poucos profissionais... então a gente tem cada paciente com suas patologias né, a gente vai examinar paciente, a gente vai anotar os exames de paciente a gente vai medicar paciente, a gente vai partejar paciente. Então assim, é um serviço que na verdade é desgastante porque a gente não pode deixar passar despercebido, se a gente deixar de passar um antibiótico, se a gente deixar de fazer uma ausculta bem-feita... a gente pode é, está deixando de fazer alguma coisa que pode ser importante para a vida da paciente ou para a vida do bebê. Então assim, a gente lida com vida, então a gente não pode ser desatenta... (GO 11)

Muitos obstetras relataram que não seria problema se apenas o volume da atividade fosse grande, a dificuldade é que geralmente os problemas são muito complexos e além de demandar um esforço mental e físico para a sua resolução, ainda tem a pressão por parte da

natureza da tarefa, uma vez que o obstetra lida com duas vidas. O participante GO 7 relata:

...muita gente, pessoas que não fazem o pré-natal, pessoas que não tem o acompanhamento, pessoas, é, que não fizeram vacina, infecção urinária, diabetes sem saber que era. Então você chega e chega a bronca... na obstetrícia é diferente, você está lidando com duas vidas, primeiro é uma criança e gera aquela expectativa que são nove meses se preparando para criança, se preparando para o parto, de uma hora para outra você tem um insucesso na hora do parto, então é muito complicado pra gente.

Nota-se, ainda, que o fato do obstetra lidar com duas vidas e com um momento de grandes expectativas sociais, a responsabilidade requerida pela sua tarefa ganha ainda maior destaque. Nesse sentido, o real do trabalho se apresenta de uma maneira ainda mais complexa, pois, lidar com o real do trabalho, para o médico obstetra, é lidar com a possibilidade de morte. E a possibilidade de fracasso e insucessos pode modificar profundamente a vida de outros.

3.2.2.2 A imprevisibilidade

Foi possível perceber que o trabalho do médico obstetra é permeado por imprevisibilidade, e para compreender como ela se manifesta ne ofício, vamos analisa-la a luz da ergonomia da atividade e seu conceito de variabilidade. Conforme Abrahão et al. (2009), a variabilidade é um importante pressuposto para compreender a atividade humana. Em toda e qualquer situação de trabalho sempre haverá

características que variam nos indivíduos, no ambiente, nos materiais de trabalho e outros.

Para os referenciados autores, as variabilidades pode ser intraindividuais quando se referem a imprevistos que ocorrem em relação ao próprio trabalhador, uma vez que o organismo humano possui características de funcionamento e limitações que influencia a forma de agir no mundo. A esse respeito, a participante GO 3 relata:

Claro. Hoje eu estou doente, estou com vontade só de estar deitada né, mas infelizmente eu tenho que está aqui, preciso trabalhar. Eu queria está em casa né. Mas, muitas vezes isso pode prejudicar um pouco né, mas a gente tenta fazer o melhor. Eu já fiz três partos mesmo estando doente. (GO 3)

Além da variabilidade intraindividual, existem as variabilidades que são externas aos indivíduos e que podem ocorrer nas mais diversas situações de trabalho. Abrahão et al. (2009) esclarecem que elas podem ser uma variabilidade normal, quando de certa forma já é esperada e contém nas prescrições; e, as variabilidades que são realmente imprevisíveis e que decorrem de eventos inesperados.

No trabalho do médico obstetra, a variabilidade é em parte prevista nos manuais técnicos da organização, e em parte são variabilidades do meio que surpreendem os profissionais no seu cotidiano. De uma forma ou de outra, as variabilidades fazem parte do mundo real, fazem parte dos problemas e dificuldades que surgem para tentar impedir que o trabalho seja realizado e leve, conseqüentemente, o profissional a um possível fracasso.

...os imprevistos que ocorrem são as urgências obstétricas, e urgência todo mundo pode ter ...você passou por uma residência médica, e a residência médica é exatamente para isso, para você aprender a conviver com os imprevistos e com as intercorrências da especialidade. Então a gente é formado para isso. Certo. Então dizer assim 'não, foi um imprevisto', se você é vigilante e se você está tratando daquela paciente conforme o previsto, não tem porque ocorrer um imprevisto. Por exemplo, eu posso estar com uma paciente, ela fazer uma cesariana, de repente, durante a cesárea, o útero não contrai, não é um imprevisto, é uma intercorrência que pode acontecer com qualquer paciente, você vai tomar as condutas necessárias... uma das condutas é você retirar o útero da paciente para que ela não morra de hemorragia, então tudo isso está escrito nos tratados, nos compêndios como é que você deve fazer entendeu. (GO 10)

Nesta fala, observa-se que as variabilidades que ocorrem são denominadas de intercorrências. Essas intercorrências, apesar de serem elementos surpresas, o próprio saber científico já detém o conhecimento necessário para indicar como agir, mas quando aparecem, formam sempre uma história singular com a qual o obstetra precisa lidar. Desse modo, as intercorrências que podem surgir no trabalho do obstetra já são previstas pela literatura (prescrições) e são compreendidas como inerentes da obstetrícia. E o médico, como técnico, detém o conhecimento necessário para agir ante essas situações. Assim como a participante GO 10 relata, a participante GO 2 também expressa que os médicos obstetras são formados para isso, eles são treinados desde da graduação para lidarem com as intercorrências: “*Existem as intercorrências e a gente tem que saber lidar com as intercorrências... então a*

gente é treinado. Na época da residência também a gente é treinado para isso, para ter intercorrência”.

Assim, os obstetras relataram que quando as intercorrências obstétricas acontecem, o profissional atento e vigilante faz uso de suas habilidades técnicas para contornar a situação e realizar escolhas que promovam o restabelecimento da saúde da paciente. Essa é atividade real do trabalho médico, convivendo o tempo todo com o imprevisto.

Nessa perspectiva, as variabilidades previstas apresentam-se de forma corriqueira na obstetrícia. Os participantes dessa pesquisa expressaram que esta área da medicina é uma “caixinha de surpresas”.

Porque o trabalho de parto é um processo dinâmico, a parturição é um processo dinâmico. Ela evolui, cada momento do trabalho de parto tem uma evolução diferente e cada evolução dessa pode haver um imprevisto, uma urgência ou emergência que precisa ser prontamente assistida essa emergência, essa urgência, então a gente costuma dizer em outras palavras que o parto é uma caixinha de surpresa. A gente está ali, sabe tudo que pode está acontecendo, mas os imprevistos e os desvios naturais do processo de parto tornam aquele parto, que digamos natural, em um parto que a gente chama laborioso, né. Que é um parto mais dificultoso e até uma urgência e emergência que precisa intervir, fazer a intervenção através das cirurgias. (GO 6)

Vários, vários, pode existir na profissão da gente né. Como a gente estava dizendo, a grávida é uma caixinha de surpresa. É, a gente as vezes está avaliando ela e acompanhando ela dentro de um padrão, dentro de uma previsão de andamento daquele quadro dela, mas de uma hora para outra ela pode apresentar alguma

coisa que não estava prevista mesmo dentro do que a gente estava acompanhando ela, entendeu? É sangramento, febre, de uma paciente chocar, isso é possível. (GO 12)

Esses fragmentos refletem que na obstetrícia há sempre um elemento surpresa que pode ocorrer não só em um parto, mas também ao longo de toda a gestação. O conhecimento científico prevê que essas intercorrências podem acontecer e quais são as medidas tomadas para a sua resolução. No entanto, mesmo sendo previstas, essas situações caracterizam-se como o real do trabalho e podem possibilitar que esse trabalhador fracasse. Mesmo com todo o conhecimento científico e técnico, não há como prever a resposta do corpo humano afetado ante aquela intervenção. Nesse sentido, a participante GO 3 relata:

Assim, porque as pacientes não são iguais, cada paciente tem sua individualidade, tem sua particularidade, medicina não é matemática, medicina não é uma ciência exata que $1 + 1$ vai ser dois, $2 + 2$ vai ser quatro, de maneira nenhuma. Muitas vezes você encontra numa paciente patologias diferentes, uma patologia se manifesta de um jeito para uma, de um jeito para outra, então nunca é igual... principalmente obstetrícia. Obstetrícia é que você nunca sabe o que você tem, você espera uma coisa e muitas vezes vai vir outra. Tem muita coisa inesperada, é uma surpresa. É como eu disse, às vezes você tem uma programação para uma paciente e ela muda o contexto todo e você tem que se adaptar, então não tem como realmente dizer hoje é assim. Vai ser assim. Com obstetrícia você não tem

como. Você programa, mas nem sempre é do jeito que você programou.

De acordo com essa fala, percebe-se que até a própria maneira de uma doença se manifestar pode variar de pessoa para pessoa. Além disso, apesar de todo o conhecimento científico, não é possível ter certeza que a programação vai ser seguida à risca, principalmente em obstetrícia, pois se lida com um contexto de evolução, e nessa evolução muitas variações podem ocorrer. Assim, a diferença entre o mundo real e as prescrições leva o médico a estar sempre em alerta e atenção, buscando se adaptar de acordo com o contexto e as variações que ele traz.

Assim, o real é compreendido, em psicodinâmica do trabalho, como aquele que gera o sofrimento. Segundo Molinier (2013), é mediante o encontro com o real que o sujeito sente sua própria existência, que experimenta a vida em si e se sente vivo. Dejours (2012b) acrescenta que o real pode desenvolver no trabalhador o sentimento de impotência, raiva, irritação, desamparo. Ou seja, o real manifesta-se para o sujeito através da afetividade, do sofrimento no trabalho. A participante GO 2 relata:

...na obstetrícia é sempre um choque, porque você imaginar que uma paciente com trinta e poucos anos, essa paciente morreu, ou teve uma hemorragia que você não conseguiu controlar, ou porque a paciente estava com uma infecção grave e você não conseguiu reverter, e você perder essa paciente é muito ruim. É muito ruim. Porque você está lidando com pacientes jovens, na época útil da vida, de você ter filhos, de você criar seus filhos, então você perdeu uma paciente dessas, ou uma criança nascer e morrer ou uma

criança está e morrer na barriga, isso sempre é ruim, nunca é bom. Quem disser que consegue se acostumar com isso, não consegue se acostumar. Não tem como você se acostumar com a perda de uma vida. Não tem como.

Desse modo, é possível encontrar em obstetrícia muitos casos em que os profissionais não conseguiram vencer os obstáculos impostos pelo real. Quando essas situações ocorrem, o médico obstetra sente-o sempre de modo afetivo. Em outro depoimento, a participante relatou que quando aconteceu uma intercorrência irreversível em seu plantão, isso a afetou emocionalmente: “...*aí você fica pensando na expectativa daquela mulher... nesse dia eu sai arrasada daqui, porque realmente não era o esperado*” (GO 4).

Dejours (2012b) evidencia que “o sofrimento não é apenas uma consequência última da relação com o real, é ainda proteção da subjetividade rumo ao mundo em busca de meios para agir sobre o mundo” (p. 26), assim, o sofrimento transforma-se em meios de superação do real.

No trabalho do médico obstetra há soluções para inúmeras intercorrências que outrora não existiam. Atualmente, muitas dificuldades que surgem na gestação e no parto ainda são passíveis de imprevisibilidade ou até mesmo de insucesso da ciência. Nesse ciclo, o conhecimento vai se formando, vai sendo transmitido, e novas dúvidas e questões vão surgindo. Assim, Dejours (2005b) salienta que o real do trabalho – aqui manifestado nas intercorrências – faz sempre um convite a prosseguir no processo de investigação e descoberta de novas possibilidades; uma vez que o real é dominado pelo conhecimento, novos limites de aplicação surgem ao saber fazer.

Por fim, foi observado no discurso dos obstetras que existem variabilidades que não são inerentes ao ofício. São as variações que ocorrem em relação ao material sobre o qual se trabalha ou variações advindas do próprio ambiente de trabalho.

O imprevisto, como eu te falei antes, faz parte da nossa profissão, a improvisação não deveria fazer parte da nossa profissão, mas infelizmente devido a falha no sistema de saúde, e não só no hospital, mas na saúde do Brasil como um todo... muitas coisas dependem da questão da gestão. Por exemplo, a gente não tem a betametazona, falta, mas você improvisa com a dexametazona. Ótimo. Perfeito. Vai fazer o mesmo efeito, entendeu? Só que a diferença é que a paciente vai ser furada mais vezes... então são essas improvisações que não deveriam estar existindo, entendeu.
(GO 6)

Assim, este participante pleiteia que a improvisação não pode existir no trabalho em saúde; que a falta de algum medicamento, por exemplo, pode comprometer que a atividade seja realizada de modo satisfatório. O real do trabalho se apresenta não só tentando impedir o médico de exercer plenamente suas funções, mas também deixa marcas naquele para o qual a atividade se destina. Uma vez que, por se tratar de um trabalho de serviços, a atividade não produz um objeto que pode sair com baixa qualidade, mas interfere de algum modo na vida de outrem. Observa-se, ainda, a criação de estratégias e de modos operatórios alternativos para que o trabalho não deixe de ser realizado.

Diante do exposto, infere-se que as variabilidades do ofício ora são previstas, ora são imprevistas, ora estão contidas na prescrição, ora fazem parte do real do trabalho e se apresentam como obstáculos para

que a atividade de trabalho seja realizada. De uma maneira ou de outra, é sempre um acontecimento a ser vencido pelo trabalhador, quando este faz uso de suas potencialidades para enfrentá-las.

3.2.2.3 Condições de trabalho

Entende-se por condições de trabalho como o meio concedido ao trabalhador para que este realize a sua atividade. De acordo com Abrahão et al. (2009) as condições de trabalho referem-se à instalação física com seus materiais, instrumentos e equipamentos que, em geral, são utilizados na execução do trabalho.

Além disso, Dejours (1992) aponta que tudo aquilo que envolve o posto de trabalho como o ambiente físico, químico e biológico de uma maneira geral constituem as condições de trabalho. Ou seja, a iluminação, a temperatura e os ruídos; a exposição a gases, poeira e produtos químicos; bem como a presença no ambiente de fungos, bactérias, parasitas e vírus configuram-se como as condições dadas aos trabalhadores para exercerem a sua atividade. Ainda, para este autor, as condições de trabalho incidem no corpo dos trabalhadores. Todas essas estruturas de trabalho podem ocasionar desgaste físico, fadiga e doenças somáticas.

Foi possível constatar através das observações do trabalho médico, que estes profissionais exercem sua atividade em um ambiente com pouca estrutura física. A seguir, relata-se o trecho de uma observação feita dentro de uma sala de parto quando o obstetra fazia a assistência a um parto normal.

A sala é bem pequena e está no momento muito quente. A porta fica fechada e não existem janelas. Tem na parede um ar condicionado muito antigo feito de madeira, não parece que funciona mais. O médico ficou por volta de 40 mim em pé assistindo ao nascimento e depois realizando os procedimentos necessários, nesse período, a maior parte do tempo ele ficou encurvado. Depois do nascimento, o período de expulsão da placenta foi mais complicado, pois esta estourou e espirrou sangue em cima do médico, toda a sua roupa ficou suja, inclusive seus sapatos. Por fim, ao escrever no prontuário, este médico o faz em cima de um recipiente de lixo de grande porte, este lixeiro ficava um pouco acima da sua cintura. (OBS GO 5)

Nota-se nesta observação que a falta de estrutura física incide no corpo do médico, uma vez que ele necessita ficar encurvado durante longos períodos de tempo ou porque a mesa de parto é baixa ou porque não existe um local adequado para escrever nos prontuários. Este participante relatou que o fato de precisar ficar muito tempo encurvado deixa-o com dor nas costas. Assim, em sua atividade realizada, ele não costuma fazer visita leito a leito, pois as camas são muito baixas, são mais baixas que a mesa de parto. Dessa maneira, apesar da mesa de parto ainda não ser a mais adequada, este médico prefere realizar todos os atendimentos nela. Em relação à temperatura do ambiente, a sensação de aquecimento não é por falta de estrutura física como foi inferido na observação; ao ser questionado sobre esse assunto, o obstetra respondeu que a sala é mantida quente propositalmente para receber o bebê. No entanto, ou por falta de estrutura ou proposital, o ambiente quente incomoda os profissionais da saúde, e mais uma vez, incide em seu corpo.

Em outras situações de trabalho, como as visitas nas enfermarias, também foi constatado a falta de estrutura no ambiente de trabalho. Existe pouco espaço para o trabalho na maternidade em questão, tanto enfermeiros, técnicos, médicos e estudantes ficam todos amontoados no posto de enfermagem. Foi observado também que, ao realizar as visitas leito a leito, o obstetra costuma carregar consigo alguns equipamentos para o atendimento. No entanto, não existe nenhum local adequado para deixá-los quando não estão sendo usados. Curiosamente, foi observado que *“a obstetra carrega uma cadeira de plástico com os seus equipamentos de trabalho de leito a leito e, assim, deixa livres suas mãos para realizar o atendimento”* (OBS GO 11). Desse modo, essa observação demonstra que a todo o momento o trabalhador utiliza a inteligência, inventa, cria, improvisa e vence os obstáculos impostos pelo real.

Apesar das observações aqui relatadas fazerem parte do trabalho real do médico obstetra, é possível identificar que essas questões estruturais não se apresentam no discurso dos participantes como algo que lhes causa preocupação. Nota-se que a maioria deles não se percebe fazendo essas adaptações e criações no ambiente de trabalho.

Entretanto, as condições de trabalho sobressaem no discurso médico quando se apresentam como uma barreira para a realização de um trabalho bem feito. Os participantes dessa pesquisa relataram que a defasagem existente entre as prescrições do trabalho e a atividade realizada são causadas pela insuficiência de insumos. A falta de instrumentos e equipamentos cirúrgicos, a falta de medicação adequada e de materiais de proteção, entre outros, são alguns exemplos de como o real se manifesta nas condições de trabalho do médico obstetra.

.... Por exemplo, o que dizem os livros, os protocolos assistenciais, tudo é muito perfeito, então, na prática a coisa não acontece bem assim. Na prática a gente sabe que o medicamento não é o mais adequado, mas é o que dispõe no hospital para a gente usar. (GO 1)

.... A culpa é sempre do médico (risos). Então não é culpa só desse profissional que não está nem ai. Mas do serviço público que infelizmente corta muito o trabalho da gente, então em um dia falta uma coisa, em outro dia falta outra, então o que tem nos livros, principalmente em obstetrícia, aquilo que tem de mais moderno não é feito aqui.... Falta de medicação, a gente sabe que é para fazer uma coisa, não faz porque não tem né. (GO 8)

Os relatos apresentados explicitam de maneira contundente a maneira como o real se manifesta no trabalho médico. Observa-se inicialmente que existe uma distância inquestionável entre a prática e o conhecimento teórico, essa diferença manifesta-se, sobretudo, no espaço do serviço público. Vale salientar que a diferença ocorre não só porque o uso da prescrição é falho, mas principalmente em razão de não poder realizá-la. O médico obstetra busca novos caminhos, não porque já utilizou todo domínio técnico e falhou (esse tipo de experiência também é comum), mas principalmente porque a precariedade do sistema o obrigou a tomar uma conduta alternativa.

A deficiência do serviço público é geral, como eu disse para você, aqui precisaria ter uma terceira sala de cirurgia para ser mais rápido no atendimento.... você pega o próprio material que dão para a gente, muitas vezes você tem um problema de faltar fio cirúrgico, faltar um antibiótico, faltar essas coisas.... Então, hoje por exemplo,

quando falta alguma coisa a gente já começa a botar no prontuário, porque se der algum problema com a paciente ‘olha está aqui, eu não fiz porque não teve’.... A coisa mais difícil para mim é você não ter uma boa condição de trabalho. Porque é o seguinte, eu chego no plantão e tem duas, três, quatro cesáreas, tem material para operar? Tem. Coisa boa. Tem anestesista de plantão? Tem. Coisa boa. O ruim é quando não tem nada disso. Aqui há uns 15 dias atrás, aqui não tinha roupa de qualidade nenhuma, as autoclaves quebradas.... Então você tem uma gestante e muitas vezes tem um sofrimento, você tem uma mulher que está gritando muito, você tem como interromper a gestação só que o serviço não lhe oferece condição para isso. (GO 7)

Evidencia-se, portanto, que ao lidar com algo tão importante para a sociedade que é a própria vida humana, o obstetra necessita se resguardar através de documentos que provem que ele fez o que pôde dentro do que lhe era possível, uma vez que este profissional está sujeito não só as lacunas encontradas ainda no conhecimento científico, mas principalmente pela dificuldade de estrutura e organização encontrada nos hospitais. A fala menciona ainda que a sobrecarga de trabalho – no trecho exemplificado como um número grande de procedimentos a realizar – não se apresenta como um problema quando existem as condições necessárias para que o trabalho seja realizado, a dificuldade acontece quando além da sobrecarga soma-se a esta a falta de estrutura e de equipamentos.

O modo afetivo como o real encontra-se com aquele que trabalha é ainda mais evidenciado quando faltam recursos e equipamentos para que o trabalho seja bem desenvolvido. Quando perguntados a esse respeito, a maioria dos participantes respondem sentir frustração e/ou

angustia. Que viver uma situação como essa é terrível, pois precisam escolher, por exemplo, qual gestante vai receber atendimento primeiro. A exemplo, destaca-se o depoimento a seguir:

Tem hora que é frustrante né. Porque você sabe o que você aprendeu, você teve uma formação de oito anos, e, no entanto, na prática não é o que você pode fazer né. Nem sempre você dá o melhor com toda essa deficiência de recursos. (GO 1)

...a deficiência da estrutura do SUS como o todo.... Quando isso acontece, é, fica uma situação terrível, porque a gente passa por situações que você tem que decidir quem deve viver e quem deve morrer, ou pelo menos quem deve ter mais chances e quem deve ter menos chances entendeu, então isso se torna angustiante para a gente. (GO 6)

Apesar disso, o sofrimento afetivo não é só resultado do encontro com o real, ele é ao mesmo tempo proteção da subjetividade e o que impulsiona o indivíduo a resistir, a agir. Assim, a maioria dos obstetras utilizaram essa expressão “se vira nos trinta” para relatarem sua atividade. É possível substituir essa expressão por inteligência criativa ou inventividade. Uma vez que, por vivenciarem um contexto de trabalho em que, muitas vezes, faltam os insumos necessários para a realização da atividade, se faz necessário que os médicos mobilizem sua subjetividade para dar conta da atividade. É necessário que os obstetras se engajem e pensem criativamente. Como exemplo, destaca-se a fala da participante GO 2 ao afirmar que quando uma via de ação não é possível “*então a gente tenta fazer de outra forma*”. A participante GO 10 também afirma:

Trazer medicação de fora para aqui, medicação que muitas vezes a gente vê que é difícil conseguir, então você traz, trazer seus próprios aparelhos para usar dentro do hospital público. As vezes não tem, as vezes está quebrado, então a gente faz isso, a maioria dos profissionais aqui fazem isso.

Eixo II

3.3 O viver junto: Formação e Cooperação

Através da leitura minuciosa e interpretativa das categorias analíticas, foi possível observar a formação profissional e o trabalho coletivo na atividade do médico obstetra e perceber que o trabalhar junto é uma via de acesso a formação profissional. Assim, esse eixo temático busca refletir sobre a formação acadêmica e continuada e o trabalho coletivo através da cooperação.

3.3.1 Formação profissional

A profissão médica é alicerçada sobre o conhecimento científico. Para tanto, todo médico necessita de uma boa formação profissional. Conforme Hotimsky (2007), entre as diversas profissões, o processo de formação em medicina é considerado um dos mais longos. Atualmente, o curso de graduação de medicina no Brasil tem duração de seis anos. É considerado um dos mais extensos do mundo, não só nos anos de

formação, mas também na dedicação integral requerida, com média de 30h semanais (MOLIANI, 2006).

De acordo com os participantes da pesquisa, a longa formação acadêmica não é suficiente para proporcionar uma boa atuação profissional. Conforme o participante GO 7 “*na verdade quando você termina o curso, você sai aquele médico generalista, tendo ideia das coisas*” e GO 9 “*só depois da residência médica foi que a gente se sente preparado para atuar, mas antes não, só com o curso de medicina não*”. A formação acadêmica é só o início de um longo caminho de aprendizagem, dedicação e empenho. De acordo com Moliani (2006) é consenso entre os médicos que a formação recebida na graduação, mesmo sendo de boa qualidade, não proporciona condições para uma boa prática profissional, fazendo-se necessário realizar especializações e residências médicas.

Para ser ginecologista/obstetra faz-se necessário realizar uma residência médica que dura, atualmente, três anos; perfazendo um total de 9 anos de formação. Entretanto, os participantes também relataram que a residência nessa área era realizada anteriormente em dois anos, o que os levaram a realizar outras residências e/ou especializações para uma formação mais completa. Como ilustrar a seguir a fala do participante GO 6:

A formação básica que seria ginecologia e obstetrícia na época que eu fiz, correspondia a 2 anos e de fato era uma formação deficiente. É tanto que eu completei mais tempo com outras residências, outras especializações, porque 2 anos de fato não era suficiente, (...) não supria esse escopo todo de formação que o médico precisa (...). E agora no momento a formação atual do ginecologista e obstetra são três anos, que o próprio MEC com a comissão de residência

verificou que estava havendo de fato uma formação deficitária e estendeu a formação básica de ginecologia e obstetrícia por três anos.

O participante GO 6 ainda expressou que formação acadêmica nessa área exige uma dedicação integral (o tema dedicação será melhor discutido no terceiro eixo temático). Além disso, os participantes que relataram já terem participado do atual currículo, não se abstiveram de fazer outras especializações para completarem a formação. Assim, como já foi informado, são em média 10 anos de formação profissional. A participante GO 8 chegou a fazer três residências médicas, totalizando mais de 12 anos de formação, “fiz o curso de medicina (...), são seis anos de curso. Fiz dois anos de cirurgia, (...) depois mais dois anos em ginecologia e obstetrícia e dois anos e meio em Mastologia (risos)”.

Nesse sentido, outro aspecto da formação médica é a necessidade de buscar estar sempre atualizado, de uma formação permanente. Quando perguntados a esse respeito, todos responderam que a busca pelo conhecimento não cessa ao receberem o título de médicos especialistas, muito pelo contrário, há sempre a necessidade de participação em capacitações, congressos, cursos e assinaturas de periódicos online de renome internacional. Como expressa a fala a seguir.

Sempre tem que buscar. Até porque as coisas se atualizam, muitas coisas que eu vi na residência, que a gente fazia lá de um jeito, hoje já não se faz mais, então tem que sempre estar buscando novos conhecimentos. (...) hoje em dia já estão disponibilizadas na internet, (...) tem os protocolos da sociedade médica... então assim, hoje em dia o fluxo da informação é muito fácil, não precisa

mais você ficar correndo atrás de livros. Compre um livro hoje, daqui a um ou dois anos ele já está desatualizado (GO 1).

Dessa forma, é possível perceber que o meio principal de atualização é através da internet. O livro, como visto nesta última fala, se torna logo ultrapassado em virtude da ciência não se apresentar como um conhecimento fechado, mas em constante evolução. Ao entrar na universidade, o estudante de medicina aprende desde cedo que o conhecimento produzido pela ciência pode ser sempre ultrapassado por novas descobertas e o médico precisa estar atento para que não esteja se valendo de condutas que não sejam mais confiáveis. Como é possível verificar os trechos que seguem.

Olha, dentro da área médica (...) o elenco de situações é novo a cada dia. A produção científica é muito grande e se você não tiver atualizado, você não consegue realizar a assistência. Por exemplo, você lida com gestantes (...) que não têm nenhuma intercorrência durante a gravidez e o parto e você tem gestantes que têm problemas extremamente complexos, então se você não tiver acompanhando, não tiver conhecendo o que está acontecendo em todas as descobertas, você não consegue praticar adequadamente (GO 5).

Quando eu fiz minha graduação, entre 2000 e 2006, tem coisa que a gente não faz mais hoje, já faz coisas novas, então assim, as coisas estão andando muito rápido, e você tem que se atualizar todos os dias, então você tem que ir em busca de alguns cursos, de subespecializações, tudo isso (GO 11).

Esses fragmentos refletem a importância do aperfeiçoamento permanente dos profissionais da obstetrícia, não só pelo fato de serem convocados a desempenhar diversas habilidades e conhecimentos tecnológicos, mas principalmente, pela natureza da tarefa que desempenham, qual seja: a vida como objeto da atividade profissional. Além disso, as entrevistas demonstraram que a obstetrícia é uma especialidade médica que contém em seu interior uma imprevisibilidade que exige do profissional muito conhecimento, atenção, habilidade e acima de tudo experiência.

A obstetra GO 11 relatou que a necessidade de constante formação se configura também pela crescente competitividade do mercado de trabalho, fazendo-se necessário se diferenciar dos demais profissionais. Ademais, diante do volume de informações disponíveis atualmente, muitos pacientes já chegam à consulta médica com o seu próprio diagnóstico e conduta muitas vezes equivocados.

Esses dados demonstram a alta exigência de formação para a atuação profissional nessa área. Consta-se, pois, que no trabalho médico, a diversidade e complexidade da atividade, a qualificação exigida e o aperfeiçoamento permanente são características *sine qua non* da profissão médica.

Relacionado ainda a formação profissional, merece destaque o aspecto do magistério. Como apresentado na caracterização dos participantes, muitos obstetras são professores de graduação ou preceptores na maternidade pública em que atuam, “*e como eu dou aula, eu tenho que estudar. Eu tenho que estudar direto para poder passar para os alunos, porque eu não posso passar para os alunos uma coisa ultrapassada de 10 anos atrás*” (GO 3).

Nota-se a íntima relação que existe entre o médico e o ensino. Não só quem é professor de faculdade tem o papel de transmitir o

conhecimento, dentro das maternidades e hospitais de uma forma geral, os obstetras transmitem o conhecimento para estudantes de graduação, internos e residentes.

Os participantes dessas pesquisas, um dia foram alunos e estiveram nessa condição de acompanhar um profissional, atualmente como médicos precisam desenvolver o papel de transmitir o mesmo que aprenderam. Assim, o ensino é realizado através da observação da atuação profissional e da possibilidade de praticar o que está sendo estudado nos livros e na sala de aula. Ou até mesmo, aprender que na prática não se realiza da mesma forma que está descrito nos livros, talvez esse seja um dos aspectos mais importantes da necessidade da prática na área médica.

Dessa maneira, é importante ressaltar o valor que a prática tem na formação do conhecimento médico. Todos os participantes enfatizaram o quanto foi importante desde a graduação o ato de “acompanhar” médicos em sua atividade de plantão. Mesmo não ligados a grade curricular do curso, muitos se esforçaram para obter tal experiência. Expressões enfatizadas por eles, como “colocar a mão na massa”, “ter muitas oportunidades”, “pegar segurança”, indicam o quão importante é a formação teórico-prática para o médico. O obstetra GO 5 salienta que:

Para você praticar a obstetrícia, exige vivência, e você só consegue vivência aqui no plantão. Aqui você encontra inúmeras situações, inúmeros casos e cada um deles vem com uma característica específica e especial e que dão essa vivência, dão essa maturidade ao indivíduo.

Através da oportunidade de praticar, o médico ganha a experiência. Talvez por isso, pode-se inferir que apenas os livros,

compêndios e prescrições, não são suficientes para abarcar o volume da atividade desenvolvida, pois não é possível traduzir em palavras escritas tudo que é necessário saber para ser médico obstetra. Nesse sentido, Dejours (2004a) salienta que é impossível prever e ter domínio sobre tudo no trabalho, por esse motivo a prescrição nunca atingirá por completo a atividade real de trabalho.

Como já foi mencionado, muitos participantes afirmaram que a graduação não é suficiente para uma boa formação, fazendo-se necessário residências e especializações. Essas pós-graduações são *latu-senso*, ou seja, enfatizam uma formação prática. Percebe-se que a residência é de tal modo desejada pelo médico em virtude da oportunidade muito maior de “*colocar a mão na massa*” (GO 6), de praticar, de acompanhar médicos experientes em um ritmo de trabalho muito grande. Contudo, é importante ressaltar que nem sempre essa dinâmica é perfeita, é possível encontrar programas de residência médica que não disponibilizam um grande volume de atendimentos e conseqüentemente a prática é menor ou, até mesmo, é possível encontrar profissionais que não colaboram com a formação e que são mais relapsos e descomprometidos com a profissão.

Conforme Hotimsky (2007), a aprendizagem que ocorre não se trata apenas da aquisição de conhecimentos científicos e técnicos – embora seja de extrema relevância. Para ser médico, se faz necessário o aprofundamento de valores compartilhados pela categoria profissional com o objetivo de nortear a postura dos futuros profissionais. De acordo com a referenciada autora, na base da formação médica se encontra o processo de interação entre os sujeitos. Ou seja, a relação social é uma dimensão da formação profissional indissociável do desempenho técnico-científico, uma vez que esse último é aperfeiçoado pelo primeiro.

De uma forma geral, a experiência e a possibilidade da aprendizagem só são possíveis porque existe o outro que ajuda, que ensina e que corrige, ou que simplesmente deixa-se ser observado. Nesse sentido, Dejours (1992) afirma que esse conhecimento construído no dia-a-dia resulta da experiência e da observação, esse saber somente os trabalhadores o conhecem verdadeiramente e são transmitidos não só através de palavras, mas através de gestos, mímicas e posturas. A formação não ocorre só através do domínio de elementos técnicos, mas também através de uma relação afetiva mestre/aluno de identificação.

Quando o caminho traçado pela inteligência particular é visível aos outros, ou seja, se torna inteligível, é possível não só ensinar aqueles que ainda estão em formação, mas também modificar a postura dos outros colegas. Dejours (1992) ao falar do operário de fábrica destaca que:

Ao longo de sua experiência e tempo de trabalho, o operário associa os comentários do colega, sobre a qualidade final do produto, aos barulhos da máquina. Este saber não está escrito, não se formaliza, mas simplesmente circula entre os trabalhadores, quando existe um ambiente de trabalho onde há companheirismo (p. 105).

De acordo com Gomes (2010), o saber-fazer adquirido na experiência é muito importante para o trabalho médico e pode ser desenvolvido através de dois aspectos da atividade: a experiência pessoal de cada médico que, através de vivências particulares, consolida determinados modos de agir que se mostraram eficazes com o tempo; e a transmissão pelos pares, ou seja, essas técnicas que se mostraram

eficazes ao longo do tempo são transmitidas por canais de qualificação não formais, no dia-a-dia.

Assim também é para o obstetra, o viver junto de outros possibilita a formação do ser médico, possibilita a própria ação do sujeito. Ao trabalhar, o obstetra compartilha, coopera. *“Sozinho você não consegue dá assistência a todas, então você precisa ter confiança e a equipe está toda engajada com a mesma intenção para que tenhamos sucesso”* (GO 5).

3.3.2 Trabalho coletivo e cooperação

Na análise individual, o trabalho é teorizado pela ergonomia como composto por duas vertentes, de um lado existe a tarefa ou trabalho prescrito e de outro existe a atividade ou trabalho real (GUÉRIN et al., 2001). Na análise coletiva do trabalho feito por Dejours (2012b) a prescrição concretiza-se na coordenação e a efetivação do trabalho coletivo apresenta-se na forma de cooperação.

Para o referenciado autor, a inteligência produzida no trabalho é marcada por características singulares de cada pessoa, ou seja, o caminho traçado pela inteligência, habilidade e experiência é individual, cada pessoa tem um jeito e faz de uma forma. Em contrapartida, para que o trabalho se concretize de maneira coletiva, faz-se necessário coordenar as inteligências singulares; faz-se necessário uniformizar as ações. Essa façanha só é possível por meio da cooperação. Assim, a cooperação fundamenta-se na liberdade em nível individual e, ao mesmo tempo, na vontade de trabalhar junto em nível coletivo.

Através das entrevistas e observações foi possível perceber o trabalho coletivo desenvolvido pelos obstetras participantes desta pesquisa. Apesar da perceptível dificuldade em adentrar com mais

clareza na atividade propriamente dita desses profissionais, o trabalho coletivo desenvolvido na maternidade pôde ser vislumbrado não só por meio da formação, mas também como modo de realizar, como organização real do trabalho.

Assim, a cooperação é compreendida como a vontade das pessoas de trabalharem juntas e de superarem conjuntamente os obstáculos e contradições que surgem no dia-a-dia (DEJOURS, 2004a). O trabalho do médico obstetra manifesta essa condição de constante cooperação, como ilustra os trechos a seguir:

Por vezes, a gente tem a necessidade de convocar algum colega, dois, três. Muitas foram as vezes que estavam os quatro plantonistas dentro do centro cirúrgico para tentar tomar uma decisão, fazer alguma coisa. Ninguém nunca se nega. Quantas vezes você está cansado fisicamente mas tem que enfrentar alguns procedimentos cirúrgicos e chega um e diz “olha, você está muito cansado, vá deitar um pouco que eu assumo”. Então existe uma cumplicidade né, existe esse clima de companheirismo, essa equipe que eu trabalho nunca tivemos nenhum problema. (GO 5)

Olhe aqui se tem uma vantagem porque nós temos quatro ou cinco médicos obstetras de plantão então se você tem uma dúvida de qual seria a melhor conduta, então normalmente a gente chama um ou dois colegas que estão com a gente no plantão e a gente discute a conduta, qual a melhor indicação. (GO 7)

Nota-se que, a exemplo das falas anteriores, os obstetras não hesitam em procurar ajuda com seus pares para a realização de alguma conduta e/ou procedimento que apresenta maior nível de complexidade

ou risco. O trabalhar junto acontece na divisão das atividades, na análise de diagnósticos, na discussão das condutas, na assistência a partos normais ou cesáreas e em procedimentos cirúrgicos. Desse modo, a cooperação acontece quando existe ajuda, solidariedade e harmonia entre os indivíduos (DEJOURS, 2012b).

Nos plantões observados, foi possível compreender como acontece a dinâmica de trabalho dentro da maternidade. Na instituição pesquisada, são no mínimo 5 obstetras plantonistas que se dividem nos setores do hospital. Um obstetra fica no acolhimento, ou seja, quando chega alguma urgência/emergência é ele quem recebe e faz o encaminhamento. Dois obstetras ficam no centro de parto, onde ficam as grávidas de baixo risco em trabalho de parto. E no setor de alto risco ficam mais dois obstetras que cuidam de todas as gestantes que possuem alguma patologia associada à gravidez.

Paralelo a essa divisão formal do trabalho, foi percebido uma organização informal. Ou melhor dizendo, paralelo a coordenação existe a cooperação. Nesse sentido, os plantonistas dividem suas atividades para facilitar o trabalho e permitir uma brevidade nos atendimentos e procedimentos. Assim, existe um ambiente de “*respeito mútuo e cooperação*” (GO 6). Nessa perspectiva, segue a descrição de um momento de observação.

Duas plantonistas chegaram para iniciar o plantão no alto risco, era pouco mais das 7h da manhã. Começaram conversando como seria o método mais adequado para dividirem as suas atividades e uma delas explicou como costumava fazer com outro plantonista. Posteriormente, uma obstetra afirmou que estava exausta, pois, já vinha de um plantão anterior noturno. Então a outra disse:

“se você quiser pegar as puérperas que é mais fácil...” (GO 11 e GO 12)

Haja vista a observação supracitada e a fala dos profissionais, constata-se que estes buscam dividir o número de pacientes a serem visitados na enfermaria, discutem condutas para obtenção de comum acordo, operam em mútua ajuda e até disponibilizam auxílio ao colega que está mais cansado. Ainda, foi possível observar que depois que visitam os leitos, os plantonistas costumam se encontrar nos corredores da enfermaria ou até mesmo no posto de enfermagem para realizarem o preenchimento dos prontuários, é nesse momento que discutem condutas, avaliam pacientes, solicitam opiniões, ensinam a residentes e até conversam assuntos pessoais.

O trabalho do obstetra manifesta-se de forma bastante autônoma. É como se não tivessem um superior hierárquico dentro do hospital. Cada médico tem a liberdade de, mediante seus conhecimentos, inteligência e experiência, escolher o seu fazer da forma que acredita ser mais indicado. A mediação acontece justamente com o outro; a coordenação das ideias e das inteligências são harmonizadas através do comum acordo, na deliberação.

A gente combina, se tem paciente aqui da enfermaria do alto risco que vai para a sala de parto, o obstetra de lá acompanha, as vezes a gente quer discutir alguma coisa sobre a conduta, aí reúne a equipe e discute. (GO 1)

De acordo com Dejours (2012b), há dois tipos de espaços de deliberação, os formais e os informais. Os espaços de deliberação formais se configuram para o médico obstetra na forma de reuniões

clínicas. A participante GO 3 expressa por qual motivos as reuniões acontecem: *“justamente para discutir, discutir algum caso da enfermaria, algum óbito que aconteceu, o porquê que aconteceu. Faz o levantamento do hospital, o porquê que está tendo muito determinado caso, o que é que está acontecendo...”*. Outra forma de deliberação formal se configura através da própria ciência. A medicina baseada em evidências, com arbitragem, desenvolve condutas que são frutos de inúmeras pesquisas mundiais, e, conseqüentemente, são impostas como modelo a ser seguido pelos profissionais da saúde.

Já os espaços de deliberação coletiva informais são diversos, uma vez que não há nenhuma repreensão nesse sentido dentro da maternidade, muito pelo contrário, os espaços do hospital favorecem o viver junto e a atividade de deliberação. Assim, as enfermarias, os corredores, os quartos de descanso coletivo e os refeitórios são espaços sociais propícios para o debate de opiniões e a formação de regras de trabalho.

Sim, quantas vezes você não tem uma dúvida e você chama um colega e pergunta “olha o que você acha disso aqui?”, “Não, eu acho que deve continuar”, “Não, olha, eu acho que é melhor parar aqui, eu acho que realmente não vai evoluir, bota para sala de parto, para sala de cirurgia”, então existem inúmeras situações onde você compartilha suas experiências uns com os outros para ter... obter maior sucesso. (GO 5)

Os obstetras relataram que a discussão do conhecimento e da experiência é algo que faz parte da profissão, se tornou inerente a profissão médica. Compõem, pois, uma regra de ofício. Os espaços de deliberação além de criarem modos de fazer e ser, para o médico

obstetra é uma própria regra de ofício. Uma vez que, devido à complexidade da atividade, a responsabilidade necessita ser compartilhada para que a sobrecarga de trabalho psíquica se torne menor e o sucesso do trabalho seja mais provável. Como exemplo, o GO 6 expressa: “*a discussão de conhecimento, repartir o conhecimento, isso já faz parte da nossa profissão, todos nós discutimos casos um com o outro*” e a participante GO 12 também acrescenta: “*a gente precisa dessa conversa, porque a obstetrícia de qualquer forma, é necessária essa divisão de responsabilidade. Você centrar tudo para você, você vai sair daqui estressado mentalmente, entendeu? É preciso dividir responsabilidade*”.

Um outro espaço de deliberação informal inusitado e que demonstrou tanta importância como os já mencionados neste texto, foi o grupo formado em uma rede social denominada WhatsApp. Este aplicativo mundialmente conhecido por facilitar a comunicação entre as pessoas, possibilita nesse contexto, que outros profissionais que não estão na cena do hospital, atuem indiretamente para a resolução de situações de complexidade maior. De tal maneira, a participante GO 4 relata:

A gente sempre discute, agora mesmo a gente estava falando, a gente tem um grupo, e quando surge uma dúvida a gente sempre discute com outros médicos. Um grupo do WhatsApp. A gente sempre discute. Esse caso mesmo, agora, que eu estava com vocês aqui e eu tive que sair, foi discutido no grupo.

O caso em questão, mencionado nessa fala, foi presenciado durante a entrevista. Tal discussão é relatado a seguir:

Durante a entrevista, dois residentes de ginecologia/obstetrícia entraram na sala e começaram a relatar o que estava acontecendo com uma paciente do atendimento de alto risco. Esses médicos relataram que uma gestante estava apresentando um quadro de difícil resolução e que, além disso, a maternidade não tinha condições necessárias para assistência necessária. Diante desse empasse, as participantes da pesquisa pediram uma pausa na entrevista e começaram a discutir qual conduta iriam realizar, se interrompiam a gestação ou esperavam o quadro evoluir um pouco mais. Inusitadamente, as obstetras começaram a conversar via celular, o que inicialmente pareceu ser um grupo de WhatsApp. A conversa entre elas, demonstrava que os obstetras consultados via grupo tinham opiniões diferentes, uns defendiam uma cesárea de urgência e outros defendiam a espera de mais um dia para tal procedimento. Perante o risco de vida gestante/feto, a discussão de qual conduta tomar gerou grande repercussão e foi necessário solicitar ajuda até de profissionais que atuam em outras maternidades. E assim, apensar das diferentes opiniões que dividiram os profissionais que estavam de plantão e os que estavam no grupo do WhatsApp, a decisão tomada pela obstetra responsável no momento foi de esperar mais um dia para a resolução do caso. (OBS GO 3 e GO 4).

Dessa maneira, ficou evidente que houveram muitas controvérsias e opiniões diferentes que dividiram o grupo. Dejours (2012b) evidencia que o trabalhar junto e o cooperar pressupõe que sempre existirá modos operatórios diferentes, sempre existirá modos de pensar e realizar que são completamente diferentes uns dos outros. Nesse contexto, haverá sempre a necessidade de formar consensos, de selecionar o que é melhor,

o que é mais vantajoso e verdadeiro. Esse tipo de diferença é o maior problema da cooperação.

A obstetrícia é uma ciência em constante evolução. Desse modo, é comum que ao longo do tempo o conhecimento venha se modificando e, conseqüentemente, diferentes modos operatórios surgiram, se tornaram a verdade e até já foram proscritos. Apenas através do intervalo de tempo – trinta anos – entre o participante que tem formação mais antiga para a participante que tem a formação mais recente, é possível inferir o quanto de diferenças existem na atuação profissional desses médicos.

Assim, alguns participantes declararam que normalmente a relação entre os obstetras é de respeito, mas em alguns momentos de sobrecarga e estresse, os ânimos se alteram devido a incompatibilidades de pensamentos entre eles. Ou seja, a dificuldade no trabalho coletivo do obstetra surge diante da formulação de opiniões díspares que, em geral, são baseadas em construtos científicos diferentes, ou até mesmo na experiência pessoal. O trecho a seguir sintetiza aquilo que esses participantes pensam: *“A gente tenta compartilhar, mas as vezes é difícil, (...) aí eu vou ficar batendo na cabeça? Não, eu faço o meu, quem quiser olhar para mim, faça”* (GO 13).

As controvérsias a respeito das diferentes opiniões surgem também em relação a própria postura do médico obstetra, quando este prioriza determinadas condutas em detrimento de outras. A esse respeito, a GO 11 relata que *“existem vários tipos de profissionais, então a dificuldade é justamente isso (...). A gente tem que tomar uma conduta, existem médicos que são muito cesaristas, médicos que são defensores demais do parto normal. Então existem os extremos”*.

Ainda, outro aspecto que dificulta a cooperação se apresenta na forma do comprometimento com o trabalho. Os obstetras relataram

que muitos profissionais são descomprometidos e preguiçosos e que acabam muitas vezes por não cooperarem na dinâmica de trabalho dentro da maternidade. Assim, a falta de “*coragem de trabalhar*” (GO 11) por parte de alguns obstetras se configura como um importante obstáculo para a realização de um trabalho coletivo bem feito.

Não obstante, a deliberação acontece e as decisões são tomadas pelos obstetras quase sempre através dos consentimentos e dos mútuos acordos. Para Dejours (2012b), é possível construir ligações de cooperação mesmo quando os indivíduos não se gostam ou não compartilham das mesmas opiniões. Apesar das incompatibilidades, é possível reconhecer na outra pessoa competências importantes para a contribuição no registro do fazer.

Assim, na categoria médica o respeito entre eles é um valor indissociável da profissão. Foi perceptível através das observações que mesmo não compartilhando opiniões e condutas, o respeito em relação ao profissional e sua prática é mantida. Quando é solicitada a opinião dos demais, é possível haver discussões mais acaloradas, mas quando essa oportunidade de deliberação coletiva não é solicitada e condutas são tomadas individualmente, no geral, a regra é de consentimento e respeito. Ninguém ousa chegar para o colega e dizer que ele está errado e modificar sua conduta.

Claro, lógico, tem... os colegas por exemplo, eu sou mais jovem, tem os colegas mais experientes, muitas vezes eu peço opinião deles, a gente tem que ser humilde também. Tem colega aqui que já faz obstetrícia há mais tempo do que eu tenho de vida, tem gente que tem mais de trinta anos de obstetrícia, então eu tenho que respeitar uma pessoa dessa né. (GO 3)

A relação entre os obstetras apresenta-se de forma paradoxal. Ora, é relatado que a forma de atuar diferenciada impede a continuidade de um trabalho bem feito; ora, é dito pelos mesmo participantes que o respeito ao colega de trabalho é uma prerrogativa para o trabalho médico.

Dessa maneira, o trabalho do médico se configura sobretudo no viver junto, apesar das diferenças e contradições encontradas nas relações de trabalho, a vontade de trabalhar em uma obra comum, como afirma Dejours (2012b), mobiliza ligações de cooperação entre os indivíduos e de deontologia do fazer. Assim, é possível encontrar profissionais que mudam sua postura e prática para se adequar aos outros profissionais e trabalhar junto.

Eu mudei minha forma de encarar a obstetrícia. A partir do colega, na forma humanizada de trabalho que eu mudei minha postura. Então quando a gente vê alguma coisa interessante a gente está sempre mudando. (...) A gente está sempre conversando para melhorar o trabalho também, então a partir disso, todo mundo cresce junto. O trabalho evolui mais rápido. Mais fácil. (GO 2)

A deontologia do fazer se desenvolve com o objetivo de conseguir produzir junto (DEJOURS, 2012b). A exemplo da fala anteriormente citada, através de um colega que tornou inteligível o seu trabalho, que possibilitou a outros visualizarem à sua maneira de agir, foi possível a interação, o compartilhamento, o viver junto e posteriormente a modificação da atuação de outros.

Eixo III

3.4 Corpo e trabalho: subjetividade, família e saúde

Neste terceiro eixo temático serão abordados temas referentes à atividade subjetivante. Será possível compreender como o corpo se manifesta no trabalho do médico obstetra através da atividade subjetivante, o uso do tempo fora do trabalho e, por fim, como os obstetras percebem e cuidam de sua própria saúde.

3.4.1 Atividade subjetivante: uso do corpo no trabalho

Como já apresentado, a lacuna entre o prescrito e o efetivo se manifesta no trabalho do médico e o impulsiona a buscar soluções possíveis para as dificuldades impostas pelo real, uma vez que em toda e qualquer situação de trabalho, há sempre a possibilidade de incidentes e imprevistos. Assim, por meio da mobilização de sua inteligência criativa, da cooperação e da criação de regras de trabalho, o obstetra é capaz de realizar sua atividade.

Trabalhar é uma busca incessante para atingir os objetivos, é colocar de si na execução de uma tarefa, para que esta não o leve ao fracasso ou se paralise na angustia. O trabalho, portanto, é para Dejours (2013), vivo. Nesse sentido, o sofrimento que advém do real não é apenas uma consequência deste, é também a origem da inteligência. É esse sentimento afetivo no trabalho que impulsiona o sujeito a fazer

uso de suas potencialidades físicas, psíquicas e intelectuais; mobilizando sua subjetividade para alcançar aquilo que o real tenta evitar.

De acordo com Dejours (2012a), mobilizar a inteligência inventiva é uma parte elementar do trabalho ordinário. Todos aqueles que trabalham precisam mobilizar sua inteligência. Essa questão remete a profissão médica. Para este autor, no curso de medicina é ensinado apenas o conhecimento aos estudantes, não se ensina o trabalho propriamente dito. Quando o médico sai da faculdade, para dar conta sozinho de sua atividade, este necessita desenvolver uma inteligência inventiva e criativa que não lhe foi ensinada. Sobre esse tema, relatou um dos obstetras:

Isso aí é um abismo. A diferença é colossal, no atual sistema do Brasil a diferença é colossal. Você ter uma ideia, se nós formos seguir todos os protocolos, nós não conseguimos cumprir 50% dos protocolos da forma como é para ser feita. Por isso que a gente costuma dizer que a medicina na verdade ela tem uma boa parte técnica e uma grande parte da arte, e na arte a gente tem que improvisar, a arte você não ensina. Você não ensina uma pessoa a ser um artista. Então na medicina é assim, mesmo que você tenha todas as condições ideais do trabalho, você ainda tem que improvisar porque você não trata de doenças, você trata de doentes... (GO 6)

Tal fala evidencia a discrepância entre os protocolos existentes e o que de fato é feito pelo obstetra. Diante da dificuldade imposta pelo real, para conseguir executar a atividade, o obstetra pratica a medicina de forma artística, pois, para esse participante a medicina é ao mesmo tempo técnica e arte. A esse respeito, Martins (2011) corrobora ao afirmar que a medicina é uma ciência e uma arte, e o que define a

medicina como uma arte é a capacidade que o médico possui de realizar criativamente o seu trabalho. Ou seja: na atuação médica o uso da intuição é requerido, sendo, pois, a base desse saber criativo.

Para o referenciado autor, essa intuição psicológica (muitas vezes desgastada pelo uso recorrente de recursos tecnológicos) é formada por meio de um conhecimento sensorial desenvolvido pelo médico em sua prática e que se convencionou chamar de “olhar clínico”. Em vista disso, o aspecto intuitivo da prática médica caracteriza essa profissão como essencialmente humana. O mesmo obstetra continua o relato:

Então por isso é onde a gente volta, bate aquela questão que eu falei, medicina ela tem muita arte, tem muita ciência, mas também tem muita arte. Muito feeling, muita sensibilidade, você tem que está sempre em contato com isso. Não pode perder, se perder isso na área médica, na área de saúde você está morto, porque o paciente não é um computador. (GO 6)

Portanto, ao praticar a medicina, o médico o faz não só usando as técnicas e o conhecimento científico, mas, sobretudo, por meio do sentir. É assim que o trabalho é descrito na Psicodinâmica do Trabalho. Para Dejours (2005b), os estudos clínicos sobre o trabalhar revelam que a inteligência desenvolvida se baseia na mobilização profunda da subjetividade. Essa subjetividade nasce no corpo, nasce na experiência sensitiva.

Assim, a habilidade no trabalho implica a utilização do corpo por inteiro para o desempenho da tarefa. Dejours (2012b) afirma que “a habilidade técnica, a dexteridade, o virtuosismo, e a sensibilidade técnica passam pelo corpo. O corpo como um todo, e não apenas o cérebro, é o fundamento da inteligência e da habilidade no trabalho”

(p. 27). Ao observar o trabalho do médico obstetra, foi possível verificar que esses profissionais, ao realizam sua atividade, mobilizam-se por completo. Além do esforço cognitivo, a utilização do corpo apresenta-se essencial para o desenvolvimento das atividades. A seguir, relata-se uma atividade cotidiana do médico obstetra, denominada de exame clínico.

Ao realizar o exame clínico em uma gestante, a obstetra inclina-se sobre o leito para auscultar o feto com o aparelho denominado por ela de sonar. Inclina-se ainda mais o rosto para ouvir as batidas do coração, principalmente, quando parece difícil encontrar a posição para ouvi-lo. Alguns segundos depois, ainda ouvindo o sonar, ela conversa com a gestante, faz perguntas e comentários enquanto o som das batidas do coração do feto ecoa alto no quarto. Nessa ação ela passa alguns minutos. Em seguida, a médica toca a barriga da gestante com as mãos (pele com pele), pressiona em alguns pontos específicos e também alisa. Em outro momento, a médica sente o pulso da paciente olhando para seu relógio e apalpa as pernas da paciente fazendo pressão com os seus dedos. Em todas essas ações ela a realiza ora com o olhar fixo em algum lugar, ora olhando em direção ao que sua mão está fazendo. (OBS GO 11)

O relato dessa observação evidencia o modo como à atividade médica é subjetivante. Numa primeira análise, pode-se concluir que o trabalho médico contém apenas aspectos cognitivos, uma vez que para o senso comum o trabalho reconhecido como “braçal” é empregado para profissões em que há a necessidade de um uso contínuo da força. No entanto, observa-se o fato de que os médicos necessitam utilizar de modo bastante aguçado os seus sentidos sensoriais na sua atividade,

ou seja, utilizam o seu corpo para executar as tarefas. A médica observada utiliza instrumentos de trabalho para realizar o exame na gestante, como o sonar e o estetoscópio. Mas, além disso, utilizava o seu próprio corpo como um instrumento de trabalho. É com o seu corpo que ela sente o corpo da paciente, com o seu toque é possível sentir a frequência das batidas no pulso da gestante, sentir a espessura das pernas, se estão inchadas ou não, sentir a posição do feto, e etc.

Contudo, averigua-se que nem sempre o contato pele com pele é realizado. Para alguns procedimentos é necessário a utilização de luvas descartáveis. De acordo com Kirk (2012), a sensibilidade das mãos é afetada pelo uso de luvas. Mesmo assim, o uso do tato é muito importante para o trabalho médico. Logo, é possível inferir que para a sensibilidade continuar funcionando mesmo com o uso das luvas, o trabalhador faz *corporeização* (DEJOURS, 2012a) desse objetivo, faz dele uma extensão do seu próprio corpo. Da mesma forma acontece com os instrumentos cirúrgicos. Kirk (2012) ainda afirma que o médico tem que fazer dos seus instrumentos uma expansão de suas próprias mãos. Assim é possível inferir, mais uma vez, que o médico necessita realizar uma *corporeização* dos objetos que utiliza para efetivar sua atividade.

Conforme Molinier (2013), o sujeito que trabalha faz uso de uma percepção sensível em relação ao meio e ao objeto da ação, caracterizando-se como um prolongamento de si mesmo. Esse corpo que sente o mundo e se apropria dele é constituído a partir do corpo biológico. Desse modo, o médico sente o corpo da paciente a partir do seu próprio corpo biológico, mas a compreensão do que de fato se passa ali dentro é percebida através do seu corpo subjetivo. Por esse motivo, Dejours (2012a) esclarece que essa inteligência utilizada pelo trabalhador vem do corpo, e não do cérebro. Ou seja, essa inteligência é formada através de uma experiência afetiva do corpo, a *Métis*.

Boehle e Milkau (1998, apud MOLINIER, 2013) acrescentam que “o esquema corpóreo constitui um espaço próprio, subjetivo: o espaço da vida. [...] Essa utilização da percepção sensível é ilustrada pela expressão consagrada: ‘ter faro’”. Assim, a partir do relato de mais uma observação, é possível compreender como o uso sensível do próprio corpo para sentir o corpo do paciente é precioso na execução das atividades e em sua antecipação.

Ao entramos na sala de parto a gestante já se encontra em decúbito dorsal, com as coxas bem afastadas e suas pernas em cima de um suporte. Imediatamente, o obstetra realiza o exame clínico pressionando vários locais do abdômen da gestante, essa ação ele o faz com o olhar fixo para a parede. Em seguida, o médico coloca uma de suas pernas em cima de uma escadinha, com uma das mãos ele pressiona a região abaixo do umbigo e com a outra mão ele faz o toque vaginal. Nessa ação ele coloca um pouco de força e por isso precisou da perna inclinada na escada. Quando terminou de realizar esses procedimentos, rapidamente, ele diz para a gestante não se preocupar, pois, com mais duas contrações o bebê vai nascer. E aconteceu da forma prevista. Por fim, quando a placenta sai, ele fica por alguns minutos a olhando e a tocando por completo, como se estivesse procurando algo.... (OBS GO 5)

Tal observação mostra de maneira profunda a utilização do corpo. Além de uso constante do tato (como já mencionado), o olhar também tem que ser um olhar treinado, diferenciado de outros na busca por alguma anomalia. De modo bastante solícito, ao término deste parto o obstetra observado relatou de maneira detalhada tudo que fez. Ele disse que ficou observando a placenta por alguns minutos,

pois no prontuário da paciente estava registrado pelo último plantonista que este havia sentindo um odor – na secreção da paciente – característico de uma anomalia, sendo necessária, portanto, essa busca na placenta por algo que testificasse essa suposição. Além disso, é importante averiguar se ainda existe algum vestígio de placenta no interior do útero. Assim, percebe-se que além do tato e do olhar diferenciado para ver cores diferentes e volumes diferentes, o olfato aguçado é de grande relevância para perceber possíveis intercorrências e/ou anomalias daquele quadro clínico.

Além de todas essas nuances da atividade médica, há ainda uma intensa atividade mental no que diz respeito ao gerenciamento das informações já existente no prontuário da paciente que está sendo atendida e o que vem se passando no momento. Assim, enquanto se faz um parto vaginal, por exemplo, é necessário ter em mente o que estava no prontuário que foi colocado pelo plantonista anterior (se a paciente chegou antes de seu plantão), qual é o seu diagnóstico e se as condutas terapêuticas que já foram tomadas estão surtindo o efeito desejado, para a partir desses elementos, tomar decisões. Sem contar que essa não é a única paciente, na saúde pública (quadro observado), existem várias gestantes em trabalho de parto e o obstetra precisa ter o conhecimento prévio de cada uma delas para a hora da intervenção.

Importa lembrar que a inteligência do corpo não depende da atividade mental. Na verdade, o corpo que sente, age como independente. De acordo com Molinier (2013), no âmbito da atividade subjetivante, não se define uma separação nítida entre o corpo que sente, ao contrário, os sentidos agem em uma complexidade e interdependência. Desse modo, apesar de toda atividade mental requerida para esta ação, os obstetras relataram que na maioria dos casos, é como agissem de forma automática. Ou seja, em parte o trabalho é pensado

e em parte é executado sem o uso do pensamento, é nesse momento que o corpo sente e o corpo faz. Por esse motivo, Dejours (2012a) salienta que a inteligência do trabalho precede a capacidade de simbolização.

A participante GO 3 expressou que *“algumas coisas são automáticas, porque tem coisas que assim, é lógica”*, e o participante GO 5 *“emergência né, é uma das áreas onde mais você está no automático”*. Em concordância, a participante GO 13 disse: *“pela experiência que eu tenho, com duas palavras que a paciente diz que já sei que conduta eu vou tomar, mas isso é muito do médico...”*. Assim, observa-se nas falas supracitadas que os obstetras se referem ao seu trabalho como automático, principalmente, quando há necessidade de agir rapidamente em situações de urgência/emergência. Lógico que em muitos casos há necessidade de reflexão, de parar para pensar, de compartilhamento com os pares e de fazer escolhas (como já discutido nas categorias anteriores), mas, de maneira geral, quando o uso do corpo é requerido, o obstetra experiente o faz com uma experiência afetiva do corpo e não com uma representação cognitiva.

Nesse sentido, Kirk (2012) exemplifica que um habilidoso médico se equipara a um jogador de tênis. No início de sua aprendizagem o jogador de tênis tem como objeto de atenção principal sua raquete, seu peso, seu controle e suas manobras, com a experiência o seu foco de atenção é transferida para a bola, para o jogo e para o adversário, ficando, portanto, os movimentos das mãos em segundo plano. Assim é para este autor o trabalho de um médico que tem habilidade, o uso do seu corpo na realização dos movimentos deve ficar em um nível de atenção secundária, sendo o seu foco de atenção principal o conteúdo de sua tarefa.

De modo semelhante, Dejours (2012b) afirma que a inteligência no trabalho é, como dito anteriormente, assentada no corpo, inteligência do corpo. De modo que o trabalhador experiente aciona sua inteligência corpórea sem nem mesmo percebê-la; é por esse motivo que ele não apreende muitas vezes tudo quanto realiza e, também, não dispõe de palavras necessárias para descrever como realiza sua ação. A participante GO 13 relata: *“meu chip fica assim ‘ziiiziziiiziiiz’*. *Ai eu vou e resolvo”*. Observa-se, portanto, que ao tentar expressar sua atividade, a participante reproduz um som (aqui representado pelo uso de uma onomatopeia). Esse som reproduzido não é ouvido por todos, mas um som interior, propagando uma atividade da qual ela não possui léxicos de expressão em sua língua.

Assim, mais uma vez corrobora-se com Dejours (2012a), quando este afirma que a atividade subjetivante passa por uma comunicação muito particular feita sem palavras e sem discursos construídos, mas mediante uma simbiose com o mundo. Do qual, por ser sentido afetivamente é de natureza subjetiva, é invisível e muitas vezes indizível. Nessa perspectiva, é possível questionar: como o sujeito adquire todo esse poder extraordinário do corpo para construir soluções de enfrentamento do real? De acordo com o referenciado autor, é mediante a incursão do trabalho em todas as nuances da vida do sujeito.

Dessa maneira, é necessário que o sujeito seja habitado pelo trabalho. Isto é, o preço pago para adquirir tal intimidade e familiaridade com as matérias e os objetos técnicos é deixar-se invadir completamente pelo trabalho. De modo que o trabalho não está, como muitas vezes é atribuído, limitado ao tempo físico e efetivo passado no ambiente de trabalho. Todos os aspectos da vida, como o convívio familiar, o sono e os sonhos, e até a insônia é habitado pelo trabalho (DEJOURS, 2012b).

Porque a gente não pode dissociar, muitas vezes a gente não consegue dissociar o pessoal do profissional. ...eu não consigo sair daqui e ser médico e ir para casa e não ser médico, então eu sou médico 24h e na minha vida pessoal isso interfere... (GO 6)

É possível verificar nesta fala que o participante não consegue separar-se da profissão mesmo quando não está no ambiente de trabalho. Assim, para Dejours (1992) “tempo de trabalho e tempo fora do trabalho formariam um continuum dificilmente dissociável” (p. 46), uma vez que o trabalho mobiliza um engajamento total da personalidade. Dejours (1992; 2012b) acredita que o estado mental do sujeito, com o seu modo de ser e seus comportamentos no trabalho são repetidos em qualquer outro lugar em que esteja, pois, o trabalho abrange o envolvimento completo da personalidade, sendo sua dissociação um perigo para a saúde mental.

Como exemplo, a participante GO 12 relata: “*a gente fica tenso o dia inteiro... a gente sempre diz que a obstetrícia é uma caixinha de surpresa, então a gente tem que estar atento porque a paciente está excelente e quando for de madrugada ela pode ter complicado...*”. Desse modo, se o obstetra para dar conta de sua tarefa exerce esse estado de alerta e atenção durante todo o dia de trabalho, provavelmente também agirá dessa mesma maneira em seu ambiente familiar ou de lazer, visto que, “o funcionamento psíquico não se segmenta; uma mesma personalidade encontra-se diante de cada uma dessas duas situações” (DEJOURS, 2004d, p. 313)

Assim, em se tratando da obstetrícia, esse aspecto da atividade subjetivante se intensifica ainda mais. Os obstetras relatam viverem constantemente em um estado de sobreaviso para a necessidade de

intervir nas gestações de pacientes particulares que acompanha, como apresenta os fragmentos a seguir:

... muitas vezes eu tenho que sair de noite para acompanhar partos, existem finais de semanas que a gente combina de fazer alguma coisa e muitas vezes eu não posso porque eu estou com paciente. Eu não tenho direito de desligar meu celular, meu celular está sempre ligado, dia e noite, de madrugada também. É uma profissão que exige muito porque a gente tem que estar disponível. (GO 2)

É muita dedicação, exige muito tempo seu, paciente ela não tem hora para ligar, não tem hora para ter alguma intercorrência, entendeu. ...quando vai chegando próxima do parto, principalmente aquelas que querem parto normal, você tem que estar de *sobreaviso sempre, porque podem entrar em trabalho de parto a qualquer hora.* (GO 3)

Observa-se, então, que devido a essa característica intrínseca da profissão, estando ou não em seu ambiente de trabalho, o obstetra precisa estar sempre disponível para suas pacientes. Curiosamente, Kirk (2012) ensina, em seu tratado de cirurgia, que o aprendiz deve buscar uma vida particular orientada por princípios dos quais são importantes para desenvolver no ambiente cirúrgico. Para este autor, o sujeito sempre levará as atitudes do dia a dia para ambiente cirúrgico, portanto, quanto mais se pratica tais princípios, mais naturais eles se tornam no comportamento do sujeito. Assim, de acordo com a PDT, não há como agir de uma forma no trabalho e de outra na vida particular, o sujeito é sempre o mesmo.

3.4.2 Tempo, família e trabalho

A categoria apresentada anteriormente revelou o modo peculiar como o trabalho invade a vida por completo do sujeito. Na presente categoria, aborda-se como os participantes dessa pesquisa percebem o uso do seu tempo fora do trabalho e sua relação familiar.

Em relação ao uso do tempo fora do trabalho, devido ao fato da obstetrícia ser permeada por variabilidades, percebe-se que quando esses profissionais estão no convívio familiar ou em atividades de lazer, por exemplo, esse tempo é quase sempre transpassado pela possibilidade de atender alguma intercorrência inesperada.

...a paciente de obstétrica é aquela paciente que ela não tem hora para chamar o médico, se ela sentir uma dor, ela liga para o médico. Ela quer que o médico saia de casa e vá em um hospital examinar ela... meio que torna o obstetra meio que escravo dela, né. Então se às vezes o médico está numa festa com a família, precisa sair para fazer um parto, para examinar um paciente. Plantão final de semana... A paciente quer escravizar o obstetra, ela acha que é dona do obstetra e que ele estar à disposição dela 24 horas por dia. (GO 1)

...tem que gostar muito e saber que você vai abrir mão de muita coisa, porque trabalhar em regime de plantão não é fácil. Você se afasta. Você se ausenta de casa em muito horários e se você resolver fazer obstetrícia no consultório, aí é que fica mais difícil ainda. Você não fica mais dona de você, entendeu? Chega final de semana, de madrugada, você achava que ia dormir. Você não vai, entendeu? (GO 9)

Esses fragmentos revelam duas formas de trabalho em obstetrícia, o plantão e o consultório. O plantão apresenta-se como um elemento que causa diminuição ao convívio familiar, em razão da carga horária obrigatória a cumprir. Em relação ao consultório particular, este requer do médico uma disponibilidade e disposição a qualquer momento do dia e da noite, em feriados e em finais de semana, não importando se o médico está em um aniversário, em um casamento ou até mesmo dormindo. Quando a urgência acontece, o médico tem que prontamente atendê-la, não podendo negar sob pena de negligência ou omissão.

Nesta perspectiva, foi possível observar que a maioria dos obstetras entrevistados vivenciam esse aspecto da atividade de modo afetivo, na forma de sofrimento. Observa-se nas falas, anteriormente citadas, que as participantes utilizam expressões como “escrava” e “dona” demonstrando, assim, sentimentos de falta de liberdade e sentimentos de uma certa apropriação pelo cliente/paciente de sua vida particular, uma vez que não se sentem mais donas de si mesmas. Por esse motivo, os participantes relataram que muitos têm deixado a obstetrícia para atuarem apenas como ginecologistas.

...infelizmente os obstetras estão diminuindo. Até porque, como é um trabalho extremamente estressante, é um trabalho que não tem fim. Então muita gente está deixando de fazer obstetrícia, justamente pela sobrecarga de família, pela cobrança de família, de filho, de marido... (GO 2)

Assim, por se tratar de um trabalho que não está preso a um ambiente e horário fixo, a exemplo da fala anterior, os obstetras o percebem como sem conclusão, já que a qualquer momento podem ser chamados para atuar. Este aspecto da atividade em obstétrica favorece

a uma possível ausência familiar e cobranças. Desse modo, corrobora-se com Dejours (1992), quando este afirma que não há uma divisão entre espaço de trabalho e espaço privado, toda a família do trabalhador é afetada indiretamente pelas situações de trabalho.

Além disso, outro aspecto que pode contribuir para possíveis ausências familiares, como apresentado na caracterização dos participantes, é a quantidade de horas trabalhadas na semana, que chegam a mais de 60h para a maioria dos obstetras entrevistados (10). Outro dado surpreendente refere-se à quantidade de vínculos diferentes, a maioria dos entrevistados (11), relataram que possuem 3 ou mais vínculos empregatícios. Corrobora-se, pois, com Machado (1997), quanto salienta que a profissão médica é caracterizada pelo excesso de trabalho/multiemprego, agregado às jornadas de trabalho elevadas e disponibilidade integral, uma vez que estes profissionais relatam estarem ‘24 horas no ar’, com dedicação contínua, pouco lazer e pouco contato com a família. Portanto, é possível verificar que o ritmo intenso do trabalho médico reflete de modo significativo nas relações familiares. A esse respeito, destaca a participante GO 1 que “...*toda noite eu estou trabalhando, então durante o dia eu vou estar dormindo. Quer dizer que minha família vai ser prejudicada. Eu vou deixar de fazer atividade com eles, por causa do meu trabalho. Então com certeza interfere muito*”.

Para Dejours (2004d), toda a família – cônjuge, filhos, pais – são convocados pelo trabalhador para ajudar em seus esforços, quando isso não ocorre, pode surgir conflitos familiares. Assim, de acordo com Seligmann-Silva (1994), quanto maior é a jornada de trabalho, maior é o cansaço físico e mental provenientes do trabalho, conseqüentemente, menor é o tempo possível para o convívio familiar; e, a qualidade do relacionamento do trabalhador com seus familiares é afetada.

Interfere, porque ele [marido] não tem a mesma rotina de trabalho do que e eu, muitas vezes ele não está tão cansado mentalmente ou fisicamente como eu estou e como a gente tem filho e tudo. Então, às vezes eu chego e minha filha já está dormindo, ela não me vê naquele dia e às vezes eu não tenho tempo para ir para a reunião da escola dela, ou, por exemplo, hoje teve feira de ciências dela e eu não pude levá-la... então afeta sim, muitas vezes eu brigo, a gente discute em casa eu e meu marido porque ele quer uma coisa em que eu não estou muito disposta a fazer, sair ou fazer qualquer coisa porque eu estou acabada... (GO 12)

Observa-se, então, que a vida extra maternidade, por assim dizer, acaba tendo que esperar, o que favorece a conflitos familiares em razão da não compreensão sobre a dinâmica de trabalho vivenciada pelos médicos. Uma pesquisa realizada com médicos residentes (Ernesto, 2013) apontou que quando estes escolhem a residência médica, optam conscientes de toda a conjuntura que envolve tal área médica, tanto no que concerne as limitações de horário, quanto ao restrito convívio familiar. Esta pesquisa ainda revela que esse tema é em geral abordado com naturalidade, restando aos familiares superar tal ausência.

Em concordância, os participantes dessa pesquisa demonstraram que em virtude da natureza incerta da gestação e da organização de trabalho, se faz necessário que a família aprenda a lidar com tais situações, como revela as participantes a seguir:

Às vezes sim, as vezes não, as vezes reclamam. Mas assim, em geral já se acostumaram. Eu já estou com 12 anos de formada, meus filhos já cresceram nesse sistema, sabe? E eles se acostumaram,

mas não que gostem, eles não gostam. Mas já se habituaram a isso. (GO 1)

Muitas vezes as crianças têm que ficar porque eu tenho um parto. Mas eles sabem disso, eu tenho um filho de 10 anos e uma filha de 7, eles sabem que tem hora que eu não vou estar em casa, que eu vou estar assistindo uma paciente minha... (GO 2)

Desse modo, atenta-se para certa incoerência, alguns obstetras expressam sentimentos de sofrimento em detrimento a falta de liberdade imposta pela profissão “...quantos passeios não deixaram de existir? Quantos domingos que estava o almoço programado e deixa de existir. Quantas e quantas festas de aniversário eu deixei de comparecer, né” (GO 5). Outros expressam o fato como comum para a vida que escolherem, sendo possível conciliar e obter a compreensão dos familiares. Como relata a obstetra GO 13: “Eles cresceram e se criaram sabendo que eu era obstetra e são acostumados a eu passar a noite fora ...nunca interferiu, porque os meus filhos nasceram com uma mãe médica, trabalhando”. Outros obstetras também relatam:

Mesmo correndo, mesmo trabalhando muito, mesmo me ausentando, eu sempre sei tudo que está se passando com todos eles, entendeu? Eles estão na universidade, mas eu sei quem vai fazer prova, quem não vai fazer prova, entendeu? É uma dinâmica da gente desde deles pequenos ...há ausência física, mas a gente está sempre se falando. (GO 9)

Muito, eu tenho duas filhas, uma de 19 e outra de 16, a minha filha de 19 cobra muito a minha ausência, mas foi a profissão

que eu escolhi né, e gosto muito do que faço e infelizmente tem que tentar conciliar. (GO 10)

Assim, é possível obter duas conclusões dessa situação. A primeira parte da compreensão de que existem inúmeras maneiras de se viver em família, na qual, o que parece ser ausência para uns, para outros talvez não o seja.

Outra possibilidade de compreensão encontra-se na concepção de Dejours (2012b) sobre estratégias defensivas, para este autor, o sofrimento causado pelo trabalho suscita a possibilidade de negação da realidade por parte dos trabalhadores. Desse modo, pode-se inferir que os obstetras fazem uso de uma estratégia defensiva de negação ao expressarem que não há interferência familiar devido à carga horária e dinâmica de trabalho. Assim, em concordância com essa segunda possibilidade, o fragmento a seguir demonstra que a participante não consegue expressar sua opinião a esse respeito, ora diz que atrapalha, ora diz que não atrapalha.

Na verdade, a gente trabalha um pouquinho a mais, mas assim, nada que também não prejudique minha vida com o meu marido e com o meu filho. Na verdade, prejudica. Porque na verdade você dá plantão, mas assim, eu tenho um limite ...então assim, não atrapalha mais ou menos. Porque agora, exatamente agora está tendo a apresentação na escola do meu filho e eu não estou lá com ele, então de certa forma, a profissão que eu escolhi atrapalha né, mas eu procuro não está com ele hoje, mas amanhã eu já faço uma programação com ele e eu vou tentando conciliar. (GO 11)

Reiteradamente, foi possível observar que o confinamento imposto pela necessidade de permanência nas maternidades (regime de plantão), e a natureza da atividade com as inúmeras possíveis intercorrências da gestação, faz do obstetra um profissional que precisa dedicar grande parte de sua vida para o seu ofício, tornando seus períodos de descanso e lazer, às vezes, exíguos.

Para tanto, essa possível dificuldade de conciliação entre a vida profissional e a vida pessoal ocasiona um sentimento de perda da qualidade de vida. O obstetra GO 5 relata que trabalhar em regime de plantão “*é onde você abre mão da qualidade de vida. Se você além do mais ainda tem uma atividade privada, tem um consultório, você acompanha essa gestante, aí é que você abre mão muitas e muitas vezes dessa qualidade de vida*” (GO 5). Assim, observa-se que a grande quantidade de horas trabalhadas é percebida por este obstetra como um fator que contribui para a perda da qualidade de vida. Em concordância, Barbosa et al. (2007) evidencia que muitos médicos passam parcelas significativas da vida em diversos plantões, longe da família e muitas vezes privados de divertimento. De modo que, tais autores afirmam que o ganho financeiro proporcionado por tal empenho não se traduz em bem-estar pleno.

3.4.3 Saúde e trabalho

Diante da conjuntura apresentada na categoria anterior, questiona-se como é a saúde desses profissionais perante a dificuldade de horários e de disponibilidade de tempo vivenciados no dia a dia de trabalho.

De acordo com o discurso dos participantes, as necessidades relacionadas ao cuidado com a própria saúde são, em geral, procrastinadas. Assim, todos os participantes relataram que o cuidado com a saúde

não é feito da forma que gostariam. Alguns chegaram a relatar que muitas vezes ensinam aos pacientes algo que não costumam fazer, como a prática de atividade física, o consumo de alimentos saudáveis e a visita periódica ao médico. Como expressa os obstetras a seguir:

Às vezes até para fazer uma consulta médica a gente demora, a gente passa do prazo de fazer um citológico, uma mamografia que tudo é para ser feito anualmente e às vezes a gente passa. Eu mesma, falando por mim, eu passo do tempo, porque não tem tempo, vai deixando, deixando. (GO 1)

Eu penso muito em manter a saúde, só penso... É uma questão de poder, de horário. Então tem fases que você está muito sobrecarregada, muito mesmo, aí não consegue conciliar. Além disso, eu tenho quatro filhos... então quando você chega, tem o esposo, então você tem que ter tempo né. Então, eu não posso, além de passar tanto tempo fora, quando chegar ainda vou me encher de outras coisas. (GO 9)

A participante GO 8 também relata: “Na verdade, eu sei de tudo, mas não estou fazendo nada” (GO 8). Dessa forma, contata-se nesses fragmentos que esses profissionais diminuem os cuidados com a saúde por falta de tempo, apesar de saberem exatamente do que necessitam, muitas vezes, colocam outras prioridades na sua rotina. Em concordância, Nogueira-Martins (2003) considera que há uma tendência de médicos cuidarem pouco da sua própria saúde e que em geral se autodiagnosticam e se automedicam.

Para Dejours (1992), a relação com o trabalho produz no homem tanto saúde quanto a doença, de modo que o trabalho nunca é neutro. Nesse sentido, além da indisponibilidade de tempo para cuidar de si, a jornada de trabalho desgastante e os acidentes de trabalho apresentam-se como fatores que podem possibilitar a degradação da saúde dos obstetras.

No que concerne a jornada de trabalho desgastante, já foi discutido anteriormente que os obstetras convivem diariamente com o ritmo de trabalho muito intenso, no qual, a jornada de trabalho não se apresenta fixada apenas nos horários de plantão ou no consultório particular, mas se estende para qualquer hora do dia e da noite em que as pacientes necessitem. Esse ritmo intenso de trabalho favorece, de acordo com alguns obstetras, a uma sensação de cansaço permanente.

Além disso, para trabalhar em um ritmo de trabalho sempre intenso é necessário que estes profissionais estejam em um estado de constante alerta e atenção. Assim, é possível observar no discurso dos participantes que a atividade médica tem um carácter estressante. Como expressam os obstetras a seguir:

...você trabalha em um ambiente de pressão. Você trabalha pressionado todos os dias. Então, a gente vê a quantidade de colegas que tomam antidepressivos, ansiolíticos, é enorme. Não somente com a obstetrícia, eu acho que a medicina de uma forma geral. (GO 7)

Em geral é o estresse. O que o médico mais adoce hoje em dia é por stress mesmo, por todas essas questões de cobrança. De você querer fazer uma coisa e não poder, e não ter condições e, assim, tem as doenças psicossomáticas né, às vezes vem insônia, dor de cabeça, diarreia, que são doenças que estão diretamente ligadas ao stress.

...como a gente leva um estilo de vida assim, dormindo pouco, comendo mal, sem fazer atividade física, então às consequências são essas. (GO 1)

Assim, nota-se que o constante estado de alerta e vigília e um ambiente de elevada pressão faz com que a atividade médica tenha um caráter estressante. A pressão, o estresse, as cobranças, a falta de insumos proporciona insônia, falta de apetite ou muito apetite, problemas intestinais, entre outros. Consequentemente, esses aspectos da atividade médica incidem na mente e no corpo dos profissionais.

Nogueira-Martins (2003) salienta que a profissão médica tem um caráter ansiogênico. Para este autor, o exercício profissional da medicina tem como regra geral, com raras variações, uma exposição a efeitos psicológicos que emanam do contato íntimo com o adoecer. Ou seja, no âmbito assistencial dos serviços em saúde, principalmente os serviços de emergência (quadro em que a obstetrícia se encontra), há a possibilidade do encontro do profissional com situações dramáticas, em que a vida de outrem está em suas mãos e suas ações podem favorecer ao restabelecimento da saúde ou a morte.

E com relação às questões psicológicas, o estresse de várias coisas, por exemplo a falta de sono adequado ou o estresse de excesso de carga horária trabalhada, a perda de uma vida, isso tudo gera traumas que são, eu acho que não há nenhum ser humano que fique inerte ou passivo a uma perda de uma vida ou um bebê especificamente. ...a gente fica com transtorno ansioso, muitos colegas desenvolvem a depressão, ou piora da depressão. ...então isso gera muito trauma, uma noite sem dormir, gera estresse né,

transtorno ansioso. ...às vezes a gente chega em casa o sono fica todo trocado, você não consegue dormir, entendeu?!” (GO 6)

Destaca-se, portanto, que a carga psíquica causada pela natureza da profissão leva o organismo a reagir de inúmeras formas para retomar o equilíbrio. De acordo com Dejours (1992), apesar de o trabalhador conviver com situações duras e desestabilizantes, as pesquisas clínicas demonstram que a maioria das pessoas conseguem resistir e encontram um estado de normalidade. Para tanto, esta normalidade não é facilmente conquistada, mas a custo de certas patologias somáticas e até crônicas, no qual, submergiu uma parte do sofrimento vivenciado pelos trabalhadores. Ou seja, quando o sofrimento não consegue encontrar soluções concretas para a transformação do vivido, no caso do obstetra, quando este não consegue vencer a morte ou contornar a falta de estrutura – por exemplo – é possível que este sofrimento desencadeie doenças psicológicas e/ou psicossomáticas.

Em uma conversa observada entre uma obstetra e um residente de obstetrícia, foi expresso pelo residente a seguinte frase: “Quando eu acabar esse rodízio eu vou tomar uma cachaça muito grande, porque ficar de segunda a sexta aqui a gente pira” (OBS GO 8). Dessa maneira, é possível inferir que essa é uma forma de liberar a tensão e o estresse vivenciados no ambiente de trabalho, uma estratégia de defesa.

Em contrapartida, importa salientar que alguns entrevistados expressaram que o ambiente de constante pressão e estresse não ocasiona problemas em sua saúde, ou pelo menos não percebem relação entre o seu trabalho e seu estado de saúde.

No que se refere aos possíveis acidentes de trabalho, os participantes relataram unanimemente que a profissão médica, assim como os outros profissionais da saúde, convive diariamente com riscos

para a integridade física dos trabalhadores, em um ambiente insalubre. Como exemplo, destacam-se os trechos a seguir:

Contaminação. Assim, existe um paciente que você nem sabe que estão, por exemplo, com HIV positivo, a gente já cansou de pegar paciente aqui que não sabia que era soro positivo e descobriu no pós-parto. Então uma paciente dessa você necessita de uma cesariana, se corta com o bisturi ou você está dando um ponto numa paciente dessa e se fura com agulha. É um risco, é um risco inerente à profissão. (GO 2)

Existe, porque a gente trabalha muito com fluidos então a gente fica com luva, mas muitas vezes a gente suja braço, os óculos estão sempre sujos com sangue entendeu? O pé, o sapato com líquido, então muitas vezes são pacientes com VDRL positivo, HIV positivo que ainda não sabem.... Então a gente está exposta sobre esse ponto de vista né sobre essa questão de sangue de tudo. (GO 12)

Assim, corrobora-se com Dejours (1992), quando este afirma que as condições de trabalho incidem no corpo do trabalhador. Contudo, apesar de os obstetras trabalharem em ambiente de tantos riscos à saúde, foi possível perceber no discurso dos participantes que estes não atribuem grande relevância a essa problemática. Talvez seja porque atribuem outros riscos à saúde, como as ameaças sofridas no ambiente de trabalho (no eixo subsequente esse assunto será retomado). Ou ainda, essa atitude reflita mais uma estratégia de defesa, ou seja, mais uma negação da realidade.

Você acaba se contaminando, então os riscos são reais. Só que de fato a gente negligência um pouco, como se a gente entregasse a Deus... É, "isso aqui não é nada, vamos simhora", olha os exames da paciente lá na hora, mas os exames podem dá um falso negativo e na verdade a gente fica um pouco omissa em relação a isso. (GO 6)

Eixo VI

3.5 Violência, reconhecimento e realização profissional

Neste último eixo será elucidada inicialmente a relação insubstituível e controversa do médico com os seus pacientes. Posteriormente entrará em discussão a dinâmica de reconhecimento presente no trabalho do médico obstetra, e por fim, será visto como se apresenta a realização profissional para estes atores.

3.5.1 Relação obstetra-gestante

Através da psicodinâmica do reconhecimento é possível compreender que o trabalho não pode ser reduzido a uma experiência solitária do homem, pois via de regra trabalha-se para alguém, seja para um superior, subordinado ou cliente. Assim, trabalhar além de ser uma atividade, é relação social (DEJOURS, 2012b). O trabalho médico, inscrito na prestação de serviço, não é uma experiência solipsista,

é antes de tudo marcado pelas relações sociais, pela relação com o paciente.

Considerando a importância da relação médico-paciente, bem como a vasta literatura a esse respeito, foi questionado aos participantes desse estudo como era a relação deles com as pacientes e acompanhantes/familiares que eles assistiam na maternidade. Os obstetras relataram ser uma relação boa e tranquila. A exemplo, destaca-se a fala da participante GO 8 “*Em geral é tranquila*” e também da participante GO 13 “*Eu tenho um relacionamento muito bom com as minhas pacientes*”.

Em contrapartida, é possível observar em alguns relatos que a relação médico-paciente é boa, mas com algumas ressalvas.

Ah, é ótimo, graças a Deus. Elas sempre gostam muito de mim, elas têm uma relação muito tranquila e mesmo aquelas mais difíceis, mais fechadas, mas graças a Deus eu sempre tive muita paciência, sempre gostei de conversar com elas, de sair de um plantão e todas elas estarem satisfeita com o atendimento. (GO 12)

Observa-se nesse fragmento, o outro lado dessa relação. Existem pacientes que são mais “difíceis” demonstrando que o bom relacionamento não é unânime, exigindo por parte dos obstetras a necessidade de praticarem o diálogo e a paciência. Assim, verifica-se alguns relatos em que os obstetras não demonstram certeza em relação a qualidade dessa relação médica-paciente. A participante GO 10 expressa “*A minha relação com as pacientes eu considero boa, não sei se eles podem dizer o mesmo*” e a participante GO 9 “*Eu acho que eu tenho uma relação boa com as pacientes, porque eu gosto de escutar, procuro explicar de uma forma que ela possa entender, e procuro, pelo menos eu tento né, ninguém vai agradecer todo mundo*”.

Desse modo, expressões como “*eu não sei se eles podem dizer o mesmo*” ou “*ninguém pode agradar todo mundo*” transmitem uma ideia de insegurança naquilo que estão afirmando. Assim, é possível inferir que essas expressões demonstram uma justificativa para uma possível má relação no trabalho. Contudo, antes de interpretar essa ambiguidade como uma falta de veracidade na fala dos obstetras, é possível compreender que os mesmos vivenciam relações contraditórias. Ao mesmo tempo em que relatam situações de bom relacionamento, reconhecimento e gratidão no serviço realizado com as pacientes do setor público, concomitantemente, evidenciaram situações de empasse, pouco tranquilas e hostis no relacionamento médico-paciente/acompanhante/familiar. A fala a seguir expressa essa dualidade:

Depende muito do acompanhante, os acompanhantes que ajudam a gente nossa relação fica até mais fácil, mas existem alguns acompanhantes que na realidade eles não vem para cá para ajudar, vem mais parece que é para atrapalhar, ou porque o agriDEM, ou porque não ajudam a paciente, então assim, quando a gente não consegue, a gente tem assistente social a gente tem psicóloga que a gente chama também para chamar esse paciente e conversar. Mas na grande maioria das vezes a gente consegue um bom relacionamento com eles tanto o paciente como do acompanhante. (GO 2)

Esse depoimento leva a considerar que, simultaneamente, por um lado para ser médico é necessário saber lidar com pessoas e com habilidade ir contornando as situações, por outro, existem pacientes/acompanhantes que na avaliação dos obstetras atrapalham mais que ajudam e chegam até a agressão, transformando a relação médico-paciente em uma relação difícil. De tal modo, os participantes destacaram

que essas dificuldades muitas vezes ocorrem porque as pacientes já chegam no serviço público maltratadas, cansadas e querendo uma resolutividade para seu problema.

A teoria é bem diferente da prática. Então, o que todo médico sonha, é trabalhar no hospital de ponta, com tecnologia de ponta, que não falte nada, né, que a gente possa trabalhar com prazer e não sobrecarregado, que tivesse pessoas mais educadas, acompanhantes mais educadas, que soubesse conversar, que tratasse a gente bem, claro que isso é o que a gente quer né, é o sonho. Mas só que a realidade é outra, bem diferente, principalmente a nível de Brasil, a nível de serviço público. ...às vezes eles já chegam assim, muito armados para cima da gente, às vezes já vem do interior, já viajou várias horas, já veio passando de hospital em hospital, de mão em mão, então quando eles chegam aqui, eles chegam já tudo armado querendo que a gente dê um jeito em tudo. E nem sempre a gente pode dar um jeito em tudo né. (GO 1)

Essa declaração sinaliza que a relação médico-paciente também faz parte de um confronto com o real. Desse modo, é possível observar nessa fala dois aspectos importantes, quais sejam: as condições de trabalho que se apresentam e impedem o obstetra de realizar suas atividades (tema discutido no eixo II), em consequência, essa falta de estrutura na saúde pública gera atritos com os usuários que quase sempre responsabilizam os médicos; assim, a relação com as pacientes, longe de uma relação amigável em que se espera aquilo que se pode dar, as pacientes e acompanhantes querem que seus problemas com a gestação sejam solucionados, mas nem sempre esse poder está nas mãos do obstetra, fazendo com que o médico se confronte com o real através

do fracasso. Essa ambígua relação produz sentimentos opostos, ora de prazer, ora de sofrimento, relatado pelo GO 6:

A relação com os pacientes às vezes é uma relação de amor e ódio. É uma relação que você vai do céu ao inferno em questões de segundo. Eu digo isso aqui, em obstetrícia isso é muito evidente, ...por exemplo, a gente estava na sala de parto, teve uma emergência, a gente colocou na sala cirúrgica, fez o trabalho, saiu, deu tudo certo, saiu tudo bem e a paciente e os familiares saíram agradecendo demais né, aquele negócio todo. Quando a gente põe o pé no pré-parto, a outra acompanhante da outra paciente disse 'tá vendo esse médico, é um incompetente, não sabe de nada', então você foi do céu ao inferno em 30 segundos.

Observa-se, portanto, nessa fala que ora o obstetra é reconhecido pelo trabalho bem feito, ora é desacreditado. Essa vivência ambígua gera sentimento divergentes, dos quais o médico precisa lidar.

De acordo com Racco (2010), o progresso do conhecimento na sociedade atual tem possibilitado ao cidadão o entendimento de seus direitos em relação à saúde, e para tanto, estes podem e devem ser reivindicados. Dessa maneira, a sociedade tem contestado frequentemente o ato médico e reivindicado participação nas decisões terapêuticas, comprometimento com o atendimento e orientações de comum acordo. Não há dúvidas que essa nova conjuntura é um ganho imensurável para a sociedade contemporânea. Contudo, o autor supracitado salienta que ao lado desse grande avanço, cresceu a ocorrência de manifestações mais agressivas e contestadoras que têm produzido situações desconfortáveis na relação médico-paciente.

Quando se refere a obstetrícia, a relação médico-paciente se torna ainda mais frágil. Na sociedade brasileira há no imaginário popular a ideia de que existe um tipo de parto melhor do que o outro, um parto que é mais seguro e menos doloroso, o parto por via cirúrgica. Contudo, para a ciência o parto por via vaginal é mais indicado e promovido. Este impasse tem gerado grandes controvérsias na relação médico-gestante/familiares/acompanhantes. À vista disso, destaca-se o fragmento a seguir:

Porque a gente tem que dar uma satisfação como se a gente não tivesse fazendo o que é pra fazer né, e outra, muitas vezes os acompanhantes, as pessoas da família acham que podem nos dizer a conduta a ser tomada, chega aqui e dizem ‘não, tem que ser cesárea’, e não é assim, existe um caminho, existe um passo a passo, existem as indicações de cesárea, mas eles querem tomar essa indicação entendeu e querem que a gente faça, e quando a gente não faz eles ficam dizendo ‘oh, tá empurrando’, mas não é assim, toda profissão tem a suas condutas né, então o mais difícil pra mim é isso, é você ter que, não é nem de lidar com a paciente diretamente, é você ter que lidar com essa pressão externa para que você faça o que as pessoas querem está entendendo. (GO 12)

Além disso, por se tratar de um evento social muito valorizado, um novo nascimento, qualquer evento inesperado assume grandes proporções.

Ninguém aceita. Você está esperando um bebê, uma vida, tem gente que faz festa, recepção para receber né, e acontece uma tragédia. É muito rápido e você fica de mãos atadas. Porque assim, obstétrica

é um pouco difícil por isso. Porque assim, a família não aceita né. ...E quer culpar alguém, e nem sempre é culpa da gente. (GO 4)

Dessa maneira, o obstetra que trabalha na maternidade pública vivencia uma estereotipização de seu ofício. Expressões como “*mercenário*” (GO 2), “*matador*” (GO 4), “*incompetente*” (GO 6), “*carniceiro e criminoso*” (GO 10), “*assassino*” (GO 08), foram elencadas pelos obstetras como características que são ditas a seu respeito pelos pacientes/acompanhantes e também são divulgados pelos veículos de comunicação. Todos os entrevistados relataram que por estimularem o parto normal (seguindo as diretrizes estabelecidas pelo Ministério da Saúde e OMS) são vistos como aqueles que querem fazer sofrer, maltratar; que são pessoa sem sentimentos, que fazem de qualquer jeito e, ainda, que todo profissional que trabalha nessa maternidade trabalha mal ou não quer trabalhar. Como exemplifica a fala a seguir:

A imprensa já não divulga coisa boa, só divulga o que deu errado, nunca divulga o que deu certo, então aí a população tem uma imagem que tudo que se faz aqui é errado, que todo profissional que trabalha aqui, trabalha errado, que todo o profissional que trabalha aqui é carnicero, que quer maltratar, que trata mal, como é que você pode mudar essa imagem? ...A final de contas é a profissão da gente, mas devido ao sistema, a falta de informação, a achar que a gente, que todo mundo é um criminoso, que hoje em dia o médico é visto como um criminoso, não existe mais respeito, então a gente fica temeroso. (GO 10)

A esse respeito, uma pesquisa realizada sobre a violência institucional (AGUIAR; D’OLIVEIRA; SCHRAIBER, 2013) também

apontou a relação médico-gestante como difícil, pois os obstetras não conseguem se comunicar bem e em muitos casos chegam a ser agredidos verbalmente pelas próprias pacientes. Foi evidenciado ainda que a agressividade com que as pacientes se dirigem aos profissionais quando chegam ao serviço público é devido ao medo de serem maltratadas, porque já o foram anteriormente ou porque foram avisadas desta possibilidade.

Por fim, é importante ressaltar que essa relação conflituosa não se apresenta como uma via única. Muitas pesquisas têm apontado, como exemplo a de Aguiar et al. (2013) que essa relação conflituosa ocorre tanto dos pacientes para os profissionais, quanto dos profissionais para o paciente. “*Depende muito, então assim, depende de como se chega, de como está. Então, às vezes a gente termina trocando o que recebe né*” (GO 8). Contudo, esse tema não é objeto de investigação desta pesquisa.

3.5.2 A violência no trabalho

De acordo com Boyaciyan (2011), como já mencionado nesse estudo, o contexto sócio profissional da Ginecologia e Obstetrícia – quarta especialidade mais exercida no Brasil – de cuidar de uma fase tão significativa socialmente e de lidar com procedimentos de risco, possibilita a existência de muitas denúncias nesta área. Para a sociedade, o parto é um evento natural e não deve ter complicações, quando o tem, como a perda de uma mãe ou de um filho, representa para a população uma má atuação médica.

Em relação a isso, quando perguntados sobre os maiores riscos enfrentados na profissão, surpreendentemente, os riscos relatados não foram referentes as condições físicas ou acidentes de trabalho – apesar

de existirem (evidenciados no eixo III). A ênfase dada na fala dos obstetras foi em relação ao risco de processos, de ameaças e agressões. Como se apresenta no diálogo da entrevista em dupla, exposto a seguir:

— *Existem né, riscos de acidente de trabalho, riscos de pacientes ignorantes. (GO 4)*

— *Riscos de processos, que a gente sabe que tem. (GO 3)*

— *Riscos de processo, riscos de familiares não aceitarem determinado tipo de conduta e querer fazer algum mal com você, a gente sempre está muito suscetível. (GO 4)*

— *O marido de uma paciente veio para cima de mim, a minha sorte foi o supervisor que empurrou ele e tirou ele. Para você ver como é. (GO 3)*

Assim, para os participantes dessa pesquisa, esse contexto sócio profissional induz a ocorrência de violência no trabalho através de ameaças e risco à vida. O fato de um parto normal ter sido proposto ao invés de uma cesárea, a gestação ter evoluído para uma enfermidade, a alta hospitalar demorar, a gestante ou o feto ir a óbito ou ter sequelas, são alguns exemplos de motivos que provocam atritos entre médicos e pacientes/acompanhantes. O participante relatou:

Nós somos... para você ter uma ideia, sem medo de errar, nós somos ameaçados todos os dias. A obstetrícia, ela é ameaçada todos os dias, mas tarde, se você ficar aqui em uma visita, você vai ver acompanhante gritando com a gente:

— *Porque não vai operar paciente?*

— *Porque que não vai resolver?*

— *Porque a paciente está internada?*

E se acontecer alguma coisa com o menino:

— Vocês vão pagar!

Então isso é uma forma velada de ameaça, então todos nós somos ameaçados diuturnamente no serviço público. ..., mas isso é uma questão cultural, os pacientes não têm cultura para isso, porque eles imaginam que a gravidez não é um problema de saúde é um motivo de festa e de repente vira um problema de saúde e eles não admitem ou não querem assimilar essa situação. (GO 6)

Conforme a OMS (2002), a violência é definida como o uso intencional da força física ou do poder através da ação prática e/ou ameaças contra outra pessoa, grupo, comunidade e até contra si mesmo, que resulte ou tenha possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, e outros. Essa definição associa a realização do ato com a intencionalidade, e mesmo que o resultado produzido não seja uma lesão física, o dano psicológico também é levado em consideração.

Oliveira e Nunes (2008) concordam que a violência no trabalho é toda ação de cunho voluntário produzido por um indivíduo ou grupo contra outro indivíduo ou grupo, desenvolvida no ambiente de trabalho através das relações estabelecidas, e que causam danos físicos ou psicológicos. A International Labour Office (ILO, 2006) caracteriza a violência no trabalho como acidentes em que pessoas são abusadas, ameaçadas e agredidas em circunstância relacionadas com o seu trabalho. Quando a violência é psicológica, se configura como bullying, assédio sexual e ameaça. Este último se apresenta como promessas ou insinuações visando coagir, inibir ou constranger uma pessoa ou grupo.

Já, foi um marido de uma paciente que eu indiquei uma interrupção, mas a interrupção seria via parto normal, e ele não

queria, a mulher ligou para ele e disse que não queria um parto normal, só queria uma cesariana, então ele entrou na enfermaria, me ameaçou, depois teve que chamar o policial, o policial foi me escoltando até em casa porque a gente ficou com medo de que ele fizesse alguma coisa, entendeu, já fui ameaçada, aqui é normal isso, é comum. (GO 10)

A violência sofrida no ambiente de trabalho pelo obstetra é em sua maioria na forma de ameaças. Os obstetras relataram que no momento do parto, por exemplo, os acompanhantes ficam “*sacudindo o pé*” (GO 7), ameaçam levar o caso à justiça ou chamar a imprensa. Além disso, muitos relataram que as ameaças à própria vida como “*se acontecer alguma coisa*” (GO 2), são constantes não só na forma verbal, mas também já o foram com objetos cortantes. Essas situações se tornam ainda mais difíceis quando o acompanhante é do sexo masculino, levando os obstetras a ficarem mais preocupados e temerosos das ameaças se concretizarem. Assim, para Dejours (2005a), o abuso verbal é visto como uma ameaça de violência, uma vez que não é possível prever se o ataque permanecerá no registro do discurso ou se atingirá o abuso físico, o que por sua vez, provoca sentimentos de medo no trabalhador.

Para mim isso é o maior risco que a gente corre. É o risco de morte, de ameaça, de chegar, muitas vezes as pacientes intimidam, mais muitas vezes os acompanhantes das pacientes e muitas vezes entram aqui acompanhantes alcoolizados,... Então muitas vezes a gente está aqui, a gente vem aqui para o quarto fazer a evolução porque na hora da visita é impossível a gente ficar lá, na frente dos acompanhantes, porque eles intimidam, ameaçam, gritam com a gente, então assim, realmente não respeitam a nossa profissão,

não respeitam a nossa conduta, não nos respeitam como pessoas.
(GO 11)

Essa declaração sinaliza três aspectos. Primeiro, o maior risco que sentem correr é em relação a própria vida. Segundo, preferem sair da enfermaria no horário de visita por se sentirem intimidados; esse comportamento confirma Dejours (2005a) quando este salienta que quando o risco de agressão está presente no trabalho trivial, torna-se parte da tarefa, fazendo-se necessário que o trabalhador busque neutralizar tanto quanto possível as provocações e violência dos usuários. Assim, é melhor não estar presente na enfermaria, tornou-se parte da atividade continuar o seu trabalho em outro ambiente para preservar-se. Além disso, quando sofre ameaças, todos relataram que tentam não discutir com pacientes/acompanhantes – faz parte de uma regra de trabalho – se assim não o fizerem, além de perderem a razão, acabam por deixar o ambiente desagradável “*se você for discutir com paciente, se indispor com paciente é uma coisa extremamente desagradável para você. Qualquer aborrecimento que você tiver em um plantão, ...eu acho que mexe com você durante o plantão todinho*” (GO 7). Terceiro, não se sentem respeitados enquanto profissionais e enquanto pessoas. Este último aspecto atinge em especial o campo do reconhecimento, o que se apresenta como um perigo para a mobilização subjetiva, uma vez que a retribuição simbólica forma a base para o engajamento pessoal (DEJOURS, 2004a).

Assim, de uma forma geral, todos os aspectos mencionados até então, causam impressões de modo afetivo no trabalhador. Para Dejours (2012b) o real do trabalho se revela ao sujeito sempre por meio da afetividade. O obstetra sente sua vida em risco, sua capacidade de trabalho posta em prova, sua integridade moral desacreditada, não reconhecidos enquanto trabalhadores e pessoas. Todas essas nuances

podem causar sentimentos desagradáveis no trabalhador, como se sentirem expostos e acuados, além do medo da ameaça verbal se concretizar.

A iminência de sofrerem processos judiciais também causam impressões negativas para o médico. Alguns entrevistados relataram que atualmente a maioria dos obstetras trabalham com medo de que alguma coisa saia errada e acabem recebendo processo. Além disso, sentem chateação quando veem um colega nessa situação. Assim como expressa o participante GO 7:

Toda intercorrência aí vem a imprensa, o ministério público, aí você vê em jornal de medicina, aí você trabalha é uma pressão grande. Fica difícil, de vez em quando a gente vê uma confusão em cima de um colega da gente aqui, mas a verdade é uma coisa chata, difícil para gente.

A obstetrícia é a área médica que recebe o maior número de processos no conselho federal de medicina (BOYACIYAN, 2011). Diante disso, os obstetras relataram como um risco que correm, os problemas de ordem jurídica decorrentes de insucesso nas condutas escolhidas ou de situações inevitáveis vivenciadas que são inerentes ao ofício. Para eles, os processos na justiça são desgastantes e levam a prejuízos econômicos significativos. Dessa maneira, faz-se necessário que os obstetras se mostrem resilientes para poderem dar continuidade ao trabalho. Como relata a participante GO 8 “*mãe de uma paciente chamando a gente ‘vocês são uns assassinos, vocês são os assassinos’ . É difícil né, tem que ter muita psicologia para isso*”.

Diante do exposto, foi possível verificar que os obstetras vivenciam uma relação de ambiguidade com suas pacientes, ora caracterizam a

relação como tranquila, ora relatam sofrerem ameaças verbais e sentem medo dessas ameaças se concretizarem. De acordo com Dejours (2012b) a retribuição de natureza simbólica sob a forma de reconhecimento possibilita a mobilização subjetiva do trabalhador, ou seja, possibilita o engajamento pessoal para que o trabalho obtenha êxito. Contudo, se a dinâmica de contribuição e retribuição não acontece, se ocorre falta de reconhecimento pelos esforços realizados, o trabalhador tende a se desmobilizar.

O discurso dos participantes dessa pesquisa revelou que apesar dos diversos impasses com pacientes/familiares e de muitas vezes essas dificuldades causarem sentimentos de mal-estar no ambiente de trabalho, a maioria dos obstetras demonstraram que permanecem engajados com a sua profissão. A obstetra GO 1 expressou: “*Sabe, as vezes a gente faz coisas que a população não tem conhecimento disso, mas a gente realmente se vira nos trinta, para que as coisas no final deem certo*”.

Apesar de todas as dificuldades, foi possível identificar no discurso dos participantes aspectos da sua atividade em que se sentem reconhecidos e realizados com o seu ofício (a categoria a seguir trará maiores esclarecimentos). De modo que esse reconhecimento possibilita que o trabalhador continue engajado e mobilizado com o seu ofício (DEJOURS, 2012b).

A gente luta com essa questão do (maternidade) ser muito difamado, né, então a gente, vamos dizer assim, eu sempre faço muita propaganda a favor do (maternidade). É, eu faço parte daqui. Eu trabalho aqui, e se você for me ver fazendo as minhas evoluções, eu sempre converso muito com elas, eu explico tudo a elas, eu dou bastante atenção a elas, assim, já para desmitificar essa ideia do (maternidade) ser matadouro. (GO 12)

Dessa maneira, nota-se que apesar das ameaças, da estereotipização da sua própria profissão e da estereotipização do hospital, não causam paralização na mobilização subjetiva dos obstetras. As fontes de reconhecimentos advindas das próprias pacientes – nessa relação dual – o impulsionam a resistir, a fazer diferente, nesse caso, a defender a maternidade e buscar sempre fazer um trabalho bem feito.

3.5.3 O reconhecimento no trabalho do médico obstetra

O médico exerce a função de serviço, cuidado e intervenção direta à vida. Essa função faz com que o seu objeto de trabalho seja, necessariamente, atrelado à existência do outro. Para tanto, o convívio diário com esse outro (pacientes, usuários, clientes) e a natureza da atividade (cuidado, ajuda) possibilita que o reconhecimento social assuma um papel preponderante na atividade de trabalho desses profissionais, uma vez que o médico é reconhecido como aquele que pode *salvar vidas*, que pode *curar*, que pode *ajudar*.

Assim, dentre as áreas da saúde, a medicina é o maior exemplo de uma profissão que desenvolveu uma sólida base cognitiva e um exclusivo, vasto e tradicional mercado de trabalho (MACHADO, 1997). Não só aqui no Brasil, mas em todo o mundo, a profissão médica ocupa no imaginário popular um lugar de destaque, sendo comumente associada a ascensão, reconhecimento e prestígio social (SOUSA; SILVA, 2003; VARGAS, 2010).

De acordo com Dejours (1992), o trabalho que é dotado de complexidade, que exige conhecimento, inteligência e saber-fazer é mais admirado e reconhecido pela sociedade (família, amigos, grupo social). A atividade médica se inscreve nessa esfera social, o médico

obstetra necessita de uma alta formação profissional, a graduação dura seis anos em regime integral e em face aos avanços da medicina, não basta fazer uma graduação de qualidade, para uma plena habilitação, faz-se necessário também residência médica, especializações e constantes atualizações (como já apresentado no eixo I).

Pesquisas do Conselho Federal de Medicina apontam que a maioria dos médicos no Brasil se sentem honrados e satisfeitos com a escolha profissional e contam com remunerações que são superiores à maioria dos trabalhadores brasileiros (SCHEFFER et al., 2013). A retribuição material em forma de salário é importante, contudo, conforme aponta Dejours (2013), a retribuição simbólica, é sobretudo essencial para o engajamento do trabalhador e sua saúde mental.

Dessa maneira, a relação simbólica de reconhecimento, através da satisfação e gratidão que por ventura sejam desenvolvidas pela medicina ganham ainda maior destaque na obstetrícia. O obstetra participa de um evento não só biológico, mas acima de tudo, participa de um evento social muito importante que é o nascimento, no qual, os espaços culturais e históricos se fazem presentes, criando um entorno de expectativas (MORAIS, 2010). A esse respeito, a fala a seguir demonstra o quão importante é esse evento para a obstetrícia: “É a realização da obstetrícia, você fazer um parto, você trazer uma criança ao mundo, uma vida” (GO 03).

De acordo com Dejours (2013), o reconhecimento através do julgamento de utilidade pode ser proferido não só pelos superiores hierárquicos e subordinados, mas também pelos clientes (aqui representados pelos pacientes), quando estes reconhecem a contribuição dada pelo trabalhador aos objetivos fixados, uma vez que eles mesmos são beneficiários da qualidade do serviço prestado. Desse modo, em

muitos casos, os obstetras relatam que recebem palavras e gestos de carinho, como expresso na fala da participante GO 13:

Ontem eu estava no shopping e chegou um senhor que eu fiz 3 partos, 2 partos da mulher dele e um foi de gêmeos, ai ele ‘olhe, vá abraçar aquela ali que foi ela que lhe trouxe ao mundo’. Então aquilo para mim é gratificante.

O julgamento de utilidade é importante para o sujeito, pois além de proporcionar o sentimento de ser útil, confere um status na organização para qual trabalha e também na sociedade de um modo geral (DEJOURS, 2013). Dessa maneira, o médico obstetra é para a sociedade aquele que lhe trouxe ao mundo. O reconhecimento do trabalho do obstetra se apresenta sobretudo na realização do parto, ou seja, trazer uma vida ao mundo é o clímax da profissão. Sobre o reconhecimento pelos pacientes, a participante GO 4 relatou uma situação que demonstra retribuição simbólica pelo serviço prestado. Nessa ocasião, percebe-se que a paciente fica feliz em reencontrar a médica que realizou o seu parto e faz questão de mostrar como está o seu bebê.

Ela olhou para mim e fez:

— Doutora, eu não acredito que é a senhora que está aqui não.

Ai eu disse:

— Por que?

— Porque foi a senhora que fez meu parto.

Ai eu:

— Mentira!

Ai ela:

— *Foi a senhora e a doutora...*
Ai ela foi e trouxe o bebê para a gente ver.

O reconhecimento acontece quando o paciente reconhece que o obstetra contribuiu para que o parto fosse bem-sucedido: “*Você fazer um parto e ser agradecida. É você trazer um bebê ao mundo e ser reconhecida de que você fez o certo e que você está sempre fazendo o certo, eu acho que isso é tudo*” (GO 10). Outra participante relatou:

Isso realmente gratifica né, um dia mesmo eu até postei a foto, eu estava aqui passando a visita, e eu nem lembrava que são muitas pacientes né, as vezes você lembra, as vezes você não consegue lembrar de muitas situações, então eu estava passando a visita em outra mãe e aí uma das outras que estavam na enfermaria disse ‘doutora, foi a senhora que fez o meu parto’, lá na cadeira. Foi um prematuro pequenininho, o bebê nasceu com pouco mais de um quilo, pesando quase dois quilos. O bebê já tinha saído da UTI, aí pronto, ela veio tirar uma foto, agradecer. Então isso aí é o que faz valer a pena né. (GO 3)

Desse modo, percebe-se que a retribuição simbólica conferida aos obstetras se deu por meio de seu trabalho bem feito, essa é uma das faces do reconhecimento conforme aponta Dejours (2012b), o reconhecimento não sendo direcionado à pessoa, mas sim ao seu *fazer*, a qualidade do trabalho prestado, “o reconhecimento da realidade que representa a contribuição individual” (DEJOURS, 2004a, p. 71).

Em contrapartida, o reconhecimento da qualidade do trabalho pelo outro, causa impressões no registro da identidade do trabalhador. Ou seja, no reconhecimento, a relação entre trabalho e identidade é

mediatizada pelas relações sociais (DEJOURS, 2012b). A seguinte fala expressa como é possível o reconhecimento conceder ganhos para a identidade:

...eu escuto bastante, por que assim, eu não sou uma pessoa de auto estima muito alta não, ...eu normalmente não sou uma pessoa de me elogiar não, mas eu sempre escuto 'ah, ela nasceu para isso', aí eu acho que realmente de repente eu nasci, aí tudo bem (risos). O fato de eu ficar satisfeita com isso e a reciproca ser verdadeira me faz ter certeza que, eu acho que estou no lugar certo. (GO 12)

Vê-se, nessa fala, o quanto o trabalho possibilitou ganhos para a construção da identidade e afirmação de si mesmo para o trabalhador. Consequentemente, Dejours (2004a) assinala que a conquista da identidade na dinâmica intersubjetiva do reconhecimento no trabalho além de possibilitar a identidade, proporciona a realização de si mesmo no campo das relações sociais, como expresso nas falas a seguir: “Sim, eu me sinto realizada. Eu nunca busquei reconhecimento em nada, assim, na realidade assim, eu nunca fiz nada esperando um reconhecimento, o reconhecimento que eu espero é a minha satisfação mesmo” (GO 9).

Eu me sinto, apesar de tudo isso que eu falei, de todos esses contratempos, essas coisas erradas que a gente sabe que existe na saúde, mesmo assim eu me sinto realizada. Eu não tenho vontade de ser outra coisa a não ser médica e obstetra. Eu nunca pensei em fazer outro curso, outro vestibular para outra coisa, nada. Então eu me sinto sim, me sinto realizada. (GO 1)

Assim, apesar do julgamento ser feito em relação ao trabalho realizado e não à pessoa, o reconhecimento possibilita ganhos na construção da identidade e realização de si mesmo. À vista disso, uma pesquisa realizada por Grossemann e Patrício (2004) apontou que a interação médico-paciente é uma importante dimensão na construção de “ser médico” e na satisfação profissional, gerando ainda, energia e disposição para trabalhar.

3.5.4 A realização profissional

É essencial compreender, portanto, que o trabalho é um fator de equilíbrio para o ser humano. De acordo com Dejours, Dessors e Desrlaux (1993), a ideia difundida de que o não-trabalho é desejado pelas pessoas e lhes causa felicidade é uma farsa. Em geral, quando o sujeito não quer fazer nada, não faz nada e se mantém inativo é um sinal que este pode estar doente. Dessa maneira, quando se observa o discurso dos obstetras é possível verificar que estes escolherem a profissão ainda crianças, ou seja, sonhavam em trabalhar desde muito pequenos. Eis dois pequenos trechos que ilustram essa afirmação: “*Foi acontecendo, eu sei que desde de pequena eu queria ser médica, e obstetra foi com o tempo*” (GO 8); “*Segundo a minha mãe... eu era pequenininha que eu dizia que ‘quando eu crescer eu vou ser meca...’, eu nem sabia falar médico...*” (GO 13).

Assim, a maioria das pessoas saudáveis esperam construir sua identidade no campo social através do trabalho, isso só é possível quando conseguem contribuir para as responsabilidades da *polis*. Ou seja, a maioria das pessoas reivindicam um direito à contribuição para a sociedade, ou em menor escala para a organização de trabalho. De uma maneira ou de outra, as pessoas, em sua maioria, desejam serem

úteis (DEJOURS, 2012b). De tal modo, expressa a participante GO 8: “É exatamente isso, é poder fazer a diferença, tem tanta coisa ruim acontecendo, então é eu poder fazer a diferença”. É possível perceber também esse desejo de contribuir quando relatam que se sentem bem ao ver que o trabalho deu certo, quando contribuíram para o contentamento de alguém.

Lidar com a paciente, acompanhar ela e deixar ela satisfeita e assistir o parto dela e no final conseguir fazer com que elas se sintam felizes com aquele atendimento, que eu vejo nela, na família que há um contentamento com tudo que acontece. (GO 12)

Para Guérin et al. (2001), o trabalho é uma atividade inerente à vida ativa. A atividade de trabalho, em particular sua finalidade, carrega de sentido a relação do indivíduo com o mundo, determinando a construção de sua identidade e socialização. Assim, trabalhar não é somente uma forma de ganhar a vida, é também e acima disso, ter um papel a desempenhar na sociedade através de um investimento pessoal e um esforço permanente para dar sentido a tarefa proposta. Como expressa o participante GO 5:

Então só coisas do dia-dia as tarefas do dia-dia que você consegue ultrapassar a sua existência né, você consegue transmitir um conhecimento, você consegue colaborar com algo nobre, você ultrapassa né. Ou seja, não é algo que alguém disse ‘não, eu fiz para mim, eu sou uma pessoa rica, tenho isso, tenho aquilo outro’, não, nunca foi uma prioridade na minha vida ganhar dinheiro...

Observa-se, então, que o trabalho não é apenas uma via para ganhar a vida, para se sustentar financeiramente. Através do trabalho é possível contribuir com a sociedade. Por fim, cabe ressaltar que, ao serem questionados sobre parar de trabalhar, a maioria respondeu que não pensa sobre esse assunto e não se vê fazendo outra coisa ou deixando de trabalhar.

Eu nunca parei para pensar em parar, então isso faz parte da minha vida, eu não vejo uma coisa que me motiva a ficar na profissão porque eu não me vejo sem está fazendo isso, ...eu não me vejo sem está trabalhando. (GO 6)

É, assim, um dos maiores medos que eu tenho é o de me aposentar. Então eu procuro ter sempre uma atividade de estar fazendo alguma coisa, porque eu acho que é uma forma de você se manter vivo, certo. Quando alguém lhe agradece ou quando... você participa, você contribui, para mim é um máximo. Eu já tenho tempo inclusive para me aposentar, mas nem procuro ir atrás. Ir saber, para não ter que tomar essa decisão. Está certo. Quero estar atuante, quero estar presente, sempre conhecendo novas pessoas, sempre crescendo, se expandido né, ouvindo opiniões, aprendendo né, então isso é fantástico. (GO 5)

Dessa maneira, para Dejours (2012b) trabalhar é uma condição inerente de manifestação da vida. É uma forma de ser, de agir e de viver em sociedade que culmina na construção da própria identidade, na realização de si mesmo e no convívio social. “O trabalho é ainda

e sempre será a origem da riqueza. Ao contrário do veredito prospectivista, não há qualquer possibilidade de término, um fim do trabalho em nosso horizonte” (p. 207).

Considerações Finais

O objetivo da presente obra foi compreender o trabalhar de médicos obstetras que atuam em uma maternidade pública. Para tanto, buscou-se lançar luz sobre a complexa atividade de trabalho desenvolvida cotidianamente por esses profissionais, privilegiando o ponto de vista do trabalhador que é o maior expert de sua atividade, em concordância com a psicodinâmica do trabalho. Nesse sentido, é necessário considerar que a análise do homem em situações de trabalho é um processo difícil, resultado de múltiplos determinantes, e requer do pesquisador uma atenção especial a aspectos que, em geral, são deixados de lado nos estudos sobre o trabalho, a saber: a subjetividade humana.

Apesar do recurso da palavra ser uma via de acesso da realidade, acredita-se que sempre haverá uma defasagem entre a atividade de trabalho, aquilo que o trabalhador diz sobre ela e a interpretação dada pelo pesquisador, uma vez que o trabalho vai muito além do que o que se conhece sobre ele (DEJOURS, 1992). Tendo em vista o quão complexo é o trabalho de interpretação do vivido, acredita-se que as análises contidas nesse estudo formaram uma ideia daquilo que vem a ser o trabalho do médico obstetra, sem, contudo, esgotar todas as possibilidades de compreensão e interpretação dessa realidade. Nesse sentido, acredita-se que as análises feitas não esgotam as discussões acerca da temática, isso porque, o mundo real traz consigo sempre o inédito, nunca será possível abarcar por completo as reais situações vivenciadas cotidianamente pelos trabalhadores.

Dessa maneira, busca-se nessa seção apresentar os elementos de compressão do trabalhar dos médicos obstetras elaboradas nesta

pesquisa através da elucidação dos principais temas discutidos anteriormente

Conhecer a distância existente entre as prescrições (presentes desde sua formação) e a atividade de trabalho realizada cotidianamente (prática). O discurso dos participantes evidenciou ser impossível conhecer a dinâmica trabalho prescrito X trabalho real sem tentar desvelar o invisível e enigmático real do trabalho. Desse modo, foi identificado três modos em que o real do trabalho se manifesta para os médicos obstetras e que interferem necessariamente na diferença presente entre a teoria e a prática profissional, são eles: a carga de trabalho, a imprevisibilidade e as condições de trabalho

A carga de trabalho se apresentou, em geral, como sobrecarga. Foi possível verificar que os obstetras trabalham cotidianamente com a sobrecarga do serviço, muitas pacientes para pouca estrutura hospitalar e poucos profissionais. Também foi identificado que a atividade desempenhada é complexa e exige dos profissionais uma intensa atividade mental, pressão para realizar muitas tarefas em pouco tempo e para que todas saiam bem-sucedidas. Em relação às imprevisibilidades, estas se apresentaram de inúmeras maneiras e são, quase todas, inerentes ao ofício. Essas imprevisibilidades são, quase todas, previstas e se encontram no trabalho prescrito do médico. Os obstetras participantes dessa pesquisa relataram que a profissão é uma “caixinha de surpresas”, pois a gestação é por si só está sujeita a muitas complicações. Já as condições de trabalho permeiam todo o real, a falta de estrutura do hospital e a falta de insumos atrapalham o desenvolvimento das atividades e podem levar o profissional a fracassar em sua missão.

O real se manifesta para o obstetra sempre de maneira afetiva. Assim, no espaço público, a distância entre o conhecimento teórico e prática se manifesta de forma contundente. Os profissionais precisam

buscar novas alternativas em seu fazer o tempo todo e para cartonarem essas situações e vencer os obstáculos impostos pelo real usam da criatividade, da inteligência prática, do engajamento pessoal e coletivo. Assim, foi possível verificar que a relação de serviços proporciona condições organizacionais para a liberdade de pensamento, de ação e de autonomia. No entanto, nem sempre esses profissionais obtém o sucesso almejado em suas condutas, não porque são desatentos e descomprometidos (apesar de existirem profissionais assim), mas sobretudo pela falta de estrutura necessária para atuarem com segurança no serviço público

Nessa perspectiva, fontes de prazer e sofrimento surgem em todos os momentos e, assim, mais um dos temas é evidenciado: *detectar as fontes de sofrimento e prazer vivenciados*. Foi possível detectar em todas as nuances da atividade de trabalho dos obstetras sentimento de prazer e de sofrimento, de modo que o trabalho é sempre vivido de maneira afetiva. Diante das dificuldades impostas pelo real e da crescente discrepância entre tarefa e atividade, foi encontrado na fala dos obstetras sentimento de impotência, fracasso e medo. Já em outros momentos, quando há sucesso no trabalho e reconhecimento, aparecem sentimentos de alegria e satisfação.

Compreender a cooperação presente na atividade laboral: através desse tema, foi possível observar que o obstetra necessita de uma alta formação profissional. Ainda assim, apesar dos longos anos de estudo, esses profissionais não se sentem completamente preparados para atuar, fazendo-se necessário uma formação complementar e continuada. Além disso, também foi possível verificar que o magistério é realizado por todos os participantes e que, em geral, a aprendizagem dos alunos é feita através da observação e prática. Nesse sentido, o trabalhar junto, em equipe, a transmissão dos conhecimentos para os aprendizes e o

compartilhamento de opiniões para a tomada de decisão são características imprescindíveis do fazer em obstetrícia. Desse modo é possível supor que o trabalhar junto também é uma via de formação.

Conhecer o processo trabalho-saúde-doença. Destacou-se a presença da atividade subjetivante no trabalho do médico obstetra. Para trabalhar, o obstetra necessita corporeizar o mundo. Além disso, verificou-se que o uso do tempo fora do trabalho é permeado pelo trabalho, dando pouco espaço para relação familiar, o lazer e os cuidados com a saúde

Sobre analisar a relação dos obstetras com a sociedade através da dinâmica de reconhecimento e realização profissional, se apresentou como uma grande surpresa. A relação médica com suas pacientes e acompanhantes se revelou como ambígua, ora tranquila e que possibilita vivências positivas de prazer e reconhecimento, ora foi revelada como difícil, estereotipada e com violência. Dessa maneira, os obstetras relataram que a relação com as pacientes e acompanhantes é por vezes conflituosas, na qual muitos já receberam violência verbal e ameaças físicas. Assim, o maior risco que sentem correr não é em relação a acidentes de trabalho ou insalubridade hospitalar, mas sim, sentem-se desprotegidos para com aqueles a quem devem servir.

No entanto, apensar dessa dificuldade no relacionamento, o reconhecimento no trabalho é possível e se faz presente principalmente na realização de um parto. Foi possível perceber, portanto, que esse ofício possibilita ganhos na identidade e afirmação de si mesmos para aqueles a qual o exercem.

Diante do exposto, é necessário refletir, ampliando os horizontes para visualizar o contexto social em que essa categoria profissional se encontra. Os obstetras têm vivenciado no cotidiano laboral um contexto de controvérsias e disputas que colocam em pauta o seu ofício e a sua atividade profissional. O espaço midiático tem apresentado para a

sociedade situações de erro, negligência e abuso envolvendo a obstetrícia e em especial os obstetras, situações como essa existem, são verdadeiras e devem ser punidas. Contudo, é importante também dar voz aos trabalhadores, e desvelar não só para a comunidade científica, mas para a sociedade no geral, as tensões, dificuldades, anseios, as condições de trabalho e os problemas organizacionais presentes neste ofício e que são vivenciados cotidianamente por esses profissionais, que, muitas vezes, apesar de realizarem seu trabalho de forma correta, acabam sendo acusados pelas intercorrências pelas quais passam as pacientes.

Sugere-se a realização de intervenções de educação em saúde, promovendo a propagação do conhecimento sobre quem são esses profissionais, quais são suas obrigações e responsabilidades, bem como as dificuldades enfrentadas no dia-a-dia. Só assim, será possível proporcionar debates e reivindicações mais justas tanto para os profissionais, quanto para os beneficiários de seus serviços.

Por fim, é possível afirmar que a Psicologia do trabalho pode em muito contribuir para desvelar a atividade de trabalho dos médicos obstetras, possibilitando não só a reverberação científica, mas também social. Uma vez que, uma possível continuidade dessa pesquisa, pode promover encontros sobre o trabalho e possibilitar não só os próprios profissionais conhecerem sua atividade de trabalho, como também fortalecer o coletivo e construir novos espaços de deliberação.

Referências

ABRAHÃO, J. et al. **Introdução à Ergonomia**: da teoria à prática. São Paulo: Blucher, 2009.

AGUIAR, J. M. et al. Violência institucional, autoridade médica e poder nas maternidades sob a ótica dos profissionais de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 29, n. 11, p. 2287-2296, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2013001600015&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 22 mai. 2017.

ÁLVARO, J. L.; GARRIDO, A. **Psicologia Social** – perspectivas psicológicas e sociológicas. (M.C. Fernandes, trad.). São Paulo: Mc Graw-Hill, 2006.

AROUCA, A. S. O dilema preventivista: Contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva. Originalmente apresentado como Tese de doutoramento. Universidade Estadual de Campinas. São Paulo, 1975. Disponível em: <<http://teses.icict.fiocruz.br/pdf/aroucaass.pdf>>. Acesso em: 22 mai. 2017.

BARBOSA, G. A. et al. (Coords.). **A saúde dos médicos no Brasil**. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2007.

BOHREN, Meghan A. et al. The mistreatment of women during childbirth in health facilities globally: a mixed-methods systematic review. **PLoS Medicine**, v. 12, n. 6, p. e1001847, 2015.

BOYACIYAN, K. (Org). **Ética em ginecologia e obstetrícia**. (4ª ed.). São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2011.

BRAVERMAN, H. Trabalho e força de trabalho. In: **Trabalho capital e monopolista**: a degradação do trabalho no século XX. (3ª ed.). Rio de Janeiro: LTR, 1987

- BRENES, A. C. História da parturição no Brasil, século XIX. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 7, n. 2, p. 135-149, 1991. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1991000200002&lng=en&tlng=pt>. Acesso em: 22 mai. 2017.
- BRITO, J. C. Trabalho prescrito. In: PEREIRA, I. B.; LIMA; J. C. F. (Org). **Dicionário da educação profissional em saúde**. (2ª ed. rev. ampl.). Rio de Janeiro: EPSJV, 2008a. p. 440-445
- _____. Trabalho real. In: PEREIRA, I. B.; LIMA; J. C. F. (Org). **Dicionário da educação profissional em saúde**. (2ª ed. rev. ampl.). Rio de Janeiro: EPSJV, 2008b. p. 453-260
- BUENO, M.; MACÊDO, K. B. A Clínica psicodinâmica do trabalho: de Dejours às pesquisas brasileiras. **ECOS-Estudos Contemporâneos da Subjetividade**, v. 2, n. 2, p. 306-318, 2012. Disponível em: <<http://www.uff.br/periodicoshumanas/index.php/ecos/article/view/1010>>. Acesso em: 22 mai. 2017.
- CARNEIRO, M. B.; GOUVEIA, V. V. **O médico e o seu trabalho: aspectos metodológicos e resultados do Brasil**. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2004. Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/include/biblioteca_virtual/medico_e_seu_trabalho/tra>. Acesso em: 23 mai. 2017.
- CARNEIRO, M. N. A nova cultura científica na obstetrícia e seus efeitos profissionais (séc. XIX). **Revista da Faculdade de Letras. História**, v. 3, n. 6, p. 69-98, 2005 Disponível em: <<http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2321888>>. Acesso em: 23 mai. 2017.
- COLBARI, A. A análise de conteúdo e a pesquisa empírica qualitativa. In: SOUZA E. M. (org.). **Metodologias e análíticas qualitativas em pesquisa organizacional**: uma abordagem teórico-conceitual. Vitória: EDUFES, 2014. p. 241-274. Disponível em: <<http://repositorio.ufes.br/handle/10/939>>. Acesso em: 23 mai. 2017.

CORREIA-LIMA, F. G. **Erro médico e responsabilidade civil**. Brasília: Conselho Federal de Medicina – Conselho Regional de Medicina do Estado do Piauí, 2012.

CUNNINGHAM, F. G. et al. **Williamms Obstetrícia**. (20ª ed.). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S.A, 2000.

DAHLBERG, L.L.; KRUG, E.G. (2002). Violence: a global public health problem. In: KRUG, E.G et al. (Ed.). **Word reports on violence health**. Geneva: World Health Organizations, 2002. p.1-19.

DEJOURS, C; ABDOUCHELI, E. Itinerário teórico em psicopatologia do trabalho. In: DEJOURS, C. et al. **Psicodinâmica do trabalho: contribuição da Escola Dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho**. São Paulo: Atlas, 1994. p. 119-145.

DEJOURS, C. Por um novo conceito de saúde. **Revista brasileira de saúde ocupacional**, v. 14, n. 54, p. 7-11, 1986.

_____. **A loucura do Trabalho: ensaio de psicopatologia do trabalho**. (5ª ed. ampl.). (A. I. Paraguay e L. L. Ferreira, trads.). São Paulo: Cortez-Oboré, 1992.

_____. Addendum: da Psicopatologia à Psicodinâmica do Trabalho. In: LANCMAN, S.; SZELWAR, L. (Orgs.). **Cristophe Dejours: da Psicopatologia à Psicodinâmica do Trabalho**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2004a. p. 48-111.

_____. O trabalho como enigma. In: LANCMAN, S.; SZELWAR, L. (Orgs.). **Cristophe Dejours: da Psicopatologia à Psicodinâmica do Trabalho**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2004b. p. 48-111.

_____. **Commission: Violence, travail, emploi, santé**. France: Ministère de la santé et des solidarités, 2005a. Disponível em: <<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/054000730/index.shtml>>. Acesso em: 23 mai. 2017.

_____. **O fator humano**. (5ª ed.). (M. I. S. Betiol e M. J. Tonelli, trads.). Rio de Janeiro: FGV, 2005b.

_____. **Trabalho vivo**: Sexualidade e trabalho. Tomo I. (F. Soudant, trad.). Brasília: Paralelo 15, 2012a.

_____. **Trabalho vivo**: Trabalho e emancipação. Tomo II. (F. Soudant, trad.). Brasília: Paralelo 15, 2012b.

_____. Sublimação, entre sofrimento e prazer no trabalho. **Revista Portuguesa de Psicanálise**, v. 33, n. 2, p. 9-28, 2013.

DEJOURS, C.; DESSORS, D.; DESRIAUX, F. Por um trabalho, fator de equilíbrio. **Revista de Administração de Empresas**, v. 33, n. 3, p. 98-104, 1993.

ERNESTO, M. V. Aprendendo a ser médico: análise da relação trabalho - saúde de médicos residentes. Apresentado originalmente como Dissertação de Mestrado. Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2013.

FALZON, P.; SAUVAGNAC, C. Carga de trabalho e estresse. In: FALZON, P. **Ergonomia**. São Paulo: Blucher, 2007. p. 141-144.

FOUCAULT, M. Crise da medicina ou crise da antimedicina. **VERVE**, n. 18, p. 167-194, 2010. (Tradução de H. Conde, Trad.). Disponível em: <<http://revistas.pucsp.br/index.php/verve/article/view/8646>>. Acesso em: 23 mai. 2017.

FRANCISCO, R. P. V. Especialidades Médicas-Obstetrícia e Ginecologia. **Revista de Medicina**, v. 91, p. 38-38, 2012.

FRIGOTTO, G. Trabalho. In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. (Org). **Dicionário da educação profissional em saúde**. (2ª ed rev. Ampl). Rio de Janeiro: EPSJV, 2008.

GOLDMAN, L.; AUSIELLO, D. Abordagem à medicina, ao paciente e a profissão e à profissão médica: medicina como profissão humana e aprendida. In: GOLDMAN, L.; AUSIELLO; D. (Eds.) **Cecil, tratado de medicina interna**. (Vol. 1, 23ª ed.). (Trad. A. Kemper et al.). Rio de Janeiro: Elsevier Educacional, 2010.

GOMES, R. M. Trabalho médico e alienação: as transformações das práticas médicas e suas implicações para os processos de humanização/desumanização do trabalho em saúde. Originalmente apresentado como Tese de Doutorado. São Paulo: Universidade de São Paulo, 2010. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5137/tde-04112010-112608/en.php>>. Acesso em: 23 mai. 2017.

GONZÁLEZ-REY, F. L. Diferentes abordagens para a pesquisa qualitativa: Fundamentos epistemológicos. In: **Pesquisa Qualitativa em Psicologia**: caminhos e desafios. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2002. p. 1-52

GROSSEMAN, S.; PATRÍCIO, Z. M. A relação médico-paciente e o cuidado humano: subsídios para promoção da educação médica. **Rev. bras. educ. med**, v. 28, n. 2, p. 99-105, 2004. Disponível em: <http://lrc-ead.nutes.ufrj.br/constructore/objetos/relacao_medico_paciente%5b1%5d.pdf>. Acesso em: 23 mai. 2017.

GUÉRIN, F. et al. **Compreender o trabalho para transformá-lo**. (G. M. J. Ingratta e M. Maffei, trads.). São Paulo: Blucher, 2001.

HOTIMSKY, S. N.; SCHRAIBER, L. B. Humanização no contexto da formação em obstetrícia. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, n. 3, p. 639-649, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000300020&lng=en&tlng=pt>. Acesso em: 23 mai. 2017.

HOTIMSKY, S. N. A formação em obstetrícia: competência e cuidado na atenção ao parto. 2007. Originalmente apresentado como Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo, 2007. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5137/tde-14112007-082030/pt-br.php>>. Acesso em: 23 mai. 2017.

CHAPPELL, D.; DI MARTINO, V. **Violence at work** (3ª ed.). Geneva: International Labour Office (ILO), 2006. Disponível em: <<http://www.ilo.org/global/publications/ilo-bookstore/order-online/>>

books/WCMS_PUBL_9221108406_EN/lang--en/index.htm>. Acesso em: 23 mai. 2017.

KIRK, G. M. **Bases técnicas da cirurgia**. (R. R. S., et al. trads.). Rio de Janeiro: Elsevier, 2012.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. **Fundamentos de metodologia científica**. São Paulo: Atlas, 2010.

LANCMAN, S. et al. O trabalho na rua ea exposição à violência no trabalho: um estudo com agentes de trânsito. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 11, n. 21, p. 79-92, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832007000100008&lng=en&tlng=pt.>. Acesso em: 23 mai. 2017.

LANCMAN, S.; UCHIDA, S. Trabalho e subjetividade: o olhar da psicodinâmica do trabalho. **Cadernos de Psicologia Social do Trabalho**, v. 6, p. 79-90, 2003. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-37172003000200006&lng=pt&tlng=pt.>. Acesso em: 23 mai. 2017.

LAVILLE, C.; DIONNE, J. Das informações a comunicação. In: **A construção do saber: manual de metodologia em ciências humanas**. Porto Alegre: Editora Artes Médicas Sul Ltda; Belo Horizonte: Editora UFMG, 1999. p. 197-231.

LOPES, A. A. Medicina Baseada em Evidências: a arte de aplicar o conhecimento científico na prática clínica. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, v. 46, n. 3, p. 285-8, 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302000000300015&lng=en&tlng=pt.>. Acesso em: 23 mai. 2017.

MACHADO, M. H. (coord.). **Os médicos no Brasil: um retrato da realidade**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1997.

MACHADO, M. H. Trabalhadores de Saúde e sua trajetória na Reforma Sanitária. In: BRASIL. **Cadernos RH Saúde**./ Ministério da Saúde,

Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. (Vol. 3, nº 1). Brasília: Ministério da Saúde, 2006. p. 13-28.

MARTINS, C. Introdução contemporânea na relação médico-paciente. In: MARTINS, C. (org.). **Perspectivas da relação médico-paciente**. Porto Alegre: ARTMED, 2011.

MARX, K. **O Capital**. (Vol. 2. 3ª ed.) São Paulo: Nova Cultural, 1988.

MERHY, E. E. Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas: contribuições para compreender as reestruturações produtivas do setor saúde. **Interface-comunicação, saúde, educação**, v. 4, n. 6, p. 109-116, 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832000000100009&lng=pt&tlng=pt>. Acesso em: 23 mai. 2017.

MIRANDA-SÁ JR, L. S. **Uma introdução à Medicina**. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2013.

MOLIANI, M. M. A influência no processo de trabalho na ocorrência do erro médico. **Estudos de Sociologia**, v. 11, n. 21, p. 33-28, 2006. Disponível em: <<http://seer.fclar.unesp.br/estudos/article/view/87>>. Acesso em: 23 mai. 2017.

MOLINIER, P. **Trabalho e psique**: Uma introdução à psicodinâmica do trabalho. (F. Soudant, trad.). Brasília: Paralelo 15, 2013.

MORAIS, F. R. R. A humanização no parto e no nascimento: saberes e as práticas no contexto de uma maternidade pública brasileira. Originalmente apresentado como Tese de Doutorado. Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Natal, 2010. Disponível em: <<http://repositorio.ufrn.br:8080/jspui/handle/123456789/17585>>. Acesso em: 23 mai. 2017.

NAGAHAMA, E. E. I. et al. A institucionalização médica do parto no Brasil. **Ciênc saúde coletiva**, v. 10, n. 3, p. 651-7, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000300021&lng=en&tlng=pt>. Acesso em: 23 mai. 2017.

NAVARRO, V. L.; PADILHA, V. Dilemas do trabalho no capitalismo contemporâneo. **Revista Psicologia & Sociedade**, v. 19, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822007000400004&lng=en&tlng=pt.>. Acesso em: 23 mai. 2017.

NOGUEIRA-MARTINS, L. A. Saúde mental dos profissionais de saúde. **Rev. Bras. Med. Trab**, v. 1, n. 1, p. 56-68, 2003. Disponível em: <http://www.researchgate.net/profile/Luiz_Antonio_Martins/publication/235433058_Sade_mental_dos_profissionais_de_sade/links/09e41511a19791cfe8000000.pdf>. Acesso em: 23 mai. 2017.

OLIVEIRA, R. P.; OLIVEIRA NUNES, M. Violência relacionada ao trabalho: uma proposta conceitual. **Saúde e Sociedade**, v. 17, n. 4, p. 22-34, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902008000400004&lng=en&tlng=pt.>. Acesso em: 23 mai. 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Trabalhando juntos pela saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

ROCCO, R. P. Relação estudante de medicina-paciente. In: MELLO-FILHO, J.; BURD, M. (Eds.). **Psicossomática hoje** (2^a ed.). Porto Alegre: Artmed, 2010. p. 58-71.

ROSAS, C.F. (Coord.). **Avaliação dos serviços de assistência ao parto e ao neonato no Estado de São Paulo 1997-1998**. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2000.

ROSAS, C.F. (Coord.). **Cadernos Cremesp - Ética em ginecologia e obstetrícia**. (3^a ed.). São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2004.

RUIVO, F. A construção de um projecto profissional: o caso da medicina. **Revista Crítica de Ciências Sociais**, n. 3, p. 129-139, 1987. Disponível em: <<https://estudogeral.sib.uc.pt/handle/10316/10846>>. Acesso em: 23 mai. 2017.

SCHEFFER, M. **Demografia Médica no Brasil 2015**. São Paulo: Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP; Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo; Conselho Federal de Medicina, 2015.

SCHEFFER, M.; CASSENOTE, A. J. F; BIANCARELLI, A. (Coord.). **Demografia Médica no Brasil**. (Vol. 2). São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo: Conselho Federal de Medicina, 2013.

SCHRAIBER, L. B. O trabalho médico: questões acerca da autonomia profissional. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 11, n. 1, p. 57-64, 1995. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1995000100012&lng=en&tlng=pt>. Acesso em: 23 mai. 2017.

SCHWARTZ, Y.; DURRIVE, L. (Orgs.). **Trabalho e ergologia**: conversas sobre a atividade humana (2^a ed.) Niterói: EdUFF, 2010.

SELIGMANN-SILVA, E. **Desgaste mental no trabalho dominado**. São Paulo, SP: Cortez, 1994.

SOUSA, F. A. E. F.; DA SILVA, J. A. Psicofísica do prestígio social: comparação entre diferentes métodos. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 11, n. 3, p. 320-325, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692003000300009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 23 mai. 2017.

SZNELWAR, L. I. et al. Análise do trabalho e serviço de limpeza hospitalar: contribuições da ergonomia e da psicodinâmica do trabalho. **Revista Produção**, v. 14, n. 3, p. 45-57, 2004. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0374.pdf>>. Acesso em: 23 mai. 2017.

VARGAS, H. M. Sem perder a majestade: “profissões imperiais” no Brasil. **Estudos de Sociologia**, v. 15, n. 28, 2010. Disponível em: <<file:///C:/Users/win7/Downloads/2553-5926-1-PB.pdf>>. Acesso em: 23 mai. 2017

Sobre os autores

JÉSSIKA SONALY VASCONCELOS BARBOSA

Mestre em Psicologia Social pela Universidade Federal da Paraíba (2016). Graduada em Psicologia pela Universidade Estadual da Paraíba - UEPB (2013). Ênfase em Psicologia Clínica Cognitivo-comportamental, Psicologia do Trabalho e Saúde Mental do Trabalhador.

PAULO CÉSAR ZAMBRONI DE SOUZA

Professor do Departamento de Psicologia da Universidade Federal da Paraíba - UFPB, nos âmbitos do curso de Graduação em Psicologia e no Mestrado e Doutorado do Programa de Pós-graduação em Psicologia Social. É graduado em Psicologia pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (1992), mestre em Psicologia pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (1997), sob a orientação da Prof^a Maria Luíza Lo Presti Seminário, doutor em Psicologia Social pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (2006), orientado pelo Prof. Milton Atahyde. Realizou Estágio de Doutorado no Département / Institut d'Ergologie - Analyse Pluridisciplinaire de Situations de Travail da Université de Provence / Aix Marseille Université, França (2005) com o professor Yves Schwartz com bolsa da CAPES. Atua na área de Psicologia do Trabalho e Organizacional, principalmente com os seguintes temas: saúde mental e trabalho, saúde / doença / afastamento do trabalho, gestão no trabalho. Realizou Pós-doutorado no Conservatoire National des Arts et Métiers (CNAM - Paris) sob a supervisão do Prof. Christophe Dejours com bolsa do CNPq.

A obstetrícia é uma área de destaque para a medicina, representando uma das necessidades básicas da população, sendo responsável por um evento social, cultural e histórico muito importante que é a realização de um parto. Tal situação submete os(as) profissionais que atuam nessa área à pressão constante por bons resultados, apesar das variabilidades e dilemas que são inerentes ao ofício.

Este livro de Jéssika Sonaly Vasconcelos Barbosa e Paulo César Zambroni-de-Souza aborda os diversos fatores envolvidos no trabalhar de médicos(as) obstetras, evidenciando que esses profissionais vivem em seu dia a dia de trabalho muitos riscos e dificuldades, fazendo-se necessário o desenvolvimento da inteligência prática, da mobilização subjetiva e, sobretudo, da cooperação para que o(a) obstetra realize seu trabalho.

ISBN-13: 978-85-237-1294-5



9 788523 712945