

## **A RACIONALIZAÇÃO DAS CONDIÇÕES DO TRABALHO MÉDICO EM HOSPITAIS**

**Flávia Granzotto Fachini** (UTFPR) - flaviagfachini@gmail.com

**Rejane Cioli** (UTFPR) - recioli@yahoo.com.br

**Francis Kanashiro Meneghetti** (Utfpr) - fkmenegetti@gmail.com

### **Resumo:**

*Este estudo tem como objetivo compreender como se dá a racionalização das condições de trabalho na perspectiva de médicos pediatras e ginecologistas obstetras atuantes no sistema de urgência e emergência de hospitais de Curitiba-Paraná. A metodologia adotada foi a de métodos mistos a qual combina ambos os métodos: quantitativos e qualitativos. Diante da realidade vivenciada pelos profissionais que se traduz em: a) condições precárias de trabalho; b) contratações por produtividade; c) ritmos e rotinas extensas de trabalho; d) gestão inadequada das organizações; e) falta de incentivo à qualificação profissional; f) acesso limitado ao plano de carreira; g) falta de reconhecimento profissional e h) escassez de recursos para a execução efetiva de atendimento aos pacientes, os mesmos continuam executando seu trabalho com zelo e procuram estratégias para suprir a falta de recursos. Dentre as estratégias desdobra-se a racionalização das condições de trabalho compreendida nesta pesquisa enquanto uma argumentação convincente e aceitável para as condições não favoráveis de trabalho. Ela é constitutiva das estratégias coletivas de defesa e permite que os profissionais continuem a realizar seu trabalho com zelo. Ressalta-se que estes sujeitos mesmo imersos nessa realidade não estão submetidos de forma total a ela, ou seja, a racionalização das condições de trabalho é produto de uma dura luta contra o sofrimento por meio de estratégias de defesa e também de resistência.*

**Palavras-chave:** Racionalização; Condições de Trabalho; Hospitais.

**Área temática:** GT-06 Diálogos sobre o Trabalho

# A RACIONALIZAÇÃO DAS CONDIÇÕES DO TRABALHO MÉDICO EM HOSPITAIS

Flávia Granzotto Fachini  
Universidade Tecnológica Federal do Paraná – UTFPR  
[flaviagfachini@gmail.com](mailto:flaviagfachini@gmail.com)

Rejane Cioli  
Universidade Tecnológica Federal do Paraná – UTFPR  
[rejacioli@gmail.com](mailto:rejacioli@gmail.com)

Francis Kanashiro Meneghetti  
Universidade Tecnológica Federal do Paraná – UTFPR  
[francis@utfpr.edu.br](mailto:francis@utfpr.edu.br)

## RESUMO

Este estudo tem como objetivo compreender como se dá a racionalização das condições de trabalho na perspectiva de médicos pediatras e ginecologistas obstetras atuantes no sistema de urgência e emergência de hospitais de Curitiba-Paraná. A metodologia adotada foi a de métodos mistos a qual combina ambos os métodos: quantitativos e qualitativos. Diante da realidade vivenciada pelos profissionais que se traduz em: a) condições precárias de trabalho; b) contratações por produtividade; c) ritmos e rotinas extensas de trabalho; d) gestão inadequada das organizações; e) falta de incentivo à qualificação profissional; f) acesso limitado ao plano de carreira; g) falta de reconhecimento profissional e h) escassez de recursos para a execução efetiva de atendimento aos pacientes, os mesmos continuam executando seu trabalho com zelo e procuram estratégias para suprir a falta de recursos. Dentre as estratégias desdobra-se a racionalização das condições de trabalho compreendida nesta pesquisa enquanto uma argumentação convincente e aceitável para as condições não favoráveis de trabalho. Ela é constitutiva das estratégias coletivas de defesa e permite que os profissionais continuem a realizar seu trabalho com zelo. Ressalta-se que estes sujeitos mesmo imersos nessa realidade não estão submetidos de forma total a ela, ou seja, a racionalização das condições de trabalho é produto de uma dura luta contra o sofrimento por meio de estratégias de defesa e também de resistência.

**Palavras – Chave:** Racionalização; Condições de Trabalho; Hospitais.

## 1 INTRODUÇÃO

O sistema de saúde no Brasil passa por uma profunda crise em seus componentes público e privado, a qual afeta a população em geral, os profissionais de saúde e os médicos, em particular. Segundo constatações do Tribunal de Contas da União (TCU) e da Controladoria Geral da União nos últimos 14 anos, R\$ 4,6 bilhões que deveriam ser direcionados ao Sistema Único de Saúde foram desviados<sup>1</sup>. Frente a este fato é possível visualizar os impactos da falta de recursos nas organizações de saúde. Fiscalizações realizadas pelos Conselhos Regionais de Medicina - CRMs em ambulatórios, Unidades Básicas de Saúde – UBSs, centros de saúde e Postos do Programa de Saúde da Família (PSF) avaliaram os ambientes físicos das unidades, os itens básicos necessários para funcionamento e condições higiênicas. 3% das instalações não possuíam sanitários para funcionários; em 8% não havia pias ou lavabos; foi percebida a falta de sabonete líquido em 16% dos locais e de papel toalha em 18%. As condições de acessibilidade à pessoas com deficiência também não são respeitadas. Além desses problemas, estão comprometidos itens básicos para realização de consultas e procedimentos mínimos com eficiência e segurança. Em 41% das unidades não havia negatoscópio, que ajuda na análise de radiografias. A falta de estetoscópio foi registrada em 23% dos casos, e do esfigmomanômetro, em 20%. Os Conselhos Regionais também verificaram que em 6% das unidades não havia ao menos termômetro para realização dos atendimentos<sup>2</sup>.

Em relação ao sistema emergencial 68% dos estabelecimentos que fizeram parte das fiscalizações, não possuíam o equipamento desfibrilador ou qualquer outro aparelho para socorrer pacientes com paradas cardíacas. Medicamentos para crise cardiorrespiratória e anafilaxia também estavam indisponíveis em 55% das unidades. Em 68% delas também faltavam cânulas ou tubos endotraqueais. A maioria (70%) não possuía máscaras laríngeas e em 25% não havia seringas, agulhas, ou equipos para aplicações endovenosas. Faltavam ainda oxímetros (em 52%), aspiradores de secreções (62%), cânulas naso ou orofaríngeas (61%), laringoscópio com lâminas adequadas (58%), sondas para aspiração (52%) e ressuscitador manual do tipo balão inflável com reservatório e máscara (47%)<sup>2</sup>

---

<sup>1</sup> Dados do Jornal do Conselho Federal de Medicina – CFM – edição n° 252 de Janeiro de 2016. Disponível em: <http://portal.cfm.org.br/>

<sup>2</sup> Dados do Jornal do Conselho Federal de Medicina – CFM – edição n° 254 de Março de 2016. Disponível em: <http://portal.cfm.org.br/>

Os hospitais universitários também sofrem com a falta de recursos. Essas organizações são responsáveis por 10% das internações em todo o país e por quase metade dos procedimentos de média e alta complexidade e recebem recursos incompatíveis com a sua capacidade operacional ou seu perfil assistencial. Dados mostram que em 2015, em 50 hospitais universitários da rede federal, a retração nas contas foi de quase R\$ 550 milhões. O volume foi 7% menor do que o aplicado nestas unidades no ano anterior<sup>3</sup>.

Informações apuradas pelo Conselho Federal de Medicina – CFM no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES do Ministério da Saúde, quase 24 mil leitos de internação, destinados a pacientes que precisam permanecer nos hospitais por mais de 24 horas, foram desativados na rede pública de dezembro de 2010 a dezembro de 2015. A falta de leitos provoca atraso nos diagnósticos e no início dos tratamentos contribuindo para o aumento das taxas de mortalidade. Dentre as especialidades mais afetadas no período em nível nacional, contam a psiquiatria, pediatria cirúrgica, obstetrícia e cirurgia geral<sup>2</sup>.

Além disso, grande parte dos médicos possuem diversos vínculos empregatícios, submetendo-se a longas jornadas semanais, e comumente fazem plantões. Segundo dados do estudo Demografia Médica do Brasil desenvolvido pela Universidade de São Paulo (USP) em parceria com os Conselhos Federal de Medicina e Regional de São Paulo apontam que apenas 22% dos médicos têm somente um emprego; 29,5% trabalham em dois; 24,3% têm três; 12% quatro; 6,8% trabalham em cinco e 5,4% em mais de seis, sendo a multiplicidade de empregos mais comum entre os profissionais jovens. Por possuírem muitos vínculos estes profissionais também trabalham muito, 75,5% deles atuam mais de 40 horas semanais. Quanto a remuneração os jovens são os que recebem menores salários e dentre os jovens as médicas mulheres são as mais mal remuneradas. Quando feita a comparação entre os sexos na faixa salarial até 8 mil reais elas são 27,9% e os homens 14,1%<sup>4</sup>. Os dados apresentados pelo Conselho Federal de Medicina estão em consonância com a pesquisa quantitativa realizada, conforme será verificado nos itens a seguir deste artigo.

Frente a essas condições de trabalho buscou-se com esse estudo compreender como se dá o processo de racionalização das condições de trabalho na perspectiva de pediatras e ginecologistas obstetras que atuam no sistema de urgência e emergência em hospitais públicos e privados de Curitiba e Região Metropolitana.

---

<sup>3</sup> Dados do Jornal do Conselho Federal de Medicina – CFM – edição n° 253 de Fevereiro de 2016. Disponível em: <http://portal.cfm.org.br/>

<sup>4</sup> Dados do Jornal do Conselho Federal de Medicina – CFM – edição n° 256 de Maio de 2016. Disponível em: <http://portal.cfm.org.br/>

A partir da coleta e análise de dados empíricos foi possível aproximar-se da realidade vivenciada por esses profissionais que estão submetidos a contratações por contratos flexíveis - o que não os assegura dos direitos constantes na Consolidação de Leis Trabalhistas (CLT), possuem ritmos e rotinas de trabalho extenuantes - que podem ultrapassar 60 horas semanais, o que também se destoa daquilo que é previsto em lei. Em relação a execução de seu trabalho, estes profissionais são afetados com a falta ou não qualidade e a não manutenção de recursos, sejam eles em um plano material (infraestrutura, insumos para procedimentos, leitos, aparelhos de diagnósticos, exames complementares) seja em um plano subjetivo, onde a ausência de reconhecimento e os conflitos com equipe e pacientes ocasionam o sofrimento. Desta forma, como esses profissionais continuam a executar seu trabalho e procuram diversas estratégias para que este continue sendo efetivo?

Eles racionalizam suas condições de trabalho. A racionalização é compreendida nesse estudo enquanto justificativas adotadas pelos profissionais para que estes consigam “suportar” a realidade em que estão imersos e evitar que o sofrimento vivido se desdobre no adoecimento (DEJOURS, 2012).

Ao longo do artigo buscou-se apresentar como se constituiu a organização do trabalho nos hospitais, sendo a gênese primitiva das práticas de gestão o capitalismo industrial e a sua constituição específica da passagem do hospital como “morredouros” para os hospitais na modernidade (reordenados por processos disciplinatórios) caracterizados enquanto instrumentos de reprodução da força de trabalho (FOUCAULT, 1984). A organização do trabalho aliada as tecnologias de gestão e físicas são fatores determinantes das condições de trabalho desses profissionais. O estudo buscou principalmente demonstrar como se dá o processo de racionalização das condições de trabalho por parte desses profissionais e como isso pode desdobrar-se na banalização do mal. Ressalta-se que estes sujeitos mesmo imersos nessa realidade não estão submetidos de forma total a ela, ou seja, a racionalização das condições de trabalho é produto de uma dura luta contra o sofrimento por meio de estratégias de defesa e também de resistência.

## **2 METODOLOGIA**

A metodologia adotada foi a de métodos mistos, sendo esta uma abordagem que guia a direção para a coleta e análise das abordagens quantitativa e qualitativa buscando alargar o entendimento do objeto de pesquisa (CRESWELL E TASHAKKORI, 2007). O período da coleta e análise de dados ocorreu entre junho de 2015 até fevereiro de 2016.

## 2.1 PROCEDIMENTOS TÉCNICOS E COLETA DE DADOS

Na abordagem quantitativa foi utilizada a pesquisa de levantamento através de questionário *survey* com questões fechadas que foi disponibilizado no site do Conselho Regional de Medicina do Paraná – CRM e divulgado no *mailing* dos médicos e médicas cadastrados. Este questionário ficou disponível no período de 30 dias no site e contou com a resposta de 565 profissionais da medicina que atuam na urgência e emergência no sistema público ou privado no Estado do Paraná em todos os níveis de complexidade. Desse número foram considerados 512 questionários válidos a partir do qual foi elaborado um recorte regional selecionando o município de Curitiba e Região Metropolitana totalizando 277 questionários. Foi identificado que as especialidades mais respondentes foram a Pediatria com 11,2% ou 31 respostas e a Ginecologia Obstetrícia com 6,9% ou 19 respostas. Dessas especialidades os profissionais que trabalham em hospitais somaram 21 questionários, sendo 11 questionários da Ginecologia Obstetrícia e 10 da Pediatria.

Em relação à pesquisa qualitativa foi feita uma pesquisa de campo utilizando-se do recurso de entrevistas semiestruturadas. Foram 9 entrevistas gravadas, sendo 5 entrevistas das especialidades de Pediatria e 4 da Ginecologia Obstetrícia. Os profissionais foram denominados pela respectiva especialidade como: P1, P2, P3, P4, P5 (pediatras), G1, G2, G3 e G4 (ginecologistas obstetras) para garantir o sigilo de sua identificação. O contato com os médicos foi realizado por meio de visita presencial em 16 hospitais de Curitiba e Região Metropolitana, envio de 154 cartas eletrônicas, por meio da Associação de Ginecologia e Obstetrícia do Paraná – (SOGIPA) e Sociedade Paranaense de Pediatria – (SPP) e contato via indicação entre profissionais. As entrevistas foram realizadas de acordo com a adesão profissional. Outros recursos utilizados foram a análise documental, a pesquisa bibliográfica e a observação.

A população e amostragem que constituíram essa pesquisa foram detalhadas na Tabela 1 a seguir:

Tabela 1 – População e Amostra

<b>Pesquisa Quantitativa</b>	<b>Pesquisa Qualitativa</b>
Recorte de amostra intencional	Por adesão dos profissionais
<b>Regional:</b> Curitiba e Região Metropolitana – N=277	<b>Regional:</b> Curitiba e Região Metropolitana – envio de 154 cartas convite (meio eletrônico);
<b>Por especialidade:</b> Pediatria N= 31 Ginecologia Obstetrícia N=19	<b>Por especialidade:</b> Contato telefônico e eletrônico com SOGIPA e SPP;
<b>Por local:</b> Ginecologistas Obstetras e Pediatras que atuam na emergência e urgência de hospitais: N=21	<b>Por local:</b> Visita a 16 hospitais de referência nas especialidades selecionadas, entrega de mais de 30 cartas convite. Adesão: N=9

Fonte: Autoria Própria

Com relação ao perfil dos profissionais participantes da pesquisa quantitativa, que responderam os questionários online, destaca-se que majoritariamente são do sexo feminino em ambas as especialidades, com faixa etária entre 31 a 40 anos, a maioria profissionais autônomos prestadores de serviço por produtividade com tempo de atuação superior a 02 anos e no máximo 10 anos, ou seja, jovens profissionais, conforme observado na Tabela 2.

Tabela 2 – Participantes da Pesquisa Quantitativa

<b>Números</b> N total=21	<b>Sexo</b>		<b>Faixa etária</b>	<b>Tempo de experiência na medicina</b>	<b>Vinculo profissional</b>	
	<b>Fem</b>	<b>Masc</b>			<b>Público</b>	<b>Privado</b>
<b>Pediatria</b>	80,0%	20,0%	31 a 40 anos 50,0%	02 a 05 anos 40,0%	Autônomo 50,0%	Autônomo 50,0%
	N=8	N=2	N=5	N=4	N=5	N=5
<b>Ginecologia</b> <b>Obstetrícia</b>	82,0%	18,0%	31 a 40 anos 55,0%	05 a 10 anos 45,5%	Autônomo 40,0%	Autônomo 50,0%
	N=9	N=2	N=6	N=5	N=4	N=4

Fonte: Autoria Própria

Com relação ao perfil dos profissionais participantes da pesquisa qualitativa, que foram entrevistados, destaca-se que majoritariamente são do sexo feminino na Pediatria e na Ginecologia Obstetrícia 50,0% são homens e 50,0% mulheres, com faixa etária entre 31 a 40 anos na Pediatria e na Ginecologia Obstetrícia de 31 a 50, todos profissionais autônomos prestadores de serviço por produtividade em ao menos uma das organizações em que trabalham com tempo de atuação superior a 05 anos e no máximo 20 anos, conforme observado na Tabela 3.

Tabela 3 – Participantes da Pesquisa Qualitativa

Números N total=9	Sexo		Faixa etária	Tempo de experiência na medicina	Vínculo profissional	
	Fem	Masc			Público	Privado
Pediatria	80,0%	20,0%	31 a 40 anos 80%	05 a 10 anos 80%	Autônomo 100%	Autônomo 100%
	N=4	N=1	N=4	N=4	N=5	N=5
Ginecologia Obstetrícia	50,0%	50,0%	31 a 40 anos 50,0% 41 a 50 anos 50,0%	10 a 20 anos 75,0%	Autônomo 100%	Autônomo 100%
	N=2	N=2	N=2	N=3	N=4	N=4

Fonte: Autoria Própria

## 2.2 MÉTODO E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS

Primeiramente os dados quantitativos foram submetidos a uma análise estatística pela verificação de correlação de Person, utilizando dois softwares: a) R Cran – *Software* livre onde foram analisadas as matrizes de correlação; e b) *Statistical Package for the Social Sciences* - SPSS onde foram realizadas algumas estatísticas para o entendimento das relações entre as variáveis.

Os dados qualitativos foram submetidos a uma análise de conteúdo que possui contribuições conceituadas por Bardin (2011). Para a autora a análise de conteúdo busca a identificação dos principais elementos recorrentes dos materiais analisados, bem como busca inferir resultados a partir da análise dos elementos centrais das comunicações estudadas, havendo então o processo de identificação, classificação e categorização.

### 3 AS CONDIÇÕES DE TRABALHO NOS HOSPITAIS

A organização do trabalho na modernidade pode ser compreendida enquanto “ato de conhecer, organizar e sistematizar conhecimentos adquiridos ou desenvolver métodos utilitários e pragmáticos de execução de tarefas” (FARIA; MENEGHETTI, 2007, p. 1). Essa maneira de organização é constitutiva das relações de trabalho e fundamental para o desenvolvimento dos processos produtivos. Mesmo que essencial, ressalta-se que a utilização cada vez maior de técnicas e modelos para essa organização proporciona a racionalização de tarefas através do seu controle (FARIA, 1997).

Em relação as organizações hospitalares, estas não são locais de produção de mercadorias, porém, na modernidade são fundamentais para a reprodução do sistema de capital a partir da manutenção da força de trabalho. Foucault (1984) afirma que com a emergência do sistema capitalista os corpos passam a ser tomados enquanto objeto, força de produção ou força de trabalho. Anterior a esse processo, os hospitais eram denominados “morredouros” configurando-se enquanto depósitos de pessoas doentes ou consideradas “desviadas” em relação ao padrão normativo socialmente aceito. Com o advento da modernidade esses hospitais são reordenados por processos disciplinatórios, o poder disciplinar se configura enquanto “técnica de gestão dos homens” (FOUCAULT, 1984, p. 105).

Aliado a essas mudanças alteram-se também os saberes e práticas médicas. No momento em que o hospital passa a configurar-se enquanto espaço de cura o profissional médico passa a ser a principal figura dessa organização. Esse local caracteriza-se enquanto espaço de ensino e aprendizagem das práticas da medicina.

Nos dias atuais o processo de trabalho médico nas organizações hospitalares está associado às tecnologias de gestão e tecnologias físicas. As tecnologias de gestão são utilizadas pela administração hospitalar para organização do trabalho médico, sendo as ações legitimadas por legislações de natureza diversa, seja por normas gerais ou internas, seja pelo estatuto normativo específico da categoria profissional.

Além disso, cada vez mais, as práticas de saúde estão atreladas as tecnologias físicas que se traduzem em medicamentos, aparelhos de diagnóstico, exames, entre outros. Desta forma, mesmo que os profissionais de saúde não estejam submetidos exatamente a mesma lógica do trabalho nas fábricas, seu trabalho torna-se cada vez mais especializado e seu saber apropriado para as tecnologias. A autonomia do profissional da medicina sofre os impactos da disponibilidade de determinados serviços para sua execução e até mesmo de como foi

realizada a organização de seu processo de trabalho, pois, não cabe a ele decidir seus horários de trabalho, quantidade de atendimentos e dependendo da organização até o tempo de atendimento do paciente.

É fato que as organizações hospitalares sob o comando do sistema de capital buscam maior eficiência e produtividade. A estrutura organizacional então, incorpora elementos próprios do sistema capitalista para avaliar e planejar situações baseando-se principalmente no cálculo utilitário. Os hospitais gerenciados de forma estritamente utilitária com vistas a atender os interesses econômicos, podem gerar condições de trabalho danosas e riscos aos pacientes.

Na modernidade, ou na era do “capitalismo flexível” como sugerem Harvey (2001) e Sennett (1999), tornam-se cada vez mais comuns contratos de trabalho pagos por produtividade. De acordo com Sennett (1999), no capitalismo flexível não existe longo prazo, as organizações procuram profissionais flexíveis e dinâmicos que possam ajustar-se a diferentes rotinas e ritmos de trabalho. A flexibilidade, considerada na sociedade atual como virtude, produziu novas estruturas de poder e controle ao invés de gerar novas formas de autonomia para os profissionais.

Conforme apresentado no perfil dos profissionais participantes das pesquisas quantitativa e qualitativa majoritariamente têm seu vínculo profissional garantido por contratos de produtividade ou são remunerados através das cooperativas de médicos.

Segundo a Pediatra entrevistada (P2) essa maneira de contratar não assegura os profissionais de seus direitos trabalhistas, como o 13º salário e férias remuneradas ou mesmo afastamento com atestado médico. Relata ainda que por um problema sério em seu olho teve que afastar-se das atividades por duas semanas e por ser horista não houve recebimento ou abono salarial.

Essa forma de contratação flexível fomenta o trabalho simultâneo e com isso os ritmos e rotinas de trabalho são intensificados. Além disso, a gestão hospitalar possui um papel importante na intensificação de rotinas e ritmos de trabalho, pois, cabe a ela decidir o tempo, horários e até mesmo onde ficarão dispostas as salas para atendimento e descanso dos profissionais. Segundo relato da Pediatra (P3) os atendimentos emergenciais são realizados em uma sala de frente para os pacientes, onde os profissionais não têm tempo de anotar um histórico ou discutir um caso, pois, os pacientes sempre buscam monitorar as atividades dos profissionais e pressionam o rápido atendimento. Essa realidade pode ser também exemplificada pelos dados das Tabelas 4 e 5 a seguir:

Tabela 4 – Ritmos e Rotinas de Trabalho dos Pediatras

Ritmos e Rotinas de Trabalho Pediatras	Sistema Público					Sistema Privado				
	A	B	C	D	E	A	B	C	D	E
Ritmo de trabalho no dia-a-dia (volume de atendimentos)	80,0%	0	20,0%	0	0	66,7%	16,7%	16,7%	0	0
Nível de fadiga diária no trabalho	50,0%	20,0%	20,0%	10,0%	0	33,3%	16,7%	50,0%	0	0
Rotinas burocráticas (utilização de sistemas, preenchimento de formulários, etc.)	50,0%	40,0%	10,0%	0	0	0	50,0%	50,0%	0	0
Horas diárias de trabalho	20,0%	40,0%	40,0%	0	0	16,7%	33,3%	50,0%	0	0

A = Muito Alto      B = Alto      C = Médio  
D = Baixo      E = Muito Baixo

Fonte: Autoria Própria

Tabela 5 – Ritmos e Rotinas de Trabalho dos Ginecologistas Obstetras

Ritmos e Rotinas de Trabalho Ginecologistas Obstetras	Sistema Público					Sistema Privado				
	A	B	C	D	E	A	B	C	D	E
Ritmo de trabalho no dia-a-dia (volume de atendimentos)	20,0%	40,0%	30,0%	10,0%	0	20,0%	40,0%	40,0%	0	0
Nível de fadiga diária no trabalho	30,0%	40,0%	30,0%	0	0	20,0%	60,0%	20,0%	0	0
Rotinas burocráticas (utilização de sistemas, preenchimento de formulários, etc.)	40,0%	0	50,0%	0	10,0%	40,0%	40,0%	20,0%	0	0
Horas diárias de trabalho	20,0%	30,0%	30,0%	10,0%	0	20,0%	20,0%	60,0%	0	0

A = Muito Alto      B = Alto      C = Médio  
D = Baixo      E = Muito Baixo

Fonte: Autoria Própria

Conforme sinalizam os dados no Sistema Público 80,0% dos Pediatras respondentes da pesquisa consideram muito alto o ritmo de trabalho e no Sistema Privado 66,7% também. Quanto ao nível de fadiga no Sistema Público 50,0% classificam como muito alto e no Sistema Privado 50,0% consideram ser médio. Em relação as rotinas burocráticas no Sistema Público 50,0% consideram ser muito alto e no Sistema Privado 50,0% alto e 50,0% médio. Acerca das horas diárias de trabalho no Sistema Público 40,0% dos profissionais pediatras

consideram alto e o mesmo número classifica como médio. Em relação ao Sistema Privado 50,0% consideram médio.

No que diz respeito ao ritmo de trabalho de Ginecologistas Obstetras no Sistema Público 40,0% classificam como médio e no Sistema Privado 40,0% alto e 40,0% médio. Em relação ao nível de fadiga no Sistema Público 40,0% desses profissionais classificam enquanto alto e no Sistema Privado 60,0% também alto. Acerca das rotinas burocráticas 50,0% desses profissionais consideram médio no Sistema Público e 40,0% muito alto e 40,0% alto no Sistema Privado. Quanto às horas diárias de trabalho no Sistema Público 30,0% dos respondentes consideram alto e 30,0% também no Sistema Público classificam como médio. No Sistema Privado 60,0% consideram médio as horas diárias de trabalho.

Cada profissional que é empregado por contratos de produtividade trabalha em no mínimo dois locais e em até seis organizações simultaneamente. Conforme relato dos profissionais a situação não muda no sistema privado. Além disso, os profissionais que estão ligados aos convênios não possuem remuneração adequada, e são recorrentes os atrasos nos pagamentos e até invalidação de consultas por erros de sistema ou por serem designadas como retorno, mesmo quando a primeira consulta não foi realizada pelo mesmo profissional, explicitam as Pediatras (P1), (P2) e (P4).

Outra questão que se coloca é a de que esses contratos por produtividade não favorecem o plano de carreira profissional, pois, não se estabelece um vínculo entre os profissionais e a organização. Sendo assim, foi possível observar que o plantão emergencial é uma modalidade que não favorece o plano de carreira e não garante a participação das organizações hospitalares na qualificação profissional. Os discursos gerenciais pregam o auto aperfeiçoamento, além de dinamismo e flexibilidade e contraditoriamente as condições materiais para que os profissionais invistam em qualificação profissional não são favoráveis. Ainda assim, as organizações não buscam facilitar as oportunidades como congressos, cursos ou especializações, não oferecendo auxílio financeiro e nem fomentando ou incentivando de maneira efetiva para que os profissionais assim o façam. Para a Ginecologista Obstetra (G3) a qualificação profissional não é tomado enquanto algo importante, pois, é preciso que o profissional banque com todos os custos e até mesmo receba sanções da chefia para a realização de cursos e participação de congressos, para a profissional o momento em que esta realizou seu mestrado foi muito complicado, pois não houve apoio por parte da equipe e chefia para realização das disciplinas e ela buscou continuar com as atividades no hospital de forma exaustiva. As tabelas 6 e 7 exemplificam quantitativamente a percepção dos pediatras e ginecologistas obstetras acerca da gestão dos hospitais, incentivos à qualificação profissional

e ao plano de carreira. Ressalta-se que nem todos os profissionais responderam a essas perguntas por considerar que alguns dos itens não são contemplados nas organizações onde trabalham ou por trabalharem em apenas uma das modalidades na urgência e emergência.

Tabela 6 – A Administração das Organizações, A Falta de incentivo à Qualificação Profissional e o Acesso Limitado ao Plano de Carreira dos Pediatras

Avaliação da Gestão do Serviço Hospitalar Pediatras	Sistema Público					Sistema Privado				
	A	B	C	D	E	A	B	C	D	E
A administração das organizações	0	10,0 %	50,0%	30,0%	10,0%	0	33,3 %	33,3%	33,3%	0
Os incentivos à qualificação profissional	10,0%	10,0 %	20,0%	20,0%	40,0%	0	33,3 %	0	33,3%	16,7%
O plano de carreira	0	0	30,0%	0	50,0%	0	0	0	50,0%	50,0%

A = excelente      B = bom      C = regular  
D = ruim      E = péssimo

Fonte: Autoria Própria

Tabela 7 – A Administração das Organizações, A Falta de incentivo à Qualificação Profissional e o Acesso Limitado ao Plano de Carreira dos Ginecologistas Obstetras

Avaliação da Gestão do Serviço Hospitalar Ginecologia Obstetrícia	Sistema Público					Sistema Privado				
	A	B	C	D	E	A	B	C	D	E
A administração das organizações	0	10,0%	50,0%	30,0%	10,0%	20,0%	20,0%	60,0%	0	0
Os incentivos à qualificação profissional	0	10,0%	10,0%	40,0%	40,0%	0	0	0	100,0 %	0
O plano de carreira	0	0	20,0%	20,0%	50,0%	0	0	0	20,0%	80,0%

A = excelente      B = bom      C = regular  
D = ruim      E = péssimo

Fonte: Autoria Própria

Conforme demonstram os dados no Sistema Público 40,0% dos pediatras classificam como regular a administração dos hospitais e no Sistema Privado foi identificado o mesmo percentual, de 33,3% entre os profissionais que o classificam como bom, regular e ruim. Acerca dos incentivos à qualificação profissional no Sistema Público 40,0% dos pediatras consideram péssimo e no Sistema Privado existe um empate de 33,3% entre bom e ruim. Em

relação ao plano de carreira no Sistema Público 50,0% relatam ser péssimo e no Sistema Privado o mesmo percentual de profissionais, de 50,0% considerarem ruim e péssimo.

Os dados dos Ginecologistas Obstetras demonstram que no Sistema Público 50,0% consideram a administração hospitalar regular e no Sistema Privado 60,0% também compreender ser regular. Acerca dos incentivos à qualificação profissional no Sistema Público identificou-se que 40,0% consideram ruim e o mesmo percentual consideram péssimo. Em relação ao plano de carreira no Sistema Público 50,0% compreendem ser péssimo e no Sistema Privado 80,0% também têm essa percepção.

O escasso investimento no trabalho profissional pelas organizações e por parte dos órgãos competentes, por meio de recursos financeiros, mas também de ações, levam os profissionais a questionar o reconhecimento profissional, conforme demonstram os seguintes dados das Tabelas 8 e 9.

Tabela 8 – Reconhecimento no Trabalho na Perspectiva dos Pediatras

Reconhecimento no Trabalho Pediatras	Sistema Público						Sistema Privado					
	A	B	C	D	E	F	A	B	C	D	E	F
Nível de conflito com a equipe no ambiente de trabalho	0	0	30,0 %	50,0%	20,0%	0	0	0	33,3 %	33,3 %	33,3 %	0
Nível de conflito com pacientes	10,0%	10,0 %	50,0 %	20,0%	10,0%	0	0	16,7 %	33,3 %	50,0 %	0	0
Reconhecimento dos pacientes pelo serviço	10,0%	20,0 %	20,0 %	20,0%	30,0%	0	0	33,3 %	50,0 %	0	16,7 %	0
Reconhecimento dos superiores/chefias	0	20,0 %	30,0 %	20,0%	30,0%	0	0	16,7 %	16,7 %	33,3 %	16,7 %	16,6 %

A = Muito Alto

B = Alto

C = Médio

D = Baixo

E = Muito Baixo

F = Não se aplica

Fonte: Autoria Própria

Tabela 9 – Reconhecimento no Trabalho na Perspectiva dos Ginecologistas Obstetras

Reconhecimento no Trabalho Ginecologistas Obstetras	Sistema Público					Sistema Privado				
	A	B	C	D	E	A	B	C	D	E
Nível de conflito com a equipe no ambiente de trabalho	0	10,0 %	60,0 %	20,0%	10,0%	0	0	40,0 %	20,0 %	40,0 %
Nível de conflito com pacientes	0	10,0 %	70,0 %	20,0%	0	0	20,0 %	40,0 %	20,0 %	20,0 %
Reconhecimento dos	10,0%	10,0	30,0	30,0%	20,0%	0	40,0	20,0	40,0	0

pacientes pelo serviço		%	%				%	%	%	
Reconhecimento dos superiores/chefias	10,0%	0	10,0%	50,0%	30,0%	0	0	0	60,0%	40,0%

A = Muito Alto      B = Alto      C = Médio  
D = Baixo      E = Muito Baixo

Fonte: Autorial Própria

O reconhecimento é “decisivo na dinâmica da mobilização subjetiva da inteligência e da personalidade do trabalho” (DEJOURS, 2012, p. 34). Quando os profissionais sentem-se reconhecidos eles passam a estabelecer um sentido ao sofrimento vivido, aos seus esforços, suas angústias e suas dúvidas. Sendo assim, não apenas a remuneração e a vida profissional e pessoal são prejudicadas, mas também a relação dos médicos com sua qualidade de vida e o prazer da realização de seu trabalho, o que repercute também no atendimento e rendimento produtivo.

Outra realidade vivenciada por esses profissionais rebate diretamente na execução de seu trabalho. Um dos principais problemas consiste na estrutura para atendimento aos pacientes que se inicia com a falta ou dificuldade de acesso aos leitos de regulação e se estende até em exames mais básicos. Mesmo quando os exames são fornecidos muitos dos profissionais entrevistados admitem não confiar plenamente nos resultados. Além disso, existe a dificuldade com alguns dos aparelhos de diagnóstico não estão em pleno funcionamento ou não são utilizados pela falta de profissionais capacitados para manuseá-los. Essa realidade se apresenta nos hospitais privados e públicos. Nos hospitais públicos onde os profissionais atuam é recorrente a não manutenção da infraestrutura e dos equipamentos que se desgastam pelo tempo de uso e que não são renovados. Essas constatações podem ser exemplificadas pelos dados empíricos das Tabelas 10 e 11. Destaca-se que nem todos os profissionais responderam a essas perguntas por considerar que alguns dos itens não são contemplados nas organizações onde trabalham ou por trabalharem em apenas uma das modalidades na urgência e emergência.

Tabela 10 – Escassez de Recursos para Execução Efetiva de Atendimento aos Pacientes na Perspectiva dos Pediatras

Condições de Trabalho Pediatras	Sistema Público					Sistema Privado				
	A	B	C	D	E	A	B	C	D	E
Infraestrutura	20,0%	40,0%	10,0%	30,0%	0	0	14,3%	14,3%	42,9%	0
Leitos de Regulação	10,0%	80,0%	10,0%	0	0	0	28,6%	28,6%	14,3%	0
Equipamentos	10,0%	20,0%	30,0%	40,0%	0	0	0	42,9%	28,6%	0
Insumos Diários	10,0%	20,0%	10,0%	60,0%	20,0%	0	0	14,3%	28,6%	28,6%

Medicações	0	10,0%	40,0%	40,0%	10,0%	0	0	0	42,9%	28,6%
Profissionais de Apoio	10,0%	20,0%	20,0%	40,0%	10,0%	0	28,6%	0	28,6%	28,6%
Exames Complementares	0	10,0%	40,0%	20,0%	30,0%	0	28,6%	14,3%	0	57,1%

A = sempre falta      B = frequentemente falta      C = às vezes falta  
D = raramente falta      E = nunca falta

Fonte: Autoria Própria

Tabela 11 – Escassez de Recursos para Execução Efetiva de Atendimento aos Pacientes na Perspectiva dos Ginecologistas Obstetras

Condições de Trabalho Ginecologistas Obstetras	Sistema Público					Sistema Privado				
	A	B	C	D	E	A	B	C	D	E
Infraestrutura	10,0%	50,0%	40,0%	0	0	0	16,7%	33,3%	0	50%
Leitos de Regulação	40,0%	20,0%	30,0%	0	0	0	33,3%	16,7%	33,3%	16,7%
Equipamentos	20,0%	40,0%	30,0%	10,0%	0	0	0	16,7%	33,3%	50%
Insumos Diários	10,0%	40,0%	10,0%	20,0%	20,0%	0	0	16,7%	33,3%	50%
Medicações	10,0%	50,0%	0	40,0%	0	0	16,7%	16,7%	50%	16,7%
Profissionais de Apoio	20,0%	20,0%	10,0%	30,0%	20,0%	0	33,3%	0	66,7%	0
Exames Complementares	10,0%	30%	10,0%	30,0%	20,0%	0	0	0	66,7%	33,3%

A = sempre falta      B = frequentemente falta      C = às vezes falta  
D = raramente falta      E = nunca falta

Fonte: Autoria Própria

Para entender como os profissionais da medicina continuam a executar suas atividades mesmo em condições inadequadas para realizá-las, seja pela escassez ou a não qualidade dos recursos materiais nos hospitais ou pela não participação do planejamento e organização de seu trabalho, bem como, a escassez de reconhecimento essa pesquisa compreende que existe a negação da realidade, onde os indivíduos criam uma racionalidade própria para conseguir suportar a pressão dos mecanismos coercitivos sejam eles impostos pelas normas da estrutura burocrática organizacional, seja por meio do controle simbólico-imaginário, controle político-ideológico, os profissionais criam “estratégias de defesa” (DEJOURS, 2012).

#### 4 A RACIONALIZAÇÃO DAS CONDIÇÕES DO TRABALHO MÉDICO NOS HOSPITAIS

Como já explicitado no tópico anterior, os profissionais médicos entrevistados estão submetidos as mais variadas formas de precarização do trabalho. Sua contratação realizada por meio de contratos flexíveis retrata um pouco da realidade desses profissionais que

trabalham na urgência e emergência no contexto brasileiro. Como sinaliza Sennett (1999), os profissionais da modernidade devem estar dispostos a se ajustar a rápidas mudanças, estar apto a mudar de emprego e ambiente de trabalho a qualquer momento. As contratações por produtividade não asseguram aos profissionais direitos básicos como o 13º salário e férias remuneradas, e não os assegura em situações de doença ou acidente de trabalho, além disso, todos os profissionais participantes da pesquisa trabalham em mais de um hospital. Essa condição não permite o envolvimento destes no plano das decisões acerca de seu trabalho e também promove a intensificação de horas trabalhadas que podem ultrapassar 60 horas semanais em vários locais diferentes, o que destoia da legislação que prevê àqueles que estão garantidos pela Constituição das Leis Trabalhistas (CLT) a jornada de 44 horas semanais.

Acerca da rotina de trabalho, as tecnologias físicas e de gestão presente nas organizações hospitalares passam a definir seu ritmo e como este deve ser executado. Segundo Faria (2011), não há concretamente como separar tecnologia física e de gestão, pois a utilização da primeira leva ao emprego da segunda. Sendo assim, as tecnologias físicas e de gestão vão constituir-se enquanto fenômenos integrados e complementares que viabilizam o controle sobre o processo de trabalho e conseqüentemente daqueles que vivem do trabalho. Essa forma de gestão do trabalho fomenta o aumento da produtividade (no caso da emergência, que os profissionais atendam os pacientes e realizem suas atividades da forma mais eficiente e rápida possível). As formas de controle físico estão associadas a rotina e ritmo de trabalho que se dão por meio de horas excessivas de trabalho e na falta de qualidade dos materiais para a realização do trabalho médico. Conforme explicita Dejours (1988), a racionalidade instrumental, que é base para constituição dos avanços científicos, promove a submissão dos indivíduos às regras da sociedade que estão determinadas pela tecnologia e pela forma instrumental de conceber a realidade.

Mesmo com todas as situações apresentadas a pesquisa realizada demonstra que os profissionais extrapolam as regras e normas, sejam elas no plano do social ou organizacional, realizando seu trabalho com zelo e da melhor forma possível. Em muitos dos relatos constatou-se que os profissionais buscavam estratégias para conseguir efetivar seu trabalho. Entre essas estratégias destaca-se a da Ginecologista Obstetra (G1) que selecionava as pacientes que utilizariam o instrumento chamado cauterio elétrico<sup>5</sup> nas cesarianas e a da Pediatra (P2) que

---

<sup>5</sup> É um aparelho eletrônico que tem a capacidade de transformar a corrente elétrica de alta tensão, mais que apesar da intensidade, não ocasiona alteração orgânica nem excitação nervosa. Esta corrente de alta frequência de uma unidade de eletrocirurgia é usada para cortar e coagular os tecidos.

transferia pacientes dos Leitos do sistema privado para o público quando estes necessitavam de exames de alta complexidade que não tinham cobertura do convênio.

Conforme explicita Dejours (2012), o trabalho prescrito se difere do trabalho real. Sendo assim, o zelo é acrescentado a organização prescrita do trabalho como forma de torná-lo eficaz. Se os profissionais seguissem de forma estrita as normas e protocolos da organização não conseguiriam realizar seu trabalho de forma efetiva. Então, são criadas estratégias para “burlar” estas regras. As regras burladas em geral são aquelas que rebatem estritamente nos profissionais que não sofrem sanções, pois, são aquelas permitidas de forma velada pela organização e não geram prejuízo a ela. Destaca-se a situação da Pediatra (P5) que trabalhava na urgência e realizava plantão na UTI neonatal ao mesmo tempo, mesmo estando doente. Segundo a entrevistada não havia pessoal suficiente para que ela pudesse faltar ao trabalho para cuidar de sua própria saúde, então buscou realizar as atividades mesmo debilitada.

Então, as questões que se colocam são: Por que os profissionais continuam a executar seu trabalho, buscando formas eficientes para fazê-lo? Por que mesmo com escassez de recursos, falta de materiais e frente a precarização de seus empregos e contratos flexíveis estes profissionais e a sociedade em si não se posicionam politicamente frente a essas questões?

Quando o indivíduo é incapaz de refletir sobre seu entorno “a realidade aparente” torna-se para ele a verdade concreta. Como forma de manter-se na normalidade os indivíduos tendem a negar as contradições presentes nas organizações hospitalares, com o auxílio dos mais variados mecanismos político-ideológicos e imaginários. Esta forma de negação caracteriza-se por Dejours (2012) como “estratégias de defesa” que tendem a tornar “aceitáveis” as condições de trabalho inadequadas e situações que lhes cause sofrimento. Desta forma, a normalidade não se constitui enquanto ausência de sofrimento, tendo em vista que essas estratégias buscam criar uma racionalidade própria dos indivíduos por meio da negação das contradições, e assim como forma de suportar o sofrimento vivido, produto de condições de trabalho que vivenciam.

Nestes processos e contextos a racionalização das condições de trabalho nos hospitais pelos profissionais médicos é compreendida enquanto uma argumentação convincente e aceitável para as condições não favoráveis de trabalho. Ela é constitutiva das estratégias coletivas de defesa e permite que os profissionais continuem a realizar seu trabalho com zelo. Racionalização designa uma defesa psicológica que consiste em dar a uma experiência, a um comportamento ou a pensamentos reconhecidos pelo próprio sujeito como inverossímeis (mas

dos quais ele não pode prescindir) uma aparência de justificação, recorrendo a um raciocínio especioso, mais ou menos obscuro ou sofisticado (DEJOURS, 2012).

Dentre as argumentações, muitas delas estão associadas a relação entre médico e paciente e a não possibilidade de outra alternativa a não ser realizar o atendimento. Está na valorização social da profissão, na escolha profissional e até mesmo na criação de um vínculo afetivo com os pacientes, como a médica Pediatra (P5) que deixou de cuidar de si mesma para dedicar-se aos bebês da UTI neonatal. Está na necessidade de remuneração, quando os profissionais possuem rotinas e ritmos de trabalho excessivos. Muitos dos profissionais justificaram o não acesso ao 13º salário e a férias remuneradas por seus salários acima da média da população que trabalha. A Pediatra (P4) até contou como faz para afastar-se do trabalho para descanso, relatando intensificar seu trabalho nos plantões para garantir um montante de dinheiro e ausentar-se por um mês.

A negação da realidade concreta se dá não apenas pelo sofrimento causado pelo medo da não remuneração e da instabilidade, mas também pelo medo da perda de seus valores e ideais recaindo em um “sofrimento ético” (DEJOURS, 2012). Por esse motivo a Pediatra (P5) cria uma racionalidade para retirar várias amostras de sangue de um bebê recém-nascido para realização de exames e conseqüentemente ter que recorrer a uma transfusão. Isso acontece porque o insumo para a coleta não possui qualidade, porém, a amostra de sangue deve ser retirada conforme seu relato. Ou como o exemplo do Ginecologista Obstetra (G3) que atende suas pacientes em trabalho de parto em uma sala com infraestrutura extremamente precária, com macas que não posicionam adequadamente a paciente e não isolam sons e não garantem privacidade. A racionalização faz com que algo a princípio deplorável e questionável torne-se um “mal necessário”, naturalizado.

Essa pressão para trabalhar mal se dá pelas pressões sociais e pelas condições de trabalho em que estão imersos. Diferente do zelo pela norma a “pressão para trabalhar mal” (DEJOURS, 2012), não coloca em questão habilidades e competências profissionais. Mesmo quando o profissional possui um saber e conhecimentos para executar seu trabalho ele não pode fazê-lo de forma efetiva, pois, as pressões sociais o impedem. A Pediatra (P1) descreve seu cotidiano relatando que em muitos momentos está atendendo a pacientes graves e não tem tudo o que precisa para fazê-lo adequadamente. Estes pacientes devem ser então transferidos o mais rápido possível, porém, os leitos de regulação estão na maioria das vezes indisponíveis sendo necessário manter aqueles pacientes no local mesmo que eles corram risco de vida eminente.

O sofrimento vivido pelos profissionais médicos não é compreendido socialmente na sua íntima associação com a injustiça, mas, apenas enquanto um “fenômeno sistêmico” sendo um problema natural e distanciado em que os indivíduos não podem exercer nenhuma influência (DEJOURS, 2012). Quando a injustiça é considerada como inevitável, fator ligado a “natureza das coisas” o sofrimento é caracterizado apenas enquanto uma adversidade podendo justificar compaixão, piedade ou caridade, mas não um problema político.

Desta forma, para que os profissionais consigam continuar trabalhando e reproduzindo esse modelo estes racionalizam suas condições de trabalho, ou seja, buscam justificativas aceitáveis. Portanto, a racionalização se apresenta nessa pesquisa enquanto justificativas para conseguir “suportar” a realidade em que estão imersos e evitar que o sofrimento vivido se desdobre no adoecimento. Essa estratégia se consolida mais facilmente quando toma uma dimensão coletiva, quando aquilo que acreditam ser moralmente certo é aceitável pelos seus pares fica mais fácil para legitimar tais afirmações.

Na sociedade as condições de trabalho na urgência e emergência são muitas vezes discutidas apenas em um plano instrumental e mesmo que exista a reflexão ainda não são realizadas ações políticas efetivas para alterar esta realidade.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A pesquisa empírica apresenta um panorama acerca das condições de trabalho dos profissionais médicos pediatras e ginecologistas obstetras que atuam no sistema de urgência e emergência. Nos hospitais existe a escassez ou não qualidade de infraestrutura, insumos de procedimentos, medicamentos, leitos de regulação, entre outros. Mesmo quando não existe a falta total desses materiais a qualidade deles não corresponde ao necessário para que o trabalho seja executado de forma efetiva. Os profissionais médicos estão empregados majoritariamente por contratos de trabalho, e realizam suas atividades em mais de uma organização, podendo chegar a trabalhar em até seis locais simultaneamente. Além disso, trabalham cerca de 60 horas semanais com rotinas e ritmos de trabalho e plantões extenuantes, sem garantias asseguradas pelos direitos trabalhistas e perspectiva de plano de carreira.

Diante disso, o cenário observado é o de profissionais buscando estratégias para continuar realizando suas atividades. Essas estratégias coletivas de defesa caracterizam-se em uma dura luta dos profissionais contra o sofrimento vivenciado cotidianamente. São diversas

as justificativas a que se teve acesso. O serviço não pode parar, o sistema de emergência e urgência dos hospitais continua funcionando constantemente, mesmo quando a categoria profissional se encontra em greve. Quando as situações de violência vivenciadas pelos profissionais são estampadas nos meios midiáticos, estes casos se passam por excepcionais, porém, a sua dimensão é muito maior do que aquilo que é demonstrado, pois, o limite da racionalização para a naturalização das condições deploráveis de trabalho é tênue. O problema principal consiste em que o mal comece a se “passar” por bem, como o inevitável e o natural, ou seja, passe a ser algo justificável e aceitável. E mais do que isso, que a crueldade e a violência na qual os profissionais médicos estão submetidos e chegam até a reproduzir, não sejam apenas banalizadas, mas também em última instância sejam resultantes da sublimação.

É inegável o fato de que essa realidade deve ser alterada. Em um plano objetivo os recursos devem ser compatíveis com as necessidades das organizações. É preciso a socialização efetiva da saúde no Brasil e pensar sobre uma nova forma de se organizar e gerir o trabalho nos hospitais. Além disso, Dejours (2012) nos aponta algumas saídas para o sofrimento. De acordo com o autor se as relações sociais de trabalho são principalmente relações de dominação, o trabalho, no entanto, pode permitir uma subversão dessa dominação por intermédio da psicodinâmica do reconhecimento: reconhecimento, pelo outro, da contribuição do sujeito para a administração da defasagem entre a organização prescrita e a organização real do trabalho. Quando a dinâmica do reconhecimento funciona, o sujeito se beneficia de uma retribuição simbólica que pode inscrever-se no âmbito da realização do ego, no campo social. Assim, pode-se concluir que a dimensão ambivalente do trabalho pode causar infelicidade, alienação e até mesmo desencadear doenças mentais, mas pode também ser mediador da auto realização, da sublimação e da saúde.

O mundo do trabalho na modernidade não está permitindo que os indivíduos planejem seu trabalho e contribuam de forma efetiva em sua construção. Nestes casos, o indivíduo é impedido de realizar com qualidade seu trabalho e de dedicar todas as suas habilidades. Por consequência das pressões sociais o trabalho desdobra-se no sofrimento. Nos hospitais, os médicos podem vivenciar momentos prazerosos em um atendimento ou em ações de reconhecimento por parte dos familiares dos pacientes, e muitas vezes esse tipo de afeto é que o que os impulsiona a buscar a felicidade no trabalho. Porém, o que prevalece são as dificuldades que se apresentam de forma muito incisiva no seu cotidiano de trabalho. Um relato de uma das médicas entrevistadas (P1) caracteriza o sistema de urgência e emergência como um dos locais de maior infelicidade, pois não garante que os médicos tenham acesso aos chamados por ela como “ganhos da medicina”. Para a entrevistada é impossível um

plantonista acompanhar a melhora do paciente, ou até mesmo criar algum tipo de dimensão duradoura de afeto com ele ou com sua família.

A racionalização, ou seja, essas justificativas criadas permitem que a sociedade ou os próprios médicos continuem aceitando as condições precárias de trabalho e a não reflexão da realidade não permite que sejam criadas ações efetivas contra a naturalização desse cenário. Destaca-se que existe um papel determinante da ideologia presente que consolida essa racionalização. Esses profissionais continuam realizando suas atividades por dever, por consciência e por suas atividades serem concretizadas a serviço da sociedade.

## REFERÊNCIAS

CRESWELL, J.W; TASHAKKORI, A. **Developing publishable mixed methods manuscripts** [Editorial]. Journal of Mixed Methods Research: 2007, 1(2), 107-111.

DEJOURS, Christophe. 3.<sup>a</sup> ed. **A loucura do trabalho**. São Paulo: Cortez, 1988.

\_\_\_\_\_. A banalização da injustiça social. Rio de Janeiro, Editora: FGV, 2012

FARIA, José Henrique de. **Tecnologia e processo de trabalho**. Curitiba: UFPR, 1997.

FARIA, José Henrique de. **Economia Política do Poder: fundamentos**. 1º ed. (ano 2004). Curitiba: Juruá, 2011. FARIA, José Henrique de. **Economia Política do Poder: uma crítica da teoria geral da administração**. 2º ed. (ano 2004). Curitiba: Juruá, 2011.

FARIA, José Henrique de; MENEGHETTI, Francis Kanashiro (2007). A Instituição da violência nas relações de trabalho. In: J. H. Faria (Org.), **Análise crítica das teorias e práticas organizacionais** (pp. 278-298). São Paulo: Atlas.

FOUCAULT, Michel; MACHADO, Roberto (Org.). **Microfísica do poder**. 10. ed. Rio de Janeiro, RJ: Graal, 1984.

HARVEY, David. **Condição pós-moderna: uma pesquisa sobre as origens da mudança cultural**. São Paulo, SP: Loyola, 2001.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Jornal do Conselho Federal de Medicina**. Ano XXXI, n° 252. Janeiro de 2016

\_\_\_\_\_. **Jornal do Conselho Federal de Medicina**. Ano XXXI, n° 253. Fevereiro de 2016

\_\_\_\_\_. **Jornal do Conselho Federal de Medicina**. Ano XXXI, n° 254. Março de 2016

\_\_\_\_\_. **Jornal do Conselho Federal de Medicina**. Ano XXXI, n° 256. Maio de 2016

SENNETT, Richard. **A corrosão do caráter**: consequências pessoais do trabalho no novo capitalismo. Rio de Janeiro: Record, 1999.