

MÉDICOS CEARENSES E O TRABALHO EM MUTAÇÃO

TELMA BESSA SALES, JOÃO B. FEITOSA DOS SANTOS,
REGINA HELOÍSA M. O. MACIEL,
LEONARDO FEITOSA, MARCO ANDRADE ALVES¹.

Introdução

O sistema de saúde no Brasil passou por fortes modificações estruturais com origem na década de 1980. A implantação do Sistema Único de Saúde - SUS é a resultante principal dessa mudança com uma política de descentralização e universalização da saúde no País. O SUS foi assegurado pela Constituição de 1988 para ampliação do serviço de saúde nos municípios brasileiros e o acesso a um atendimento público de qualidade.

A partir disso, novas políticas públicas foram implantadas como o Programa Saúde da Família – PSF que consiste em uma estratégia de aplicação dos ideais do SUS voltado para a saúde básica com implantação de várias unidades básicas de saúde nos pequenos municípios brasileiros. Em julho de 2004, dos 5.561 municípios do País, 4.701 (84,55%) tinham acesso ao PSF, representando uma cobertura de 38,3% da população (CAMPOS E MALIK, 2008).ⁱ

Além de ampliar o serviço de saúde no Brasil, o PSF trouxe uma nova concepção de atuação médica, privilegiando uma visão integral do paciente e de seu contexto social. São equipes de trabalho que atendem o paciente de forma integral, acompanhando suas deficiências de saúde em várias modalidades de saúde, tais como o dentário, psicológico, fisioterápico, enfatizando a prevenção da saúde de uma forma localizada e regionalizada. Especificamente no Ceará, em 1988, 83% dos seus municípios já contavam com equipes do PSF (SANTOS *et al*, 2006)ⁱⁱ.

¹ Este artigo é parte de uma pesquisa mais ampla intitulada “Medicina itinerante e precariedade da saúde: estudo da itinerância no exercício da medicina no Ceará” realizada pelo *Observatório de Recursos Humanos em Saúde - Estação CETREDE/UFC/UECE (apoio- OPAS)* com os seguintes pesquisadores: Telma Bessa Sales - Prof^a Dr^a História – UEVA/CE, João Bosco Feitosa dos Santos (Prof. UECE Dr^o. Sociologia), Regina Heloísa M. O. Maciel (Prof^a. UNIFOR Dr^a Psicologia) Leonardo Feitosa (Estudante de Medicina), Marco Andrade Alves (mestrando Sociologia UFC).

Dentre os vários profissionais necessários ao bom desempenho do SUS, os médicos se expressam como um dos principais agentes do sistema. A profissão médica, antes quase exclusivamente exercida nos consultórios particulares, configurando o médico como profissional autônomo, vem deslocando sua área de atuação para os hospitais e policlínicas, em decorrência, principalmente, dos avanços tecnológicos e da implantação dos novos conceitos de promoção e atendimento, como no caso do SUS. Nas últimas décadas, o médico vem se adaptando à nova ordem, passando a ser um trabalhador assalariado, tanto em instituições públicas quanto privadas (MACHADO, 2005)ⁱⁱⁱ. Para aumentar os ganhos com seu trabalho, procura articular vários empregos assalariados a outras formas de vínculo, exercendo a profissão em vários locais, inclusive em municípios diferentes, mesmo que isso contribua para precarizar suas vidas e o sistema de saúde.

Machado (2002), discorrendo sobre o perfil dos médicos do Nordeste do Brasil, assinala que a maioria dos profissionais da região é formada em escolas públicas. Além disso, 69,7% dos médicos estão no setor público, 59,3% no privado e 74,7% em consultórios, mostrando que os profissionais costumam manter mais de um tipo de inserção no mercado de trabalho.^{iv}

Uma multiplicidade de fatores socioeconômicos e culturais pode levar os médicos, principalmente os de países em desenvolvimento e de regiões mais pobres, como o Ceará, a criar estratégias de trabalho que contemplem suas necessidades econômicas, desenvolvimento de carreira e expectativas individuais relacionadas à profissão que escolheram. Uma dessas estratégias é a manutenção de variados vínculos de trabalho (públicos, privados e liberais), em alguns casos, em diferentes cidades

Em decorrência da complexidade de estudar a categoria profissional dos médicos, procurou-se destacar os aspectos relacionados à subjetividade e o contexto de trabalho, a prática cotidiana, além do multiemprego e carga de trabalho como fatores de precarização do trabalho do médico e do sistema de saúde e sua qualidade de vida.

A abordagem da pesquisa tem uso da metodologia da História Oral. Diferentemente da maior parte dos documentos, dos quais se vale a pesquisa as fontes orais não são, de fato, achados do pesquisador, mas construídas em sua presença, com a sua direta e determinante participação, o que significa que se trata de uma fonte relacional.

Para a pesquisa foram entrevistados 11 (onze) profissionais médicos de instituições públicas e privadas e os nomes colocados neste artigo são fictícios privilegiando a análise do sistema de saúde não apenas os aspectos técnicos, econômicos, mas valorizando os aspectos culturais, as experiências dos médicos suas relações sociais e modos de vida.

A escolha dos entrevistados teve como processo de seleção a condição que o médico tivesse mais de um vínculo de trabalho, já que a intenção era enfatizar aqueles médicos que desenvolvem a profissão em mais de uma instituição ou órgão de saúde, em municípios diversos. Parte significativa dos entrevistados vem de famílias cearenses e cursaram a faculdade nas décadas de 1970, 1980 na única universidade pública do Estado na época.

O primeiro curso de Medicina do Ceará foi criado em 1948. Antes disso, os pretendentes à carreira se formavam no Rio de Janeiro, Salvador ou Recife. Foram criados, recentemente, outros cursos: em Sobral (2001), Juazeiro do Norte (2000), e em Fortaleza: Faculdade de Medicina Christus (2006), Universidade Estadual do Ceará (2002) e Universidade de Fortaleza.

O início do exercício profissional se deu por meio de plantões, residências médicas e concursos. Um destaque presente nas narrativas dos médicos é a necessidade de capacitação permanente. Todos expressam o desejo de aperfeiçoamento como forma de investimento pessoal, o que se pode perceber na fala de Carlos Eduardo, urologista, que trabalhou em dois municípios: “Quem escolhe a área de medicina tem que ser pro resto da vida se dedicando pra aperfeiçoar cada vez mais, é o resto da vida se dedicando, não pode parar”

a) A rotina é muito pesada

No diálogo com os médicos entrevistados, há depoimentos interessantes que enfatizam questões relacionadas às condições do trabalho e à dinâmica do emprego ou empregos. Nessa dimensão, importa saber que o Ministério da Saúde define a mesma carga horária para todos os profissionais do PSF: oito horas de trabalho diárias. Dentro da perspectiva do PSF, este tempo possibilita criar laços com a comunidade e conhecer as histórias dos pacientes para atingir maior eficiência no atendimento dos pacientes. No

entanto, o que se vê são múltiplos vínculos num ritmo de mais de dez horas em diversos trabalhos, fora o tempo dedicado ao deslocamento de um lugar ao outro.

Segundo as opiniões dos médicos, o significativo excesso de vínculos ocorre porque consideram o salário muito baixo em relação aos gastos e carga horária trabalhada, levando-os a assumir inúmeros expedientes, o que acarreta a precarização do trabalho médico.

O custo de vida e as demandas pessoais os levam a assumir vários plantões e um grande número de consultas em diferentes consultórios e instituições. O agravamento desta situação se dá em decorrência dos vários vínculos que o médico assume como se pode perceber na fala de **Cláudio Cesar**:

Cláudio Cesar: Eu trabalho num centro público na parte médica, tenho meu consultório particular e atendo em mais dois municípios. Numa tarde eu faço estes dois municípios pois é perto, e o atendimento é especializado, não há volume enorme de pacientes. Houve tempo que eu trabalhava sábado, domingo, hoje não.

Na opinião de Antônio Luiz, médico ortopedista formado há dezessete anos, houve melhora significativa na remuneração, além de maior oferta e melhores condições de trabalho. Reconhece que há uma *ansiedade, uma ganância para ganhar muita grana*. É o que se pode perceber:

Antônio Luiz: Eu acho que você tem de buscar aquilo que seja o suficiente pra você manter uma vida digna, sem atropelos. Logicamente sem esbanjamento por que se você quer esbanjar ou ter um luxo você vai ter que fazer muito mais do que você pode fazer mantendo uma qualidade de vida satisfatória.

A possibilidade de ter várias fontes de renda, mesmo de forma precarizada e precarizante, significa um aumento de capital e a manutenção de um *status* privilegiado. Há informações contraditórias sobre os rendimentos do trabalho e uma concordância: *de uma maneira geral, os médicos, do ponto de vista financeiro, estão bem*.

Conforme Machado (1997: 124) 60,6% dos médicos que têm de cinco a nove anos no mercado realizam três ou mais atividades. Como afirma Carlos Eduardo ao ser indagado sobre quantas horas trabalha na semana: *Não tenho a mínima idéia, mas é muita... A gente dá plantão de 24 horas, 26 horas*.

A realidade de multiemprego e o desgaste nos deslocamentos de um vínculo de trabalho a outro são elementos que tonalizam as narrativas dos profissionais entrevistados.

O médico está sempre em transição e em itinerância, seja na própria cidade, seja em municípios diferentes. Nesse sentido, o conceito de itinerância ultrapassa a idéia de um contínuo deslocamento de uma cidade a outra. Pelo contrário, em Fortaleza também se encontram estes intensos percursos que, somados, correspondem a verdadeiras viagens e que, ao final, contribuem para a precarização dos serviços de saúde.

Por mais que o médico afirme que não se omite ou negligencia o atendimento dos pacientes, a qualidade de sua dedicação fica comprometida. Na falta de plantonistas que atendam os usuários, estes, por sua vez, percorrem um vasto roteiro de itinerância, passando por várias unidades de saúde até encontrar um local que os atenda.

A precariedade é uma categoria analítica utilizada em estudos do mundo do trabalho, é decorrente das mudanças relacionadas à reestruturação produtiva. Os processos provocados por essas mudanças, por sua vez, podem ser denominados de processos de precarização que acentuam a condição de precariedade. Desse modo, a precariedade indica um estado e a precarização um processo que acentua a precariedade (ALVES, 2005; ALVES, 2007).^v

Os processos de precarização do trabalho do médico, por sua vez, estão relacionados aos processos de precarização que atingiram todas as profissões nas últimas décadas. Se concretiza com a perda da capacidade do sistema em realizar aquilo que se propõe com eficiência. Alves (2007: 115),^{vi} ao estudar a precarização do trabalho, considera os fatores de precarização como condição do estado de precariedade que, para ele, engloba todas as dimensões da vida social.

Segundo apontaram alguns médicos entrevistados, a precarização da saúde é multifatorial e insere questões que vão desde a má administração dos recursos, incluindo a incompetência administrativa, até a pouca formação do profissional de saúde, como aponta Paulo César, ginecologista:

Paulo Cesar: Eu acho que são vários fatores, isso daí é multi-fatorial, isso aí passa por tantas questões sociais, de educação, de recursos, administrativa, formação profissional.

A visão dos médicos sobre o SUS se mostra diversa e vários são os pontos que o qualificam. Alguns citam os avanços decorrentes de sua implantação, tais como: o atendimento descentralizado, assistência a pessoas de baixa remuneração, melhoria dos indicadores de saúde, como as mudanças positivas na taxa de mortalidade e na

expectativa de vida da população, a distribuição de medicamentos e a implementação de uma medicina preventiva e comunitária.

b) Vida: trabalho e lazer

Considerando que a faixa etária dos entrevistados foi bastante abrangente, de 27 a 70 anos de idade, pode-se concluir que, embora haja vontade de abrandar o ritmo de trabalho, a maioria dos médicos vivencia este tipo de cotidiano durante toda a sua vida profissional. Nas narrativas os profissionais expressam que no início da carreira é obrigatório *pegar* tudo o que aparece e que, depois de conquistado o seu espaço, o profissional pode selecionar melhor os vínculos de trabalho, chegando a uma menor carga horária. A carga horária, no entanto, continua altíssima depois de alguns anos de trabalho, como se pode ver na fala de Carlos Eduardo :

Carlos Eduardo: Quem quiser, hoje, se destacar na sua especialidade, ele vai ter que abdicar muita coisa, se ele quiser crescer mesmo, se destacar profissionalmente.

Dos onze profissionais entrevistados, nove mencionaram trabalhar atualmente durante os fins de semana, seja para cumprir a demanda das clínicas particulares, seja na forma de plantões semanais, quinzenais ou mensais, como um modo de complementar a renda.

A rotina de trabalho exagerada e a falta de momentos de descanso e lazer podem, sem dúvida, levar a problemas de saúde que no caso dos médicos, passam às vezes despercebidos. Alguns dos entrevistados relataram problemas de saúde, provavelmente decorrentes do estresse, tais como labirintite, infecção urinária e doenças infecciosas como Adriano Souza e Maria Aparecida:

Adriano Souza: Já tive duas crises de arritmia por estresse e tive que ir a emergência tomar um calmante e vai pra casa, porque no outro dia tem que trabalhar.

Maria Aparecida: O fato de você não sair ao sanitário, porque tem mais cinco pacientes na porta, não dá pra esperar, aí eu fico guardando urina, aquilo acumula tudo, e aí realmente prejudica e eu já tive casos de infecção urinária.

Os médicos percebem que não possuem qualidade de vida, mas consideram isso uma fase provisória, principalmente os mais jovens, mas o que era para ser apenas temporário, no entanto, se prolonga durante toda a vida profissional.

De certa forma, a maioria dos médicos não percebe a influência direta de sua qualidade de vida na qualidade do sistema de saúde. Tendem a citar como fatores precarizantes do sistema de saúde apenas as condições extrínsecas à sua prática e às suas condições e questões de infraestrutura e recursos humanos.

Pode-se afirmar que os médicos, ao se inserirem no sistema de saúde pública, se percebem precarizados, mas não lhes ocorre que essa precarização possa ser refletida em seu trabalho e, deste modo, tratam o problema da sobrecarga de trabalho como algo individual, concernente apenas ao profissional e não como um fenômeno que afeta tanto os médicos quanto os atendimentos que realizam.

Considerações Finais

Nos primeiros passos da pesquisa, percebeu-se que não seria fácil dialogar com os médicos, grupo seletivo de profissionais. Surgiu a questão de como entrevistá-los sem correr riscos de recusas ou adiamentos. Ao percorrer espaços diferentes em setores públicos e privados e esperando a disponibilidade tão disputada do médico, logrou-se a aproximação e a obtenção de relatos de vida em detalhes e cheios de expectativas, angústias, e planos.

Ao analisar a quantidade de vínculos públicos dos profissionais, bem como sua elevada carga de trabalho semanal, ficou claro que o excesso de trabalho e multiemprego é uma das faces mais preocupantes da precarização do sistema de saúde.

Na busca por um padrão elevado de vida, socialmente construído e considerado um distintivo entre categorias profissionais, os médicos se submetem a uma quantidade enorme de vínculos de trabalho.

A oferta de trabalho para os médicos, principalmente nos estados mais pobres como o Ceará, é imensa. Os médicos estão em constante itinerância na vida e nos empregos e se recusam a trabalhar com exclusividade em um só posto. Mesmo quando contratados, não cumprem as exigências do posto, muitas vezes se ausentando para cumprir outros contratos de trabalho ou iniciar o ciclo da especialização, como ocorre

com os médicos do PSF, que abandonam os cargos à procura de novos horizontes de trabalho.

As análises estatísticas realizadas com base nos dados obtidos na Secretaria de Saúde do Ceará mostraram que todos os municípios do Estado estavam cobertos por profissionais médicos em 2008. É possível afirmar que eles estão no setor público dos pequenos hospitais e unidades de fora de Fortaleza, nos hospitais privados e em clínicas particulares nas grandes cidades; pois ora precisam de um, ora precisam do outro. Nesse processo, há um desencontro entre “doutores” e “pacientes”, pois, quando os primeiros buscam sua sobrevivência no mercado competitivo, os outros procuram seus direitos de cidadãos usuários dos serviços públicos. São os pacientes que abarrotam as filas dos centros públicos mal equipados nos municípios e na Capital.

Na realidade, são várias ocupações profissionais e várias itinerâncias: o médico que sai do público à procura do privado; o profissional que trabalha no público e no privado e se desloca de um para o outro; o médico que trabalha nos municípios do Estado e na Capital simultaneamente; o médico do PSF que sai à procura de especialização e de um fundo de investimento; o paciente que sai do seu pequeno lugar a procura de exames e de melhor atendimento nas capitais; o paciente que busca uma vaga para fazer uma cirurgia nos hospitais públicos; o paciente que sai do público à procura de dignidade nos planos de saúde privados. Assim, esses agentes vão constituindo a chamada precarização do sistema de saúde.

A partir do ideal do *status* médico profissional, que estimula relações e vínculos autônomos, este assume diversos vínculos trabalhistas em muitas instituições, com diversos tipos de atividades e contratos de trabalho. Uma das perspectivas possíveis é talvez, mudar tudo isso, é a constituição de um novo perfil, o que sugere a reflexão latente de um profissional médico com tempo para si mesmo, dedicação ao lazer, família e a conquista de uma vida com qualidade e prazer.

ⁱ CAMPOS, C. V. A.; MALIK, A. M. Satisfação no trabalho e rotatividade dos médicos do Programa de Saúde da Família. *Revista de Administração Pública [online]*, 42 (2): 347-368, 2008.

ⁱⁱ SANTOS, J. B. F.; ANDRADE, J. T.; MENELEU NETO, J.M; RODRIGUES, R. L.; PINHEIRO, C.H.L. O Trabalho do Médico: de profissional liberal a assalariado. IN: J.

B. F. SANTOS (Org) *Observatório de Recursos Humanos em Saúde, Estação CETREDE/UFC/UECE: reflexões de pesquisas*. Fortaleza: Ed UECE, 2006.

ⁱⁱⁱ MACHADO, M. H. Debatendo o ato médico. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10 (Supl): 18-25, 2005.

^{iv} MACHADO, M. H. Programa de Saúde da Família no Brasil – algumas considerações sobre o perfil dos médicos e enfermeiros. In: SOUSA, M. F. (Org.) *Os sinais vermelhos do PSF*. São Paulo: Hucitec, 2002.

^v ALVES, G. *O Novo (e Precário) Mundo do Trabalho: reestruturação produtiva e crise do sindicalismo*. São Paulo: Boitempo, 2005.

ALVES, G. *Dimensões da Reestruturação Produtiva: ensaios de Sociologia do Trabalho*. Londrina: Práxis; Bauru: Canal 6, 2007.

^{vi} Idem.