

Marcelo Niel

Anestesiologistas e Uso de Drogas: um Estudo Qualitativo

Tese apresentada à Universidade Federal de
São Paulo – Escola Paulista de Medicina para
Obtenção do Título de Mestre em Ciências

Orientadores:

Prof. Dr. Dartiu Xavier da Silveira

Profa. Dra. Denise Martin

**São Paulo
2006**

Niel, Marcelo
Anestesistas e Uso de Drogas: um Estudo Qualitativo/ Marcelo Niel. -- São Paulo, 2003.
xi, 149f.

Tese (Mestrado) – Universidade Federal de São Paulo. Escola Paulista de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Psiquiatria.

Título em Inglês: Anesthesiologists and Drug Use: a Qualitative Study.

1. Famacodependência. 2. Prevenção. 3. Abuso de drogas. 4. Anestesiologia

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRIA**

Chefe do Departamento: Dr. José Cássio do Nascimento Pitta
Coordenador do Curso de Pós-graduação: Prof. Dr. Jair de Jesus Mari

Marcelo Niel

“Anestesiologistas e Uso de Drogas: um Estudo Qualitativo”.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. _____

Prof. Dr. _____

Prof. Dr. _____

Aprovada em: ___ / ___ / ___

DEDICATÓRIA

Ao Renato Aguiar, pelo companheirismo, pelo apoio, pela presença.

À minha mãe, Marlene e aos meus irmãos, Eduardo e Luciana, cujo amor significou força e coragem para continuar lutando.

AGRADECIMENTOS

Aos meus orientadores: Dartiu Xavier da Silveira e Denise Martin, mestres-amigos por toda essa jornada.

Ao Marsal Sanches, por ter guiado meus primeiros passos como psiquiatra e por ter indicado as direções que me levaram ao PROAD.

A todos do PROAD, especialmente a Fernanda Gonçalves Moreira, pela ajuda, desde o primeiro rascunho de Projeto de Mestrado e por todo o apoio nesses anos de trabalho juntos no PROAD.

À Alessandra Maria Julião, irmã, amiga e companheira de trabalho, por ter trilhado comigo esse caminho.

A todos do Departamento de Psiquiatria.

A todos do Departamento de Anestesiologia, especialmente ao Prof. Dr. Américo Massafuni Yamashita, a Vanessa Helena Gabilheri, a José César Viana da Silva e a Márcia Jaqueline Cordeiro de Araújo, pelo apoio e carinhosa atenção durante a realização da pesquisa.

À Emília Russo e à Zuleika Mariano, pelo incansável e respeitoso apoio.

Aos amigos Henrique Elkis, Jorge Luís Nahas, Paulo César Khamis, Sandra Christina Varella e Tatyana Abulasam pela ajuda durante os tempos de faculdade.

Aos mestres e amigos Artur Zular, Clara Zular, Sílvia Helena Milla Ferraz, Tânia Dallanora e todos os amigos do Instituto Qualidade de Vida, que tanto ajudaram e incentivaram em minhas conquistas.

***“Ninguém pode construir em teu lugar
as pontes que precisarás passar,
para atravessar o rio da vida
- ninguém, exceto tu, só tu.
Existem, por certo, atalhos sem números,
e pontes, e semideuses que se oferecerão
para levar-te além do rio;
mas isso te custaria a tua própria pessoa;
tu te hipotecarias e te perderias.
Existe no mundo um único caminho
por onde só tu podes passar.
Onde leva? Não perguntes, segue-o.”***

Friedrich Wilhelm Nietzsche, 1882.

RESUMO

Objetivo: O objetivo do presente estudo é a compreensão do uso de drogas entre médicos anesthesiologistas, tendo como enfoque o contexto das relações de trabalho. Método: Trata-se de uma pesquisa qualitativa dividida em duas etapas principais: (1) observação de campo: observação e descrição do campo para destacar aspectos relevantes da rotina do médico anesthesiologista, como particularidades das relações interpessoais e de trabalho, condições de trabalho, dificuldades e facilidades no exercício da profissão; (2) entrevistas em profundidade: os participantes da pesquisa foram quinze médicos anesthesiologistas. Resultados: A análise das entrevistas expôs, a partir dos dados empíricos, o contexto do uso de drogas entre os anesthesiologistas. A partir das entrevistas e da observação etnográfica, pôde-se descrever em que contexto esse uso ocorre e de que modo os anesthesiologistas compreendem tal comportamento. Discussão: Foram encontrados alguns paradoxos no cotidiano do anesthesiologista: o primeiro deles diz respeito ao contato com o paciente e com a morte; o segundo paradoxo observado diz respeito às questões do ritmo de trabalho e da busca de uma especialidade com maior autonomia. Foram abordados outros temas, como: os pontos negativos da profissão como predisponentes ao uso de drogas, a visão dos anesthesiologistas sobre esse uso, a presença de estados depressivos e o acesso facilitado às drogas. Conclusão: O presente estudo, embora tenha encontrado descrições que ilustram os dados quantitativos, pôde observar o fenômeno de uma maneira muito específica. Assim, buscou-se a lógica subjacente à prática da Anesthesiologia, com as contradições de seu cotidiano e as estratégias para lidar com as dificuldades. Pode-se afirmar que o uso de drogas está no horizonte da profissão, e somente é possível compreender as diversas respostas a esta situação deslocando a análise para o contexto do exercício da profissão, que não está alheio à sociedade abrangente. As experiências dos entrevistados indicaram certas diretrizes que poderiam ser seguidas, na tentativa de sanar as dificuldades apresentadas pelos anesthesiologistas e evitar as consequências desagradáveis do uso indevido de drogas nesse contexto profissional, tais como: (1) maior informação sobre as questões relacionadas ao uso indevido de drogas; (2) melhor controle de acesso às drogas no Centro cirúrgico; (3) maior atenção ao preparo psicológico do estudante de Medicina, no sentido de fornecer subsídios para lidar com as doenças, as limitações profissionais e a própria morte; (4) busca de estratégias para a conscientização do médico sobre o próprio adoecer.

ABSTRACT

Objective: The aim of this study is to comprehend drug use among anesthesiologists, focusing on a work-related context. **Method:** A qualitative study divided in two principal parts: (1) field observation: observation and description of the field to describe relevant aspects of the anesthesiologist's routine, such as interpersonal and work relationships, job conditions, difficulties and facilities at work execution; (2) in-depth interviews: fifteen anesthesiologists participated in this research. **Results:** The analysis of the interviews demonstrated, from the empiric data, the context of drug use among anesthesiologists. With the interviews and ethnographic observation, it was possible to describe the context and how the professionals comprehend this behavior. **Discussion:** Some paradoxes in the anesthesiologist's routine: the first one was related to the contact with patients and death; the second one was related the control of work rhythm and the search for a specialty with more autonomy. Other subjects were touched, like the negative aspects of the profession as a predisponent to drug abuse, the anesthesiologist's view of use of drugs, the presence of depressive states and the facilitated access to drugs. **Conclusion:** This study, despite having found an illustrative description for the quantitative data, looked at the phenomenon in a very specific way. Therefore, it has found the logic inside the anesthesia practice, with the day-by-day contradictions and its coping strategies. It can be assumed that the drug use phenomenon is present on the anesthesiologists' professional horizon; so, dislocating the analysis to the professional practice is the best way to comprehend the several responses to it, since it is not independent from the judgment of society. The related experiences indicated directions that might be followed as a way to eliminate the difficulties in the anesthesiologists' workplace and avoid undesirable consequences of drug abuse in this context, such as: (1) more information concerning drug abuse problems; (2) better drug control strategies in surgery rooms; (3) more attention to medicine students' psychological preparing, with better support for dealing with diseases, professional limitations and death; (4) new strategies for making physicians more aware of their own illness.

SUMÁRIO

Dedicatória.....	v
Agradecimentos.....	vi
Resumo.....	viii
<i>Abstract</i>	ix
1. INTRODUÇÃO	1
1.1.A sociedade e os difentes contextos relacionados ao uso de drogas.....	1
1.2. Comportamento desviante e consumo de drogas.....	5
2. JUSTIFICATIVA	8
2.1. O uso de drogas como poblema de saúde.....	8
2.2. O ambiente de trabalho e o uso de drogas.....	10
2.3. Saúde mental do médico.....	13
2.3.1. A influência da formação médica.....	13
2.3.2. O profissional de saúde e o contato com a morte.....	16
2.3.2.1. Concepções a respeito da morte e do morrer.....	18
2.3.3. Sofrimento mental entre médicos.....	22
2.3.4. Uso de Drogas entre médicos.....	24
3. OBJETIVO	38
4. MÉTODOS	38
4.1. Observação do Campo.....	39
4.2. Entrevistas em profundidade.....	40
5. ASPECTOS ÉTICOS	41
6. RESULTADOS	42
6.1. Caracterização dos Entrevistados.....	43
6.2. A observação do Campo: uma etnografia no setor de Anestesiologia... ..	45
6.2.1. A entrada no Centro cirúrgico.....	46
6.2.2. A rotina do médico anestesiológista.....	51
6.2.3. A realização das entrevistas.....	53
6.3. Análise das entrevistas.....	55
6.3.1. Aspectos positivos da Anestesiologia.....	56
6.3.1.1. Menor vínculo com o paciente e com os problemas do trabalho nas horas livres.....	56
6.3.1.2. Diversidade de procedimentos.....	57
6.3.1.3. Estabilidade quanto à perspectiva de ganhos.....	58
6.3.1.4. Controle sobre o ritmo de trabalho.....	59
6.3.2. Aspectos negativos da Anestesiologia.....	61
6.3.2.1. Limitações na formação médica.....	62
6.3.2.1.1. A dificuldade no contato com os pacientes.....	63
6.3.2.1.2. O contato com a morte.....	66
6.3.2.2. O excesso de trabalho.....	73

6.3.2.3. A desvalorização da profissão médica.....	79
6.3.2.4. As condições de trabalho.....	81
6.3.2.5. A insalubridade do ambiente do Centro cirúrgico.....	83
6.3.2.6. As dificuldades de relacionamento interpessoal no Centro cirúrgico.....	86
6.3.2.7. Falta de valorização profissional na Anestesiologia.....	90
6.3.2.8. Absorver a dor do outro.....	92
6.3.3. Depressão entre anestesiológicos.....	93
6.3.4. Uso de drogas por anestesiológicos.....	99
6.3.4.1. A constatação do uso de drogas como horizonte da profissão.....	102
6.3.4.2. A visão dos anestesiológicos sobre o uso de drogas.....	103
6.3.4.3. A questão do acesso facilitado.....	109
6.3.4.4. Falta de orientação.....	113
7. DISCUSSÃO	114
7.1. Os paradoxos no cotidiano do anestesiológico.....	114
7.2. Os pontos negativos da profissão como predisponentes ao uso de drogas.....	120
7.2.1. Insalubridade no Centro cirúrgico.....	121
7.2.2. Problemas de relacionamento interpessoal no Centro cirúrgico.....	122
7.2.3. Depressão entre anestesiológicos.....	124
7.3. Uso de drogas entre anestesiológicos.....	126
7.3.1. A constatação do uso de drogas.....	126
7.3.2. Uso de drogas e comportamento desviante: a visão dos anestesiológicos.....	128
7.3.3. O acesso facilitado às drogas no Centro cirúrgico.....	129
7.3.4. A dificuldade em buscar ajuda.....	131
8. CONCLUSÃO	133
9. LIMITAÇÕES DO ESTUDO	136
10. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	137
11. ANEXOS	148

1. INTRODUÇÃO

O objetivo do presente estudo é a compreensão do uso de drogas entre médicos anesthesiologistas, tendo como enfoque o contexto das relações de trabalho.

1.1. A sociedade e os diferentes contextos relacionados ao uso de drogas

O uso de substâncias psicoativas é realizado por diversos povos, em diversos contextos, desde a Antiguidade. Por volta do ano 4000 a.C., os sumérios já utilizavam o ópio da papoula, denominada "planta da alegria", como forma de obter contato com os deuses. A *Cannabis sativa* já era conhecida na China, Egito e Índia, sendo usada com objetivos terapêuticos. A partir do final do século XIX até os dias de hoje, observamos uma importante diversificação de novos tipos de drogas, como a síntese da cocaína, da morfina e do ácido lisérgico (LSD), bem como um aumento progressivo de seu consumo (Escohotado,1998).

Embora tenha acompanhado a história das civilizações, o uso de drogas era normalmente realizado em um contexto ritual ou religioso, o que favorecia um controle mais adequado e seguro, conforme se pode observar em diversas culturas até os dias de hoje (Escohotado,1998). Mesmo no que se refere ao

álcool, Santos (1995) evidencia seu uso de forma ritualizada e terapêutica entre civilizações desde a Idade Média.

Schuckit (1999) ressalta que, apesar da existência de dados contraditórios, há indícios de que a educação adquirida por um indivíduo no âmbito familiar sobre a forma correta de beber possa configurar-se como um fator de proteção contra o desenvolvimento da dependência, a exemplo do que ocorre entre italianos e judeus, que tradicionalmente ensinam suas crianças a beber responsavelmente e apresentam menores taxas de dependência de álcool. Portanto, o uso de drogas, embora não seja totalmente isento de risco, não deve ser entendido apenas como um dano, pois desde a Antiguidade até os dias de hoje é passível de ser realizado de tal modo que não seja considerado nocivo nem uma doença (Escohotado, 1998).

É difícil estabelecer o ponto de separação entre as modalidades de uso, de forma a atribuir denominações adequadas quando se passa a considerar como problemático o uso de drogas por um determinado indivíduo em um dado momento. Por outro lado, é sabidamente mais complicado determinarmos as razões pelas quais esse indivíduo passa de um pólo a outro.

Olievenstein (1985) afirma que esse fenômeno - sujeito a momentos incertos e mutáveis durante seu desenvolvimento e detentor de características marcantes de instantaneidade – aproxima-se mais da mecânica dos fluidos do que da dos sólidos, relacionando-se em maior intensidade com flutuações e turbilhões do que com a queda dos corpos sólidos.

De acordo com Mansur (1991), o processo que vai do uso à dependência obedece a matizes e tons – assim como um *dégradé* que vai do rosa claro ao vermelho - que nem sempre delimitam com clareza as fases da construção da dependência.

No modelo teórico proposto por Olievenstein (1985) para a compreensão do fenômeno, a dependência se estabeleceria a partir de um tripé formado pelo indivíduo, em suas dimensões biológica e psíquica, pelo ambiente e pela droga, com suas propriedades farmacológicas específicas. Esse tripé pode servir não apenas para a compreensão do estabelecimento da dependência, mas também como um meio de ressaltar que, na questão do uso de drogas, representada por um *continuum* que parte de um extremo (uso não problemático) a outro (dependência), deve-se levar em conta essas três esferas – o indivíduo, o ambiente e a droga - para se constituir um caminho que melhor elucide essa compreensão.

Portanto, ao falar do indivíduo, deve-se levar em conta sua constituição biológica, os processos que contribuíram para a formação de sua personalidade e a presença de alterações psiquiátricas. Neste último caso, por exemplo, considerando a população de dependentes de drogas em unidades de tratamento nos Estados Unidos, verificou-se-se que de 60 a 80% desses

indivíduos apresentavam alguma comorbidade psiquiátrica, principalmente depressão e ansiedade (Schukit,1999).

Sobre a droga, deve-se considerar que cada uma apresenta propriedades farmacológicas singulares que produzem diferentes efeitos em momentos específicos, de forma que um indivíduo buscará na droga um efeito particular, que não será necessariamente igual àquele que se observa em outro.

No que se refere ao ambiente, é importante considerar a construção das relações sociais passadas e presentes, a educação, a família e o trabalho, estabelecendo de que forma esses fatores influenciaram seu modo de uso.

É importante observar que o uso de drogas por um determinado grupo social varia de acordo com a época, com a região, com o contexto cultural e com as normas vigentes no momento. Ou seja: enquanto determinada cultura desenvolve uma atitude intolerante em relação ao uso de determinada droga, a exemplo da proibição do uso de álcool nos países islâmicos, outra cultura, no mesmo momento, pode apresentar uma atitude mais permissiva, como o próprio álcool, cujo uso não é considerado criminoso pela maioria dos países, como o nosso.

1.2. Comportamento desviante e consumo de drogas

Além das variações entre diferentes culturas, o modo com que uma mesma cultura se relaciona com o uso de drogas também pode mudar ao longo do tempo, pois em um momento uma mesma droga pode ter seu uso incentivado ou tolerado, para ser encarado como nocivo ou criminoso em outro. Portanto, quando uma determinada cultura considera o uso de drogas como algo errado ou negativo, seja no campo da saúde, onde é visto como uma “doença”, seja no campo da lei, onde é visto como um “crime”, um indivíduo que consome drogas nesse contexto passa a ser visto como um “desviante”, um transgressor, visto que sua conduta está em desacordo com a norma do grupo social a que pertence (Becker, 1985).

Becker (1985) elabora a concepção sociológica do desvio como a transgressão de uma norma ou acordo comum, mas que envolve uma situação em que a pessoa tenha consciência de que a transgrediu. Segundo o autor, a sociedade é quem institui o desvio ao criar uma norma que pode ser transgredida.

Segundo Velho (1985) há uma tendência a enquadrar tudo aquilo que é desviante dentro de uma perspectiva médica, conferindo-lhe o aspecto de insano ou anormal. Além disso, segundo o autor, a predisposição a condutas

desviantes surge a partir de uma dicotomia entre o indivíduo e a sociedade. O autor descreve que o “desviante” não é alguém que está fora da cultura, mas que faz uma leitura “divergente” em dado momento e pode apresentar uma inserção possivelmente considerada “normal” em outro contexto.

De acordo com Becker (1985), a história normal dos indivíduos na sociedade diz respeito a um constante engajamento; quando o indivíduo se vê diante de uma tentação desviante, ele é capaz de reprimi-la ao pensar nas múltiplas conseqüências negativas para esse engajamento.

Becker (1985) propõe o conceito de “desvio secreto” no caso de várias pessoas que consomem drogas e são capazes de ocultar seu uso ou sua dependência das pessoas em seu entorno, o qual não fazem uso de drogas por temerem o preconceito e a estigmatização.

Para explicar o “desvio secreto”, Becker (1985) expõe a seguinte situação: mesmo que os efeitos de uma substância psicoativa não alterem a capacidade de trabalho, a reputação de um “usuário de drogas” como “desviante” pode fazê-lo perder o emprego. Quando ele é “descoberto”, é tratado e rotulado segundo o diagnóstico e o código de normas de seu grupo, de forma provavelmente a reforçar sua conduta desviante.

Portanto, ao tratar a questão do uso de drogas no contexto de nossa sociedade, deve-se obrigatoriamente levar em consideração o desvio. Ou seja: em um sistema pré-estabelecido de regras, é sabido pelo indivíduo e pela

sociedade que o uso de drogas é interpretado como algo proibido e, transgredindo essa regra, o indivíduo passa a ser considerado um desviante.

Em nosso meio, de acordo com a Política Nacional Antidrogas da SENAD (Secretaria Nacional Antidrogas), *“o uso indevido de drogas constitui, na atualidade, séria e persistente ameaça à humanidade e à estabilidade das estruturas e valores políticos, econômicos, sociais e culturais de todos os Estados e sociedades”* (SENAD, 2001).

Retomando os conceitos fundamentados por Becker (1985) e Velho (1985) a respeito do desvio, deparamos com uma situação peculiar relativa ao uso de drogas entre médicos: supõe-se que o médico seja alguém investido da capacidade de curar e não da de adoecer. Mais ainda: considerando que tenha recebido um aprendizado voltado para a medicina curativa, recorrerá a todos os meios disponíveis para salvar a vida do paciente. Portanto, não se espera que consuma algum tipo de substância que possa alterar o estado de consciência, podendo comprometer a capacidade de trabalho e colocar em risco a vida de pacientes.

Sendo assim, o ato de consumir drogas por parte de um médico passa a ser considerado “desviante” por diversas razões: (1) pelo fato de adoecer enquanto “curador”; (2) por se considerar o uso de drogas uma conduta desviante *per se*; e (3) pela possibilidade de colocar outras vidas em risco.

2. JUSTIFICATIVA

2.1. O uso de drogas como problema de saúde

Sabe-se que é relativamente difícil estabelecer uma norma clara e objetiva para definir quando o uso de drogas deixa de ser uma prática de cunho social e recreativo e passa a ser realizada de forma nociva, com prejuízo para o indivíduo e para o meio em que está inserido.

O uso de drogas por um indivíduo ou por um determinado grupo social passa a ser considerado como indevido ou problemático a partir do momento em que interfere negativamente em alguma esfera da vida, seja pessoal, social, da saúde ou ocupacional, entre outras (APA, DSM-IV, 1994).

Lecky e colaboradores (1986) consideram que o uso indevido de substâncias psicoativas configura um grave problema socioeconômico, uma vez que pode acarretar sérias conseqüências para a saúde do indivíduo, interferindo em sua capacidade de trabalho e nas relações familiares. Segundo dados da Organização Internacional do Trabalho (International Labour Organization, 2002), o uso indevido de drogas guarda uma relação importante com taxas elevadas de absenteísmo, acidentes de trabalho e maior utilização dos recursos de saúde.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (*apud* Ministério da Saúde, 2003), cerca de 10% das populações dos centros urbanos de todo o mundo consomem abusivamente substâncias psicoativas, independentemente

de idade, sexo, nível de instrução e poder aquisitivo, com graves conseqüências para a saúde pública mundial. Existe uma tendência mundial que aponta para o uso cada vez mais precoce e de forma mais pesada de substâncias psicoativas, incluindo o álcool (Ministério da Saúde, 2003).

De acordo com Herzlich (1994), durante muito tempo a compreensão do universo da doença e da Medicina ficou reduzida à sua dimensão orgânica, sendo pouco acessível ao não-especialista. Com o passar dos anos, percebeu-se que tanto a Medicina quanto a doença e os conceitos relacionados a essas duas entidades careciam de uma compreensão mais abrangente, levando-se em conta que se encontravam inseridas nas relações sociais e, mais ainda, constituíam-se como universos com características sociais peculiares.

Portanto, se por um lado o fenômeno do uso indevido de substâncias pode ser considerado como um problema de saúde, tomando-se por base os danos físicos e psíquicos advindos de seu uso, ainda assim há que se considerar outras questões associadas, como a exclusão social e o preconceito, além de se levar em conta somente a presença ou ausência de doença ou, nesse caso, a simples constatação do uso ou não uso de uma droga.

Deve-se, pois, considerar o meio social em que o indivíduo está inserido, sua história pessoal e familiar, seus vínculos sociais e afetivos, sua inserção profissional, seu modo de vida, suas aspirações, suas crenças, enfim, de que forma o indivíduo integra-se à cultura, ressaltando-se que a simples noção de doença não é capaz de explicar totalmente as razões para o uso de drogas.

2.2. O ambiente de trabalho e o uso de drogas

De acordo com a Organização Internacional do Trabalho (International Labour Organization, 2002), as condições gerais do trabalho determinam, em muitos aspectos, o modo como as pessoas experimentam sua relação com o trabalho. Portanto, torna-se necessário o estabelecimento de padrões mínimos para as condições de trabalho nos diferentes países e nos diferentes tipos de profissão, muito embora a maior parte dos trabalhadores que necessitam de melhorias seja geralmente excluída das medidas de proteção no trabalho.

Por outro lado, têm sido largamente discutidas as transformações ocorridas no universo do trabalho nos últimos anos: o rápido crescimento tecnológico e conseqüente mudança das relações de trabalho; as crescentes exigências em cumprir “metas” visando ao aumento da produtividade e à crescente competitividade e o aumento da jornada de trabalho em oposição ao achatamento da renda (Gospel, 2003).

Essas mudanças podem precipitar o aparecimento de diversas formas de sofrimento mental nos indivíduos, sendo o uso abusivo de drogas uma das expressões possíveis desse estado. Segundo Seligmann-Silva (1997), o uso indevido de substâncias psicoativas pode ocorrer como forma de lenitivo para as sensações desagradáveis ao qual o trabalhador está submetido e pode culminar na instalação de um quadro de dependência, se o uso se mantiver e se a condição estressora não for solucionada ou minimizada.

Estudo realizado pela Federação das Indústrias do Estado de São Paulo – FIESP, em 1993, mostra que de 10 a 15% dos empregados brasileiros têm problemas de dependência. Por sua vez, o uso de drogas aumenta em cinco vezes as chances de acidentes do trabalho, relacionando-se com 15 a 30% dessas ocorrências e respondendo por 50% do absenteísmo e das licenças médicas (SENAD, 2001).

Outra questão que contribui para a complexidade do fenômeno é o fato de o usuário de drogas encontrar-se no ambiente de trabalho ou, em certos casos, utilizar-se das substâncias disponíveis nesse ambiente. Registram-se, também, problemas relativos ao uso de drogas pela população adulta e economicamente ativa, afetando a segurança do trabalhador e a produtividade das empresas.

Entretanto, não se pode afirmar que o ambiente de trabalho, as relações interpessoais e o acesso facilitado às drogas sejam as únicas causas possíveis para o estabelecimento de uma relação problemática com as drogas. Retomando o conceito do tripé para o estabelecimento da dependência proposto por Olievenstein(1985), é possível que o uso de drogas também esteja ligado a outras esferas da vida desse sujeito, tais como a presença de algum desconforto psíquico e presença de problemas nas relações familiares e interpessoais fora do ambiente de trabalho.

Há cerca de duas décadas, sobretudo nos Estados Unidos, o conceito de “ambiente de trabalho saudável” (*Healthy Workplace*) vem sendo desenvolvido

pelas empresas. Robinson e Smallman (2000) definem que um ambiente de trabalho saudável não é apenas aquele com baixos índices de acidentes e doenças, mas sobretudo aquele onde existem relações internas equilibradas, capazes de conduzir a bons níveis de saúde e bem-estar.

Em um estudo de corte transversal realizado na França, constatou-se que, entre 2.106 trabalhadores de diversas categorias da região de Tolouse¹, 20% utilizavam medicamentos tais como substâncias psicoativas, vitaminas e analgésicos com o objetivo de “estar em forma para o trabalho”, 12% utilizavam medicamentos como forma de se livrarem de algum sintoma indesejável e 18% os utilizavam para alívio de sintomas desagradáveis após uma jornada de trabalho difícil (Lapeyre-Mestre et al, 2004).

Hersch e colaboradores (1999), em um estudo realizado para determinar a prevalência de uso de substâncias psicoativas em trabalhadores da construção civil nos Estados Unidos, encontraram taxas de 17% relativas ao abuso destas no ambiente de trabalho.

Segundo dados do National Household Survey on Drug Abuse (1999), 70% dos usuários de drogas ilícitas se encontravam empregados, enquanto 17% dos adultos empregados faziam uso freqüente daquele tipo de drogas.

Portanto, a questão do uso de drogas por trabalhadores não deve focar apenas o comprometimento da qualidade do trabalho e da produtividade, mas

¹ O estudo não cita as diferentes categorias de trabalhadores.

também sua influência do ambiente na gênese do uso abusivo de substâncias e de que forma este pode ser o espaço para a detecção do problema, oferecendo ao trabalhador as informações necessárias e as alternativas de prevenção e tratamento.

2.3. Saúde mental do médico

2.3.1. A influência da formação médica

Para se entender como o abuso de drogas pode se desenvolver entre médicos deve-se passar pelas etapas da formação médica. Seja pelo fato de constituir cronologicamente o momento em que uma grande parte dos jovens toma contato com substâncias psicoativas – a entrada no curso universitário, onde as situações de abuso de drogas assumem um papel de “ritos de passagem”, conferindo ao jovem um *status* de aparente maturidade; seja pelas dificuldades advindas da escolha da carreira, como o difícil contato com a morte e a carga horária excessiva de estudos e dedicação; seja pelo fato de que é nessa faixa etária que se nota o aparecimento de um grande número de patologias psiquiátricas, tais como depressão, ansiedade e psicoses, onde o abuso de drogas pode funcionar como um alívio sintomático para certos sintomas indesejáveis. (Zoja, 1992)

De acordo com Kam (1997), os profissionais da saúde e, sobretudo, os médicos recebem, durante a sua formação profissional, uma mensagem baseada na negação das emoções e sentimentos, que permite pouco espaço para vivenciar suas dificuldades e para lidar tanto com as situações cotidianas estressantes quanto com o dilema da morte. Isso porque o modelo cartesiano do exercício da Medicina está baseado em princípios da Medicina curativa, cujo principal objetivo é vencer a morte.

De acordo com Meleiro (2001), durante o treinamento profissional, o estudante não encontra tempo para o estabelecimento de uma identidade e uma independência emocional em relação a seus pais, pois a maior parte do tempo é dedicada à busca de uma identidade profissional. Além disso, os alunos geralmente aprendem muito de suas habilidades interpessoais com residentes freqüentemente estressados, defensivos e imaturos, e não com médicos mentores socialmente competentes. O processo de educação médica oferece pouca ajuda para os alunos e residentes que têm habilidades sociais inadequadas. Sabe-se que a Medicina é caracterizada por um processo contínuo de formação profissional que não se encerra apenas com a graduação e a residência.

De acordo com Bonet (2004), um aspecto diferencial no processo de aprendizagem da Medicina é a residência médica, que marca o início das atividades no hospital e do aprendizado das rotinas e práticas da profissão. O fato de serem responsáveis pelo paciente gera um processo que o autor chama

de “tensão estruturante”, que é a tensão que os residentes experimentam no processo de aprendizagem.

No que se refere à escolha da especialidade, trata-se de um processo complexo que envolve fatores como a personalidade do médico, seus talentos, origem geográfica e familiar, experiências clínicas, os atrativos sociais e financeiros de certas especialidades, além da auto-estima e ansiedade frente ao estresse. (Meleiro, 2001)

Bonet (2004) ressalta que a Medicina representa o saber “autorizado” sobre o processo saúde-doença, no qual nossa sociedade tem priorizado o modelo biológico; nesse fato existe uma “doutrina médica implícita” que constitui a espinha dorsal das ciências médicas. Desse modo, o reducionismo biológico na prática médica reforça os mecanismos de negação da existência de um sofrimento psíquico, no qual cada vez que o doente traz queixas não-biológicas ao médico, como sofrimentos, ansiedades e medos, o médico terá que fazer um esforço para banir esse contato humano, restringindo esse encontro exclusivamente ao aspecto biológico.

De acordo com Farley (1992), o médico é levado, desde o período como estudante, seguindo durante a residência médica e no exercício da profissão, a encarar de forma extremamente preconceituosa os usuários de drogas, atribuindo-lhes inclusive nomes pejorativos, como “cabeça de maconha” (*pothead*), o que já acarreta diversos problemas em relação à possibilidade de

uma abordagem adequada desses pacientes, tornando mais difícil eventualmente virem a se reconhecer como pacientes.

Portanto, a partir dos dados citados acima, percebe-se que a falta de preparo do médico, durante sua formação, para lidar com suas inseguranças e conflitos emocionais desencadeia uma atitude de negação dessas dificuldades. A partir desse ponto, constrói-se uma espécie de “barreira emocional”, na qual o médico adota uma atitude de negação diante de seus próprios problemas, como o adoecimento e o uso de drogas.

2.3.2. O profissional de saúde e o contato com a morte

O contato direto e constante com a morte é comumente apontado como crucial para o sofrimento psíquico dos profissionais de saúde, sobretudo pela sensação de impotência que ele provoca, dada sua inevitabilidade (Meleiro,2001).

Se, de um lado, o crescente aprimoramento técnico na área da saúde contribui para que o médico possua um arsenal mais eficiente para salvar a vida de seus pacientes, de outro, é responsável por reforçar ainda mais a sensação de derrota diante da morte de um paciente. O médico é o profissional de saúde possivelmente mais atingido por essa questão, pois cabe a ele a responsabilidade de evitar a morte a todo custo.

De acordo com Olievenstein (1995), a formação médica apresenta a característica central de negar a morte. Mas essa não é uma peculiaridade da Medicina, dizendo respeito a um reflexo, um espelho do pensamento difundido em nossa sociedade, segundo o qual o ser humano nega a morte, embora desfrute de relativa supremacia em relação aos demais seres vivos justamente por ser dotado da consciência de sua própria finitude.

Segundo Olievenstein (1988), há um “não-dito” na Medicina, caracterizado por um “medo-ódio” cuja principal fonte é o medo da própria morte. Essa afirmação corrobora àquela de Meleiro (2001) a qual ressalta que dentre as razões inconscientes para a vocação médica encontram-se a necessidade de reparação, a negação da dependência, a procura da onipotência e a defesa contra o sofrimento, a doença e a morte.

De acordo com Carrara (*apud* Menezes, 2005), a morte permanece muito presente em nosso dia-a-dia, e seu grande palco continua a ser os hospitais e instituições de saúde. Portanto, ao abordar o espaço da saúde, aborda-se também o espaço da morte, o que torna os profissionais da saúde também profissionais da morte.

A morte é malvista pelo estudante de Medicina, porque é interpretada como fracasso. Além disso, o estudante geralmente se vê mais tocado com a morte de pacientes cuja idade e características são semelhantes às dele próprio (Becker, 1977).

2.3.2.1. Concepções a respeito da morte e do morrer

Ariès (1989) estabelece o percurso histórico da visão da morte na sociedade ocidental: até a Idade Média, a morte ocorria de uma forma “domesticada”, e a sociedade encarava-a como algo natural onde, mesmo a cerimônia da morte possuía um caráter público e organizado.

Segundo o autor, a partir do século XII a morte passa a ser vista como o momento do “acerto de contas” do Juízo Final e a representação concreta do apodrecimento ou da decomposição do ser humano. Essa dualidade, relativa à incerteza de merecer o céu ou o inferno, de acordo com as nossas atitudes em vida, e à consciência de um inevitável perecimento físico, conferem à morte um aspecto terrorífico.

Mas é somente a partir do século XVIII que a morte passa a se configurar como verdadeiro sofrimento, dor ou suplício, sendo encarada como uma ruptura, embalada pelo contexto sociocultural do romantismo: a morte temida é a morte do outro, e é justamente nesse período que começam a aparecer as manifestações sociais que vão, segundo Ariès, da obrigação ao exagero do luto.

Ariès chama de “morte interdita” a morte como é vista nos dias de hoje, em um cenário que se estabelece a partir do século XX, no qual morrer é algo vergonhoso, proibido, pois traz “*o incômodo e a emoção demasiado fortes,*

insustentáveis, provocados pela fealdade² da agonia e a simples presença da morte em plena vida feliz, pois se admite agora que a vida é sempre feliz ou deve parecer sê-lo sempre”.

Entre 1930 e 1950 (Ariès, 1989), observa-se um fenômeno importante: a transferência do local da morte. Já não se morre em casa, ao lado dos seus; morre-se tão-somente no hospital. Se, por um lado, nutre-se a fantasia de que é no hospital que se proporcionam os cuidados que não são viáveis em casa, por outro, transfere-se a obrigação de cuidar, que antes era da família, para as mãos do médico e da equipe hospitalar, agora reconhecidos como os “senhores da morte”, onde o que importa é que a família, os amigos e as crianças se apercebam o menos possível da passagem da morte, evitando-se qualquer manifestação de emoção: exteriorizar a dor, chorar pela morte, sentir falta, passa a ser considerado mórbido, indicativo de desarranjo mental ou má educação, restando como último recurso o luto solitário.

O luto deixa assim de ser um tempo necessário cujo respeito a sociedade impunha para tornar-se um estado mórbido que é preciso tratar, abreviar ou eliminar. A morte se converteu em um tabu, no qual o que era obrigatório agora é proibido (Ariès, 1989).

De acordo com Rodrigues (1975), o corpo humano é socialmente concebido e a análise de sua representação social fornece acesso à estrutura da sociedade. Segundo o autor, o morto é visto como um ser impuro, que

² Fealdade: sinônimo de feiúra, conforme o dicionário Caldas Aulete.

representa um perigo para o sistema de normas, uma ameaça ao grupo humano e um risco à vida social. Sendo assim, a doença é temida por representar o estado intermediário entre a vida e a morte.

Segundo Ortiz (*apud* Martins, 1983), a morte não é um acontecimento de ordem física. Ao destruir um ser humano ela elimina um ser social, e é por esse motivo, segundo ele, que os rituais funerários de diversos povos se baseiam na expulsão da morte e na integração da alma ao “mundo dos mortos”. Esta seria uma forma de preservação da ordem social no “mundo dos vivos”, bem como a fixação da alma do morto no universo mítico da morte, garantindo a continuidade da vida daquele que faleceu.

Quando Ariès fala da “morte domesticada” até a Idade Média, pode-se inferir que a expectativa de vida era menor e que, por serem bastante limitados os recursos da Medicina para prolongar vidas, a morte era encarada de forma mais natural, como parte do processo da própria vida. À medida que avança o poder da Igreja, num período em que o conhecimento científico permanece estagnado, é a religião a detentora do poder da vida e da morte e, no período seguinte, com o avanço da ciência, a Medicina passa a se encarregar da vida do sujeito e da sociedade como um todo. De acordo com Herzlich (2004), esse duplo lema - prolongar a vida *versus* evitar a morte - compõe o eixo central do modelo médico.

De acordo com Peterson (2002), “o médico, que já convive com a finitude da vida de seus pacientes, deve lidar com a finitude dos recursos para a

prestação de cuidados médicos e a finitude de sua própria saúde financeira e física". Ou seja, Peterson sugere que a morte com a qual o médico tem que lidar é um complexo de perdas, desgastes e frustrações na profissão médica, onde a morte do paciente é apenas parte deste.

Segundo Menezes (2005), para o médico e para o hospital, a morte representa antes de tudo um fracasso. Torna-se, pois, conveniente que ela tenha sua importância diminuída. Isso não significa, no entanto, que os profissionais de saúde passem a ser insensíveis à morte e ao sofrimento.

De acordo com Herzlich (1993), a angústia está sempre presente no hospital, qualquer que seja o nível de indiferença ou brutalidade das rotinas institucionais. De acordo com a autora, a escolha de uma carreira médica não testemunha insensibilidade às questões suscitadas pela morte, mas revela, ao contrário, uma angústia inconsciente e particularmente viva face ao evento.

Desse modo, ao falar sobre a saúde mental do médico e tendo em vista que o uso de drogas pode-se configurar como um importante desdobramento da questão, é necessário dirigir a atenção para a constante presença da morte no exercício da profissão.

Enfim, desde a entrada na faculdade de Medicina e durante todo o exercício da vida profissional, o médico é acompanhado pela possibilidade e pela grande ocorrência da morte de pacientes, fato que acaba sendo vivido como um fracasso.

2.3.3. Sofrimento mental entre médicos

Alguns grupos de médicos são considerados como de maior risco para o desenvolvimento de distúrbios emocionais. Os residentes, em especial os de primeiro ano, são mais suscetíveis ao desenvolvimento de estresse e depressão, apresentando taxas de prevalência maiores que as da população geral e de outros grupos profissionais (Martins e Jorge,1998).

Roberts e colaboradores (2001) realizaram um estudo de corte transversal com acadêmicos de Medicina nos Estados Unidos com o objetivo de avaliar a questão da saúde física e mental dos estudantes. Em linhas gerais, o estudo aponta que os estudantes de Medicina têm dificuldade maior em procurar atendimento médico e até em se reconhecerem como doentes, com medo do estigma por parte de médicos e pacientes, bem como de perdas profissionais (Robert *et al*, 2001).

Segundo o estudo mencionado, esse processo conduz, na maioria dos casos, a uma atitude de negação, à automedicação e a uma protelação da busca por ajuda, o que dá origem a um ciclo vicioso que vai conseqüentemente piorar a saúde física e mental, predispor ao abuso de álcool e outras substâncias e contribuir sobremaneira para o processo de incapacitação profissional.

Segundo Adam e Herzlich (1994), a doença tem uma representação social importante, segundo a qual estar “saudável” é identificado com a norma:

estar com boa saúde é quase sinônimo de “ser normal”; por outro lado, estar doente significa incluir-se em um estado de “anormalidade”.

Além disso, segundo os autores, quando a Medicina atinge um *status* de “profissão”, no processo evolutivo característico das sociedades modernas, ela passa a ser considerada como um paradigma de profissão a ser seguido, sobretudo porque o médico começa a ser encarado, a partir do século XIX, como detentor de todo o conhecimento e, portanto de um poder regulador, de normatização dos comportamentos na sociedade. Ao ser investido da função social de determinar quem é “doente”, portanto “anormal”, e quem é “são”, portanto “normal”, pode conferir ao médico uma responsabilidade excessiva que contribui para seu próprio processo de adoecimento.

Com freqüência, o médico-paciente nega sua condição de doente, escondendo suas dificuldades emocionais dos colegas, da família e de si mesmo. Oculta seus problemas porque isto ameaça sua auto-estima, seus ganhos e seu direito à prática profissional. Os colegas e a família tendem a manter uma espécie de “conspiração do silêncio”, acreditando no mito de que os médicos deveriam ser capazes de curar a si próprios (Martins, 2004).

Portanto, a importância de abordar a questão do sofrimento mental entre médicos reside no fato de que, por um lado, pode-se refletir sobre o contexto em que esse sofrimento aparece e, por outro, pode-se perceber como lidam com o próprio adoecer e o dos outros colegas.

2.3.4. Uso de drogas entre médicos

A dependência química é uma das questões mais preocupantes na área da saúde mental dos médicos e tem sido motivo de estudos e pesquisas em diversos países. Sua relevância se deve tanto em relação ao sofrimento psicossocial do médico quanto aos riscos que representa para o atendimento de pacientes. O consumo de substâncias de abuso pelos médicos é causa freqüente de erro, absenteísmo e queixas junto aos Conselhos Regionais de Medicina. Este problema demanda urgente e cuidadosa atenção, pois determina riscos tanto para o público quanto para o médico. (Martins, 2004)

De acordo com Farley e Talbott (1983), ao estudarem médicos em tratamento para dependência química nos Estados Unidos, estima-se que entre 10 a 14% dos deles podem-se tornar dependentes de drogas em algum momento de suas carreiras. Entretanto, quando o álcool é excluído dessas estimativas, a incidência estimada é de 1 a 2%.

Recente estudo realizado no Brasil (Alves e cols., 2004) traçou um perfil de 198 médicos brasileiros que estavam em tratamento ambulatorial por uso nocivo de drogas e dependência química: eram em sua maioria homens (87,8%), casados (60,1%), com idade média de 39 anos. A maioria (79%) possuía título de Residência Médica e as especialidades mais envolvidas eram Clínica Médica, Anestesiologia e Cirurgia. Sessenta e seis por cento dos médicos já tinham sido internados por causa do uso de álcool e/ou drogas.

Alguma comorbidade psiquiátrica foi diagnosticada em 33% dos pacientes. Quanto às substâncias consumidas, o item mais freqüente foi o uso associado de álcool e drogas (36,8%), seguido por uso isolado de álcool (34,3%) e uso isolado de drogas (28,3%).

Um dado importante desse estudo se refere ao tempo decorrido entre o surgimento do problema e a busca por assistência médica. De acordo com o estudo, observou-se o intervalo de 3,7 anos, em média, entre a identificação do uso problemático de substâncias e a procura de tratamento. Trinta por cento procuraram tratamento voluntariamente, enquanto o restante o fez por pressão da família, amigos e colegas. Quanto aos problemas sociais e legais observou-se o seguinte: desemprego no ano anterior em quase um terço da amostra; problemas no casamento ou separação (68%); envolvimento em acidentes automobilísticos (42%); e problemas jurídicos (19%). Dois terços apresentaram prejuízo na prática da profissão e 8,5% registraram alguma ocorrência junto aos conselhos regionais de Medicina.

De acordo com Sans-Yagüez e López Corbalán (1999), em um estudo de revisão bibliográfica, os profissionais de saúde estão sujeitos ao uso indevido de substâncias psicoativas em porcentagem igual ou até superior à da população geral. Diversos fatores têm sido apontados como causas possíveis para o problema: o trabalho estressante, o trabalho em turnos, a dificuldade em lidar com situações-limite - como tragédias, acidentes e com a morte - e falta de reconhecimento do valor do próprio trabalho, entre outros.

Dentre os profissionais de saúde, os anestesiológicos são os que apresentam maior incidência relativa aos quadros de dependência de substâncias psicoativas. Segundo esses autores, com base em estudos realizados sobre o assunto (Spiegelman et al, 1984; Talbott, 1987), enquanto que apenas 3% dos médicos americanos são anestesiológicos, 13% dos médicos em tratamento para dependência atuam nessa área.

Segundo estes estudos (Sans-Yagüez e López Corbalán, 1999), vários fatores de risco estão associados ao uso indevido de substâncias psicoativas por profissionais da Anestesiologia, destacando-se entre eles o estresse ocupacional, a vulnerabilidade individual, a história pregressa de uso de drogas ou de farmacodependência na família, o fácil acesso a fármacos potencialmente aditivos, os transtornos psiquiátricos associados, principalmente ansiedade e depressão, e o hábito de automedicação.

Em estudo realizado pela Associação de Anestesiológicos da Grã-Bretanha e Irlanda em 1995 (Kam, 1997), foram relatados os principais estressores para os anestesiológicos: 42% estavam envolvidos em situações de perda de controle; 25% tinham problemas de relacionamento profissional; 23% cumpriam jornada com sobrecarga de trabalho; 41% desempenhavam tarefas com responsabilidades administrativas; 35% expuseram dificuldade em administrar conflitos entre as demandas domésticas e do trabalho.

De acordo com Kam (1997), a forma com que o indivíduo lida com o estresse guarda precisa relação com seus traços de personalidade, mas, em

linhas gerais, o abuso de drogas tem sido um mecanismo bastante utilizado, particularmente compreensível se considerarmos a complexa relação do fenômeno de negação que é estabelecido nos anos de formação médica, nos quais existe um aprendizado constante de *“não sentir e não reagir como uma pessoa, ou seja, como um paciente”*.

Para Dejours (2003), deve-se levar em consideração que as práticas de risco ritualizadas entre certas classes de trabalhadores podem ser o resultado de mecanismos de defesa contra o sofrimento no ambiente de trabalho e que, por se tratar de mecanismos inconscientes, não são contemplados inicialmente pelos indivíduos que estão passando pela situação.

Reeve (1980), ao estudar traços de personalidade de médicos anesthesiologistas na Inglaterra, descreve que, em linhas gerais, eles são mais reservados, mais inteligentes, mais assertivos, mais auto-suficientes, mas apresentam menor autoconfiança quando comparados a médicos de outras especialidades e à população geral. De acordo com a classificação em dois grupos que o autor procurou estabelecer, obteve-se o seguinte resultado: 80% apresentavam características mais “estáveis” de comportamento e 20% características mais “instáveis”. Estes últimos eram mais propensos a atitudes impulsivas e a comportamentos inadequados como tentativas de suicídio e abuso de substâncias ao lidar com situações estressantes.

Uma questão central que também é apontada na maior parte dos estudos de prevalência nessa população é o antecedente pessoal do uso de drogas

durante a formação médica. De acordo com Farley (1992), em um estudo de avaliação da prevalência de abuso de drogas em programas de tratamento para médicos nos Estados Unidos, verificou-se que, entre 500 médicos atendidos, 60 deles (12%) eram anestesiológicos, dos quais 45 (75%) eram residentes ou freqüentavam o primeiro ou segundo ano de prática profissional. O autor ressaltou algumas situações que podiam servir como desencadeantes para o abuso de drogas, tais como: facilidade de acesso, estresse ocupacional, curiosidade em experimentar o efeito da droga, dor física ou emocional, senso de “invencibilidade” e baixa auto-estima.

Em um estudo realizado por Wright (1990) nos Estados Unidos, ressaltou-se o risco aumentado para o abuso de substâncias entre estudantes de Medicina, Enfermagem e Farmácia. Entre os médicos, destacaram-se diversos fatores de risco, tais como história pregressa de uso de drogas e “exagero em prescrever”, caracterizado por um desejo descontrolado de querer proporcionar auxílio, associado a sentimentos de onipotência, busca por soluções imediatas e dificuldade em lidar com as frustrações.

Os dados citados acima corroboram os achados de Reeve(1980) no que concerne à predisposição para reações extremadas e abuso de substâncias no grupo cujos traços de personalidade denominou “instáveis”. Além disso, segundo o autor, na Medicina, seriam consideradas especialidades de alto risco: Anestesiologia, Cirurgia, Medicina de Emergência, Clínica Médica e Medicina de Família (Reeve,1980).

Spiegelman (1984) aponta para o problema que consiste na ênfase do ensinamento do médico a ser sempre forte e auto-suficiente e para a falta do aprendizado em lidar com o estresse por meios não-medicamentosos. Lanier (2001), em um estudo realizado entre estudantes de Medicina da Southern Illinois University nos Estados Unidos, demonstra uma forte correlação entre o uso de substâncias e pontuações altas na escala de bem-estar geral, questionando a falta de preparo para lidar com situações estressantes desde o início da formação.

Segundo dados da Sociedade Americana de Anestesiologistas há uma forte correlação entre o uso de substâncias psicoativas por médicos anestesiologistas americanos e o aumento de suicídios; os anestesiologistas apresentam ainda probabilidade de três a quatro vezes maior de suicídio do que indivíduos da mesma idade na população geral (Spiegelman, 1984). De acordo com Weeks, apesar desses dados alarmantes, o problema tem sido subestimado tanto nos programas de formação acadêmica como no ambiente de trabalho (Weeks, 1993).

Um estudo realizado nos serviços de Anestesiologia da Austrália e Nova Zelândia entre 1981 a 1991, avaliando a prevalência de anestesiologistas dependentes de drogas, descreve as mesmas taxas de abuso de drogas entre anestesiologistas relatada nos estudos de Spiegelman (1984) .

Gravenstein (1983) realizou um estudo em que distribuiu questionários aos chefes de serviços de Anestesiologia do sudeste dos Estados Unidos para

que apontassem quantos eram os membros de suas equipes que faziam abuso de drogas ilícitas e quantos eram os alcoolistas. Os resultados mostraram padrões de uso de substâncias mais elevados do que na população geral, além de uma forte relação com o uso de drogas durante o curso de Medicina, registrando-se um aumento do uso durante os primeiros anos de residência médica. As substâncias apontadas como mais usadas eram os opiáceos, óxido nítrico, barbituratos e álcool, nessa ordem.

Lutsky (1994) realizou um estudo semelhante e de maiores proporções, comparando o uso de drogas entre anesthesiologistas, generalistas e cirurgiões. As conclusões do estudo não revelaram diferenças em relação ao uso de drogas na população geral e nem entre os três grupos.

Lutsky (1993) efetuou outro estudo retrospectivo de 30 anos sobre abuso de drogas entre médicos anesthesiologistas, por meio do sistema de arquivos de médicos em tratamento nos Estados Unidos; no Serviço de Anestesiologia do Medical College de Wisconsin, entre 1958 e 1988, encontrando taxas 96% para o uso de álcool, 31% para a *Cannabis sativa* e 9,4% para a cocaína. Dos anesthesiologistas avaliados, 16% foram identificados como dependentes. O autor descreve também uma forte presença de antecedente familiar relativo ao uso de drogas entre os anesthesiologistas dependentes (37%) quando comparado ao dos não-dependentes (8%).

Em um estudo semelhante realizado na Nova Zelândia, onde chefes de serviços de Anestesiologia foram solicitados a informar o número de casos de

dependentes químicos, Weeks (1993) demonstrou que, no período entre 1981 a 1991, 22% dos serviços de Anestesiologia consultados registraram pelo menos um caso por ano envolvendo uso abusivo de substâncias.

Berry e colaboradores (2000) realizaram um estudo com entrevistas em 304 departamentos de Anestesiologia na Inglaterra e Irlanda entre 1989 e 1999. O estudo obteve alta taxa de resposta aos questionários (71,7%) e foram reportados, ao longo daqueles anos, 130 casos de anesthesiologistas dependentes de drogas, dos quais 34,6 % eram professores e 43,4% eram médicos-residentes. Além disso, 50% dos entrevistados relataram que sentiam dificuldade em lidar com questões relacionadas ao uso de álcool e drogas.

Booth e colaboradores (2002) realizaram um estudo de prevalência de abuso de drogas entre anesthesiologistas mediante questionários enviados a 133 programas de treinamento em Anestesiologia dos Estados Unidos. O estudo obteve uma taxa de resposta de 93%. Quanto aos resultados, a incidência de abuso de drogas foi de 1,0% entre professores e 1,6% entre residentes. O fentanil foi a droga de abuso mais utilizada.

Segundo Baird e Morgan (2000), os principais fatores de risco para o abuso de substâncias por anesthesiologistas são:

- estresse;
- trabalhar sozinho;
- fadiga crônica;
- horas de trabalho prolongadas;

- acesso facilitado aos opióides.

Partindo-se da constatação que o uso de drogas entre médicos anesthesiologistas tem proporções maiores do que na população geral de acordo com a maioria dos estudos citados, cabe refletir sobre as razões que possam contribuir para o surgimento dessas diferenças. Farley e Talbott (1983) desenvolveram uma teoria em que descrevem cinco mecanismos principais de “gatilho” para o uso problemático de drogas entre anesthesiologistas:

1- fácil acesso às drogas, em ambiente externo, mas também às drogas de prescrição e às drogas ditas lícitas, como o álcool, sendo esta uma das substâncias comumente mais consumidas antes mesmo do uso em Centro cirúrgico;

2- experiências de alteração dos estados de consciência: os autores descrevem que essa predisposição entre os anesthesiologistas em início de carreira é relativamente comum na história do uso de drogas;

3- estresse ocupacional: uma grande porcentagem dos anesthesiologistas – cerca de 95% - descreve seu trabalho como tedioso, enquanto apenas 5% relatam sensação de grande pânico diante de situações com iminente ameaça à perda de controle;

4- falta de reconhecimento profissional: embora o anesthesiologista seja uma peça fundamental no *setting* cirúrgico, existe um sentimento de que todo o reconhecimento profissional recaia sobre o cirurgião;

5- “modo químico de viver”(“*chemical way of life*”): os autores descrevem o aprendizado do anestesiológico, baseado nas repetidas experiências para controlar a dor, o cansaço, a fadiga e outros sintomas por meio de medicações administradas a seus pacientes, nas quais ele transpõe essa aparente facilidade de controle para a própria vida.

De acordo com Lafferrerie (2001), em um estudo sobre os problemas relacionados ao trabalho nos serviços de Anestesiologia da França, deve-se levar em consideração diversos fatores que se correlacionam, tais como:

- a rotina dos médicos anesestesiologistas é considerada por eles mesmos como estressante e cansativa, porque reproduz um trabalho repetitivo e intenso, sobretudo caracterizado por plantões em centros cirúrgicos, isolados do mundo exterior;
- o trabalho solitário, representado pelo isolamento do mundo exterior e nas próprias salas de cirurgia, afastando-os do contato com outros colegas da mesma especialidade, dificulta a elaboração de defesas psicológicas coletivas que contribuam para tornar o ambiente e a rotina de trabalho mais “suportáveis”, como ocorre habitualmente com médicos de outras especialidades;
- existe um clima de competição entre os próprios médicos anesestesiologistas, no sentido de “escapar” ao volume de trabalho, o que contribui para a falta de união entre os colegas;

- sensação de desvalorização do trabalho realizado, considerando que o mérito do procedimento cirúrgico é habitualmente atribuído ao cirurgião.

Todos esses estudos trazem resultados importantes que apontam a maior prevalência de uso abusivo e dependência de drogas entre médicos anesthesiologistas quando comparados aos de outras especialidades e à população geral. Além disso, permitem dar uma dimensão do problema, a partir das estimativas. Todavia, é necessário avaliar criticamente estes resultados:

- pelo fato de todos os dados terem sido colhidos de forma indireta, através de questionários entregues a chefes de serviço, os resultados podem não ter revelado a real magnitude do problema em termos quantitativos;
- os dados revelados por chefes de serviço diziam respeito apenas aos indivíduos dos quais eles têm conhecimento; pode-se presumir que exista uma parcela de usuários problemáticos de drogas que não tenham sido identificados;
- a maioria desses estudos procurou dimensionar o problema numa esfera quantitativa, fazendo-se apenas suposições em relação às causas, como estresse ocupacional, acesso facilitado às drogas dentro do ambiente de trabalho, isolamento profissional, história pregressa pessoal e familiar relativa ao uso de drogas;
- todos os estudos foram realizados por anesthesiologistas, podendo ter gerado um viés ao quantificar os usuários de drogas, seja pela sua aferição indireta, seja pela recusa ou negação em divulgar informações

por parte de alguns centros de Anestesiologia; além disso, assumir publicamente altas taxas de prevalência de usuários de drogas dentro de um serviço médico pode gerar problemas de confiabilidade daqueles profissionais e serviços e complicações do ponto de vista ético.

Os estudos mais recentes sobre os dados de prevalência são, em sua maioria, revisões bibliográficas que tomaram como referência os primeiros estudos realizados sobre o tema.

A maioria dos estudos de prevalência de abuso de drogas entre anesthesiologistas foi realizada entre os anos setenta e oitenta, havendo uma grande escassez de estudos na área após esse período. Além disso, os estudos mais recentes versando sobre o tema dizem respeito ao controle da disponibilização de drogas em ambiente cirúrgico e sobre os processos de reabilitação dos anesthesiologistas em tratamento.

Czernichow e Bonnet (2002) registraram em um estudo de revisão bibliográfica as prováveis falhas metodológicas nas investigações anteriores, pelo fato de terem sido realizadas de forma indireta, com dados provavelmente subestimados. Além disso, ressaltaram a escassez de estudos na área, conduzidos, em sua maioria, nos Estados Unidos, não havendo inclusive nenhum estudo semelhante realizado até então na França, país onde o fato analisado constitui um grande problema.

Baird e Morgan (2000) realizaram um estudo sobre os principais métodos de controle de acesso a medicamentos nos serviços de Anestesiologia dos

Estados Unidos, sendo que a taxa de resposta foi de 64%. Segundo o estudo, 42% dos serviços de Anestesiologia adotam o método tradicional de dispensação de medicamentos por meio da equipe de enfermagem, comunicando verbalmente as solicitações e preenchendo um formulário de controle. Apenas 4,4 % utilizavam máquinas de dispensação de medicamentos. Várias instituições relataram outras formas não-padronizadas de dispensação de medicamentos, variando-se a localização dos hospitais e os horários.

Na publicação “A política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas” (Ministério da Saúde, 2003) descreve-se de que modo a realidade contemporânea tem colocado novos desafios na forma como certos temas têm sido habitualmente abordados, especialmente no campo da saúde, como o uso indevido de substâncias psicoativas, questão que, por sua complexidade, exige que se evitem simplificações reducionistas.

No Brasil, o uso de álcool e drogas entre médicos tem sido recentemente apontado como um problema que merece atenção (Martins, 2004), mas sobre o qual não existem estudos que avaliem sua magnitude de modo mais direto. Mais do que uma escassez de dados quantitativos - pois todos os dados de prevalência derivam de estudos americanos realizados há várias décadas - há uma escassez de pesquisas que procurem traçar alguma linha de entendimento sobre como esse processo se estabelece localmente.

Historicamente, a questão do uso abusivo e/ou da dependência de álcool e outras drogas tem sido abordada sob uma ótica predominantemente

psiquiátrica ou médica, deixando-se de lado as implicações sociais, psicológicas, econômicas e políticas que devem ser consideradas na compreensão global do problema.

No levantamento bibliográfico não foi encontrado nenhum tipo de pesquisa que adotasse um desenho qualitativo na tentativa de elucidar a questão do uso de drogas. É nesse ponto que surge a necessidade de entender o contexto das relações de trabalho entre os anestesiológicos e sua compreensão sobre o consumo de drogas nessa atividade.

Por esse motivo é necessário levar em consideração, para a melhor compreensão do fenômeno, as situações que, de acordo com a literatura, predispõem ao uso de drogas por anestesiológicos, como o acesso facilitado e o contato com a morte no universo da Medicina, os problemas decorrentes desse uso e o sofrimento psíquico dos profissionais.

Além disso, deve-se levar em conta a visão que a sociedade tem sobre o uso de drogas, bem como a visão dos próprios anestesiológicos sobre essa conduta. Isso porque os anestesiológicos não representam apenas uma especialidade médica: formam um subgrupo social, com conceitos, valores, normas e práticas peculiares, que está inserido na sociedade como um todo e sujeito às suas normas.

3. **OBJETIVO**

O objetivo do presente estudo é a compreensão do uso de drogas entre médicos anesthesiologistas, tendo como enfoque o contexto das relações de trabalho.

4. **MÉTODOS**

Trata-se de uma pesquisa qualitativa dividida em duas etapas principais: (1) observação de campo; (2) entrevistas em profundidade. A pesquisa foi realizada no período de 01 a 31 de outubro de 2005.

4.1. Observação de campo

Antes do processo de entrevistas, houve uma etapa de observação e descrição do campo para destacar aspectos relevantes da rotina do médico anesthesiologista, como particularidades das relações interpessoais e de trabalho, condições de trabalho, dificuldades e facilidades no exercício da profissão, elementos esses que forneceram dados complementares para a apreensão da realidade a partir da ótica dos entrevistados, e para que fosse possível elaborar uma análise mais fidedigna dos dados obtidos.

Segundo Oliveira (1996), a tarefa de “olhar” do ponto de vista antropológico, caracteriza-se pela percepção do campo de investigação devidamente sensibilizado pela teoria disponível, e essa observação é um veículo de acesso à estrutura das relações sociais que se apresentam ao observador.

Para que fosse possível coletar o máximo de informações sobre o cotidiano do médico anestesiológico, optou-se por realizar a observação de campo no setor de Anestesiologia do Hospital São Paulo, que dispõe de uma secretaria localizada nas dependências do próprio hospital e que forneceu elementos para a compreensão da rotina desses profissionais, sua distribuição pelas dependências do hospital, horários de trabalho, rotinas, reuniões, visitas às enfermarias e períodos de permanência no Centro cirúrgico. A observação foi efetuada em diferentes períodos, de modo a possibilitar comparações acerca da rotina e do volume de trabalho.

Segundo Willms e Johnson (1993), a observação de campo permite ao pesquisador: (1) registrar os fatos que são observados diretamente; (2) registrar o que as pessoas dizem a respeito; (3) interpretar os dados obtidos; (4) descrever sentimentos, sensações e percepções advindas dessa observação e (5) traçar estratégias para a continuidade da pesquisa.

A presença do pesquisador no ambiente (Centro cirúrgico) foi descrita de forma clara e tendo sido obtido o consentimento dos membros do grupo a ser estudado.

Anexo 1: Roteiro de apresentação do estudo

4.2. Entrevistas em profundidade

Os participantes da pesquisa foram quinze médicos anesthesiologistas do setor de Anestesiologia do Hospital São Paulo. O número de participantes foi estabelecido pela saturação de informações, interrompendo-se a busca de novos participantes a partir do momento em que as informações começaram a se repetir.

O tempo médio de duração de cada entrevista foi de aproximadamente duas horas. A escolha dos entrevistados ocorreu de duas formas:

- 1- durante o trabalho de observação de campo, selecionando-se os médicos dispostos a colaborar com a pesquisa;
- 2- pela busca de informantes-chave, caracterizados por médicos identificados por membros do grupo que tivessem alguma contribuição especial para o estudo.

A técnica utilizada obedeceu ao modelo de entrevista semi-estruturada, no qual os temas abordados são sugeridos através de tópicos preconcebidos pelo pesquisador, configurando-se um roteiro cuja ordem não necessita necessariamente ser seguida (Willms e Johnson, 1993).

As entrevistas foram gravadas e transcritas para posterior análise.

Anexo 2: Roteiro da entrevista

5. **ASPECTOS ÉTICOS**

A pesquisa de campo não teve por objetivo identificar profissionais que fossem usuários de drogas, tampouco averiguar a questão particular do uso de drogas pelos entrevistados. Sob nenhuma hipótese essas questões, caso evidenciadas, foram reveladas ou citadas no estudo.

Todas as entrevistas foram realizadas individualmente pelo próprio pesquisador, somente após a explicação ao entrevistado sobre o propósito da coleta de informações e mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, sendo dada a garantia de anonimato ao entrevistado.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNIFESP (Processo n.o 0232/05)

Anexo 3: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

6. RESULTADOS

6.1. Caracterização dos entrevistados

Tabela 01: Sexo

Sexo	n	%
Masculino	5	33,3
Feminino	10	66,7
Total	15	100,0

Tabela 02: Estado Civil

Estado Civil	n	%
Casado	4	26,7
Solteiro	6	40,0
Viúvo	1	6,7
Separado	3	20,0
Amaziado	1	6,7
Total	15	100,0

Tabela 03: Idade, Tempo de trabalho no HSP (em anos), Número de lugares onde trabalha (incluindo-se atividade freelancer) e carga horária semanal total (em horas)

	Mínimo	Máximo	Média	DP
Idade	27	55	35,86	7,76
Tempo que trabalha no HSP (anos)	0,5	18	3,93	4,45
Quantos lugares trabalha	1	5	3,20	1,37
Carga horária semanal (horas)	50	132	80,40	27,01

Tabela 04: Faculdade onde cursou medicina

Faculdade onde estudou	N	%
	1	6,7
F.M. Catanduva	1	6,7
EPM	1	6,7
F.M.Santos	1	6,7
F.M. Valença	1	6,7
PUC-PR	1	6,7
PUCCAMP	1	6,7
U.F.Fluminense	1	6,7
UFPR	1	6,7
UFRJ	1	6,7
UMC	1	6,7
UNICAMP	1	6,7
UNIRIO	1	6,7
UNISA	1	6,7
UNITAU	1	6,7
Total	15	100

Tabela 05: Local onde fez Residência Médica

Onde fez Residência	n	%
Bolívia	1	6,7
EPM	4	26,7
HC- Ribeirão Preto	1	6,7
HC-USP	2	13,3
F.M.Santos	1	6,7
UERJ	2	13,3
UFPR	1	6,7
UFRJ	1	6,7
UNICAMP	2	13,3
Total	15	100,0

F = Feminino
M = Masculino
ID = Idade
FL = Freelancer
RJ = Rio de Janeiro
BA = Bahia
SP = São Paulo
PR = Paraná
EPM = Escola Paulista de Medicina
F. M. Catanduva = Faculdade de Medicina de Catanduva
F.M. Santos = Faculdade de Medicina de Santos
F.M. Valença = Faculdade de Medicina de Valença
HC = Hospital das Clínicas

PUCCAMP = Pontifícia Universidade Católica de Campinas
PUC-Curitiba = Pontifícia Universidade Católica de Curitiba
UERJ = Universidade Estadual do Rio de Janeiro
U.F. Fluminense = Universidade Federal Fluminense
UFPR = Universidade Federal do Paraná
UFRJ = Universidade Federal do Rio de Janeiro
UMC = Universidade de Mogi das Cruzes
UNICAMP = Univerisadade de Campinas
UNIRIO = Universidade do Rio de Janeiro
UNISA = Universidade de Santo Amaro
UNITAU = Universidade de Taubaté

6.2. A observação de campo: uma etnografia do setor de Anestesiologia

A etnografia foi realizada durante o mês de outubro de 2005, no Centro cirúrgico do Hospital São Paulo.

Segundo Geertz (1989), a etnografia constitui uma “descrição densa”, caracterizada por uma *“multiplicidade de estruturas conceituais complexas, muitas delas sobrepostas ou amarradas umas às outras, que são simultaneamente estranhas, irregulares e inexplícitas e que o pesquisador deve primeiro apreender e depois apresentar”*.

De acordo com Geertz (1989), o etnógrafo “inscreve” o discurso social, anotando-o e, ao fazê-lo, é possível transformar um acontecimento passado em um relato que pode ser novamente consultado e interpretado.

Em primeiro lugar houve um pedido formal de autorização à chefia do setor de Anestesiologia – ao chefe da disciplina. Foi explicado o propósito da pesquisa, tendo sido concedida a autorização para seu início após uma consulta ao Departamento de Anestesiologia.

A seguir, houve o contato com a anestesiolegista responsável pela atribuição dos encargos e que também atuava como plantonista. Funcionando como “facilitadora” para o encaminhamento da pesquisa, autorizou a entrada no Centro cirúrgico e fez a apresentação aos demais especialistas da área. Pôde-se observar que, à medida que surgiam, procedia-se à distribuição das cirurgias

entre os anestesiológicos, de acordo com os diferentes campos de atuação e respectivas habilidades, estabelecendo-se assim uma escala geral de serviços.

No primeiro dia de observação, houve uma conversa na sala da disciplina de Anestesiologia. Foi explicado o objetivo do trabalho e como se dariam as entrevistas, no intuito de esquematizar um modo de não atrapalhar o trabalho dos anestesiológicos. Ela se mostrou muito receptiva, afirmando que não haveria problema nenhum e que se encarregaria de arranjar um local dentro do Centro cirúrgico onde as entrevistas pudessem ser realizadas. Disse também que não haveria problema em realizar as entrevistas no próprio Centro cirúrgico e que, nos dias em que ela não estivesse, avisaria os outros chefes de plantão sobre o trabalho para que pudessem facilitar as entrevistas.

6.2.1. A entrada no Centro cirúrgico

O Centro cirúrgico é o local onde os anestesiológicos permanecem a maior parte do tempo. Como a maioria deles é plantonista, ali permanece de doze a vinte e quatro horas, a partir do horário de entrada. Portanto, é nesse ambiente que ocorre a maior parte das situações de estresse, os problemas de relacionamento interpessoal, as dificuldades na realização do trabalho e onde se pôde identificar o objeto deste estudo: a presença e a utilização de drogas.

No quarto andar do hospital há um setor do Centro cirúrgico onde se localiza a rouparia e o vestiário. Nesse local há sempre um funcionário com acesso a um terminal de computador onde as pessoas são cadastradas pelo crachá do hospital. Foi lá que o cadastramento foi efetuado e foi dada a autorização ao pesquisador para entrar no Centro cirúrgico. Toda vez que se deseja entrar no Centro cirúrgico, deve-se passar por essa portaria e dizer o número de inscrição, que é digitado pelo funcionário no computador, onde aparece a foto. O escriturário então entrega a roupa do Centro cirúrgico, composta por uma calça, uma blusa cavada, ambos de algodão verde, um gorro, uma máscara, um par de propés (proteção para os sapatos) e uma chave correspondente ao armário do vestiário.

Após receber as roupas, deve-se ir ao vestiário para trocar de roupa. Na saída do vestiário, encontrava-se a médica responsável pelo Centro cirúrgico. Seguiu-se então por uma escada lateral que leva diretamente ao Centro cirúrgico, no quinto andar do hospital.

A chegada ao Centro cirúrgico pela primeira vez causa uma sensação de perplexidade. Várias salas, muitas pessoas que transitam de um lado para o outro, médicos, equipes de enfermagem, estudantes, residentes, escriturários. Telefones tocando, pacientes sendo transportados de maca. São, ao todo, 26 salas de cirurgia, embora apenas 16 estivessem funcionando naquele momento, porque dez estavam em reforma.

No segundo dia, às 7 horas da manhã, cumpriu-se a mesma rotina da troca de roupa e dirigir-se ao Centro cirúrgico. O fato de o pesquisador estar no Centro cirúrgico vestindo as roupas próprias do local acabava por conferir uma sensação de “pertencimento” ao lugar.

Na chegada ao Centro cirúrgico, encontrava-se o médico responsável pelo setor naquele dia. Ele se mostrou muito receptivo ao trabalho e se colocou à disposição para esclarecer qualquer dúvida. Observando o trabalho dele, verificou-se que havia um grande quadro branco na sala principal do Centro cirúrgico onde estavam escritas as salas, nome e quarto do paciente, tipo de cirurgia, cirurgião, circulante (um técnico de enfermagem que tem a função de levar o que é necessário às salas de cirurgia), horário, faltando apenas o nome do anestesiolegista. Os anestesiolegistas iam chegando e à medida que ele ia vendo sua chegada ia distribuindo-os pelas cirurgias do quadro. Perguntando a ele como funcionava essa distribuição, ele explicou que eles procuravam adequar o tipo de cirurgia conforme a preferência ou especialidade do anestesiolegista.

Enquanto essa distribuição ocorria, vários outros movimentos ocorriam: reclamações sobre a falta de campos cirúrgicos (os panos usados durante a cirurgia), a insuficiência de salas para o número de cirurgias agendadas e a falta de outros materiais necessários para a execução das cirurgias. Simultaneamente, outro problema também ocorria: a greve dos funcionários do

Hospital, que estava ocasionando atraso e cancelamento de muitas das cirurgias programadas.

Um anestesiológico transportava consigo um conjunto de campos cirúrgicos sob o braço e quando perguntaram a ele o que representava aquilo, ele respondeu: *“Preciso ficar com isso, porque se não some e não dá pra trabalhar”*. Riram dele e falaram que era exagero.

O anestesiológico chefe explicou que, além do Centro cirúrgico, existem outros setores que são atendidos pela Anestesiologia, como o Centro Obstétrico, a Hemodinâmica, a Recuperação Pós-Anestésica, a Endoscopia, a Radiologia e outros procedimentos invasivos que necessitam de anestesia, como ECT (a Eletroconvulsoterapia). Além disso, existem outros setores que precisam de anestesiólogos para realizar suas, como a oftalmologia e outras cirurgias ambulatoriais. No total, o Hospital São Paulo conta com cerca de 110 anestesiólogos, sem contar os médicos residentes, os acadêmicos de Medicina que fazem estágio durante a formação e os pós-graduandos que cumprem horas de trabalho Centro cirúrgico.

No terceiro dia houve a substituição da recepcionista, entrando em seu lugar uma funcionária que retornara de licença médica e que não conhecia as pessoas que circulavam no recinto. Foram dadas algumas explicações sobre o trabalho e a anestesiológica responsável pelo setor foi chamada, mas a recepcionista solicitou a presença da enfermeira do Centro cirúrgico.

A médica responsável chegou e explicou à recepcionista que as entrevistas deveriam ser feitas no próprio recinto porque não se poderia interromper o trabalho dos médicos; se um anestesiolegista estivesse fora do Centro cirúrgico e sua presença fosse necessária, seria mais difícil localizá-lo e isso tomaria mais tempo. Então a enfermeira autorizou provisoriamente a entrada do pesquisador e disse que levaria o problema ao diretor para uma decisão definitiva, mas não houve mais problemas após esse dia.

O conforto médico foi o local onde a maioria das entrevistas foi realizada. Pode ser descrito como um quarto pequeno, com quatro beliches, um ao lado do outro, e banheiros. Fica localizado dentro do Centro cirúrgico, ao lado das salas de cirurgia. Existe um movimento de entrada e saída do conforto médico, porque os médicos que estão de plantão, sobretudo os anestesiolegistas, passam praticamente todo o período do seu plantão dentro do Centro cirúrgico e, no momento em que não estão escalados para nenhuma cirurgia, podem ali descansar um pouco.

6.2.2. A rotina do médico anesthesiologista

Grande parte dos anesthesiologistas que trabalham no Centro cirúrgico é plantonista, ou seja, trabalha em turnos de 12 horas (das 7 às 19 horas) ou 24 horas (das 7 às 7 horas do dia seguinte) em dias fixos durante a semana. Apenas uma pequena parte trabalha em horário comercial, geralmente nos setores de cirurgia ambulatorial e pequenos procedimentos.

O mais importante a ressaltar sobre o esquema de trabalho em plantões é que a maioria dos entrevistados e, segundo eles, a maioria dos anesthesiologistas, trabalha dessa forma e geralmente acumula vários outros empregos além do Hospital São Paulo. A carga horária semanal varia entre 50 a 132 horas para os entrevistados (vide Item 6.1 de Caracterização dos Entrevistados). Além do trabalho fixo em plantões nos hospitais, muitos anesthesiologistas realizam trabalhos autônomos ligados a equipes de cirurgia que circulam em diversos hospitais da cidade.

Neste estudo, procurou-se concentrar atenção maior nos anesthesiologistas que trabalhavam em esquema de plantão no Centro cirúrgico, pois geralmente é nesse local que o acesso à droga é mais facilitado, com menor possibilidade de controle. De acordo com o levantamento bibliográfico e em correspondência com as informações fornecidas pelos entrevistados, o Centro cirúrgico é o ambiente onde o indivíduo está mais propenso a consumir drogas.

Como foi dito anteriormente, o plantão se inicia às 7 horas da manhã. Gradativamente chegam os anestesilogistas e é feita a distribuição das cirurgias. No decorrer do dia há uma sucessão de novas cirurgias até o final do plantão. No intervalo das cirurgias os anestesilogistas podem ir ao banheiro, tomar café ou água em máquinas que ficam no corredor do hospital ou mesmo fazer um breve descanso no conforto médico.

Além de realizar o procedimento anestésico, o anestesilogista fica responsável por um médico residente e por acadêmicos de Medicina que cumprem estágio na disciplina.

No final do dia, ou seja, um pouco antes da troca de plantão, às 19 horas, nota-se uma certa tensão no ambiente: todos começam a andar de um lado para o outro e observa-se a arrumação de malas e bolsas. Isso porque não apenas os anestesilogistas, mas também os médicos de outras especialidades, a equipe de enfermagem, os alunos e os residentes estão-se preparando para a saída. Porém, caso uma cirurgia não tenha terminado, mesmo no período de troca de turno, os médicos não podem ausentar-se da cirurgia. Isso muitas vezes é motivo de descontentamento, seja pelo cansaço de ter trabalhado durante o dia inteiro, seja pela tensão de ter que sair de um hospital e iniciar a jornada em outro (teoricamente às 19 horas, no mesmo horário de saída)

6.2.3. A realização das entrevistas

Antes de iniciar-se a pesquisa, havia um forte receio de como ela seria recebida pelos anestesiológicos, como eles acolheriam alguém que averiguasse seus problemas e invadisse sua privacidade. À medida que a permanência no Centro cirúrgico se intensificou e as entrevistas foram realizadas, esses temores se dissiparam: não houve nenhuma recusa em participar e todos os entrevistados se mostraram muito disponíveis e dispostos a falar sobre as dificuldades no trabalho e as questões que os afligiam.

Um fato bastante curioso foi o interesse que demonstraram em conhecer a opinião do pesquisador sobre as respostas dadas nas entrevistas e sobre os resultados do trabalho, bem como se os entrevistados tinham opiniões semelhantes e se puderam ajudar com as informações fornecidas.

Como as entrevistas foram realizadas dentro do Centro cirúrgico, houve algumas dificuldades para encontrar um lugar adequado. Algumas foram realizadas no conforto médico; outras em salas de cirurgia que se encontravam desocupadas, e outras dentro de um escritório da disciplina de Anestesiologia localizada dentro do Centro cirúrgico. Houve apenas uma entrevista que foi realizada em dois tempos, porque o entrevistado teve que sair para dar alta a um paciente recém-saído de uma cirurgia e, ao terminar, retornou em seguida para concluir a entrevista.

O melhor local para a realização das entrevistas foi o conforto médico, onde foi possível efetuar dez entrevistas. Foram realizadas nos momentos em que não havia ninguém repousando, o que garantia mais privacidade aos entrevistados. Era então possível manter trancada a porta, com raras interrupções quando alguém desejava utilizar o banheiro. Mesmo assim, havia tempo para suspender a gravação e continuá-la em seguida.

As entrevistas que foram realizadas nas salas de cirurgia que estavam vazias foram muito tumultuadas. Mesmo que a porta fosse fechada, a cada momento alguém surgia para apanhar algum material, interrompendo o fluxo normal da entrevista. Outras desvantagens foram o ruído excessivo dos aparelhos do Centro cirúrgico e a conversa entre pessoas.

A mesma situação ocorreu com as entrevistas que foram realizadas no escritório da disciplina de Anestesiologia dentro do Centro cirúrgico. Apenas uma entrevista foi conduzida fora do Centro cirúrgico, na sala da disciplina, localizada no quarto andar do hospital. Apesar de não terem ocorrido interrupções, a sala oferecia pouco isolamento acústico, deixando o entrevistado um pouco desconfortável para falar abertamente e levando-o a exprimir-se em tom mais baixo.

6.3. Análise das entrevistas

A análise das entrevistas expôs, a partir dos dados empíricos, o contexto do uso de drogas entre os anesthesiologistas. A partir das entrevistas e da observação etnográfica, pôde-se descrever em que contexto esse uso ocorre e de que modo os anesthesiologistas compreendem tal comportamento.

Utilizou-se a técnica de análise e agrupamento em categorias mais relevantes. Esse procedimento teve por objetivo identificar padrões de pensamento, idéias e relatos que possibilitassem a melhor apreensão do fenômeno (Willms e Johnson, 1993).

Na transcrição das falas, foram mantidas as formas orais de expressão, nas quais sobressaem: as interrupções lógicas, a ausência ou uso impróprio de conectivos sintáticos, o encadeamento de orações ligadas por “e”, a mudança dos pronomes de tratamento, a falta de clareza nos enunciados e o uso de expressões populares (“perai”, “cara”) ou chulas.

6.3.1. Aspectos positivos da Anestesiologia

Falar sobre os aspectos positivos da Anestesiologia, sob a ótica dos entrevistados, auxilia a compreender o contexto da atividade profissional.

6.3.1.1. Menor vínculo com o paciente e com os problemas de trabalho nas horas livres

Grande parte dos entrevistados admitiu que uma grande vantagem da Anestesiologia é poder desvincular-se dos problemas de trabalho após o término deste. Ou seja: como a maioria dos entrevistados trabalha em plantões, o término do plantão sinaliza que não haverá pendências, que o profissional provavelmente não será chamado para alguma emergência e que assim poderá dispor de maior liberdade.

“Eu acho que é uma especialidade que você consegue se desvincular dela quando você está fora do ambiente de trabalho, do hospital. Você consegue largar isso, porque você não tem vínculo com o paciente, acho isso uma coisa boa, o vínculo que nós temos com o paciente é um vínculo extremamente intenso por ser pequeno.”

(E., sexo feminino)

*“Uma outra vantagem que a gente tem em anestesia, principalmente quando você trabalha em serviços com essa característica, é que acabou o dia, você tranca a porta e vai embora. Você volta no dia seguinte ou no dia que for trabalhar de novo, mas não tem encheção de saco em casa, a não ser quando você faz *freelancer*, isso muda, mas em geral você não tem muita encheção de saco.”* (H., sexo masculino)

Embora a maioria dos entrevistados ressalte essa característica do trabalho como uma vantagem, pode-se questionar o que acontece quando um anestesiológista passa por uma situação desagradável, como a morte de um paciente ou o desentendimento com algum colega de profissão. Ou seja, verifica-se que essa autonomia é relativa, pois, em relação ao envolvimento com os problemas emocionais dos pacientes, o anestesiológista consegue sair do trabalho, embora não consiga desvencilhar o pensamento de uma situação estressante ocorrida. Essa questão será tratada posteriormente.

6.3.1.2. Diversidade de procedimentos

A maioria dos entrevistados realiza procedimentos anestésicos em diferentes tipos de pacientes e patologias. A manutenção dessa diversidade foi apontada como vantajosa, seja porque exige constante atualização e prática em procedimentos variados; seja porque possibilita ao anestesiológista vivenciar seu trabalho de modo menos monótono que outras especialidades ou porque permite que ele não se distancie do raciocínio clínico para diferentes doenças.

Além disso, o contato com diversos procedimentos foi um dos motivos relatados pelos entrevistados para a escolha da especialidade e que se mantém como vantagem durante o exercício da Anestesiologia.

“Acho que a gente não perde o contato com o paciente, continua até sendo um bom clínico, porque acaba sabendo tratar um montão de coisas, tratar as emergências.” (A., sexo feminino)

“Vi que era uma especialidade que tem procedimento e eu vou saber de tudo um pouco, como sistema cardiovascular, respiratório, urinário... de tudo um pouco. Vou continuar em contato com o paciente, tem procedimento e não é cirúrgico” (A., sexo feminino)

Enfim, a diversidade de procedimentos é vista pela maioria dos entrevistados como algo positivo, onde o contato com diversos tipos de cirurgias favorece a manutenção de um contato mais abrangente com a Medicina.

6.3.1.3. Estabilidade quanto à perspectiva de ganhos

Muitos entrevistados apontaram que a especialidade, comparativamente às outras, dá ao anestesiolegista, logo após a residência, a possibilidade de obter trabalho e boa remuneração a curto prazo, e desse modo, fazer um planejamento mais “estável” ao longo da vida.

“Não sei se isso é um ponto positivo, mas você acaba ganhando o teto que vai ganhar na sua vida... É um gráfico linear...é diferente do cirurgião; que começa ganhando pouco e depois tem a chance de aumentar, porque a gente acaba ganhando com o plantão...É difícil fazer “free”, uma anestesia particular não é muito frequente...então você começa ganhando bem e vai ganhar bem o resto da vida.” (A., sexo feminino)

“O retorno é rápido porque você não precisa de muito investimento no início da carreira, é diferente de um profissional que trabalha com equipamentos, como um radiologista, um pneumologista que faça broncoscopia e tem que comprar o aparelho, o gastro que tem que comprar um endoscópio...O anestesista não precisa de investimento inicial nenhum, então esse é um lado bom, o retorno é mais rápido, mas é mais limitado.” (F., sexo masculino)

De acordo com os entrevistados, é possível começar a trabalhar, desde os primeiros anos de formação, na própria especialidade e com uma perspectiva de ganhos estável. Isso porque, como a maioria dos anestesiólogistas trabalha em empregos fixos sob a forma de plantões, não há necessidade de trabalhar fora de sua especialidade no início da carreira ou de adquirir algum aparato tecnológico para exercer a profissão.

6.3.1.4. Controle sobre o ritmo de trabalho

Grande parte dos entrevistados relatou que o tipo de vínculo de trabalho que o anestesiólogista estabelece, seja como plantonista ou como *freelancer*³, permite que diminua ou aumente o ritmo do trabalho conforme a necessidade pessoal, sem que isso necessariamente prejudique sua carreira, diferentemente do profissional de outra especialidade que, por exemplo, trabalhe em um consultório particular e, conseqüentemente fique mais “preso” aos pacientes.

É interessante notar que muitas das entrevistadas do sexo feminino compartilharam da mesma opinião, porque o ritmo de trabalho pode variar conforme o momento da vida pessoal, no que se refere à maternidade, criação dos filhos e organização das tarefas domésticas.

³ *Freelancer*: segundo os anestesiólogistas, é o trabalho autônomo ligado a equipes de cirurgia.

“Olha, pra mim, fazer anestesia foi muito bom, porque acelerei ou diminuí o ritmo de trabalho conforme as minhas necessidades... Então quando tive meus filhos, diminuí bem o ritmo e então eles foram crescendo e automaticamente eu já fui assumindo mais coisas... Nunca tive nenhuma dificuldade em relação ao mercado de trabalho, em fazer o ritmo que eu quizesse, pra mim sempre foi muito bom.” (I., sexo feminino)

“Resolvi trabalhar assim em esquema de plantão por opção mesmo. Eu poderia ser freelancer, até ganha melhor, mas não tem tanta liberdade no horário. Então, assim: os horários que eu tenho..aquele horário é aquele horário, tanto no grupo lá como aqui no hospital e acabou aqui, 7 horas da noite eu vou pra casa...não tem perigo de alguém me chamar. Então eu fiz essa opção, eu tenho dois filhos. Achei que, por eu ser mulher, por querer ser mãe, achava que o meu horário, pelo menos uma parte deveria dedicar aos filhos pelo menos enquanto eles são pequenos. Então eu fiz esse tipo de opção por ter um horário já estabelecido. Por exemplo é mais fácil trocar plantão também... Por exemplo se é um cirurgião que te chama...ele vai marcar a cirurgia a hora que ele quer, vai tirar as férias a hora que ele quer e você vai ter que se submeter ao horário dele e eu por enquanto não sei, posso mudar de opinião, mas agora não acho legal isso. Então por isso optei ficar em emprego público e ser plantonista de hospital, posso tirar férias a hora que eu quero, vou a hora que eu quero.” (K., sexo feminino)

Entretanto, alguns entrevistados, sobretudo os que trabalhavam junto a equipes particulares, sentiam-se mais dependentes dos horários dos cirurgiões.

Por exemplo:

“Eu não sei te dizer isso...O lado ruim da anestesia é a falta de autonomia e então acho que a gente tem pouco domínio sobre a nossa agenda, é mais difícil a gente planejar a vida. É diferente do clínico que pode suspender a agenda dele no consultório à tarde, ou um cirurgião que pode marcar a cirurgia no horário que lhe convém...a gente tá mais dependente dos outros. Essa falta de autonomia é um problema.” (F., sexo masculino)

Concluindo, pode-se dizer que o eixo central dos aspectos positivos da Anestesiologia, segundo os entrevistados, é a possibilidade de autonomia. Seja pelo fato de poder desvincular-se do trabalho e dos problemas dele decorrentes após o término da jornada; seja pelo fato de poder controlar o ritmo de trabalho de acordo com as necessidades pessoais. Entretanto, percebe-se que essa autonomia é relativa, porque, no que se refere ao vínculo com os pacientes, esse contato se dá de uma forma curta, porém intensa. No que se refere ao controle do ritmo de trabalho e aos ganhos, muitas vezes o anestesiológico se vê obrigado a trabalhar mais para manter um determinado padrão de vida. Essas contradições em relação aos aspectos positivos serão tratadas com maior profundidade no próximo ítem.

6.3.2. Aspectos negativos da Anestesiologia

Tanto quanto os positivos, os aspectos negativos da Anestesiologia fornecem subsídios para a compreensão do contexto da atividade profissional. Além disso, de acordo com os dados da revisão bibliográfica, muitos desses aspectos são apontados como predisponentes ao uso de drogas pelos anestesiológicos.

6.3.2.1. Limitações na formação médica

Segundo os entrevistados, uma das falhas no aprendizado durante o curso de Medicina é a falta de preparo para lidar com os problemas do paciente. Essa falha muitas vezes se perpetua para além da faculdade e resulta em uma dificuldade durante o exercício profissional.

“Tanto a relação médico-paciente, que é muito distante... isso pelo menos na minha foi e percebo que acabei me entrosando melhor com os pacientes depois que estava formada do que durante o curso... antes era muito aquela posição distante...eu aqui, você lá...não tinha a mínima preocupação com o bem-estar do paciente, nada disso...isso faltou muito na minha faculdade.” (C., sexo feminino)

“Eu acho assim, eu faço uma análise, porque eu tenho vários anos de formada... vejo alunos da escola que estão fazendo faculdade agora, eu acho que a faculdade de Medicina é muito complicada... ela abre muitas coisas, eu fiz filosofia porque a minha faculdade era nesse perfil. Porque se você só cai naquela coisa de estudar, praticamente assim não te dá aquela sustentação emocional... você tem que cumprir certas metas. Você é cobrado por aquilo e acabou. A Medicina é isso, conhecer o ser humano, não só a anatomia, conhecer tudo que envolve o ser humano, todo o existencial, depois com teologia e filosofia se perguntava o que é a existência do ser humano, e a teologia colocava um pouco disso e tudo mais.” (G., sexo feminino)

“Nós deveríamos ter, no início, informação do que espera por nós, porque você entra muito mecânico, você lida com coisas mortas. O que é mais difícil no decorrer do processo e no final dele é justamente em relação ao interpessoal, lidar com as pessoas, com o problema econômico, social.” (N., sexo feminino)

Em linhas gerais, os entrevistados se deram conta das dificuldades em lidar com os pacientes, trazendo-lhes dificuldades no exercício profissional. Além disso, ressaltaram o quanto a falta de preparo durante a formação médica influenciou na gênese dessa dificuldade.

6.3.2.1.1. A dificuldade no contato com pacientes

Grande parte dos entrevistados relatou a percepção de dificuldades, sobretudo no período de internato, quando o contato com os pacientes é mais acirrado, em lidar com os pacientes, no aspecto do relacionamento interpessoal, bem como com a cronicidade das doenças.

Os ensinamentos principais extraídos nesse período procuram concretizar a noção de responsabilidade médica, bem como a necessidade de experiência. Entretanto, o contato com pacientes é sempre delicado, pois a inexperiência e insegurança do estudante acabam por despertar nele sentimentos de raiva e frustração, fazendo que os pacientes se tornem uma ameaça e passem a ser vistos como potencialmente causadores de problemas e embaraços ao médico (Becker, 1977).

A escolha da especialidade é feita, na maior parte dos casos, de forma experimental, pois a maioria dos estudantes não tem um contato prático mais profundo com as especialidades de modo que essa escolha seja realmente fundamentada. Mesmo os estudantes que *a priori* tenham firmemente decidido

por suas especialidades podem a qualquer momento mudar de idéia. Entretanto, muitos dos entrevistados relataram que a percepção dessa dificuldade influir na escolha da Anestesiologia por ser aparentemente uma especialidade cujo contato com o paciente era menor (Becker,1977).

“Eu tenho dificuldade de me relacionar com os pacientes... Eu não poderia ter um consultório...fiquei na realidade entre duas especialidades...a anatomia patológica ou Anestesiologia. Já me falaram na época....você não quer ter contato com o paciente, quer fazer seu trabalho e sair...e é verdade. Eu não tenho muita simpatia por trabalhar em consultório, ter relacionamento direto assim...” (D., sexo masculino)

Segundo Botega (2006), a demanda emocional de muitos pacientes gera muito incômodo para muitos médicos; enquanto se pode curar uma infinidade de doenças devido aos avanços tecnológicos, o sofrimento dos pacientes costuma escapar das possibilidades terapêuticas, gerando um sentimento de grande impotência, sendo que os médicos mais jovens são notadamente os mais susceptíveis a essas sensações e frustrações.

“No exército tinha muito contato com os pacientes (...) e aí sim que eu passei a exercer a Medicina, porque lá não tinha preceptor, não era escola, nada disso... e, na verdade, descobri que tinha muito menos vocação pra trabalhar diretamente com o paciente e ficar ouvindo queixa... ‘Ah,então toma esse remédio, volta amanhã’... Ficava ansioso, não era uma situação que me deixasse confortável, não gostava. Sempre gostei de lidar com paciente mais grave, com situações em que houvesse uma gravidade e um risco maior.” (H., sexo masculino)

“Às vezes eu até brinco que você tem que agüentar o paciente cinco minutos, conversar com ele, depois faz o pré-anestésico ,ele dormiu e você fica tranqüilo... aí ele acorda, às vezes muito sedado, às vezes ele não lembra ou até lembra de você...tem uns que lembram e você fica contente, mas a maioria não. Então eu escolhi anestesia por essa questão, de não ter esse contato, porque talvez inconscientemente eu achava que iria me envolver demais... E acabei não indo para a anatomia patológica, mas acabei indo pra anestesia.” (K., sexo feminino)

“Eu lembro que teve um paciente da pneumo, foi um paciente grave e lembro que era meu paciente e aí fiquei meio envolvida emocionalmente porque era muito nova de idade e de Medicina. Tive que fazer um procedimento com ele e achei que nunca mais ia querer ver paciente e decidi fazer anatomia patológica pra nunca mais ver um doente na minha vida, então na verdade acabei escolhendo anestesia por causa disso, porque você tem pouco contato com o paciente, você tem uma relação muito curta,né?” (K., sexo feminino)

A clínica de dor é uma subespecialidade da Anestesiologia que cuida de pacientes com dores crônicas, derivadas de diversas patologias, como câncer, amputações e doenças reumatológicas. Diferentemente do trabalho do Centro cirúrgico, habitualmente se caracteriza por um atendimento ambulatorial, no qual o contato com pacientes é mais próximo:

“Como por exemplo, não são todos que fazem dor. Eu pensei em fazer dor, mas me vi mais uma vez com um paciente que vai passar pelo ambulatório de dor, que toda semana chega lá e diz que não melhorou, ao contrário, piorou, isso causa uma sensação de impotência, uma mesmice, uma inércia , uma sensação de que tudo que você faz não está sendo suficiente , não está tendo resultado logo.” (N., sexo feminino)

Enfim, de acordo com os entrevistados, a dificuldade no contato com os pacientes não apenas influenciou a escolha da especialidade, mas também se mantém como algo que, em linhas gerais está presente no dia-a-dia do anestesiológico.

6.3.2.1.2. O contato com a morte

De acordo com Olievenstein (1995), a formação médica apresenta a característica de negar a morte. Mas essa não é uma peculiaridade da Medicina, dizendo respeito a um reflexo do pensamento difundido em nossa sociedade segundo o qual o ser humano, embora desfrute de relativa supremacia em relação aos demais seres vivos por ser dotado da consciência da própria morte, nega-a, como foi mostrado no item 2.3.2 denominado “O profissional de saúde e o contato com a morte”.

“Até há pouco tempo tive meu primeiro óbito em sala e isso para mim foi muito difícil e eu achava que estava bem para lidar com isso, no entanto estava com a paciente idosa, então alguém até passaria batido por isso... aconteceu, não tinha o que fazer, realmente não tinha o que fazer... não foi erro de ninguém, foi uma coisa pertinente a uma complicação da cirurgia, mas para mim foi horrível.” (E., sexo feminino)

O procedimento anestésico desperta, tanto no médico, como no paciente, a sensação de que a vida está nas mãos do primeiro, pois a partir da manipulação de drogas potentes, o paciente pode mergulhar em um estado de relaxamento muito próximo da morte.

De acordo com os entrevistados, há duas facetas importantes no trabalho do anestesiológico. De um lado, o sentimento onipotente de poder controlar a dor e a vida do paciente por meio das drogas que ele manipula; de outro, a sensação de insegurança que essa vivência proporciona, devido ao risco de perder o paciente:

“Eu brinco que o anestesista não é médico, ele está entre médico e Deus. Quando você mexe com a dor, faz muita coisa para o paciente e te dá muita satisfação, e ao mesmo tempo você mexe com a relação da vida e morte... É duro demais... tem que ter muito preparo emocional pra você se segurar.” (G., sexo feminino)

“De controle? De brincar de semideus....Eu sei que tem aquela passagem da Bíblia que é clássica... a primeira anestesia que ocorreu foi na criação da mulher... Deus anestesiou Adão e tirou as costelas para fazer a mulher. Isso a gente tem como a primeira anestesia. Isso gera uma certa... Já é uma ligação divina, eu vou te adormecer e vou fazer o que for necessário pro seu bem, de preferência. E é exatamente o que eu sinto, principalmente com crianças e idosos, que eu gosto mais. Essa coisa de dar o conforto, de tirar o sofrimento. ‘Vamos dormir, você não dorme há dias porque está com essa dor’... é o poder que nós temos. Poucas pessoas têm acesso a drogas que a gente tem, tão potentes, então é um privilégio você dar o alívio imediato.”
(N., sexo feminino)

Mais do que lidar com a morte, o anestesiológico tem que lidar diariamente, cirurgia após cirurgia, com a “iminência da morte”, ou seja: cada novo paciente anestesiado é um novo risco, estando sujeito a um novo acontecimento imprevisível; pressupõe-se que, em sua função, o anestesiológico deva estar “sempre bem” e não possa cometer erros.

De forma geral, os entrevistados ressaltaram que o risco de morte está presente no dia-a-dia do anestesiológico e o quanto essa possibilidade é vivida como algo estressante:

“Eu acho que quando o ser humano que é anestesiológico sofre um stress muito violento...é assim...ver uma criança morrer por causa da anestesia é uma coisa muito violenta...que te fere muito, que te machuca demais...ou ver uma situação que está calma se agravar subitamente...e a coisa passa do calmo para o desespero...não que você vá se desesperar, se atrapalhar... você pode até fazer tudo corretamente porque tem aquele desespero interior, né? De maneira súbita...” (J., sexo feminino)

“Tem uma insalubridade muito grande e você mexe com a vida e a morte o tempo todo... Eu pensava que se alguém morresse na minha mão largava tudo e ia embora. Você fica pensando quem é você, que você lida com essa coisa de acordar, do nascer e do morrer o tempo todo, a vida e a morte está o tempo todo na sua mão, que poder você tem... Até hoje eu rezo quando vejo que a coisa está complicada, eu peço para me ajudarem para fazer o meu papel direito e quando eu era mais jovem era pior ainda.” (G., sexo feminino)

Embora o médico vivencie o contato constante com a morte, essa questão é pouco abordada durante a formação médica, ocasionando, de modo geral, um preparo insuficiente para lidar com situações dessa natureza (Meleiro, 2001). Por outro lado, ao mesmo tempo que a escolha da Anestesiologia pode ter sido muitas vezes orientada para distanciar-se do convívio direto com os pacientes, parece que ele está muito mais exposto ao contato com a morte, seja por cuidar de um paciente numa situação de emergência, seja pelo estado de “quase-morte” que as drogas anestésicas proporcionam, fatos esses apontados como estressores por vários dos entrevistados.

Segundo os entrevistados, a angústia que o anestesiológista vive não está somente ligada à possibilidade de morte do paciente, mas também à instabilidade das reações dele às drogas que são administradas, pois, embora o anestesiológista tenha a sensação de poder controlar tal instabilidade, há sempre uma insegurança, uma tensão gerada pela possibilidade de algo dar errado:

“Ficar o tempo todo bradicardia, taquicardia... parou ou não parou... Isso é uma coisa que mexe muito com a gente... é muito imediatista... A cobrança é sua mesmo, porque você acabou de administrar a droga e o efeito tá ali... é imediato... ou vai dar tudo certo ou não vai dar, ou o bloqueio pegou ou não pegou...ou você conseguiu dar uma boa analgesia ou o paciente vai acordar morrendo de dor. É uma especialidade que exige muito de você, mexe com o nosso ego , você tem que ser sempre perfeito você quase sempre fica perseguindo essa coisa de perfeição, do resultado imediato.” (M., sexo feminino)

Um aspecto importante ressaltado pelos entrevistados é que embora a situação durante uma cirurgia esteja sob controle, essa tranquilidade é relativa, porque o paciente pode apresentar alguma intercorrência inesperada.

Além disso, como o anestesiológista é quem controla o estado do paciente mediante as drogas que utiliza, exige-se dele um esforço no sentido de estar sempre atento, controlando as mínimas alterações e evitando problemas, o que provoca um grande desgaste.

“Hoje nós temos mais controle das situações, apesar de a anestesia ser uma caixinha de surpresas, tem coisa que não depende de você. Dar conta dessa pressão toda... você tem que ter preparo psicológico. Quando você é jovem, ainda não tem essa bagagem de segurança. Não acho que seja fácil para quem está começando, porque não foi fácil para mim.” (M., sexo feminino)

“Eu acho que a gente vive numa pressão maior... Tem especialidades que são mais tranquilas, não que não sejam estressantes, mas eu acho que lidamos com coisas mais agudas... É como se fosse um doente agudo e um doente crônico, só que a gente passa por agudizações todos os dias. Acho que principalmente Centro cirúrgico e anestesia, porque você está aqui, mas também está ligado na sala do lado, porque pode precisar socorrer. Eu nunca relaxo completamente...é o que falei, tá subliminar, você não fica pensando nisso, mas tá ali, acho que causa tanto desgaste como se você estivesse pensando nisso o tempo todo.” (K., sexo feminino)

Na opinião dos entrevistados, o anestesiolegista precisa fazer um esforço constante para “anestesiarse” ante o sofrimento do paciente e seus familiares, bem como ante a identificação com certos tipos de pacientes que guardem semelhança com pessoas de suas relações pessoais:

“Então realmente a gente tem stress o tempo todo, porque é uma vida que está nas suas mãos e pode ser um pai de família, ou um filho...aí você tem que usar todos os seus mecanismos psicológicos, que você nem lembra mais, pra não fazer aquela transferência e contratransferência, mas tem horas que você acaba...vem a parte psicológica, você entra na ‘do paciente’, você chora... A gente precisa tomar cuidado...mas é complicado... é um stress diferente, porque na verdade você tem que ficar alerta o tempo todo, pra não acontecer nada de ruim, pra sempre se policiar pra ‘não cair na conversa do paciente’. E precisa tomar cuidado, por exemplo, eu tenho filhos, então devo me policiar pra não me envolver muito com as crianças, porque isso é mais forte pra mim, ou quando você tá levando o paciente pra UTI e vem um monte de familiares, todos chorando, o caso é grave... Às vezes

dá vontade de chorar junto, porque às vezes você está num dia não tão bom, meio sensível e vê alguém chorando, por causa de um pai, daí você lembra... Por exemplo eu lembro do meu pai que já morreu faz uns oito anos, e aí você acaba lembrando do pai, do filho e acaba chorando mesmo, meio escondidinho, mas eu acho que o nosso lado psicológico trabalha bastante e fora a parte intelectual, você deve saber o que está fazendo... Então a hora que você chega em casa acaba descontando em quem está perto...e aí vai, brigo com meus filhos, eles não fazem nada muito grave e eu dou uma bronca absurda, e aí vem o marido e você acaba brigando com o marido...e ele também é médico...então às vezes acontece também.” (K., sexo feminino)

Para os entrevistados, o constante contato com pacientes graves, com situações de emergência, com a morte, com seqüelas graves de cirurgias é apontado como importante na gênese do sofrimento mental, sobretudo da depressão, sendo a Anestesiologia apontada como uma das especialidades de maior risco. Meleiro (2001) ressalta que o contato com a morte é uma das grandes causas do sofrimento psíquico entre médicos.

“Acho que qualquer médico está sujeito a isso, acho que mais os que tratam de pacientes mais extremos, como urgência, emergência, que estão graves, idosos, crianças, gestantes.” (J., sexo feminino)

“Acho a oncologia, a hematologia, a terapia intensiva, anestesia... você vê muito paciente ferrado, trabalha muito sob pressão.. isso gera muita insatisfação e mais depressão na realidade.” (L., sexo masculino)

Portanto, percebe-se que a escolha da Anestesiologia como especialidade revela um paradoxo: a procura por essa área se dá justamente como uma forma de se afastar do contato com o sofrimento do paciente e em razão da: a) dificuldade em ouvir as queixas de ordem psicológica e social; b)

baixa resolutividade dos procedimentos e condutas; c) cronicidade das patologias em especialidades clínicas; d) preferência por um estilo de vida mais tranqüilo. Porém, de acordo com os entrevistados, a prática da Anestesiologia se caracteriza justamente por ser estressante, pelo fato de que o médico deve lidar o tempo todo com situações inesperadas, ou seja, deve estar sempre pronto para a perda do controle sobre a situação, pelo contato direto com o sofrimento dos pacientes e familiares e, em última instância, com a morte.

Além disso, se de um lado a busca pela por essa atividade representou para os entrevistados a possibilidade de trabalhar em uma especialidade mais “resolutiva” e que proporcionasse resultados a curto prazo, de outro lado, o grande paradoxo que se estabelece é que, por outro lado, o horizonte do anestesiolegista, em sua prática, é lidar constantemente com o risco da morte.

A prática da Medicina está em consonância com os desígnios da sociedade contemporânea, na qual o homem, mesmo tendo consciência da morte, faz um esforço em negá-la (Olievenstein, 1985). Essa forma de encarar a morte, conforme ressaltado por Ariès (1989), como algo proibido e que deve ser evitado a todo custo, porque contradiz o pensamento contemporâneo de que a vida deve ser sempre perfeita e feliz, sendo a morte e a doença as representações concretas da finitude desse pretense modo de vida, acaba por “contaminar” diferentes segmentos de nossa sociedade, entre eles, a Medicina.

Portanto, os constantes avanços técnico-científicos no campo da Medicina, em vez de servirem como um aparato saudável para melhorar a

qualidade de vida dos indivíduos, acabam configurando um meio de evitar a morte a todo custo. A formação médica apresenta, por sua vez, uma grave falha: desde os primeiros anos na faculdade, o enfoque dado ao ensino resume-se a curar e evitar a morte, considerando a impossibilidade de curar ou de salvar vidas, segundo Becker (1977), sempre como um fracasso.

Entretanto, por mais que se tente negar a morte durante todo o decorrer da formação médica e mesmo durante o percurso profissional do médico, de acordo com Herzlich (1993), a angústia está sempre presente no hospital, qualquer que seja a indiferença ou a brutalidade das rotinas institucionais.

6.3.2.2. O excesso de trabalho

Paradoxalmente à autonomia supracitada, o excesso de trabalho é um dos principais aspectos negativos da profissão. Se de um lado os entrevistados apontaram a possibilidade de controlar o ritmo das atividades como uma vantagem da profissão, de outro lado, sabe-se que, não apenas entre anestesiólogistas, mas também entre médicos em geral, a má remuneração faz com que seja necessário aumentar a carga de trabalho para sustentar um determinado padrão de vida.

Segundo dados obtidos por meio da observação de campo (item 5.2), grande parte dos anestesiólogistas que desempenham suas funções no Centro cirúrgico é plantonista, ou seja, trabalha segundo o esquema de plantões em turnos de 12 horas (das 7h às 19h) ou 24 horas (das 7h às 7h do dia seguinte) em dias fixos durante a semana, havendo uma variação da carga horária semanal de 50 a 120 horas entre os entrevistados (vide Item 6.1 de Caracterização dos entrevistados).

Muitos anestesiólogistas, além dos plantões em hospitais, realizam trabalhos autônomos ligados a equipes de cirurgia como *freelancers* que circulam em diversos hospitais da cidade. Apenas uma pequena parte trabalha em horário comercial, geralmente nos setores de cirurgia ambulatorial e que executam pequenos procedimentos.

A sobrecarga de trabalho, em número de horas trabalhadas por semana, é vivenciada como estressante por grande parte dos entrevistados, bem como o surgimento de um trabalho inesperado, por exemplo, no momento da saída do plantão.

“Você trabalha muito, (...) dá plantão noturno, acho que é uma coisa muito ruim, que me incomoda. Não que eu precise dormir, gosto de dormir, mas não durmo muito, durmo quatro horas por noite e isso me satisfaz, mas dar plantão noturno é muito ruim; se pudesse não dava.” (L., sexo masculino)

“A gente tem hora pra entrar e não tem hora pra sair, porque é convênio e particular e tem as cirurgias durante o dia. Conforme vão acabando as cirurgias, as equipes vão saindo e a gente pode ir, mas eu já cheguei a sair 7 da noite, 4 da tarde, mas muitas vezes a gente sai depois das 10 da noite, 1 hora, 2 horas da manhã. Às vezes chegaram a ficar três anestesistas até 3 horas da manhã. Tocando sala...é um pouco mais cansativo e às vezes emenda a sexta com o sábado. E então chega sábado eu fico muito cansada e 9 horas da noite ainda trabalhando, eu sei que estou cansada então presto o dobro de atenção do que prestaria normalmente, então tenho muito mais cuidado, demoro um pouco mais pra ter certeza que vai dar tudo certo, porque eu sei que estou cansada e pode alguma coisa passar despercebido. E não vejo a hora de ir embora!” (K., sexo feminino)

“Estou muito decepcionado, não com a profissão médica... mas com os baixos salários, com as condições de trabalho. Eu acho que eu tinha que trabalhar só 40 horas semanais, ter uma remuneração boa, ficar feliz e não trabalhar 120 horas por semana para poder ter um salário razoável, porque eu estou trabalhando nesse momento 132 horas , é uma quantidade de horas muito absurda” (L., sexo masculino)

Apesar das necessidades de prover o sustento e de empenhar-se muito para obter uma remuneração adequada, existe um sentimento de preocupação com a qualidade de vida, redução da carga de trabalho e desfrutar de outras atividades, como lazer e diversão.

“Também acho que você que tem que dar uma dosada... dizer: ‘Peraí, acho que vou trabalhar menos’. Mas sei lá... num meio em que todo mundo trabalha tanto, é tão enlouquecido isso que, quando você decide trabalhar menos você para e pensa: ‘Peraí, será que sou um E.T.? Onde estou? Será que estou certa de querer trabalhar menos enquanto ele trabalha oitenta... Por que eu quero trabalhar quarenta se todo mundo trabalha oitenta... nossa, eu acho que não estou certa’...você fica meio contaminado com isso... todo mundo fica meio workaholic e esquece do resto.” (A., sexo feminino)

A insatisfação com o trabalho motivou muitos dos entrevistados a desejar “mudar de vida”, fazendo outros cursos e faculdades e alimentar o sonho de mudar de profissão. Entretanto, existe uma ambivalência em relação a isso, representada pelo sentimento de não saberem fazer “outra coisa”.

“Eu fui mudando (...) para poder ter uma qualidade de vida melhor. Tanto que estou cursando outra faculdade porque eu quero largar tudo e começar do zero, mas não vou conseguir, já sei disso, não tem a menor dúvida que eu não vou conseguir largar a Medicina, porque é um negócio que eu curto fazer.” (L., sexo masculino)

*“Já melhorei bem, aqui eu faço 24 horas semanais e trabalho três vezes por semana em outro hospital particular, mas já tive cinco empregos, hoje estou mais calma, tô mais na fase do *slow-motion*, estou naquela fase de pensar em ter mais final de semana. Faz pensar de como é importante você ter lazer para descansar de tudo, do estresse que é a anestesia.” (M., sexo feminino)*

Muitos dos entrevistados consideram que o médico anestesiológico está mais propenso ao adoecimento, situação para a qual o excesso de trabalho é um determinante:

“A impressão que eu tenho é que tem um lance neurótico envolvido...a pessoa faz com que a remuneração dela aumente com o número maior de horas trabalhadas, e obviamente que o cara tem que abrir mão de alguma coisa... ou ele abre mão da família, ou de qualquer atividade que proporcione prazer, ele abre mão de viajar, de tudo... Ele passa a ser o homem-trabalho, e na minha concepção o cara que é o homem-trabalho não tem como ter sanidade mental...não tem como... A pessoa é insatisfeita, neurótica, agressiva, estúpida sem motivo nenhum, tem pressa quando não precisa ter pressa. Eu colocaria que, do ponto de vista dos médicos que trabalham em regime intra-hospitalar exclusivamente, que são os que eu conheço, numa avaliação

quase de um leigo, eu não colocaria como satisfatória, não, de forma nenhuma.” (H., sexo masculino)

Para alguns entrevistados, o excesso de trabalho não é exatamente o maior problema, mas sim a pressão a que os anestesiólogos estão submetidos no ambiente de trabalho:

“O problema de tudo é a pressão, não é nem o trabalho... é a pressão do trabalho. É por isso que muitos se suicidam, por isso muitos entram em crise... porque não agüentam a barra... porque só a gente que vive o dia-a-dia sabe... Só sendo um anestesista para saber, por mais que a gente ouve falar, mas só sendo um para saber exatamente o que a gente vive. Eu já não passo por essa dificuldade porque já mudei meu estilo, mas eu sei, já vivi isso e não é diferente para quem está começando ou para quem vive o seu dia-a-dia.” (G., sexo feminino)

“Aquele lance da pessoa se sentir uma maquininha de trabalho, e ela entra e diz: ‘Não, eu não posso perder mais essa oportunidade!’, porque na verdade ela acaba tendo a esperança de que nesse novo emprego as coisas vão melhorar, e ela vê que não é nada disso, só que dá mais dinheiro. Então ela abraça o mundo. A impressão que eu tenho é que se tem uma procura incessante por um emprego novo, porque lá sim vai dar certo, lá sim eu vou conseguir melhorar a minha vida. E não melhora... você só abraça o mundo, né?” (H., sexo masculino)

Entretanto, alguns dos entrevistados não consideram a remuneração insatisfatória, quando comparada à de outras profissões e mesmo à de outras especialidades médicas. Todavia, a constante exigência, os plantões e a carga de responsabilidades foram apontados como desencadeantes de um “desequilíbrio” na balança “remuneração versus desgaste”.

“Eu acho que é uma categoria mal remunerada, porque se expõe muito, numa carga horária máxima... E então você trabalha mais e mais, porque cada vez está se pagando menos, e eu acho que você se desgasta sem perceber, acha que vai dar conta de tudo e no final, se desgasta muito, porque é uma especialidade que é esperado que você não erre de jeito nenhum e quando se está cansado, está provado, você acaba perdendo muito o nível de atenção e isso pode acarretar problemas, por coisa boba, pode acabar tendo um problema grave, te consome muito e por isso por ser mal remunerado, você tem que trabalhar demais isso acaba virando uma bola de neve.” (E., sexo feminino)

“A remuneração eu considero bem acima da média do que se vê no Brasil, mas se você analisar o quanto tem de desgaste diário pra trabalhar nesses locais, nas emergências, o quanto você tem que se preparar para trabalhar no dia-a-dia sem stress, o quanto que você tem que investir na formação...eu acho que é pouco...pelo que você abre mão do lazer, de vários outros aspectos, relacionamento amoroso, você abre mão de muitas coisas e na minha opinião eu acho que é pouco...não tem um plano de carreira bom.... Eu pretendo após estar com um pouco mais de estabilidade financeira reduzir isso aí e procurar outras possibilidades dentro da Medicina.” (F., sexo masculino)

Concluindo, mesmo levando-se em consideração as diferentes opiniões dos entrevistados acerca de a remuneração ser boa ou má, deve-se compreender que essa noção provavelmente deve guardar relação com o projeto de vida de cada entrevistado. Entretanto, as opiniões de todos os entrevistados convergem quando se aponta o desequilíbrio entre a remuneração e a carga horária, o excesso de responsabilidades e as pressões diárias.

6.3.2.3. Desvalorização da profissão médica

Conforme já dito anteriormente, a maioria dos entrevistados considera que a Medicina é uma profissão que exige grande esforço e dedicação e por meio da qual se pode ajudar as pessoas.

O contraponto dessa opinião é a sensação de desvalorização da profissão, evidenciada pelos baixos salários, pelo desgaste excessivo, pelas condições precárias de trabalho e pela falta de reconhecimento de pacientes e de outros profissionais.

“Eu acho que está meio prostituído... tem gente trabalhando muito, ganhando muito pouco e aceitando isso. Nós trabalhamos em condições ruins... o próprio exemplo da anestesia...tem lugares por aí que você não tem a mínima condição de fazer uma boa anestesia.”

(D., sexo masculino)

“Em primeiro lugar, o reconhecimento do médico do ponto de vista financeiro. Se você comparar com outras profissões... Acho que o médico, pelo que trabalha, recebe muito pouco, tanto no setor público como no privado, e isso eu acho lamentável. Existem algumas ilhas em que médico é muito bem remunerado, mas a maioria está muito aquém do que se merece. A anestesia ainda está um pouco distante disso, isso foi até um motivo de eu ter escolhido anestesia, um dos motivos.” (F., sexo masculino)

“Eu acho, justamente por isso, pela expectativa que tem por trás de nós... pela cobrança, ainda hoje quando você fala que é médico, você é diferenciado, nem que seja para falarem mal... ‘Médico só tem filho da mãe, roubou meu dinheiro’. Nós somos muito cobrados. E a gente tem a expectativa de uma vida que é muita ilusão. Pelo menos quando eu era criança, meu pai trabalhava bastante, mas ele tinha uma vida muito melhor do que eu tenho hoje. Ele mora em cidade do interior, fazia pipa em casa, é uma situação muito mais digna da que eu tenho hoje. Acho que só por

aí já se frustrou muito na qualidade de vida que não temos, fora a cobrança que existe e o próprio paciente hoje... Por nós termos ficado com o sistema muito deficiente de saúde, eu acredito que seja por isso, as pessoas começaram a criticar o médico de uma forma que às vezes a sua conduta está certa, você está o.k., está fazendo a sua parte e a família está te distorcendo, está te pressionando, seu outro colega está falando de você para a família... É um clima de muita desarmonia e isso mexe muito com a gente, fora a sobrecarga de trabalho.” (M., sexo feminino)

Enfim, segundo os entrevistados, a profissão médica, e não apenas a Anestesiologia, encontra-se numa situação de má remuneração, levando o médico a ampliar enormemente sua carga de trabalho e, conseqüentemente, a sacrificar outros pontos importantes da vida pessoal, como o lazer, o convívio social e a saúde física e psíquica. As informações fornecidas corroboram o pensamento de Peterson (2002), segundo o qual o médico não lida apenas com a morte dos pacientes, mas sim com a morte dos recursos para fornecer os cuidados adequados e com a deterioração de seu poder aquisitivo e de sua saúde.

6.3.2.4. As condições de trabalho

As más condições de trabalho foram também apontadas como geradoras de estresse no dia-a-dia do médico: não dispor dos recursos técnicos necessários para oferecer o atendimento adequado ao paciente preocupa grande parte dos entrevistados.

A maioria relatou que as condições de trabalho no Hospital São Paulo são muito boas e que houve grandes mudanças ultimamente, como a reforma e aquisição de novos equipamentos, a reforma das salas do Centro cirúrgico e o estabelecimento de horários para as refeições. Entretanto, como a maioria dos entrevistados trabalha em outros hospitais, muitos revelaram problemas no ambiente de trabalho.

“Acho que isso gera insatisfação, gera muita...acaba desestimulando o sujeito a se desenvolver, estudar, pouco estímulo...acho que as condições de trabalho que a maioria dos hospitais oferece não é ideal, isso dentro da anestesia...” (F., sexo masculino)

“Temos muito problema com a equipe de enfermagem, enfrentamos problemas, em relação ao preparo do paciente, que não deveríamos encontrar e daí temos que suspender a cirurgia, daí o cirurgião fica puto...” (D., sexo masculino)

“Já trabalhei em um lugar que eu tinha bomba de infusão, e você cria lá na hora olhando o gotejamento, e não é certo. Às vezes você trabalha num lugar que naquele dia não tinha a medicação... É coisa que não pode faltar por erro administrativo e ninguém viu que estava acabando. São coisas pequenas, mas o Centro cirúrgico é a máquina do hospital, não pode falhar jamais.” (G., sexo feminino)

“Devia ter material para trabalhar... Se, por exemplo, você for fazer uma anestesia geral, você poderia fazer um bloqueio condutivo para fazer analgesia pós-operatório... enfim, você ter condições técnicas para exercer sua profissão adequadamente. Podíamos trabalhar menos, mas isso depende de ‘n’ fatores não exatamente relacionados com a anestesia... Trabalhar com menos pressão, porque você é pressionado por todos os lados, pelo cirurgião, pelos pacientes, pelos familiares.” (L., sexo masculino)

“Você depende de equipamentos que falham, muitas vezes os equipamentos não têm a manutenção ideal pra cirurgia indicada, e muitas vezes você não pode pedir para transferir o paciente porque ele tem que ser operado na instituição. Várias vezes uma anestesia é feita sem a monitorização ideal. Esse lado da insalubridade é ruim.” (F., sexo masculino)

Existe uma preocupação com a falta de tempo para a atualização de conhecimentos, sobretudo por se encontrarem em um hospital-escola, onde deveriam ser transmitidas informações teóricas e práticas para alunos e residentes.

“Você ter mais condições de se atualizar, tempo pra estudar, investir nesse lado, porque hoje em dia... Por exemplo, aqui é um hospital-escola, mas você chega aqui pra trabalhar, ninguém te oferece mais do que isso. Não tá bom, você trabalha então seu plantão de 12, tinha que ser dividido pra você poder dedicar uma parte aos estudos, porque é você quem vai ensinar os residentes. Eles estão aprendendo com a gente. Fora daqui, também ter contato com o hospital, com o que rola dentro deles, porque às vezes você tá trabalhando lá e chega um medicamento ou equipamento novo e você não tem a menor idéia de como usar...”

Isso é uma das coisas que podia ser melhorado.” (B., sexo feminino)

Enfim, a falta de condições no ambiente de trabalho é um estressor cuja resolução não depende do anestesiológico, mas que interfere diretamente na possibilidade de realização do trabalho, comprometendo a segurança e o prognóstico do paciente.

6.3.2.5. A insalubridade do ambiente do Centro cirúrgico

O Centro cirúrgico é visto pela maioria dos entrevistados como um ambiente insalubre por diversos motivos, entre eles: permanência obrigatória nesse local por longos períodos, com restrição de acesso ao espaço exterior e até mesmo da visão do cenário externo quando não existem janelas nas salas e dependências; constante inalação de gases tóxicos; irregularidade nas rotinas de alimentação e descanso; convívio intenso com diversas pessoas, levando a um desgaste das relações interpessoais. As seguintes falas ilustram a situação:

“O que eu vejo como fator desfavorável na anestesia: a gente trabalha num ambiente muito insalubre, um troço muito fechado, são rotinas de, no mínimo, 12 horas diárias, não tem como você não perder a paciência.” (H., sexo masculino)

“Acho que é insalubre sim... Hoje tá um tempo chuvoso e a gente acha ótimo, mas quando tá sol você fica olhando pra fora e pensa: ‘Puxa, que tempo bonito e nem vi a cor’. Ou às vezes ligo pra minha mãe e ela diz que está frio, e eu não sei se tá frio, se tá calor, se chove, se tem terremoto, se tá trânsito ou não, se aconteceu alguma tragédia...não sabemos de nada. Então você fica meio isolado. Mas é questão de costume...como eu tenho

esses dias que eu fico em casa, que vou no supermercado e são outras atividades...” (K., sexo feminino)

“Ficar trancado o dia inteiro no Centro cirúrgico é muito ruim, porque não é todo lugar que o Centro cirúrgico tem janela, e às vezes você dá um plantão de 36 horas sem ver a luz do dia.” (K., sexo feminino)

“Tem essa questão de ficar muito tempo no mesmo ambiente, que às vezes não tem janela, problemas de temperatura, pois a sala de cirurgia é muito fria, que não há muito horário de refeições, você não pode sair da sala de cirurgia enquanto o paciente estiver anestesiado... Se for uma cirurgia muito longa e que o hospital tenha poucos profissionais pra te auxiliar, pra te apoiar, às vezes você fica oito, dez, 12 horas numa sala de cirurgia sem parar, e para ir ao banheiro tem que ir rápido, pra voltar logo...” (F., sexo masculino)

Conforme os depoimentos, além do confinamento no Centro cirúrgico, existem outras situações que tornam a rotina mais estressante, como a inalação de gases tóxicos e as sucessivas trocas de roupa, várias vezes por dia, ao sair e entrar de um Centro cirúrgico.

“Eu acho que a insalubridade do Centro cirúrgico é um ponto negativo. Muito ruído, gases anestésicos. O Centro cirúrgico às vezes não tem janela e muitas vezes você fica num plantão das 7 da manhã às 7 da noite e você não vê o dia... Se você não sair pra almoçar... nem sempre você consegue sair pra almoçar, e às vezes dá preguiça de sair, porque tem que trocar de roupa... E isso acho que é outro ponto negativo: trocar de roupa umas cinco vezes por dia, ao sair de casa, ao entrar no Centro cirúrgico, cada vez que sai...muitas vezes. Acho que tem uma parcela grande de stress, porque você tem que decidir as coisas ali, na hora, e se você não consegue decidir pode fazer diferença... O que mais me incomoda e que eu não tinha pensado ao escolher a residência é essa insalubridade do Centro cirúrgico, de viver de plantão... Você não tem tanta autonomia como o cirurgião, que faz uma cirurgia depois, pode ir almoçar em casa e voltar no fim da tarde pra fazer outra cirurgia. Não...são doze horas de plantão e você vive de plantão. E se você não quer mais dar plantão você não ganha dinheiro...” (A., sexo feminino)

Outra preocupação relatada diz respeito à gravidez e às possíveis alterações decorrentes da inalação de gases:

“Eu acho que quando a mulher fica grávida é difícil ficar numa sala, ficar usando anestesia inalatória...o gás pode relaxar o útero... É óbvio que não vai levar a um abortamento, mas embora eu nunca tenha estudado sobre isso sei que existem trabalhos que falam que as taxas de partos prematuros são maiores entre médicas anestesistas.” (A., sexo feminino)

A insalubridade do ambiente do Centro cirúrgico foi descrita como um importante desencadeante de alterações mentais, tanto pelo isolamento, de não ver a luz do dia e ficar trancado o dia todo, como pela irregularidade de refeições e necessidades fisiológicas e também pela inalação de gases potencialmente tóxicos.

“Não sei te dizer isso...são questões pessoais... Acho que ver o sol, circular, conversar com várias pessoas, isso é importante na vida de todo mundo... Tem o metabolismo, precisamos de sol, de ar puro, então você viver em ambiente fechado pode criar um vício e uma propensão de ter alguns distúrbios... Mas não sei... não acho que seja mais.”(J., sexo feminino)

“Acho que os anestesistas estão mais sujeitos a ficar deprimidos... A gente passa o plantão inteiro trancado no Centro cirúrgico, vivendo esses problemas, muitos pacientes graves...e isso acaba desencadeando....Eu tenho vários colegas que estão com problemas de depressão...que ficam muito mal, perdem a energia, ficam com a auto-estima baixa...” (D., sexo masculino)

“Na área da anestesia eu acho que estamos sujeitos a ficar doentes porque temos contato com várias coisas, vários medicamentos, o próprio inalatório da sala. Nós estamos acostumados, mas pode ver: se vem alguém de fora, sente um cheiro diferente e já acha estranho, mas já não sentimos nada.” (D., sexo masculino)

“Mas, por outro lado, ainda é muito difícil porque você lida com a vida e a morte, e isso pira. Tem essa coisa de depressão, que eu passei muitas horas sem respirar ar puro, sem olhar para fora, ficar num ambiente fechado, mal alimentado.” (G., sexo feminino)

Concluindo, todos os entrevistados corroboraram a opinião de que o Centro cirúrgico é insalubre, conforme os argumentos anteriormente apresentados, sendo essa uma importante fonte de insatisfação e, segundo eles, de adoecimento.

6.3.2.6. As dificuldades de relacionamento interpessoal

A dificuldade de relacionamento com outros profissionais envolvidos no trabalho do Centro cirúrgico, sobretudo com os cirurgiões e a equipe de enfermagem foi apontada pelos entrevistados como estressante. Perdura uma sensação de falta de comunicação, bem como de divergência de condutas e objetivos.

De acordo com os entrevistados, o anestesista é visto por outros médicos e profissionais do Centro cirúrgico como alguém que não quer trabalhar, que quer suspender cirurgias para desfrutar do ócio e ficar lendo revistas durante o plantão.

“Tem a fama de que o anestesista é um ser que não gosta de trabalhar, é um ser que está aqui para cumprir horas, que na hora de suspender a cirurgia vai procurar cabelo em sapo pra suspender... Eu acho que isso criou uma fama, mas não pode generalizar. Então eu acho que você precisa provar, explicar, convencer que vai ser melhor para o paciente, não é que você está

vagabundeando, é que o paciente é que precisa disso. É sempre um diálogo difícil nessa hora com o cirurgião, principalmente aqui, que é um hospital-escola e que os residentes estão sedentos para operar.” (E., sexo feminino)

“Sou eu que entro na sala antes do cirurgião e saio depois do cirurgião. Então tem equipes que você trabalha fora que às vezes até esperam você dar alta da RPA pro paciente, também porque eles esperam pra ver sangramento, tudo... Então é um pouco mais legal, porque você se sente um pouco mais acompanhada, e que o cirurgião até tá preocupado com o paciente, mas te dá uma atenção, de não largar você sozinha, e o paciente tem um sangramento e você sai desesperada ligando atrás dele e ele já está no trânsito ou no consultório, alguma coisa assim e sai correndo.” (G., sexo feminino)

“Como, por exemplo, cirurgia plástica que hoje em dia não faço mais. Não é paciente, é cliente. Por exemplo: chega um cirurgião plástico e fala: ‘Eu falei para a paciente que vai ser uma local, você seda para mim?’ E o paciente tem a impressão que anestesia local é a mais segura, porque é uma coisa pequena é uma ‘localzinha’. E tem essa coisa de sedução que o cirurgião passa para o paciente. Eu já tive problemas de visitas pré-anestésicas da paciente pensar em não estar correndo risco de vida pelo fato de ser uma ‘local’ e eu adverti que corre risco sim, porque você gasta tubos de medicação. Dói, faz mais sedativo e a paciente não vai lembrar de nada porque fez muito sedativo. E quando eu chego no SUS ou aqui, não tem aquela sedução, não vai ser ‘local’, vai ser geral, porque ela vai estar entubada e se acontecer alguma coisa, se precisar reanimar, ela já vai estar devidamente pronta, vai gastar menos drogas, não vai ter dor, é mais seguro.” (N., sexo feminino)

A equipe de enfermagem desempenha uma função importante na rotina do Centro cirúrgico, conforme também foi mencionado. Cabe à enfermagem preparar o paciente e transportá-lo à sala de cirurgia. Durante o processo

operatório, é responsável por repassar ao médico os materiais e medicamentos, auxiliando-o em seu trabalho. De acordo com os entrevistados, o desenvolvimento normal das atividades é frequentemente prejudicado devido a desentendimentos com esses profissionais.

“Temos muito problema com a equipe de enfermagem. Enfrentamos problemas, em relação ao preparo do paciente, que não deveríamos encontrar e daí temos que suspender a cirurgia, daí o cirurgião fica puto...” (D., sexo masculino)

Embora os entrevistados não tivessem emitido comentários a respeito da greve de funcionários que ocorria naquele período, pôde-se perceber, como relatado no item 6.2 (“A Observação de Campo: uma etnografia do setor de Anestesiologia”), que a insuficiência de pessoal, o preparo inadequado dos pacientes e a falta de campos cirúrgicos trouxeram muitos problemas à execução dos trabalhos.

Os entrevistados apontaram que o relacionamento entre os anestesiólogistas era harmonioso, observando-se o fato de um fornecer suporte ao outro em caso de dificuldade, sobretudo no ambiente do Hospital São Paulo. Relataram que esse apoio mútuo ocorre também em outros hospitais, pois, como a maioria circula por vários lugares, acabam por conhecer-se, embora não tenham freqüentado a faculdade ou residência juntos.

“É...porque às vezes você vai em outro lugar e tem o grupo daquele hospital. Eu sou anestesista de fora da equipe e se eu encontro A,B e C, e mesmo que eu não conheça, eu sei que tem aquela cumplicidade, tipo: ‘qualquer coisa eu tô aqui’ e é legal. É

como eu te falei, as coisas geralmente vão bem, mas quando acontece qualquer coisa... e não tenha um que não tenha passado por experiências dolorosas. Então tem essa coisa de, na adversidade... Eu passei por isso, eu sei o quanto é horrível... então todo mundo costuma correr e ajudar.” (N., sexo feminino)

Entretanto, esse apoio mútuo nem sempre está presente, sobretudo no caso de outros hospitais, onde os anestesiológicos devem conduzir duas ou mais cirurgias ao mesmo tempo ou não podem sair antes de concluírem um determinado volume de serviço:

“Tem lugares que os anestesistas não querem quase nada, só querem filé. Tem serviços que você tem cinco ou seis anestesistas pra fazer várias especialidades...e aí? E aí vamos tocar o barco... então tem que sortear... Rola isso de alguém querer tirar partido... Eu já trabalhei em lugares assim...ao passo que quem trabalha em hospitais especializados, a pessoa não tem escolha. Mas eu já trabalhei em lugares assim em que dois ou três anestesistas que querem fazer nada, e então tivemos que fazer uma escala.” (N., sexo feminino)

Contudo, não se pode avaliar essa questão tomando-se como referência somente o ponto de vista dos entrevistados, pois corre-se o risco de fazer interpretações que culminem na divisão em “bons” ou “maus” profissionais. O que se deve levar em conta é quanto as dificuldades no relacionamento interpessoal, seja com os cirurgiões, ou integrantes da equipe de enfermagem, seja entre os próprios anestesiológicos, pode interferir no ambiente de trabalho.

Nos depoimentos coletados, uma questão relevante foi o desgaste nas relações interpessoais, sobretudo porque o Centro cirúrgico é um lugar fechado onde diversas pessoas se vêem obrigadas a permanecer juntas, durante várias horas do dia:

“Outra dificuldade é a dificuldade que enfrentamos no relacionamento com as pessoas no Centro cirúrgico. Como você fica aqui o dia inteiro, todas as pessoas sabem o que você está fazendo, como é sua vida. Se você faz algo errado hoje, amanhã todo mundo está sabendo...isso é muito ruim. Falam de você pelas costas, você acaba falando mal do colega.” (D., sexo masculino)

Enfim, segundo os entrevistados, existem várias dificuldades ligadas ao relacionamento interpessoal, confirmando-se que as características de cada especialidade, de cada profissão, e as condutas divergentes podem representar pontos de conflito. Mas a questão central possivelmente não seja derivada de divergências técnicas, pois o que favorece o aparecimento de conflitos de ordem pessoal é a obrigatoriedade de permanecerem juntos durante períodos prolongados.

6.3.2.7. Falta de valorização profissional na Anestesiologia

Apesar de a importância da Anestesiologia ter sido reconhecida pelos próprios entrevistados, há entre estes uma sensação de desvalorização por parte de pacientes, cirurgiões e outros profissionais do Centro cirúrgico.

Simultaneamente essa especialidade é vista pelos entrevistados como “secundária” ou “auxiliar”, não havendo expectativa de seu reconhecimento ou valorização, exceto aquele que provém da satisfação pessoal pelo correto cumprimento da função.

Existe a opinião entre os entrevistados de que o melhor reconhecimento é o anonimato, pois quando o anestesista faz um bom trabalho, ele geralmente não é lembrado, sendo citado apenas quando comete algum erro ou prejudica o paciente.

“O anestesista é bom quando ele não aparece... Quando ninguém nota a presença do anestesista na sala ele é bom...é porque está indo tudo bem... Quando ele é notado, é porque está acontecendo aquela lambança. Está acontecendo alguma coisa.” (A., sexo feminino)

“Foi fulano de tal, ele é um cirurgião muito bom, mas o anestesista ninguém quer saber quem foi... Então tem gente que é meio frustrado em não ser estrela, então começa a querer fazer aquelas cirurgias complexas, cirurgia cardíaca, pra dizer: ‘Olha que estou aqui, notem que eu faço diferença’. São poucos, não muitos, mas eu particularmente pra mim está ótimo...não ser notada...eu não tenho problema com isso.” (A., sexo feminino)

“O anestesista não é o grande cirurgião que está operando na sua frente. Todo o mérito é dele. De nós as pessoas só têm medo.” (B., sexo feminino)

“Eu acho que a anestesia não é das profissões médicas de classe A , ela continua sendo uma classe B , porque não te dá uma visibilidade, e mesmo assim a gente acaba se escondendo atrás do pano , porque primeiro é o pano que te esconde e depois você acaba se escondendo porque não sabe se expor , então vive ali atrás . (...) O anestesista continua sendo um regra três , um indivíduo que fica por trás, que não tem visibilidade nem reconhecimento.” (G., sexo feminino)

De acordo com os relatos, pode-se concluir que há uma desvalorização do trabalho do anestesista, que é percebida desde o período da residência e no decorrer do exercício profissional. A partir dessa percepção, inicia-se um processo de “aceitação” em não ser reconhecido pelo trabalho, elaborando-se

uma justificativa interior segundo a qual não ser notado significa ser bem-sucedido em sua tarefa.

6.3.2.8. Absorver a dor do outro

A tarefa do médico é vista pelos entrevistados como a de absorver a dor, suportar e apoiar, não havendo espaço para que ele próprio sinta dor e desconforto ou se coloque na posição de “doente”.

Segundo Good (1997), o conhecimento médico não é considerado somente um meio de percepção, mas também um modo de experiência e de engajamento no mundo, engajamento esse que se dá a partir do conhecimento técnico e da capacidade de oferecer alívio do sofrimento; a partir dessas vertentes, ele se insere na vida do paciente e no mundo. As seguintes falas evidenciam essas dificuldades:

“Eu falo que essa profissão é “absorver a dor de todo mundo”... Ainda o anestesista tem o lado bom porque, quando a pessoa começa a falar de dor e você não quer ouvir, você põe pra dormir e acabou. Você bloqueia...” (B., sexo feminino)

“A gente se envolve demais , não acho que é todo mundo, mas no meu caso é assim. E eu acho que o paciente consome muita energia, Você trabalha demais, se dá demais, você não sente mais força para você, acho que precisa ter uma válvula de escape sempre. E faz umas três semanas que eu não tenho essa válvula, estou assim no estopim.” (E., sexo feminino)

“Eu acho que o médico está mais sujeito a ficar doente sim, principalmente de depressão, porque ele tem que lidar com o

sofrimento do outro o tempo todo e tem que fazer um esforço pra estar sempre bem.” (D., sexo masculino)

*“Eu acho que por estar em contato direto com o sofrimento humano ele acaba expressando mais isso, tanto depressão quanto ansiedade, mas eu acho que, se você pegar qualquer pessoa da população em geral e expor a esses mesmos fatores de *stress*, de ficar dias sem dormir, comer muito mal, lidando com o sofrimento humano, acho que isso acaba desencadeando,mas não que... acho que exatamente por estar exposto a esses fatores ele acaba aflorando esse sofrimento....” (C., sexo feminino)*

Na opinião dos entrevistados, o fato de estar exposto ao sofrimento, sem muitas vezes expressar o seu próprio, pode ser responsável pelo aparecimento da depressão e outras doenças mentais. Esse comportamento encontra raízes, segundo Kam (1997), na formação médica, pois nela existe pouco espaço para o estudante aprender a lidar com o fracasso, as dificuldades cotidianas e a morte. Ou seja: durante a formação e na prática médica como um todo, pouco se fala das dificuldades ligadas à profissão, além dos aspectos técnicos, e discute-se menos ainda a possibilidade de adoecimento do próprio médico.

6.3.3. Depressão entre anesthesiologistas

Existe a noção, entre os entrevistados, de que o médico, e sobretudo o anesthesiologista, é um indivíduo mais propenso a doenças mentais que os indivíduos da população geral. Entre essas, a depressão foi apontada como a mais comum, mas alguns referiram também a presença de estados psicóticos e

uso de drogas. O estresse, a sobrecarga de trabalho e o isolamento foram enumerados como os possíveis desencadeantes desse adoecer.

Segundo os entrevistados, o adoecimento se estabelece a partir de um *continuum* que se inicia com a carga horária excessiva e a má remuneração e estende-se pelas dificuldades no trabalho, que incluem a prontidão para lidar com situações imprevistas e a sensação de não poder errar nunca, culminando com um nível de insatisfação que pode atingir o estado mórbido.

“É... os médicos são estranhos... Eu acho que é uma espécie de descompensar... É como eu te falei, o médico fica a vida inteira fazendo a mesma coisa... é muita dedicação. Acaba abdicando da vida pessoal, conjugal, da vida entre família pra estudar e se matar de trabalhar para conseguir um nível de vida que ele deseja... Então eu acho que médico é bem descompensado... acho que é fácil entrar em depressão, não sei, nunca fiz pesquisa nenhuma, nunca li nada sobre isso, mas eu vejo bastante gente deprimida, e que ficou afastada, drogadição entre anestesistas... Eu acho que descompensa mais facilmente... sei lá, imagina você se dedicar a vida inteira exclusivamente pra isso e algum dia algo deu errado, seu paciente morre...pode não ser culpa sua, mas você não sabe lidar muito bem com isso, do tipo: ‘Só fiz isso na vida e ainda não faço bem’. E de repente deve dar uma descompensada mesmo...”
(A., sexo feminino)

“Não mais que os outros, mas eu acho que é uma especialidade que está entre as mais estressantes, assim como eu acho que tem outras especialidades que... uma coisa que vai devagar você acaba tolerando, contornando, você tem tempo de lidar com aquilo, e a gente não tem tempo nem de pensar no que está acontecendo. As coisas vão se acumulando, se não deu pra você dormir essa noite você vai deixar pra noite que vem, ou pro outro dia. Não é muito organizada a rotina da gente, não tem muito ritmo e tudo precisa ter um ritmo na vida, você lida melhor com as coisas que são organizadas e a gente não tem muito ritmo, nem pra comer, nem pra dormir... Você entra numa cirurgia e se não tem ninguém pra te dar almoço você fica sem comer... Se acaba 5 horas da tarde, tudo bem, você já acha que isso é normal e nem discute mais, e isso não é uma coisa boa, porque não faz bem você não

ter horários, não sentar pra comer... Isso a gente nem cogita mais porque são coisas “normais”...come a hora que dá, dorme a hora que dá.” (I., sexo feminino)

A depressão foi apontada como a principal doença mental entre anesthesiologistas, e alguns entrevistados reconheceram que já passaram por situações em que se consideraram deprimidos, tendo buscado ajuda de alguma forma, quer seja fazendo terapia ou tratamento psiquiátrico, quer seja utilizando antidepressivos por conta própria, fato este que foi descrito como um hábito relativamente comum entre os colegas de profissão.

“Eu fiz um ano de terapia com uma... O que ela falava que ela era? Bem, enfim...não era médica, mas eu estava num momento muito complicado da minha vida... Eu acho, que se não tivesse feito terapia, hoje em dia eu não estaria tão sossegada como estou hoje e realmente eu precisei de ajuda.... Então eu fico pensando que numa época da minha vida eu até entrei em depressão mesmo, ou o fato de tomar conta de tudo e trabalhar muito... Eu acho que em termos de profissão, pelo que a gente também comentava nas sessões, acho que o meu trabalho estava indo tudo bem, e todo mundo gostava muito de mim, e me sentia muito bem comigo mesma, muito em casa, porque era médica. E então, como eu passei por isso e não sei se isso volta de novo, acho que agora estou livre, espero que não volte, mas assim eu acho que tem muita gente.” (K., sexo feminino)

“Eu não sei se é uma depressão endógena, é algo que tem causa e efeito. Eu já precisei de medicação, tomei para não perder o pique. Não porque eu achei que tivesse uma deficiência de alguma coisa e ficar mal sem saber por quê. Tem causa. E a maioria toma por causa disso. Mas eu me considero uma pessoa alegre. Eu acho que em nenhum momento faltou uma substância, acho que tem causa e efeito.” (M., sexo feminino)

“Quando comecei a ganhar dinheiro, eu larguei a anestesia porque com 14 anos eu entrei em depressão... Eu tinha 12 anos de anestesia eu comecei a pirar, não estava dando mais, era muita pressão, foi quando pedi uma licença... É uma coisa estranha, primeiro você sente uma tristeza, uma sensação esquisita, e

depois é aquela coisa física, já não é só aquela coisa de idéia...”
(G., sexo feminino)

Muitos dos anesthesiologistas, ao perceberem-se doentes, fazem uso de medicação psiquiátrica por conta própria. A prática da automedicação é extremamente freqüente entre profissionais de saúde, mas pôde-se perceber nos depoimentos, que ela é ainda mais frequente entre os anesthesiologistas:

“Eu vou ser sincera, eu tenho pouca vivência sobre isso. O que eu posso te falar é sobre depressão no meio. Você vai encontrar muitos de nós, a maioria não vai te falar, mas a maioria usa antidepressivos. A maioria por conta própria. Eu já usei, eu já fui a um psiquiatra, já fui fazer psicoterapia. Comparado aos meus amigos reumatos, dermatos, são os anestesistas que eu vejo usando. Tomando alguma coisa pra segurar a onda...” (N., sexo feminino)

“Falamos sobre isso, mas é entre a gente. Fluoxetina, paroxetina...a fulana usa tantos miligramas...como eu faço o desmame... Tenho colega que usou ou está usando sem consulta, são colegas que eu vejo usando mais para segurar a onda. É difícil falar. Como você tem facilidade sobre as medicações, tudo para você é rápido, tem que estar bem logo. ‘Ah... faz intravenoso, pra ser rápido...’ Eu já vi alguns colegas com ‘profilaxia’ que, quando chega tal período e já sente que vai estar ruim e já toma. E você ouve: ‘Ah, eu fiquei bem nessa fase porque eu já tinha tomado tal coisa antes.’ (N., sexo feminino)

Nas falas dos entrevistados reconhece-se que, na hipótese de adoecimento, os médicos geralmente resistem em procurar tratamento e, ao fazê-lo, são vistos como “pacientes difíceis”, quando comparados a indivíduos comuns. O termo “CRM-positivo” foi empregado por um dos entrevistados para descrever essa situação.

“Então a gente... quando é conosco ou mesmo com um familiar, esse negócio de absorver a dor, as coisas ruins, a gente expande para um lado bem ruim que acaba sendo a pior tragédia...” ‘CRM-

positivo' realmente funciona mesmo. Tudo o que é CRM vai piorar, é tudo caca, vai dar errado. É assim: você toma um antibiótico pra amigdalite, mas se você é médico, se seu filho é médico vai ter que tomar o triplo de antibiótico pra fazer o mesmo efeito. Essas coisas... Então os médicos... a gente vai mesmo para um lado sombrio... tem depressão... eu tenho muitas amigas e amigos que ficam mal, umas outras com distúrbios mais do tipo esquizofrênicos... Não sei se é mais que a população geral, mas a gente acaba tendo mais contato com médicos e vai descobrindo esses casos... Em geral, a faixa etária, ou quando a profissão começa a melhorar ou a piorar, se são as ansiedades... Eu sei que tem muito, a gente tem que se cuidar, ser avaliado, porque a gente tá aqui pra apoiar as pessoas, mas também precisamos de apoio.” (B., sexo feminino)

“O médico mesmo acaba se esquecendo que ele sofre também. Eles ficam...quando você vai ver já tá estourado, já tá com úlcera, já tá entrando em pane, porque o médico não pára nunca pra pensar em si mesmo... O pior paciente que tem é o médico... Geralmente as pessoas que menos se cuidam são os médicos... passam a vida cuidando de todo mundo, mas geralmente são os que menos dão atenção à sua saúde. Eu vejo, porque eu pego os colegas pra fazer anestesia e falo: ‘Pô, por que não viu isso antes...?’ ” (I., sexo feminino)

Os entrevistados relataram que esse processo de adoecimento pode passar despercebido pelos colegas e até pelo próprio médico como consequência dessa necessidade de suportar as pressões.

Sendo assim, muitos profissionais adotam uma posição de negação, conforme a citação a seguir, na qual o profissional coloca a figura do médico como um indivíduo isento do risco de adoecer:

“Mas ver colegas com problemas, eu nunca vi... porque dificilmente você vê uma pessoa no trabalho e sabe como ela está... É como eu digo: a vida da pessoa muitas vezes é um mundo à parte. Às vezes você conversa com seu amigo, dialoga, fala sobre diversas coisas, mas raramente a pessoa conta seu problema. Eu acho que toda profissão médica exige um grande trabalho mental... Acho até maior do que aquela pessoa que faz

um trabalho físico. É por isso que o profissional deve ter seu tempo livre. Se você trabalha 12 horas, o ritmo de trabalho varia durante o dia e você acaba descansando. Mas eu acho mesmo assim que é muito, muito raro. Que eu me lembre soube de uma ou duas pessoas que estavam com problemas, afastadas, morreram por intoxicação.” (O., sexo masculino)

Alguns entrevistados revelaram ter medo de adoecer e admitiram que esse medo poderia ser a origem da atitude de negação por parte do médico. Com o adoecimento, haverá o receio do estigma da doença mental e de não cumprir com o papel de ter que ser sempre forte, suportando as angústias ou eventuais perdas profissionais.

“Eu acho que sou uma pessoa cuidadosa com isso pelo medo dessa coisa acontecer comigo. Eu sei que o stress nessa profissão é muito grande. Como eu te falei, eu tomo grandes cuidados, mas eu acho as pessoas muito doentes, elas têm uma vida doente...” (J., sexo feminino)

“Depressão...acho depressão muito triste, você não está com vontade de nada... Acho que o fóbico pelo menos está demonstrando que tem sentimentos, que está exacerbando o medo, está pondo o medo para fora, na minha visão, porque eu não entendo nada de psiquiatria. Por exemplo: estou com medo porque vou viajar de avião, tô sentindo.... Já o deprimido não tem luz, não tem brilho, isso mexe muito... eu tenho medo disso.” (M., sexo feminino)

De forma geral, admitir a possibilidade de estar doente é muitas vezes algo remoto para o médico, por diversas razões: (1) ele se vê como que protegido, imunizado contra a doença por ser o próprio curador; (2) a educação médica não dá espaço para tratar de seu adoecer, sobretudo no que se refere ao sofrimento mental; pelo contrário, a formação que recebe incita-o justamente a ser sempre forte, suportar o sofrimento e não demonstrá-lo; (3) a partir do

momento em que se reconhece como doente, quebra-se o mito de sua “invencibilidade”; (4) no aspecto prático, ele teme estigmas, retaliações, prejuízos na carreira e perda do poder aquisitivo.

6.3.4. Uso de drogas por anestesiológicos

6.3.4.1. A constatação do uso de drogas no horizonte da profissão

O uso de drogas por médicos e, mais precisamente, por anestesiológicos foi evidenciado pelos entrevistados. Ou seja: ao falar sobre o uso de drogas entre médicos anestesiológicos, não estamos falando de algo desconhecido por eles. Esse tipo de ocorrência os acompanha desde a formação médica, alcança a residência e perdura por todo o exercício profissional. As seguintes falas ilustram o uso de drogas no cotidiano da profissão:

“Todo ano eu tenho a notícia de algum colega, em algum lugar do Brasil que morreu por consumo de droga anestésica, e na minha residência tinha um cara que foi expulso porque estava consumindo halotano dentro da sala de cirurgia, e todo ano alguém se matou...um anestesista se matou... ‘Esse ano uma já se matou, né’ Eu não escuto muito isso de outras especialidades... fulano se matou, fulano usa fentanil... A gente conhece, a gente trabalha junto com as pessoas.” (J., sexo feminino)

“Eu já tive dois residentes (...) Eles começaram a fazer uso de medicações porque temos acesso. Os dois fizeram uso de dolantina, eles foram expulsos da residência e isso me incomodou muito. Não sei como fazer... acho que essa possibilidade de você

estar no fio da navalha, com estresse pra tudo quanto é lado, muitas pressões , te deixa suscetível a qualquer utilização de medicação, droga, álcool qualquer uma por nós termos a facilidade, de ter acesso porque trabalhamos com isso.” (L., sexo masculino)

“Teve outra menina (...) que pediram pra se retirar da residência. Ela dava plantão comigo, de sábado à noite, e toda vez que íamos induzir um paciente ela falava que estava passando mal e pedia para ir vomitar, e eu até brincava e perguntava se ela não estava grávida, e ela estava injetando dolantina sem fazer plasil antes, e isso dá muita náusea porque a dolantina é muito hemetizante⁴, e eu não percebia o que estava acontecendo. Só percebi quando começaram a comentar , pegaram ela dentro do banheiro se injetando e completamente zonza. Levaram ela para a chefia e foi afastada. As pessoas são muito estranhas... percebem e fingem que não estão vendo; eu não percebi e fiquei muito decepcionado comigo mesmo, porque trabalhávamos juntos... eu poderia ter ajudado, ter dado uma força e, ao invés das pessoas ficarem penalizadas elas criticam mais ainda. Porque todos nós estamos sujeitos a ter um dia ruim e utilizar um negócio desse, até porque temos muita facilidade” (L., sexo masculino)

“Lembro de uma anestesista que trabalhava comigo, ela era ótima, que foi pega usando drogas num hospital e foi presa....acho que ela não deveria ter sido presa. Chamaram a polícia, foi um escândalo... E outra que conheci começou a ter umas dores abdominais e iam fazer laparotomia, daí a irmã dela falou: ‘Nada de laparotomia, o que ela tem é síndrome de abstinência de opiáceos’. Eu lembro que ela começou a falar umas coisas estranhas enquanto estava operando, eu achava ela esquisita, mas pensava: ‘Ela deve ser meio louquinha, deve ser o jeito dela...’.” (A., sexo feminino)

“Eu tinha uma amiga que morreu no Rio de Janeiro cheirando seforane, um halogenado, no banheiro do hospital. Encharcou uma compressa e morreu. Você acha que domina esse assunto, acha que sabe da dose mas tem um dia que você passa da dose, justamente por achar que controla. O fato de você conhecer e lidar com isso, que te dá o preparo para você não ser vítima, é mais um, não tem como, nós somos seres humanos , temos receptores, é só encaixar o receptor e um abraço.” (L., sexo masculino)

⁴ Que induz vômito.

“Eu trabalhei em outros hospitais que tinha colegas que usavam o fentanil, morfina ou dolantina... Eu já vi isso de perto, eu nunca usei, mas como estamos muito próximos disso, é fácil... É fácil todo mundo recorrer a um caminho que te alivia. Então se você está estressado, tem gente que consegue dar uma caminhada. Eu não, sou gordinha, vou comer e beber... Se estiver triste ou alegre, meu mecanismo de compensação é esse ,não adianta eu mentir, eu cresci numa família que ‘bebemora e comemora’ no estrito da palavra... Eu sempre relacionei minhas emoções assim, mas às vezes vem a pessoa e fala: ‘Vamos sair, tomar um chope e bater um papo?’ ” (M., sexo feminino)

Portanto, existe uma particularidade em ser anestesiológico no que se refere ao uso de drogas: mesmo que o indivíduo não faça uso, em algum momento da carreira ele teve ou terá contato com alguém que fez ou faz uso de drogas. Enfim, existe uma percepção entre os entrevistados de que o uso de drogas está presente no seu cotidiano e no horizonte da profissão.

Além disso, os entrevistados não evidenciaram apenas o uso de drogas. Eles vivenciam os problemas decorrentes desse uso, como o afastamento de colegas, a percepção das alterações de comportamento, as mortes por intoxicação dentro do Centro cirúrgico e os suicídios.

Neste ponto, retoma-se um dos aspectos negativos da profissão, que é a dificuldade alegada pelos anestesiológicos em lidar com o sofrimento dos pacientes e com a morte. De acordo com os dados apresentados anteriormente, a formação médica é orientada para a negação e evitação da morte a todo custo, em consonância com os desígnios da sociedade.

Uma vez que o médico não estaria “autorizado” a adoecer e morrer, o agravamento de suas condições de saúde é muitas vezes observado de forma

passiva e distanciada; as ocorrências mais abruptas, como o afastamento do trabalho e, especialmente, a morte ou o suicídio, representam uma “quebra da rotina”, interpretada como algo traumático.

6.3.4.2. A visão dos anestesiológicos sobre o uso de drogas

Conforme foi apurado nas entrevistas, parece existir um pressuposto na comunidade médica de que o anestesiológico é usuário de drogas. A seguir, transcrevemos o relato de uma entrevistada que reproduz os comentários de colegas de outras especialidades, abordando, de forma irônica, o uso de drogas por anestesiológicos:

“Talvez...a princípio debocham...os colegas debocham... tipo assim, que você anestesia o paciente, e o paciente fica meio grogue e eles dizem: ‘Ah, que legal isso que você me deu’. E perguntam assim: ‘Fentanil dá um barato legal?’ E eu digo: ‘Olha, o fentanil....nunca experimentei’. E eles dizem: ‘Ah, quase que a gente pegou você!’. Então olha, é um deboche isso. Mas não sei se dá pra considerar isso não, porque todo mundo debocha de tudo.” (M., sexo feminino)

Para os entrevistados, o uso de drogas em si não é visto como algo errado ou criminoso, mas apontado como uma forma de fugir dos problemas e das pressões, uma válvula de escape. Segundo Olievenstein (1985), a droga tem apenas duas funções: dar prazer ou anestésiar. Entretanto, nas situações descritas, o indivíduo busca a droga para obter alívio do sofrimento, e pode, dependendo de suas características pessoais, perder o controle sobre esse uso.

“Pelo que eu entendo se restringe aos opióides,né? É um caminho que alguns profissionais seguem, sob forte pressão e desgaste emocional... Numa situação de desespero eles recorrem a esse caminho da droga, que vai oferecer uma sensação de bem-estar que ele não tem, ele não consegue na vida real. Os casos que eu já ouvi dizer, eu não conheço ninguém que tenha usado, mas os casos que eu já ouvi falar eram pessoas que estavam sob forte stress de trabalho, pressão ou carga horária excessiva, aquela residência muito puxada que o cara não está preparado... Acho que está sempre relacionado ao despreparo, o cara que não está preparado para assumir as responsabilidades e os riscos da profissão, e aí ele entra pra droga como forma de se alienar disso tudo...” (F., sexo masculino)

“Eu vejo o seguinte: a droga é uma forma do sujeito se desligar dos problemas e se você vive numa sociedade que está sujeita a muitos problemas, com pouco apoio de quem tá próximo de você.” (F., sexo masculino)

“Se uma pessoa chega a usar? Sei lá, talvez porque a vida tenha perdido o sentido...uma fuga...talvez porque a realidade tá ruim demais... Tem gente que come, tem gente que dorme, tem gente que usa droga...Então, de repente é uma fuga de algo que não está legal e aquilo traz um conforto...E acaba se viciando...” (A., sexo feminino)

De acordo com os entrevistados, o uso de drogas é visto como a resultante da interação entre o ambiente de trabalho, com toda a carga de estresse e de insatisfação, e as condições pessoais do indivíduo. Ou seja: embora importante, a facilidade de acesso não é suficiente para que o indivíduo se drogue. É preciso que haja uma predisposição ou alguma alteração psiquiátrica que favoreça esse uso.

“Eu acho que é essa ausência de prazer na vida...você precisa recorrer a uma coisa material pra ter prazer, no caso a droga. É óbvio que existem vários outros aspectos de formação, que eu não

entendo muito, de exemplos na família, na formação, no colégio, na televisão, maus exemplos, experiências passadas, coisas que naturalmente dão prazer, para ele, não dão prazer... Eu não sei... Existe uma vida de total dor... a sensação de dor contínua, dependendo do meio em que ele vive. É óbvio que nem todo mundo que está sob essa pressão do meio, numa mesma situação vai recorrer à droga, são diversos fatores. Essa é minha opinião.” (F., sexo masculino)

“Eu acho que as pessoas já vêm com um problema e vêem naquilo uma solução, um alívio, mas eu acho que o problema já vem de antes.” (C., sexo feminino)

“Eu acho que as pessoas que usam têm uma personalidade específica. São pessoas que precisam de alguma coisa para segurar a barra e que não encontram outra maneira. Quando você começa a conversar com as pessoas você começa a perceber quem tem possibilidades de entrar nessa.” (G., sexo feminino)

Um ponto que foi fortemente ressaltado pelos entrevistados é que existe uma semelhança na busca do prazer por meio da droga entre o indivíduo na população geral e o médico.

“Igual por motivos diferentes. Às vezes o adolescente usa droga não por estar estressado, mas cansado por estudar; o médico a mesma coisa, e não por querer chamar a atenção, mas para ele querer sentir prazer. Para mim são todos iguais, a diferença é que uns pagam, outros não. O objetivo, no final, é ter prazer naquilo que está usando.” (E., sexo feminino)

“Eu não vejo diferenças no uso de drogas por médicos em geral e entre os anestesiologistas. Mas acho que os médicos, por causa dessas condições de trabalho, pelo stress, pela depressão podem sim usar mais drogas do que a população geral. Eu acho que a principal droga é o opiáceo...as drogas de Centro cirúrgico... Eu sei que tem muitos colegas que fumam maconha e tomam bebida alcoólica pra relaxar, nos eventos sociais... mas pra mim não tem diferença entre todas essas drogas quando uma pessoa se torna dependente...e passa a ter problemas com isso. É claro que o anestesista tem um risco muito maior porque ele tem acesso a

todos os tipos de drogas, se compararmos aos outros médicos.”
(D., sexo masculino)

“Acho que quando a pessoa começa a usar dolantina, fentanil, é porque está com problemas... do mesmo jeito que uma pessoa que usa outros tipos de drogas... No começo é bom, pode ter começado por curiosidade, para aliviar o stress... mas depois a pessoa começa a ter problemas. Não vejo diferença dessas drogas daqui e das outras lá fora.” (D., sexo masculino)

“Eu acho que um adolescente e um médico que usam drogas, ambos querem a mesma coisa, que é fugir de uma realidade ruim e acabam se drogando, mas a diferença é que aqui a gente tem na mão... Então se você quiser usar... A diferença é que o outro acaba comprando, se envolvendo com outras pessoas. Sei lá, mas eu acho que dá no mesmo.” (A., sexo masculino)

“Pois acho que uma pessoa que usa drogas precisa de ajuda.... E se ela usava ou tem uma predisposição, um problema prévio, vai usar mesmo, porque é difícil agüentar a realidade de cara limpa... Eu mesmo, quando estou mal, durmo muito... Pra mim, o sono é uma fuga dos problemas.” (A., sexo feminino)

“Eu não acho que seja condenável, não acho que ele tenha algum distúrbio... eu acho que ele está em busca de algum prazer porque não consegue encontrar de outra maneira. Beber... o álcool é uma droga que tá ali, liberada, fumar também. E quando uma parte não está bem, você tem que compensar com outra... Acho que droga é uma compensação por alguma coisa, uma válvula de escape... independente de que droga for, ou o que isso tá causando pra sociedade... Não acho condenável.” (B., sexo feminino)

“O médico sabe todos os efeitos colaterais, os riscos... Então se ele usa, é porque está precisando muito... Se você pega alguém que não sabe nada de riscos, só sabe a parte boa da droga, o prazer, e vai lá e usa é uma coisa... Mas uma pessoa que conhece os efeitos, os riscos...é porque você está precisando muito... Você está desviado num sentido de estar precisando de um apoio, uma ajuda... Está precisando resolver alguma coisa mesmo. Porque essa questão de usar drogas acaba te prejudicando... Acho que as drogas existem pra nos ajudar e não para prejudicar, digo essas do Centro cirúrgico mesmo.” (B., sexo feminino)

Observa-se que o uso de drogas em si não é visto como algo exatamente condenável. Faz-se uma diferenciação para o padrão de uso problemático, no qual o indivíduo perde o controle sobre o uso, sendo factível que ele obtenha algum tipo de ajuda ou tratamento. A maioria dos entrevistados tem por premissa que o inaceitável é que se faça uso no ambiente de trabalho ou que, mesmo fora, tal uso prejudique o desempenho das atividades profissionais, colocando em risco a própria vida e a dos pacientes.

“O quê? Consumir fentanil da sala de cirurgia? Considero gravíssimo... É um uso de drogas, mas com um teor gravíssimo... Tem um componente que é aquele que um cara lá fora que está consumindo seu crack, sua cocaína não está cuidando de uma criança... esse é um componente gravíssimo. Não sei nem... porque é um problema mais que social, sei lá.... É um comportamento quase assassino... Não estou tendo preconceito com o doente anestesista que faz isso, porque ele é um doente, um dependente químico, mas é um comportamento grave.” (J., sexo feminino)

“Não vejo diferença entre as drogas daqui e as drogas lá fora. Droga é droga. Todas elas são classificadas de drogas. O que é difícil? São drogas utilizadas no seu ambiente de trabalho, você está no seu horário de trabalho... Isso que é difícil... O engenheiro que constrói um prédio drogado, o prédio pode cair... O anestesista ou cirurgião que trabalham drogados, a coisa tende muito mais a dar errado. Mas não deixa de ser droga e isso pode estar atrapalhando. Fora daqui, as pessoas que não são médicos e usam drogas também devem estar tentando escapar de alguma coisa.” (B., sexo feminino)

“Mas quais devem ser os efeitos disso pra pessoa não sei... Porque as drogas não dão ‘barato’, droga de anestesia faz dormir...pelo menos eu acho assim, pelo menos é com essa função que a gente usa, tirar a dor e fazer dormir... Pode até dar ‘barato’, tudo bem, mas não é essa a função dela, existem jeitos muito melhores de se divertir...” (B., sexo feminino)

“Eu tinha, por exemplo, um colega na faculdade que fumava maconha 24 por dia e ia atender os pacientes cheirando a maconha... Era bem desagradável, a gente ficava embaraçado por ele, em frente aos pacientes e preceptores. Acho que isso não dá pra misturar o seu momento de lazer em que você toma o seu uísque, fuma a sua maconha, e outra coisa é seu momento de trabalho.” (C., sexo feminino)

Além de considerarem o uso no ambiente de trabalho, alguns entrevistados fizeram uma distinção entre os tipos de droga utilizados, não exatamente em relação aos seus efeitos, mas no que concerne à sua condição de legalidade. Ou seja: o uso de drogas ilícitas é condenado.

“Eu bebo socialmente, acho prazeroso o álcool naquela situação que você está desligado... tá com os amigos e o ambiente fica mais interessante.. Agora, a partir do momento em que a droga é ilícita, isso entra naquele círculo da violência. Isso é um negócio que eu tenho fixo, muito bem estabelecido na minha cabeça, que o sujeito que vai comprar droga com o atravessador ele tá financiando o sujeito que vai seqüestrar, assaltar sua mãe, seu pai. Então a partir do momento que a droga é ilegal, ela tá relacionada ao crime.” (F., sexo masculino)

A partir dos relatos dos entrevistados, observa-se, portanto, uma diferença na forma e no contexto de uso, existindo uma conceituação específica, conforme essa variação. Em resumo, pode-se concluir que:

- o uso de drogas, como já apontado anteriormente, é evidenciado;
- o uso em si não é visto como algo condenável; na maioria dos casos assinalados pelos entrevistados, existe uma justificativa para esse uso, a

- qual pode advir das condições de trabalho, do sofrimento psíquico, da necessidade de uma válvula de escape e até mesmo da busca de prazer;
- diferenciam-se drogas “leves”, como álcool e maconha, de drogas “pesadas”, como cocaína, *crack*, anestésicos e opióides, havendo mais tolerância para o uso de drogas “leves”;
 - o consumo no ambiente de trabalho – isto é, no Centro cirúrgico – ou em locais externos que prejudique o andamento do trabalho é encarado de forma negativa;
 - alguns entrevistados diferenciam as drogas quanto à condição de legalidade ou ilegalidade, havendo, no último caso, condenação a seu uso, devido ao envolvimento com a criminalidade;
 - existe o consenso entre os entrevistados de que, uma vez “ultrapassado” um certo limite, imposto pelas alterações de comportamento e pela perda de controle sobre o uso, o usuário deve receber algum tipo de ajuda, como o tratamento;
 - como citado anteriormente, a busca de ajuda é muitas vezes postergada pela relutância do profissional em reconhecer-se como doente.

6.3.4.3. A questão do acesso facilitado

Segundo os entrevistados, os anesthesiologistas têm um acesso bastante facilitado às substâncias psicoativas no Centro cirúrgico, e isso ocorre porque: (1) há uma falha no controle do fornecimento de medicamentos; (2) mesmo no caso de haver tal controle, ficaria muito difícil fiscalizar o emprego das drogas no ato cirúrgico, sendo possível que o indivíduo utilizasse a substância em menores quantidades no procedimento anestésico ou até mesmo a substituísse por outra medicação não-controlada, retendo-a para si. Os depoimentos a seguir ilustram a visão dos entrevistados sobre a questão do acesso às drogas:

“Ah...a gente sabe que a dolantina pode causar uma dependência psíquica na primeira dose. Eu acho que semelhante a isso é o crack, né? Não existe aqui o constrangimento de você ter que ir numa boca de fumo, se expor à polícia ou ter que conseguir com alguém... Não existe esse constrangimento... ‘Quantas ampolas você quer de morfina? Eu atravesso esse corredor e volto com quantas ampolas quiser... A gente tranca aquela porta, tem seringa e agulha ali...você quer consumir?’ Não tem nada de constrangedor aqui.. Não preciso ficar preocupado com a polícia, eu não preciso ficar preocupado com a boca de fumo, com nada, e não preciso nem gastar dinheiro...” (J., sexo feminino)

“Eu acho que o anestesista tem mais oferta. Mais oportunidade. Por exemplo, aqui na Escola Paulista a gente usa o opióide e joga o frasco no lixo, não tem controle. Tem hospital que tem, você tem que devolver o frasquinho vazio... Então se eu quiser pegar duas ampolas de 10ml de fentanil, usar uma no paciente e levar outra pra casa, ninguém vai nem saber que eu levei aquela outra ampola, porque não tem controle nenhum, a gente joga no lixo. Se você joga por engano em outro hospital, porque vai quebrando ampola e joga fora, lá vai você pedir uma pinça contaminada pro cirurgião pra ficar catando no meio do lixo a ampola de fentanil.

Aqui não... Eu fiquei guardando as ampolas em saquinhos muitos meses e levei pro cara da farmácia e ele jogou no lixo, nem conferiu. Então desencanei. Aqui você pode levar muitas ampolas do que quiser pra casa. Você não tem que devolver na farmácia...ou aspirar na seringa e levar pra casa... Tudo bem, em outro hospital eles controlam os frascos, mas até aí quem vai dizer que não é água destilada na seringa... Talvez seja por isso que eles não façam esse tipo de controle aqui.... Mas de qualquer modo, eu acho que um pouco de controle não faz mal, porque inibe um pouco as pessoas a fazer isso. Pode ser que não iniba muito, mas ao menos um pouquinho. (A., sexo feminino)

“Aqui o acesso é absurdamente facilitado, já critiquei isso várias vezes. Acho que aqui não tem controle nenhum dos psicotrópicos... Aqui no Centro cirúrgico quem quiser pega... Mas eu acho que se outro médico quiser vai conseguir acesso igual, tão fácil quanto. Acho que não é porque o anestesista tá aqui... acho que é igual. Talvez nos outros hospitais sim, porque o anestesista tem muito mais acesso que as outras especialidades, porque os outros médicos prescrevem, mas muitas vezes nem viram uma ampola. Aqui nesse serviço as outras especialidades têm muito contato.” (C., sexo feminino)

“Com certeza, porque tem mais acesso. É muito fácil, muito fácil... Você consegue controlar os frascos que retornam pra farmácia, mas você não consegue controlar o conteúdo dos frascos. Então nesse intervalo que o frasco sai, vai pra sala de cirurgia e volta, pode acontecer muita coisa. O controle nesse intervalo não existe.” (F., sexo feminino)

Como, em geral, o controle do acesso aos medicamentos é muito limitado e ineficaz, muitos entrevistados relataram uma preocupação com o risco a que os anesthesiologistas que já apresentaram problemas com drogas estavam sujeitos ao retornarem ao ambiente do Centro cirúrgico.

“É um negócio complicado, porque temos acesso com todo tipo de droga, então fica muito fácil: você pode fazer a receita e te dão na mão...o que você quiser. Não sei se teria um controle, acho que não dá, porque na realidade você é o dono do paciente e da sala,

“você precisa da droga pra fazer... e como vai fazer? Eu acho que, para se ter um controle, o que você pode fazer é afastar a pessoa... como, por exemplo, o caso dessa amiga. Quando ela morreu ela já tinha tido um episódio anterior com droga injetável e aí o chefe dela colocou-a em ambulatório, fazendo pré-anestésico, para afastá-la do Centro cirúrgico onde a droga é mais fácil. Ela foi fazer tratamento psiquiátrico e o pessoal achou que ela estava recuperada e deu no que deu. Então acho que as pessoas minimizam, valorizam pouco esse tipo de problema, de sintomatologia.” (L., sexo masculino)

“Cara, eu acho o seguinte: se o cara tem um envolvimento maior com drogas, principalmente as drogas que a gente utiliza, e o cara é anestesiolegista, o cara vai viver no inferno. Se ele teve algum problema de dependência, ou algo do gênero, por exemplo, com opióide, que é o mais comum... Ele vai viver no inferno... porque a coisa que a gente mais faz é isso, a gente utiliza opióide todo dia, e você levar um embora é a coisa mais fácil do mundo... ‘Ah tá, tem controle de cascos’... é ridículo. Você enfia a droga numa seringa e cabô, não tem como te controlarem... O cara vai viver no inferno.” (H., sexo masculino)

“No meu R1 conheci pessoas que tiveram problemas e tiveram que parar de exercer a especialidade porque ninguém mais empregou eles, exatamente por causa do problema, e é difícil mesmo uma pessoa viciada ficar lidando com aquilo todo dia, pegando na mão, aspirando e não ter vontade de usar. Então pra mim, eu vejo com muita negatividade, até por essas experiências que eu já tive.” (C., sexo feminino)

Portanto, pode-se concluir que a questão do acesso facilitado, como demonstrado anteriormente, está em consonância com a opinião dos entrevistados. Ou seja: se por um lado, a facilidade de acesso que o anestesiolegista tem às drogas no Centro cirúrgico representa um risco, por outro, é visto como um problema de difícil resolução, pois as medicações são necessárias nos procedimentos e são manipuladas pelos próprios anestesiolegistas.

6.3.4.4. Falta de orientação

Muitos dos entrevistados reconheceram o quanto se sentiam desorientados ao deparar com problemas relacionados ao uso de drogas no cotidiano da profissão. Embora esse uso tenha sido muitas vezes observado, consideraram que lhes faltavam os subsídios necessários para abordar a questão com o colega identificado como usuário, de modo a recomendar-lhe ajuda, bem como para notificar algum superior da ocorrência.

Além disso, afirmaram que esse tema, embora grave, é pouco discutido no meio profissional e que deveria ser tratado com maior frequência em aulas específicas, grupos de apoio psicológico, e promovendo-se a divulgação de informações por meio de cartazes e folhetos explicativos.

“É um negócio que falta. Porque a residência te dá o suporte técnico, para você ser bom anestesista, para você ter uma qualidade anestésica boa. Em relação a esse tipo de suporte psicológico o que seria? Seria um alerta? Não sei te dizer o que é. Nós conversamos muito sobre esse caso da menina, de ela ter sido flagrada, e nós avaliamos muito quando acontece uma desgraça, foi uma comoção.” (L., sexo masculino)

“Não temos a menor noção, não temos estrutura para isso. Acho que às vezes temos que nos reciclar, fazer um grupo de terapia até porque trabalhamos pra cacete, a gente está sempre no estresse, e a possibilidade de você usar drogas é muito fácil.. Um dia tá

uma merda e você precisa se aliviar com alguma coisa, experimenta, fica eufórico, dá aquela sensação de bem-estar. Não sei nem como é...não tomo remédio nenhum, nem dipirona.” (L., sexo masculino)

“No capítulo 1 do livro da SAESP⁵ tem... fala sobre isso...consumo de drogas por anestesistas... suicídio entre médicos anestesistas,mas é dentro do primeiro capítulo, um tópico curto, mas as pessoas tomam isso como deboche.” (J., sexo feminino)

“Acho que falta orientação sobre o que fazer com um colega que é usuário de drogas... Não sabemos o que fazer, como agir, pra quem falar...Prá quem falo? Acho que deveríamos ter uma orientação sobre como agir nessas horas.” (A.,sexo feminino)

“Acho que deveria ter campanhas, cartazes no Centro cirúrgico, como esse de hipertermia maligna....avisando o que fazer, quem procurar... Pois acho que uma pessoa que usa drogas precisa de ajuda....e se ela usava ou tem uma predisposição, um problema prévio vai usar mesmo, porque é difícil agüentar a realidade de cara limpa... Eu mesmo, quando estou mal, durmo muito... pra mim, o sono é uma fuga dos problemas.” (A., sexo feminino)

“Acho que nós temos muita dificuldade em procurar ajuda, tratamento, por sermos médicos, por ter medo de que as pessoas descubram e por achar que pode dar conta sozinho. Eu tenho uma dúvida...caso eu tenha algum colega que esteja com problema, onde eu posso encaminhar, que lugar posso mandar ele procurar? Porque já passei por situações que um colega veio me pedir ajuda, dizendo que estava com problemas mas tinha receio de procurar.” (D., sexo masculino)

Portanto, o teor dos discursos revela que, apesar de evidenciado, o uso de drogas, bem como todos os problemas deste decorrentes é uma questão pouco abordada. Isso ocorre porque, de um lado, os anesthesiologistas demonstram uma atitude de compreensão perante esse uso, que é justificado em razão da necessidade de alívio das sensações desagradáveis e do

⁵ A sigla SAESP equivale a Sociedade de Anestesiologia do Estado de São Paulo.

sofrimento psíquico, mas pode requerer tratamento e cuidados. De outro lado, não se pode esquecer da representação que a droga tem em nossa sociedade e, sobretudo, entre os anesthesiologistas.

Ou seja: apesar de uma atitude tolerante, o uso de drogas não é visto como algo normal. Seja pela vertente da ilegalidade, seja visto como doença, seja pelos riscos dentro do ambiente de trabalho. O uso de drogas é sempre encarado como um comportamento desviante e, sendo assim, é compreensível que não se aborde a questão diretamente. Uma vez que se assume publicamente esse uso, assume-se ocupar a posição de desviante.

E essa posição pode dizer respeito a um único indivíduo, ao reconhecer-se ou ser “descoberto” como usuário de drogas. Mas também pode dizer da Anestesiologia como um todo, já que, segundo os dados da bibliografia, o anesthesiologista ocupa o primeiro lugar no *ranking* dos médicos que consomem substâncias psicoativas.

7. **DISCUSSÃO**

7.1. Os paradoxos no cotidiano do anesthesiologista

De forma geral, o primeiro aspecto importante a ressaltar em relação ao cotidiano do anesthesiologista, a partir dos relatos dos entrevistados, é a presença de alguns paradoxos que se estabelecem: existe um descompasso

entre certas expectativas ou até mesmo entre o modo de enxergar o próprio cotidiano, e o que é vivenciado na realidade.

O primeiro deles diz respeito ao contato com o paciente. De acordo com os dados levantados na bibliografia, sabe-se que o médico recebe uma formação inadequada para lidar com as questões psicológicas e sociais do paciente, voltando-se mais para as minúcias técnicas da prática médica, como as queixas de natureza orgânica. Além disso, a cronicidade e a intratabilidade de certas doenças, bem como a morte são vistas como fracasso (Becker, 1977; Kam, 1997; Meleiro, 2001).

Conforme verificado no item 2.3.2, que trata do contato com a morte, a atitude que, no contexto atual, a sociedade ocidental adota é de não-aceitação. Ou seja: a morte é vista como algo proibido, porque representa o fim de um ideal contemporâneo de uma vida sempre saudável e feliz, como denominou Ariès (1989) de “morte interdita”.

Com o avanço científico e o domínio da Medicina nas questões relacionadas à saúde e à doença, que Bonet (2004) denominou “saber autorizado”, a atividade médica encarrega-se dos assuntos ligados à morte. Desse modo, o hospital passa a ser o espaço principal onde a morte possa ocorrer e o médico, seu principal protagonista.

Na análise das entrevistas, verificou-se que muitos dos anestesiólogistas se dão conta, durante a faculdade e no início da prática médica, das dificuldades

em estabelecer contato com os pacientes. Tal fato teria influenciado a escolha dessa especialidade, a partir de um consenso elaborado por esse grupo de que a Anestesiologia seria uma especialidade em que haveria pouco contato com pacientes. É importante ressaltar que a maioria dos estudantes não tem um conhecimento mais aprofundado das especialidades para que essa escolha seja realmente fundamentada.

Entretanto, o anestesiológico tem consciência de que, embora rápido, este contato se dá de forma intensa, havendo necessidade de estabelecer um vínculo de confiança com o paciente no momento da avaliação pré-anestésica ou no próprio momento da cirurgia.

Além disso, durante o ato cirúrgico, o anestesiológico sente que a vida do paciente está em suas mãos em razão dos efeitos provocados pelas drogas anestésicas. O paciente anestesiado mergulha em um estado de sedação intensa, de coma, de proximidade com a morte, e “trazê-lo à vida” novamente depende das drogas que o anestesiológico irá utilizar.

Muitos outros problemas podem ocorrer durante o procedimento operatório, além do “dormir-acordar”. Efeitos inesperados dos medicamentos, reações alérgicas graves, reações decorrentes da própria cirurgia e a própria morte. Ou seja: a prática da Anestesiologia inclui a possibilidade da ocorrência de complicações e da morte. Desse modo, a pretensa distância que se pretendia manter do paciente se transforma em proximidade intensa durante a cirurgia.

A visão do anestesiológico sobre a morte pode ser representada por um “espectro”, composto por três “feixes” principais, como apresentado a seguir: (1) no primeiro, tem-se a visão da sociedade como um todo; (2) no intermediário, a visão da Medicina; e, (3) no último a visão do anestesiológico. Não se pode pensar nesses feixes como categorias estanques, mas como desdobramentos de um modo de enxergar a morte, advindo da sociedade e que ganha particularidades a cada nova posição desse “espectro” (SOCIEDADE MEDICINA ANESTESIOLOGISTA), sem perder suas características focais. É importante ressaltar que o anestesiológico não escolhe seu modo de percepção, trata-se de um fenômeno inconsciente, socialmente determinado.

Portanto, o anestesiológico concebe a morte, em primeira instância, do mesmo modo que a sociedade, isto é, negando-a; em segunda instância, a partir da influência da visão da Medicina, enquanto instrumento da própria sociedade, usando de todos os recursos para evitá-la e, diante de sua inevitabilidade, considerando um fracasso do ponto de vista profissional; em terceira instância, de um modo subjetivo. Essa divisão é um artifício didático, porque, na verdade, esses “feixes” se intercomunicam continuamente.

Sendo assim, toda vez que um paciente morre, o médico vivencia uma sensação de fracasso e perda. Não é à toa que o termo “perda” como sinônimo de “morte” não é usado apenas para aludir-se a um ente querido, mas também quando, no jargão próprio, o médico refere-se a um paciente, uma vez que se “perde” mais um ser humano para a morte.

Habitualmente, o médico adota uma postura distanciada do que a morte representa no contexto macrossocial, razão pela qual acaba sendo visto com “frio” ou “insensível” ao sofrimento humano. Entretanto, de acordo com Herzlich (1993), existe uma angústia inconsciente perante as questões suscitadas pela morte.

A sensação de fracasso, enquanto profissional “encarregado” de, a todo custo, salvar a vida do paciente, não deixa de representar um luto, ainda que disfarçado, e costuma perdurar por algum tempo. Entretanto, a partir da visão dos entrevistados, explicita-se uma particularidade no modo quase que “obrigatório” de encarar a morte: o anestesiológico não tem tempo para vivenciar o “luto-fracasso”, devendo estar sempre pronto a cuidar do próximo paciente com a mesma destreza, dada a imensa responsabilidade sobre a vida desse paciente durante o ato cirúrgico.

O segundo paradoxo observado no trabalho do anestesiológico diz respeito às questões do ritmo de trabalho e da busca de uma especialidade com maior autonomia. Muitos dos entrevistados apontaram como ponto positivo na profissão a possibilidade de controlar o ritmo de trabalho, alcançando um padrão estável quanto à remuneração.

Conforme as necessidades pessoais, torna-se também possível alterar esse ritmo, aumentando-o para equilibrar o orçamento ou diminuindo-o em certas fases da vida, como no momento da maternidade ou na continuação estudos.

Entretanto, pôde-se perceber que a autonomia é relativa. A primeira questão que a limita é a necessidade de empenhar-se muito para manter um determinado padrão de vida. Verificando-se os dados no Item 6.1 de Caracterização dos entrevistados, nota-se que muitos deles desenvolvem uma extensa carga horária.

O excesso de trabalho foi apontado pelos entrevistados como um dos principais pontos negativos da profissão, não só devido à carga horária elevada, mas também ao ritmo incessante, pois a maior parte do trabalho ocorre em regime de plantões. Os anestesiólogos que trabalham como *freelancers* em equipes de cirurgia também mencionaram a dificuldade de locomoção de um hospital a outro, em razão trânsito, e a exigüidade de tempo livre entre os diferentes trabalhos.

A maioria dos entrevistados reconheceu que a rotina no Hospital São Paulo é mais organizada, se comparada à de outros hospitais em que atuam, nos quais são obrigados a conduzir mais de uma cirurgia ao mesmo tempo. Além disso, relataram que, apesar da existência de um horário pré-definido de entrada e saída dos plantões, eram obrigados a concluir as cirurgias programadas, muitas vezes ultrapassando o horário de saída.

A segunda questão é a dependência que se estabelece em relação a outros profissionais, pois, na maioria das vezes, o anestesiólogo realiza um trabalho que é complementar ao de outro médico, como o cirurgião.

Dessa forma, o anestesiológico se vê dependente do cirurgião em diversas situações, como durante o próprio ato cirúrgico ou durante a prestação de serviços dentro de uma equipe de cirurgia; dessa forma, os períodos de ocupação e de descanso, como as férias e folgas, ficam subordinadas à rotina do cirurgião.

O anestesiológico também depende da equipe de enfermagem, responsável pelo preparo do paciente antes da cirurgia. De acordo com os entrevistados, essa relação é fonte de problemas e tensões para o anestesiológico. Dessa forma, a suposta autonomia que se buscava na atividade em questão revela-se como uma dependência extrema a outros profissionais.

7.2. Os pontos negativos da profissão como predisponentes ao uso de drogas.

O presente estudo não se propôs a buscar os predisponentes ao uso de drogas pelos anestesiológicos. Porém, a descrição dos entrevistados sobre seu cotidiano e os problemas no ambiente de trabalho fornecem uma orientação a esse respeito.

Segundo a Organização Internacional do Trabalho (International Labour Organization, 2002), os principais elementos de sobrecarga que propiciam o uso indevido de substâncias psicoativas no ambiente de trabalho são: estresse, normas de trabalho muito rígidas, problemas no relacionamento interpessoal,

disponibilidade das substâncias no ambiente de trabalho e afastamentos do ambiente familiar por longos períodos.

Ou seja: a experiência dos entrevistados corrobora os dados levantados na bibliografia de que existe uma forte relação do uso de drogas no trabalho com os elementos de sobrecarga descritos nos relatos, os quais serão apresentados a seguir.

7.2.1. Insalubridade no Centro cirúrgico

O Centro cirúrgico é o local onde a maioria dos anestesiólogos desempenha o seu trabalho. Isso porque a maioria deles tem como ocupação principal a realização de procedimentos anestésicos nesse setor; apenas uma pequena parte se dedica a outras subespecialidades, como por exemplo, o tratamento ambulatorial de dores crônicas.

É no Centro cirúrgico que o anestesiólogo permanece a maior parte do dia, trabalhando geralmente em esquema de plantão. Mesmo aqueles que atuam em equipes de Anestesiologia, circulando entre os hospitais, despendem várias horas do dia no ambiente interno de centros cirúrgicos.

De modo geral, todos os entrevistados caracterizaram o Centro cirúrgico como insalubre, por diversos motivos:

- ausência de contato com o meio externo, por tratar-se de ambiente fechado, o que impossibilita a penetração da luz solar e a percepção das variações do clima e do transcurso das horas;
- permanência durante várias horas do dia no mesmo local, sem acesso ao ambiente externo;
- dificuldade em realizar as refeições e necessidades fisiológicas em horários regulares;
- inalação de gases potencialmente danosos à saúde;
- qualidade de sono inadequada, tanto pelo fato de estarem de plantão como pela localização do conforto médico dentro do Centro cirúrgico.

Esse dados corroboram as observações formuladas por Lafferrerie (2001), citadas anteriormente. Segundo a autora, os próprios anestesiólogos definem sua rotina de trabalho como estressante, tanto em razão do volume de trabalho como do isolamento prolongado no Centro cirúrgico.

7.2.2. Problemas de relacionamento interpessoal no Centro cirúrgico

Além das condições pouco propícias à saúde no Centro cirúrgico enquanto espaço físico, os entrevistados apontaram para outra vertente insalubre relacionada ao ambiente de trabalho: a dificuldade no relacionamento interpessoal.

O primeiro aspecto levantado diz respeito ao relacionamento com os cirurgiões. As divergências ocorrem a partir de condutas específicas adotadas em cada especialidade.

Um exemplo é o cuidado do anestesiológico – freqüentemente visto pelo cirurgião como algo “exagerado” - com os riscos ligados ao procedimento anestésico. Outro exemplo é a questão do tempo de cirurgia, pois, de acordo com os entrevistados, existe uma pressão por parte do cirurgião a muitas vezes “apressar” a cirurgia e a recuperação do paciente após o ato cirúrgico.

Os entrevistados relataram que sua função é desvalorizada em favor do cirurgião; este, por sua vez, ocupa uma posição de destaque na realização da cirurgia, angariando todo o mérito pelo sucesso da cirurgia.

O segundo aspecto diz respeito à relação com a equipe de enfermagem. De acordo com as informações colhidas, a equipe de enfermagem é responsável, entre outras tarefas, pelo preparo do paciente para a cirurgia, e com freqüência isso não ocorre de forma adequada. Muitos entrevistados relataram ainda uma sensação de “abandono”, pois não eram auxiliados pela equipe de enfermagem nos seus procedimentos.

O terceiro aspecto é a questão do isolamento no Centro cirúrgico. Embora durante o plantão vários anesiológicos trabalhem ao mesmo tempo, a maioria dos procedimentos é realizada individualmente nas salas de cirurgia. Esse modo de trabalho difere da dos cirurgiões, os quais habitualmente se compõem em equipes. Segundo Lafferrerie (2001), o trabalho solitário, em

razão do isolamento do mundo exterior nas salas de cirurgia, afasta os profissionais do contato com outros colegas da mesma especialidade e dificulta a elaboração de defesas coletivas que contribuam para tornar o ambiente e a rotina de trabalho mais “suportáveis”, como ocorre normalmente com médicos de outras áreas.

O último aspecto é a ocorrência do desgaste nas relações interpessoais por motivo de divergências profissionais, e, sobretudo, da convivência obrigatória num ambiente fechado. Esse desgaste acaba favorecendo ainda mais o isolamento do anestesiológista em seu ambiente de trabalho.

Os entrevistados apontaram que, de forma geral, existe um clima de coleguismo entre os anestesiológistas no ambiente de trabalho do Hospital São Paulo, e em outros hospitais. Mas em muitos destes, os anestesiológistas atuam de forma isolada. O excesso de trabalho acaba impondo um clima de individualismo e, em função deste, cada um se preocupa com a realização de suas próprias tarefas e muitas vezes impinge parte delas a outros colegas. Essas informações corroboraram o levantamento realizado por Lafferrerie (2001).

7.2.3. Depressão entre anestesiológistas

Embora tenha sido evidenciado pelos entrevistados que os anestesiológistas podem sofrer de diferentes transtornos mentais, a depressão foi

apontada pelos entrevistados como a principal forma de sofrimento mental entre os anesthesiologistas. Esse fato foi inclusive evidenciado por meio de exemplos pessoais, pois muitos deles relataram que já se sentiram-se deprimidos e que, em algum momento, haviam procurado algum tipo de auxílio. Em vários casos houve menção a colegas que também estiveram deprimidos em alguma fase da carreira.

Vários dos entrevistados descreveram que a depressão geralmente apareceu nos primeiros anos da formação da especialidade, ou seja, na residência médica. Essa informação corrobora a de Martins e Jorge (1998), autores que apontam a prevalência bastante elevada de quadros depressivos nesse período.

A questão da automedicação ficou bastante evidenciada com os relatos dos entrevistados. De acordo com eles, muitos anesthesiologistas fazem uso de antidepressivos em diversas situações, tais como: por sentirem-se deprimidos ou, em muitos casos, como “profilático” para a depressão.

Os relatos dos entrevistados também corroboraram as observações de Farley e Talbott (1983) sobre o “modo químico de viver”, segundo as quais as experiências de controle com os medicamentos nas cirurgias ocasiona, com o tempo, uma espécie de transposição desse controle para a própria vida do anesthesiologista.

De acordo com os entrevistados, há uma dificuldade do anesthesiologista em assumir que está passando por uma situação de estresse e depressão,

verificando-se que muitas vezes ele adota a auto-medicação para solução do problema.

Sabe-se que tanto a depressão como outros estados de sofrimento psíquico são considerados como fatores de risco para o abuso de substâncias. De acordo com Farley e Talbott (1983), a automedicação, inserida na questão do “modo químico de viver”, é um dos gatilhos para o desenvolvimento do uso abusivo de drogas entre esses profissionais.

Mesmo que esteja consciente do seu problema, o médico adota uma atitude de negação em relação a ele, ocultando-o. Isso geralmente ocorre porque identificar-se como doente abala a auto-estima, além de gerar temor ao estigma da doença e ao prejuízo profissional dela decorrente. Essas informações corroboram os argumentos levantados no item 2.3, sobre a saúde mental do médico (Martins, 2004; Roberts *et al*, 2001).

7.3. Uso de drogas entre anestesiológicos

7.3.1. A constatação do uso de drogas

Segundo os dados da bibliografia citados anteriormente, sabe-se que os anestesiológicos apresentam taxas maiores de uso de drogas do que as de médicos de outras especialidades e em relação à população geral (Alves *et al*,

2004; Martins, 2004; Sans-Yagüez & López Corbalán, 1999; Spiegelman *et al*, 1984; Talbott, 1997).

De acordo com entrevistados, o uso de drogas entre anesthesiologistas é evidenciado no cotidiano da profissão, por meio de histórias e comentários a respeito de colegas, da percepção de alterações comportamentais que determinados colegas passam a apresentar, dos afastamentos e mortes por intoxicação e suicídio.

Ou seja: a partir do momento em que o indivíduo é anesthesiologista, ele sabe que o uso de drogas está presente no horizonte de sua profissão. O que não quer dizer que ele irá necessariamente utilizar tais substâncias em algum período, mas irá conviver com essa possibilidade no plano pessoal e em relação a seus colegas.

Não é apenas o anesthesiologista que reconhece esse uso: médicos de outras especialidades e profissionais de saúde também compartilham a noção de que o “anesthesiologista usa drogas”.

Peterson (2002), ao estudar o uso de jargões e a difusão de piadas médicas, descreve que eles se destinam a duas finalidades básicas: aliviar a angústia presente e conceituar diferentes profissionais por meio de estereótipos. O autor cita um provérbio sobre o anesthesiologista:

“O anestesista é um médico quase dormindo, tomando conta de um médico quase acordando...”

Enfim, o núcleo central do presente estudo foi, em primeira instância, a constatação por parte dos entrevistados de que esse uso ocorre e está em consonância com os dados da revisão bibliográfica, os quais relatam que o uso de drogas entre anesthesiologistas existe e provavelmente se dê em proporções maiores que entre outras especialidades.

7.3.2. Uso de drogas e comportamento desviante: a visão dos anesthesiologistas

Além da constatação do uso em si e dos problemas dele decorrentes, é importante ressaltar a visão dos entrevistados sobre o uso de drogas.

De forma geral, como já referido na análise, o uso de drogas propriamente dito não é visto pelos entrevistados como algo condenável, e a visão sobre esse uso delinea um *dégradé* cujos extremos são a busca de prazer e a instalação da doença, com diversos estados intermediários.

Porém, dizer que o uso não é visto como condenável não significa exatamente considerá-lo normal. Deve-se lembrar que os anesthesiologistas, apesar de constituírem um subgrupo cultural, com normas próprias, não se situam à parte na sociedade como um todo, estando sujeitos às suas leis e regulamentos, nos quais o uso de drogas é geralmente considerado um desvio.

Segundo os dados obtidos, existem vários motivos pelos quais os anesthesiologistas enxergam o uso de drogas como um comportamento

desviante: (1) no aspecto ligado à saúde, quando passa a ser considerado como doença, passível de tratamento; (2) no aspecto da lei, quando passa a ser considerado um crime, passível de punição; (3) no aspecto da ética, quando é discriminado em certas situações, como no ambiente de trabalho; (4) de acordo com o tipo de droga utilizada, diferenciando-se drogas “leves” (álcool e maconha, segundo os entrevistados) e “pesadas” (cocaína, *crack*, opióides, segundo os entrevistados).

7.3.3. O acesso facilitado às drogas no Centro cirúrgico

De acordo com os entrevistados, o fácil acesso às drogas que os anesthesiologistas possuem é um dos facilitadores ao uso abusivo de drogas na profissão. Segundo Farley e Talbott (1983), o acesso facilitado que esses profissionais têm às drogas no Centro cirúrgico é um dos principais elementos de “gatilho” para seu consumo.

A questão do acesso facilitado, evidenciada pelos anesthesiologistas, corroborou os achados do levantamento bibliográfico, como um dos fatores predisponentes ao uso de drogas (Farley & Talbott, 1983; Sans-Yagüez & López Corbalán, 1999; Spiegelman et al, 1984; Talbott, 1987).

A maioria dos entrevistados apontou que o controle do acesso aos medicamentos não é feito de forma adequada. Grande parte dos estudos

realizados atualmente acerca do uso de drogas entre anesthesiologistas tem-se dedicado às diferenças quanto às técnicas utilizadas para esse controle.

Entretanto, os entrevistados acreditam que, mesmo com maiores restrições, é muito difícil que esse controle consiga inibir o uso de drogas no Centro cirúrgico, uma vez que é muito difícil fiscalizar a utilização da droga no ato cirúrgico.

De acordo com Becker (1977), a maioria dos estudantes de Medicina apóia-se em alguns estereótipos que se atribuem às diversas especialidades. Esses estereótipos influem na escolha da especialidade, mas muitas vezes são baseados na transmissão desses conceitos a partir do contato com outros médicos e estudantes e muito menos baseados no contato vivo com a especialidade. Portanto, pode-se supor que o estereótipo de que o “anesthesiologista usa drogas” configura, de um lado, o senso comum sobre a especialidade.

Sans-Yagüez e López Corbalán (1999), ao levantarem o histórico pessoal de profissionais da saúde diagnosticados como dependentes de drogas, verificaram que muitos deles apresentavam história de uso de drogas antes da entrada na área da saúde. De acordo com Farley e Talbott (1983), um dos “gatilhos” para o abuso de drogas entre anesthesiologistas podem ser as experiências prévias prazerosas com estados alterados de consciência por meio do uso de drogas.

Enfim, é possível que a escolha da Anestesiologia como especialidade seja orientada pela busca da droga ou pela facilidade de acesso a elas. Sendo assim, é importante refletir sobre novas formas de avaliação dos estudantes e sobre as motivações para a escolha da especialidade.

Outra questão levantada pelos entrevistados é a preocupação com os colegas de profissão que, uma vez desencadeada uma relação problemática com o uso de drogas, cria-se uma limitação ao retorno às atividades no Centro cirúrgico, uma vez que a facilidade de acesso às drogas constitui um grande risco. De acordo com Farley e Talbott (1983), quando um médico anestesiológico desenvolve problemas com drogas, o retorno à atividade profissional configura um grave risco às recaídas e ao suicídio.

Embora importante, os entrevistados consideraram que o acesso facilitado não pode ser visto isoladamente, sendo que, para que ocorra o uso, uma somatória de dificuldades deve ocorrer, como a depressão e o estresse, a insatisfação no trabalho e as características pessoais, que incluem alguma predisposição ao uso de drogas, já discutidos anteriormente.

7.3.4. A dificuldade em buscar ajuda

Muitos dos entrevistados relataram uma dificuldade em lidar com os problemas decorrentes do uso de drogas no cotidiano da profissão. Dessa forma, muitos anestesiológicos adotam uma postura de negação ou passividade

diante de tais situações, alegando falta de conhecimento para abordar o assunto e medo de prejudicar o colega de trabalho ao evidenciar seu uso contando a um chefe ou superior.

Embora o uso seja evidenciado, existe um não-dito, um silêncio em relação ao tema. O anesthesiologista convive com o uso de drogas, com o afastamento e a morte de colegas, mas essas questões não são discutidas, exceto pelos mais próximos. Segundo Olievenstein(1988), o não-dito sobre a droga diz respeito ao esforço que os indivíduos fazem para não assumir que as pessoas usam drogas, apresentando ou não problemas, mas que esse uso, por não ser tolerado pela sociedade, segue em silêncio.

Entretanto, o silêncio sobre o problema faz com que as pessoas não se sintam em condições de ajudar ou mesmo de pedir ajuda, agravando-o cada vez mais. Além disso, os entrevistados relataram muitas situações em que, uma vez revelado, gerou-se um estigma, um preconceito em relação ao usuário, com conseqüências danosas em termos profissionais e pessoais.

8. CONCLUSÃO

O presente estudo, embora tenha encontrado descrições que, de certa forma, “ilustram” os dados quantitativos sobre o cotidiano dos anesthesiologistas, pôde observar o fenômeno de uma maneira muito específica. Assim, buscou-se a lógica subjacente à prática da Anestesiologia, com as contradições de seu cotidiano e as estratégias para lidar com as dificuldades.

Ao refletir sobre o uso de drogas, deve-se considerar as particularidades de cada indivíduo, como a predisposição pessoal e a história familiar em tais casos, bem como as alterações psiquiátricas presentes. Entretanto, os dados da literatura e os relatos dos entrevistados conduzem a um entendimento de que se trata de um fenômeno inserido na coletividade, ou seja, no universo dos anesthesiologistas.

Isso porque o contexto cultural em que a prática da Anestesiologia se insere, desde a formação médica até a escolha da especialidade, bem como o cotidiano dos anesthesiologistas evidenciado pela observação etnográfica e pela análise das entrevistas, fornece subsídios para a não individualização ou responsabilização do problema.

Sendo assim, pode-se afirmar que o uso de drogas está no horizonte da profissão, e somente é possível compreender as diversas respostas a esta situação deslocando a análise para o contexto do exercício da profissão, que não está alheio à sociedade abrangente.

Ou seja: diversas observações relacionadas ao cotidiano do anestesiológico estão em consonância com os valores da sociedade, tais como a busca de maior poder aquisitivo, como sinônimo de sucesso; o excesso de trabalho decorrente dessa busca e as conseqüências negativas dela decorrentes; a dificuldade em lidar com temas socialmente importantes, como a vida e a morte; e a idealização do médico e da Medicina em nosso meio.

Entretanto, existem certos pormenores que dizem respeito unicamente ao subgrupo social composto pelos médicos anestesiológicos, como a questão da insalubridade do Centro cirúrgico; a facilidade de acesso às drogas; a singular experiência do contato com os problemas decorrentes do uso de drogas, mesmo que por meio de colegas de profissão; a especificidade dos problemas de relacionamento interpessoal entre anestesiológico e cirurgião e, sobretudo, a singularidade do efêmero e intenso encontro entre o anestesiológico e o paciente no momento do ato cirúrgico.

Por outro lado, o binômio “anestesiológico-drogas” não pode ser apenas analisado de forma unilateral, privilegiando-se um ou outro contexto – a sociedade ou o subgrupo social dos anestesiológicos. É preciso levar em conta a complexa interação entre eles, ora olhando-se para o contexto profissional dos anestesiológicos, ora para os valores aceitos pela sociedade no tocante ao uso de drogas.

As experiências dos entrevistados indicaram certas diretrizes que poderiam ser seguidas, na tentativa de sanar as dificuldades apresentadas pelos

anestesiologistas e evitar as conseqüências desagradáveis do uso indevido de drogas nesse contexto profissional, tais como:

- maior inserção no conteúdo programático da formação médica, desde a faculdade, passando pela residência médica e durante o exercício da profissão propriamente dito, de informação sobre as questões relacionadas ao uso indevido de drogas;
- implementação de melhor controle de acesso às drogas no Centro cirúrgico, uma vez que foi considerado inadequado pela maioria dos entrevistados;
- maior atenção ao preparo psicológico do estudante de Medicina, no sentido de fornecer subsídios para lidar com as doenças, as limitações profissionais e a própria morte;
- busca de estratégias para a conscientização do médico sobre o próprio adoecer, evitando que se estruturam mecanismos de negação da própria doença e a conseqüente dificuldade em buscar ajuda, fazendo-a mais precocemente.

Enfim, o estudo não pretende esgotar as investigações sobre o tema, mas abrir novos caminhos à sua compreensão, incentivando, a partir dos resultados obtidos, a reflexão sobre o uso de drogas no contexto do ambiente de trabalho e à saúde do médico.

9. LIMITAÇÕES DO ESTUDO

O presente estudo diz respeito a um grupo de anesthesiologistas, dentro de um contexto específico, que é o Centro cirúrgico do Hospital São Paulo. Desse modo, certos cuidados devem ser tomados quando forem efetuadas generalizações sobre a realidade dos médicos anesthesiologistas.

Entretanto, embora o estudo tenha sido realizado em um contexto em particular e único, a experiência dos entrevistados pôde tratar do universo da Anesthesiologia em termos mais amplos, uma vez que a maioria dos entrevistados trabalha em outros hospitais, e muitos deles fizeram faculdade e residência médica em outras faculdades em diversas cidades brasileiras e até mesmo fora do país. Essa abrangência, que expande a singularidade do fenômeno para além das dimensões do cotidiano do Hospital São Paulo, também se confirma nos dados do levantamento bibliográfico, pois, como levantado anteriormente, as descrições permitem, ao menos em parte, refletir em termos da realidade brasileira o que os estudos internacionais têm indicado.

10. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ADAM,P. HERZLICH, C. Sociologie de la maladie et de la médecine. Éditions Nathan : Paris,1994.
- ALVES, H.N.P.et al.. Perfil clínico e demográfico de médicos com dependência química. Rev Ass Med Bras 52 (no prelo 2005).
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV), Fourth Edition, Washignton DC, American Psychiatric Association,1994.
- ARIÈS,P. Sobre a História da Morte no Ocidente desde a Idade Média. Lisboa: Teorema, 1989.
- BAIRD, W. L. M. MORGAN, M. Editorial: Substance misuse among anaesthetists. Anaesthesia, 2000; 55: 943-945.
- BECKER,H.S. Boys in White. Student culture in medical education. Transaction Publishers: Chicago,1977.
- BECKER,H.S. Outsiders .Études de sociologie de la déviance. Métailié : France,1985.
- BECKER, H.S. Theory: The Necessary Evil Theory and Concepts in Qualitative Research: perspectives from the field. New York: Teachers College Press, 1993 – 218-229.
- BERRY, C. B. et al. Substance misuse anaesthetists in the United Kingdom and Ireland. Anaesthesia,2000; 55: 946-52

- BONET O. Saber e Sentir: uma etnografia da aprendizagem da bioMedicina. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ,2004.
- BONNET F., BEUAJOUAN L., CHANDON M., POURRIAT J-L. Conduites addictives chez les médecin anesthésiste. Conférences d'actualisation. Elsevier: Paris, 2002, p. 25-30.
- BONNET, F.CZERNICHOW, S.BEAULOUAN,L. Epidemiology of drug addiction in anaesthetists.
- BONNET,F. POURRIAT, J.F., PEILLON,D. Survey on addiction in the anesthesia setting. Ann. Fr. Anesth. Reanim. 2001; 20(9): f170-1.
- BOOTH,J.V. et colaboradores Substance abuse among physicians: a survey of academic anesthesiology programs. Anesth. Analg. 2002; 95: 1024-30.
- BOTEGA,N.J. et al. Prática psiquiátrica no hospital geral: interconsulta e emergência. São Paulo: ArtMed,2006.
- BUCHMANN,H. MULLER,R. Alcohol at worksite. Ther Umsch 2000; 57(4): 270-4.
- CIRIMELE,V. KINTZ,P. DORAY,S. LUDES,B. Determination of chronic abuse of anaesthetic agents midazolam and propofol as demonstrated by hair analysis. Int. J. Legal Med. 2002, 116(1): 54-7.
- CHANDON,M. Drug dependence and addictions in the anesthesiology setting: brealing the silence. Ann. Fr. Anesth. Reanim.2000; 19(9): 668-74.

- CROCHIK, J.L. O Conceito de Preconceito. Preconceito, indivíduo e cultura. Robe Editorial: São Paulo,1997.
- CZERNICHOW,S. BONNET,F. Le risque de toxicomanie chez les médecins anesthésistes. Ann.Fr. Anesth.Réanim,2000,19: 668-74.
- DEJOURS,C. L'évaluation du travail à l'épreuve du réel. Critique des fondements de l'évaluation. INRA : Paris,2003.
- DOOLEY ,D. PRAUSE,J. Effect of favorable employment change on alcohol abuse: one- and five-year follow-ups in the National longitudinal Survey of Youth. Am. J. Community Psychol., 1997; 25(6): 787-807.
- ESCOHOTADO,A. Historia de las drogas 1-3. Alianza Editorial, Madrid :1998.
- FARLEY,W. TALBOTT, G.D. Editorial: Anesthesiology and Addiction. Anesth. Analg. 1983; 62:465-6.
- FARLEY,W.J. L'accoutumance et le résident d'anesthésie. Can. J. Anaesth. 1992; 39 (5): R14-R17.
- FOLLETTE JW, FARLEY WJ. Anesthesiologist addicted to propofol. Anesthesiology. 1992 Oct;77(4):817-8.
- GALDURÓZ, J.C.; NOTO, A. R.; CARLINI, E. A.. IV Levantamento sobre o uso de drogas entre estudantes de 1º e 2º graus em 10 capitais brasileiras – 1997. Centro Brasileiro de Informaçõessobre Drogas Psicotrópicas – CEBRID, Escola Paulista de Medicina, 1997.
- GEERTZ,C. A Interpretação das Culturas. Rio de Janeiro: LTC,1989.

- GOOD, B.J. *Medicine, Rationality and Experience. An anthropological perspective.* Nova Iorque: Cambridge University Press, 1997.
- GOSPEL, H. *Conditions of Work and Employment Series No. 1 .Conditions of Work and Employment Programme. Quality of working life:A review on changes in work organization,conditions of employment and work-life arrangements.* International Labour Organization (ILO): Geneve,2003.
- GRAVENSTEIN, J. S., KORY, W. P., MARKS, R. G. Drug abuse by anesthesia personnel. *Anesth. Analg.*, 1983; 62: 467-72.
- HERSCH, R. K. et al. Substance use in the construction industry: a comparison of assessment methods. *Substance use and misuse*; 2002: 37(11): 1331-1338.
- HERZLICH, C. *Os Encargos da Morte.* Rio de Janeiro: UERJ/IMS,1993.
- HUGES,P.H. et colaboradores Residente physician substance abuse by specialty. *Am. J. Psychiatry* 1992; 149(10):1358-54.
- HULSE, G. K., O'NEIL, G., DIANE E ARNOLD-REED, D. E. Management of an opioid-impaired anaesthetist by implantable naltrexone.*Jornal of Substance Abuse* 9(2): 86-90.
- INTERNATIONAL LABOUR ORGANIZATION – ILO(2002). *Workplace drug and alcohol abuse prevention programs.*
- JAYLE,D. *Rapport du 5ème Colloque d'Addictologie.* Paris,2003.

- JEX, S.M. et colaboradores Relations among stressors, strains and substance use among resident physicians. *Int. J. Addict.* 1992; 27(8): 979-94.
- KAM, P. C. A. Occupational Stress in Anaesthesia. *Anaesth. Intens. Care*, 1997; 25: 686-90
- KEEVE, J.P. Physicians at risk. Some epidemiologic considerations of alcoholism, drug abuse and suicide. *Journal of Occupational Medicine.* 1984;26(7): 503-8.
- LAFFERRERIE,A. Données récentes en ergonomie dans le monde hospitalier et plus particulièrement en anesthésie-réanimation. *Journal du Syndicat National des Praticiens Hospitaliers Anesthésistes-Réanimateurs* (1999): France.
- LANIER,C. NICHOLSON,T. DUNCAN,D. – Drug use and mental well being among a sample of undergraduate and graduate college students. *Jornal of Drug Education*,2001, 31(3) : 329-248
- LAPEYRE-MESTRE M. et al. Conduite dopante en milieu professionnel: etude auprès d'un échantillon de 2106 travailleurs de la region toulousaine. *Thérapie*,2004: 59(6): 615-623
- LECKY et colaboradores A departmental policy addressing chemical substance abuse. *Anesthesiology*,1986; 65: 414-17.

- LUTSKY,I. et colaboradores Psychoactive substance use among American anesthesiologists: a 30 year retrospective study. Can. J. Anaesth.,1993; 40(10): 915-21.
- LUTSKY,I. et colaboradores Use of Psychoactive substance in three medical specialties: anaesthesia, medicine and surgery.Can. J. Anaesth.1994; 41(7): 561-7.
- MANSUR, J. O que é alcoolismo. 2.ed. São Paulo:Brasiliense, 1991.
- MARTINS, L.A.N. Programa de Atenção à Saúde e Qualidade de Vida do Médico. Conselho Federal de Medicina. Brasil, 2004.
- MARTINS, L.A.N. JORGE,M.R. Natureza e magnitude do estresse na Residência Médica. Rev Ass Med Bras 1998; 44(1):28-34.
- MAXENCE,J.L. TRARIEUX,R. Toxicomanies et milieu du travail: la prévention des drogas en entreprise. Revue documentaire Toxibase, 1998, (3) :1-11.
- MELEIRO,A.M.A.S. O médico como paciente. São Paulo: Lemos Editorial, 2001.
- MENEZES, R.A. Em Busca da Boa Morte. Antropologia dos Cuidados Paliativos. Rio de janeiro: Fiocruz,2004.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas.Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Secretaria de Atenção a Saúde, CN-DST/AIDS. – 1ªed. - Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

- NIEL, M. JULIÃO, A.M. Prevenção de problemas relacionados ao uso indevido de substâncias psicoativas – álcool e outras drogas – no ambiente de trabalho. *In* Panorama Atual de Drogas e Dependências. Dartiu X. Silveira e Fernanda G. Moreira (Org.). Atheneu : São Paulo, 2005.
- OLIEVENSTEIN, C. Destino do Toxicômano. São Paulo: Editora Almed, 1985.
- OLIEVENSTEIN, C. O não-dito das emoções. São Paulo : Summus, 1988.
- OLIVEIRA, R.C. O trabalho do Antropólogo: Olhar, Ouvir, Escrever. Revista de Antropologia. Universidade de São Paulo, 1996 (39):1.
- ORTIZ, R. A morte e sua sombra. *In* A morte e os mortos na sociedade brasileira. José de Souza Martins (org.)Hucitec: São Paulo, 1983. pág. 188-200.
- PETERSON, P. Trambiclínicas, Pilantrópicos, Embromeds: um ensaio sobre gíria médica. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002.
- PIRKOLA, S. et al Employment status influences the weekly patterns of suicide among alcohol misusers. Alcohol Clin. Exp. Res. 1997; 21(9): 1704-6.
- PLAMBECK, C. M. Divided Loyalties: Legal and Bioethical Considerations of Physician-Pregnant Patient Confidentiality and Prenatal Drug Abuse. Journal of Legal Medicina, 2002: 23 (11)

- Política Nacional Antidrogas. Brasília: Presidência da República, Gabinete de Segurança Institucional, Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD), 2001.
- POTGIETER, A. Science, practice and patient needs: the work of the Plinius Maior Society. *Alcohol Acohol.*, 2000; 35(1): 16-24.
- REEVE,PE. Personality characteristics of a sample of anaesthetists. *Anaesthesia*, 1980: 35: 559-568.
- RICE,C. LONGABAUGH,R. STOUT,R.L. A comparison sample of “your workplace”: an instrument to measure perceived alcohol support and consequences from the work environment. *Addict. Behav.*, 1997; 22(5): 711-22.
- ROBB,N. University acknowledges special risks, introduces drug program anesthetists. *CMAJ* 1995; 153(4): 449-52.
- ROBERTS,J.G. Substance abuse in anaesthetic staff: the kraken wakes. *Anaesth. Intensive Care* 1993; 21(4): 442-3.
- ROBERTS, L. W. et al Perceptions of academic vulnerability associated with personal illness: a study of 1027 students of nine medical schools. *Comprehensive Psychiatry*, 2001; 42(1): 1-15.
- ROBINSON, A. SMALLMAN. C. *The Healthy Workplace? Research Papers in Management Studies*. Judge Institute of Management Studies, University of Cambridge, Cambridge,2000.
- RODRIGUES,J.C. *O Tabu do corpo*. Rio de Janeiro: Achiamé, 1975.

- ROMAN, P. Addictive Behavior in workplace.
- SANS YAGUEZ,F. LÓPEZ CORBALÁN, J. C. Abuso de sustancias psicoactivas entre los profesionales de la salud. Rev. Esp. Anesthesiol. Reanim. 1999;46: 354-58.
- SANTOS, F.S.D. ALCOOLISMO: AINVENÇÃO DE UMA DOENÇA. Dissertação de Mestrado. Instituto de Filosofia e Ciências Humanas. Universidade de Campinas, 1995.
- SCHUCKIT, M.A. Drug and Alcohol Abuse. A Clinical Guide to Diagnosis and Treatment. New York: Kluwer Academic/Plenum,1999.
- SELIGMANN-SILVA,E. “Saúde Mental e automação: a propósito de um estudo de caso no setor ferroviário”. Cad. Saúde Pública (1997),vol.13 – Rio de Janeiro – Brasil.
- SIVARAJAN et colaboradores Substance abuse among anesthesiologists. Anesthesiology 1993; 79(2): 354-75.
- SPIELGELMAN, W. G. SAUNDERS, L. MAZZE, R. I. Addiction and Anesthesiology 1984; 60: 335-41.
- Substance Abuse and Mental health Services Administration. Worker Drug use and Workplace Policies and Programs: Results from the 1994 and 1997 NHSDA: Substance Abuse and Mental health Services Administration. Office of Applied Studies: Rockville,MD,1999.

- THIÉBAUT,R. et al Prevalence and occupational covariates of mood, anxiety disorders and alcohol dependence in a French ancillary staff population. Eur. Psychiatry, 1999; 14(4): 210-6.
- TALBOTT,G.D. et al The Medical Association of Georgia's impaired Physicians Program. Review of first 1000 physicians: analysis of specialty, 1987; 257(21): 2927-30.
- TORGLER, J. Consommation de substances, stress et santé des médecins des hôpitaux universitaires de Genève. Thèse de Doctorat.Université de Genève. Faculté de médecine.Département d'anesthésiologie, pharmacologie et soins intensifs de chirurgie.
- TRIVIÑOS, A.N.S. Introdução à Pesquisa em Ciências Sociais. Atlas : São Paulo, 1987.
- VELHO,G. Desvio e Divergência.Uma crítica da patologia social. Jorge Zahar Editor: Rio de Janeiro: 1985.
- WARD, C.F. Editorial views: Substance Abuse. Now and for some time to come. Anesthesiology,1992; 77(4): 619-22
- WEEKS, A. M. BUCKLAND, M. R. MORGAN, E. B. MYLES, P. S. Chemical dependence in anaesthetic registrars in Australia and New Zealand. Anaesth. Intes. Care,1993; 21: 151-55.
- WILLMS,D.G. JOHNSON,N. Essentials in Qualitative Research: a notebo for the field. Analysis and Interpretation. 1993.

- WRIGHT, C. Physician Addiction to Pharmaceuticals: personal history, practice setting, access to drugs and recovery. *MMJ*,1990; 39(11):1021-25.
- ZACNY,J.P. GALINKIN,J.L. Psychotropic drugs in anesthesia practice: abuse liability and epidemiology of abuse. *Anesthesiology* 1999; 90(1): 269-88.
- ZOJA, L. *Nascer Não Basta - Iniciação e toxicodependência*. São Paulo: Axis Mundi, 1992.

11. ANEXOS

Anexo 1: Roteiro de Apresentação do Estudo

1- Apresentação nominal do pesquisador;

2- Apresentação do estudo, explicando o propósito da permanência por alguns períodos naquele ambiente. Optou-se por explicar que se trata de um estudo exploratório sobre o cotidiano dos anestesiológicos e que essa etapa de observação do campo se destina a conhecer melhor a rotina, as características da profissão e do trabalho;

3- Explicação dessa etapa como uma parte do estudo cuja segunda parte será composta por entrevistas com sujeitos interessados em discutir essa questão em maiores detalhes;

4-Garantia que os fatos observados seguirão as normas e preceitos éticos na realização da pesquisa.

Anexo 2: Roteiro da Entrevista

Nome, idade, estado civil

Por quê você escolheu fazer Medicina, quando foi essa decisão, o que o influenciou?

Onde você estudou? Como foi a formação médica? O que acha das faculdades de Medicina em geral? Como os médicos estão sendo formados? O que você acha da profissão médica?

Quando decidiu pela especialidade? O que o motivou?

Há quanto tempo trabalha neste local? Qual a sua rotina?

Quais outros locais em que trabalha? Qual a rotina?

O que você acha sobre a especialidade (Anestesiologia)?

Quais os pontos positivos e negativos dessa especialidade?

E quanto ao reconhecimento profissional?

Você acha que os anestesiológicos estão satisfeitos com a profissão?

E com as condições de trabalho? Como deveriam ser idealmente as condições de trabalho dos anestesiológicos?

Como você avalia o sofrimento mental entre médicos? Você acredita que os médicos estão mais sujeitos a doenças mentais? Quais?

E os anessistas? Você vê diferenças em relação aos outros médicos?

Como você vê a questão do uso de drogas em geral?

O que você tem a dizer sobre o uso de drogas entre médicos? E entre anestesiológicos? Como você vê a questão do acesso que os anestesiológicos têm às drogas? Você enxerga esse uso que alguns anestesiológicos fazem da mesma forma que o uso que é feito de outras drogas?

Anexo 3: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TÍTULO DO ESTUDO: ANESTESIOLOGISTAS E USO DE DROGAS – UM ESTUDO QUALITATIVO. Trata-se de um estudo qualitativo cujo objetivo é avaliar a relação entre fatores estressantes e o uso de drogas entre médicos anesthesiologistas. Essas informações estão sendo fornecidas para sua participação voluntária nesse estudo.

O estudo consiste em uma entrevista com aproximadamente 60 minutos de duração que denominamos ENTREVISTA EM PROFUNDIDADE, pelo fato de não portar nenhum tipo de questionário padrão e que será gravada com a finalidade de facilitar a coleta de informações. Essa gravação será transcrita por um profissional que não terá acesso a sua identificação e em nenhum momento sua identidade será revelada no estudo, tampouco para qualquer outra finalidade. Essa entrevista será realizada pelo próprio pesquisador.

Desconfortos e riscos esperados: será respeitada a recusa do participante em responder a questões que julgue desconfortáveis ou de foro íntimo.

Benefícios para o participante: Somente no final do estudo poderemos concluir a presença de algum benefício. Caso o entrevistado identifique em si ou em algum colega a questão do uso problemático de substâncias, poderá receber informações e os devidos encaminhamentos.

Garantia de acesso: em qualquer etapa do estudo, você terá acesso aos profissionais responsáveis pelo estudo para esclarecimento de eventuais dúvidas. O principal investigador é o Dr. Marcelo Niel, que pode ser encontrado no PROAD, situado à Rua dos Otonis, 887 – Vila Clementino – São Paulo/SP – Telefone (11) 5579-1543.

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) – Rua Botucatu, 572 – 1.o Andar – cj.14 – Telefone: (11) 5571-1062, Fax: (11) 5539-7162 – E-mail: cepunifesp@epm.br.

É garantida a liberdade da retirada de consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem qualquer prejuízo à continuidade de seu tratamento na instituição.

Direito de confidencialidade: as informações obtidas serão analisadas em conjunto com outros pacientes, não sendo divulgada a identificação de nenhum paciente.

Direito de ser mantido atualizado sobre os resultados parciais das pesquisas, quando em estudos abertos, ou de resultados que sejam de conhecimentos dos pesquisadores.

Despesas e compensações: não há despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo, incluindo exames e consultas.

Também não há compensação financeira relacionada a sua participação. Se existir qualquer despesa adicional, será absorvida pelo orçamento da pesquisa.

Em caso de dano pessoal, diretamente causado pelos procedimentos ou tratamentos propostos nesse estudo (nexo causal comprovado), o participante tem direito a tratamento médico na instituição, bem como as indenizações legalmente estabelecidas.

Compromisso do pesquisador de utilizar os dados e o material coletado somente para essa pesquisa. Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim descrevendo o estudo ANESTESIOLOGISTAS E USO DE DROGAS – UM ESTUDO QUALITATIVO.

Eu discuti com o Dr. Marcelo Niel sobre a minha decisão em participar desse estudo.

Ficaram claros para mim quais são os propósitos desse estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas e que tenha do acesso a tratamento hospitalar quando necessário. Concordo voluntariamente em participar desse estudo e poderei retirar meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades, prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido ou no meu atendimento nesse serviço.

Assinatura do paciente/ representante legal

Data:

Assinatura da testemunha

Data:

(Somente para o responsável do projeto)

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido desse paciente ou representante legal para a participação nesse estudo.

Assinatura do responsável pelo estudo

Data:

