



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
INSTITUTO DE PSICOLOGIA

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM TEORIA PSICANALÍTICA

TESE DE DOUTORADO

A PSICANÁLISE APLICADA AO SINTOMA PROFISSIONAL
UMA ABORDAGEM DO *BURNOUT* ENTRE MÉDICOS

LÚCIA HELENA CARVALHO DOS SANTOS CUNHA

Rio de Janeiro

Fevereiro/2015

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM TEORIA PSICANALÍTICA

A PSICANÁLISE APLICADA AO SINTOMA PROFISSIONAL
- UMA ABORDAGEM DO *BURNOUT* ENTRE MÉDICOS -

LÚCIA HELENA CARVALHO DOS SANTOS CUNHA

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pósgraduação em Teoria Psicanalítica, Instituto de Psicologia, da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Doutor em Teoria Psicanalítica.

Orientador: **PROFA. DRA. TANIA COELHO DOS SANTOS**

Rio de Janeiro

Fevereiro/2015

A PSICANÁLISE APLICADA AO SINTOMA PROFISSIONAL
- Uma abordagem do *Burnout* entre médicos -

Lúcia Helena Carvalho dos Santos Cunha

Orientador: Profa. Dra. Tania Coelho dos Santos

Tese de Doutorado submetida ao Programa de Pós-graduação em Teoria Psicanalítica, Instituto de Psicologia, da Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Doutor em Teoria Psicanalítica.

Aprovada por:

Presidente – Profa. Dra. Tania Coelho dos Santos (UFRJ)
(Orientadora)

Prof. Dr. Júlio Sérgio Verztman (PPGTP/UFRJ)

Profa. Dra. Angélica Cantarella Tironi (PPGTP/UFRJ)

Prof. Dr. Jorge de Figueiredo Forbes (USP)

Profa. Dra. Angela Moreira Utchitel (UNESA)

FICHA CATALOGRÁFICA

C972p CUNHA, LUCIA HELENA CARVALHO DOS SANTOS A
Psicanálise aplicada ao sintoma profissional: uma abordagem do
BURNOUT entre médicos / LUCIA HELENA CARVALHO DOS
SANTOS CUNHA. -- Rio de Janeiro, 2015.

185 f.

Orientadora: TANIA COELHO DOS SANTOS. Tese (doutorado) -
Universidade Federal do Rio de Janeiro, Instituto de Psicologia,
Programa de Pós-Graduação em Teoria Psicanalítica, 2015.

1. PSICANÁLISE. 2. CIÊNCIA E PSICOLOGIA. 3.
PSICOPATOLOGIA. 4. TRABALHO. 5. SINTOMA PROFISSIONAL.
I. COELHO DOS SANTOS, TANIA, orient. II. Título.

Ao meu Pai, *in memoriam*
Por sua transmissão

AGRADECIMENTOS

- À minha psicanalista e orientadora Professora *Tania Coelho dos Santos*, pelo apoio, incentivo e determinação com que me acolheu, e me estimulou a prosseguir, apostando na realização desse doutorado como um divisor de águas na minha atuação profissional e na própria formação psicanalítica.

- Ao coordenador do programa Quem cuida dos cuidadores, *Eugenio Paes Campos*, por me acolher e abrir a oportunidade de trabalhar na Unifeso; e pelo apoio recebido durante a realização deste doutorado.

- À direção do Hospital das Clínicas de Teresópolis Constantino Ottaviano, em especial Dr. *Luis Gustavo de Azevedo* e Dra. *Rosane Costa*, pelo seu apoio à pesquisa com os internos do hospital e ao programa institucional Quem cuida dos cuidadores.

- Ao Hospital Copa D'Or e a todos os médicos participantes da pesquisa de campo, por sua inestimável colaboração para a concretização este projeto;

= Ao dr. *Sávio Silva Santos*, por sua disposição determinada em sustentar, com os internos da clínica médica do HCTCO, o espaço da dramatização de situações relacionadas à ética médica, bem como a livre conversação entre os participantes desta atividade.

- Às queridas:

- *Fabiana Mendes Pinheiro de Souza*, pela ajuda na revisão bibliográfica cuidadosa deste trabalho, e pela confiança que sempre transmitiu, no sucesso dessa empreitada;

- *Angela Moreira Utchitel*, por sua leitura cuidadosa do material ainda em elaboração, num momento delicado de minha vida devido à perda paterna repentina;

- *Cívia Spektor*, pelo estímulo e apoio continuados, em todos os momentos de minha vida;

- Colegas do Isepol, em especial *Maria Cristina Antunes*, por sua leitura atenta deste trabalho, que produziu uma estimulante troca de ideias no momento conclusivo da escrita; *Fernanda Saboya Rodrigues Almendra*, pelo inestimável apoio na realização da pesquisa de campo no hospital particular onde trabalha, cujo acesso foi essencial para a elaboração desta tese; e *Flávia Lana Oliveira*, pela ajuda na versão do resumo para a língua francesa;

- Colegas do PQCC, *Carla Macedo* e *Regina Cévoló*, pelo companheirismo e apoio durante o período de dedicação ao doutorado;

Finalmente, e em especial, ao meu marido e filhos, sem os quais não seria capaz de atravessar tantos desafios trazidos pela vida. Obrigado pela dedicação e companheirismo, sempre presentes; *Simone Cunha*, agradeço também pela ajuda na impressão e entrega da edição final, apoio logístico que em muito me ajudou.

RESUMO

A PSICANÁLISE APLICADA AO SINTOMA PROFISSIONAL - UMA ABORDAGEM DO *BURNOUT* ENTRE MÉDICOS -

Lúcia Helena Carvalho dos Santos Cunha

Orientador: Profa. Dra. Tania Coelho dos Santos

Resumo da Tese de Doutorado submetida ao Programa de Pós-graduação em Teoria Psicanalítica, Instituto de Psicologia, da Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Doutor em Teoria Psicanalítica.

Partimos, nesta tese, da ideia de que a clínica do sujeito é também a clínica da civilização, considerando o sintoma do *burnout* como uma resposta contemporânea, manifesta no campo profissional, dos sujeitos em sua relação ao Outro dos tempos atuais. Este parece prometer a felicidade, se o sujeito acreditar nas promessas que o mercado de consumo sugere como possíveis. Desta maneira, muitos profissionais consentem em se deixar manipular, permanecendo na condição de objetos que se consomem, sendo arrastados pelo ritmo frenético de trabalho que caracteriza nossos tempos. As características contemporâneas do mercado de saúde - que transformou as condições tradicionais de regulação do contrato de trabalho entre o médico e seu paciente - acabam produzindo um quadro em que muitos sujeitos caem no estado de esgotamento. Nesta condição, muitos abdicam de sua posição de sujeitos e silenciam sobre seu desejo, que acaba, porém, se manifestando cifrado e de maneira enigmática no sintoma, recurso inconsciente através do qual o impasse psíquico sobre o desejo se manifesta. A perda da capacidade de realização pessoal através da doação profissional caracteriza o *burnout*, que associa a exaustão física e emocional à frieza, apatia e indiferença no exercício profissional, levando ao adoecimento manifesto em eventos de corpo. Os profissionais se mostram decepcionados diante do surgimento de novo contingente de médicos que entra no mercado, e cujo caráter prescinde da ética tradicional: a satisfação é alcançada na contabilidade do gozo imediato, gozo mercenário da profissão. Defendo, a partir das pesquisas teóricas sobre o caráter, o fantasma e o sintoma; e da investigação de campo, o argumento de que o *burnout* – o esgotamento profissional – é desencadeado, na categoria dos médicos, pela queda dos valores socioculturais que sustentaram, durante séculos, sua postura ética no trabalho.

Palavras – chave: *burnout*, sintoma, fantasma, caráter, ética profissional.

RESUMÉ

LA PSYCHANALYSE APPLIQUÉE AU SIMPTÔME PROFESSIONNEL

UNE APPROCHE DU *BURNOUT* - L'ÉPUISEMENT PROFESSIONNEL - CHEZ LES MÉDECINS

Lúcia Helena Carvalho dos Santos Cunha

Directrice d'études: Tania Coelho dos Santos

Abstract de la Thèse de Doctorat sumise au Programme de Pós-graduação en Théorie Psychanalytique, à l'Institut de Psychologie de l' Université Fédérale du Rio de Janeiro - UFRJ, comme partie des réquisits nécessaires pour l'obtention du gré de Docteur en Théorie Psychanalytique

Nous partons, dans cette thèse, de l'idée que la clinique du sujet est aussi la clinique de la civilisation, en considérant le symptôme du *burnout* comme une réponse contemporaine qui se manifeste dans le domaine professionnel des sujets en rapport avec l'Autre de l'époque actuelle. Celle-là semble promettre le bonheur, si le sujet croit dans les promesses que le marché de la consommation suggère que sont possibles. De cette façon, de nombreux professionnels consentent à être manipulés, en séjournant à la condition d'objets consommés, étant entraînés par le rythme effréné de travail qui caractérise notre époque. Les caractéristiques contemporaines du marché de santé - lequel a transformé les conditions traditionnelles de régulation du contrat de travail entre le médecin et son patient - produisent par la suite un cadre dans lequel beaucoup de sujets tombent dans l'état d'épuisement. Dans cette condition, beaucoup d'entre eux abdiquent leur position de sujets et font silence sur son désir, ce qui se termine, cependant, se manifestant chiffré de façon énigmatique dans le symptôme, comme un recours par lequel l'impasse inconscient se manifeste. La perte de la capacité de réalisation personnelle à travers la donation professionnelle caractérise le *burnout*, ce qui associe l'épuisement physique et émotionnel à la froideur, apathie et indifférence dans la pratique professionnelle, en conduisant à la maladie manifeste dans les événements de corps. Les professionnels se montrent déçus avant l'apparition d'un nouveau contingent de médecins qui entre sur le marché, et dont le caractère dispense l'éthique traditionnelle: la satisfaction est obtenue dans la comptabilité de la jouissance immédiate, la jouissance mercenaire de la profession. Je soutiens, à partir de la recherche théorique sur le caractère, le fantasme et le symptôme; ainsi que la recherche de champ, l'argument que le *burnout* - l'épuisement professionnel - est déclenché dans la catégorie des médecins par la chute des valeurs socio-culturelles qui ont subi pendant des siècles leur éthique de travail.

Mots-clés: *burnout*, symptôme, fantasme, caractère, éthique professionnelle.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	11
I - EXAME DA LITERATURA SOBRE SINTOMAS PROFISSIONAIS DE MÉDICOS	
a) O médico, seu trabalho e seu sintoma	23
b) A síndrome de <i>burnout</i>	32
c) O <i>burnout</i> e as condições brasileiras de trabalho médico	51
II – DESCORTINANDO O REAL: RELATO DA PESQUISA REALIZADA EM DOIS HOSPITAIS	65
III – AS BASES TEÓRICAS PARA A ABORDAGEM PSICANALÍTICA DO <i>BURNOUT</i> ENTRE MÉDICOS	
a) Medicina, escolha profissional que enfrenta a morte	90
b) Amor ao próximo e altruísmo médico: entre a sublimação e o recalque ...	93
c) O recalque e a estrutura da neurose no sintoma profissional	98
d) Um estudo sobre os conceitos de sintoma e fantasia em Freud:	
- Sintoma, uma formação de compromisso	108
- A fantasia, por detrás do sintoma	109

e) Um estudo sobre os conceitos de sintoma e *fantasma* em Lacan:

- Fantasia, ou <i>fantasma</i> ?	112
- O <i>fantasma</i> enquanto imaginário	116
- O <i>fantasma</i> e o sintoma lidos no campo simbólico	118
- O <i>fantasma</i> no coração da moral e da ética.....	124
- Angústia e <i>fantasma</i> no <i>burnout</i>	129
- Sintoma, laço social e discurso.....	132
- O " <i>mais-de-gozar</i> " no sintoma	133

e) Um estudo sobre o conceito psicanalítico de caráter	137
--	-----

IV – UMA LEITURA DO *BURNOUT* À LUZ DA PESQUISA TEÓRICO

CLINICA PRODUZIDA NA TESE	146
--	------------

- Entre o missionário e o mercenário: o <i>burnout</i> do médico contemporâneo	150
--	-----

CONCLUSÃO	162
------------------------	------------

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	174
--	------------

INTRODUÇÃO

Freud considerou o trabalho e o amor como os dois fundamentos da vida humana em sociedade (FREUD, 1930/2010). Ao examinar a importância do trabalho, ele destacou seu valor imprescindível para a existência da civilização: a sobrevivência em sociedade exige que os sujeitos adultos encontrem a subsistência através dos laços sociais instituídos, e isso muitas vezes entrelaça o amor e o trabalho, os dois aspectos destacados como fundamentais para a vida humana. Freud reconheceu que a atividade profissional pode trazer uma satisfação particular quando é escolhida livremente pelo sujeito - especialmente quando este pode se valer da sublimação, destino pulsional indispensável às conquistas da civilização.

É bem verdade que Freud não deixou de assinalar a existência de uma certa aversão humana ao trabalho; mesmo quando produz satisfação, sua realização nem sempre vem acompanhada do mesmo prazer que outras fontes de satisfação libidinal proporcionam. Ele observou que as demais formas de satisfação pulsional costumam ser mais valorizadas pela humanidade, que geralmente trabalha forçada, e por necessidades pessoais. (FREUD, 1930/2010). Desta forma, o entrelaçamento entre amor e trabalho nem sempre se dá de maneira satisfatória, principalmente quando o sujeito não sente satisfação em sua atividade profissional, mas ainda assim continua trabalhando.

Em nossos tempos, caracterizados pelo desejo de liberdade e de igualdade, acredita-se que o campo de trabalho possa ser razoavelmente escolhido, ao menos pela parcela da população que alcançou um nível de escolaridade mais alto. A ideia de que uma vocação oriente a escolha do campo de trabalho traz consigo a aposta de que a experiência profissional possa produzir satisfação e realização subjetivas. E quando esta escolha vocacional envolve áreas nobres por seu interesse para a coletividade - como o trabalho em saúde - costuma-se esperar que os profissionais se sintam realizados, motivados, que sejam bem remunerados, e não pretendam abandonar sua profissão. Examinaremos, nesta tese, o que se passa entre os profissionais da medicina no mundo de hoje, buscando subsídios para abordar o sofrimento subjetivo desses profissionais.

Embora vários campos de saber (como a economia, a antropologia, a sociologia, e a própria psicologia) se ocupem das implicações que a atividade social de trabalho traz

para a vida humana, acredito que a psicanálise - enquanto um campo autônomo de saber, sobre o sujeito do inconsciente - também possa (e deva) trazer contribuições para o estudo das relações do sujeito com o campo profissional. Principalmente quando neste campo os sujeitos apresentam formações sintomáticas, de difícil reconhecimento quanto ao tipo de satisfação inconsciente que está em jogo. A psicanálise encontra, na formação dos sintomas, um indício de que algo está sendo subtraído ao conhecimento do sujeito, produzindo um sofrimento enigmático; o prejuízo aparece sob a forma da redução ou perda do prazer em viver. Este mesmo prejuízo, entretanto, é considerado de forma diferente pelos outros campos de saber: os economistas, por exemplo, quantificam os valores que o trabalho deixou de arrecadar, bem como os custos na prevenção e no tratamento da saúde do trabalhador. Nas relações de trabalho do mundo capitalista, as avaliações econômicas geram muito mais atenção e interesse do que as contribuições que a psicanálise possa oferecer aos trabalhadores, reduzindo seu sofrimento subjetivo. Mas isso não deve impedir nossas intervenções, que visam levar os sujeitos a reconhecerem seus conflitos e a se responsabilizarem por suas escolhas, assumindo pagar o preço subjetivo necessário ao exercício de suas profissões.

Oferecer a psicanálise ao sujeito em sofrimento por suas relações de trabalho, e no próprio ambiente de trabalho, é uma possibilidade ainda muito pouco utilizada em nosso país, mas que, ao meu ver, precisa ser desenvolvida. A existência de sintomas provenientes das relações de trabalho indica essa necessidade, uma vez que a psicanálise conhece a existência de tensões, inerentes ao funcionamento inconsciente, que produzem arranjos sintomáticos causadores de sofrimento subjetivo. Um sintoma que esteja diretamente relacionado com a experiência com o trabalho não é algo usual, precisa ser investigado, e coloca o psicanalista diante do desafio de buscar, em seu campo conceitual, as referências que possam auxiliá-lo a se posicionar neste território, tão pouco explorado, da satisfação profissional.

Um sintoma que se manifeste no campo profissional produz no psicanalista as mesmas interrogações que as demais manifestações do inconsciente. Mesmo porque a questão suscitada pela (in)satisfação profissional não pode ser dissociada do tema central que interessa à psicanálise, a saber: a relação entre o prazer e a satisfação pulsional, tomada como gozo. Desde suas primeiras formulações psicanalíticas, Freud postulou a busca de satisfação inerente ao princípio do prazer. Ele estudou as estratégias alternativas de que o aparelho psíquico lança mão, quando a busca da realização do

desejo se defronta com interdições - sejam elas oriundas do meio ambiente ou provenientes da censura intrapsíquica. O sintoma foi considerado como uma satisfação substituta, disfarçada; uma formação de compromisso entre o aparelho psíquico e as interdições encontradas. E foi incluído entre as formações do inconsciente, como os sonhos, atos falhos e os chistes.

Com a passagem dos anos, Freud se deparou com a inércia sintomática, com as resistências às interpretações feitas em torno do sentido atribuído aos sintomas, e com os fenômenos terapêuticos negativos. Ele precisou avançar na sua construção teórica, postulando um mais além do princípio do prazer para abordar esse estranho tipo de satisfação evidenciado no sintoma. Mais tarde, Lacan se aprofundou no exame da teorização freudiana, antes de formular sua própria elaboração sobre as manifestações singulares do gozo. Um dos seus últimos seminários foi dedicado ao *sinthoma*, que ele grafou desta maneira inusitada para anunciar sua última elaboração sobre o tema. O estudo do enigma anunciado pelo sintoma está, portanto, no cerne da teoria psicanalítica, razão pela qual sua aplicação ao campo da experiência do trabalho, onde se manifestam sintomas profissionais, merece maior consideração.

Desta forma, apresento na origem desta tese, a pergunta: o que a Psicanálise pode dizer sobre um sintoma diretamente relacionado à experiência profissional? Em especial, sobre um sintoma que comparece com muita frequência entre profissionais de saúde? Acossada pelo desejo de responder, através da teoria psicanalítica, a questões relacionadas ao sofrimento subjetivo oriundo das relações com o trabalho em um hospital, essa pesquisa partiu de um tempo inicial: o da observação do campo em questão - profissionais de saúde que atuam em um hospital universitário da região serrana do Estado do Rio de Janeiro, onde eu trabalho¹. Nele, um pequeno grupo formado pela psicanalista e por psicólogos - um dos quais também é médico, e idealizador da proposta - decidiu atuar, pesquisando e experimentando estratégias baseadas na fala dos funcionários desse hospital. Seu objetivo é enfrentar um fenômeno nomeado na literatura como síndrome de *burnout*, e que recebe a tradução, em nossa língua, de síndrome do esgotamento profissional.

¹ Trata-se do Hospital das Clínicas de Teresópolis Constantino Ottaviano, que pertence ao Centro Universitário Serra dos Órgãos/UNIFESO.

O termo *burnout* foi utilizado, em 1974, por um médico chamado Herbert Freudenberger, que descreveu o sentimento de fracasso e exaustão causado por um excessivo desgaste de energia física e mental, num trabalho realizado por médicos numa clínica psiquiátrica americana (FREUDENBERGER, 1974), que examinaremos detalhadamente no capítulo I, dedicado à resenha da literatura. Examinaremos a descrição que vem sendo feita deste novo sintoma, bem como as exigências sociais que recaem sobre os médicos, e que levam à construção de um modelo de comportamento profissional. Começaremos, portanto, investigando os aspectos que tradicionalmente configuram a formação dos médicos.

Dentre os diversos profissionais de saúde, são os enfermeiros e os médicos os que suscitam maior número de estudos sobre o *burnout*; entretanto, escolhi me deter, no estudo deste sintoma profissional, em apenas uma dessas categorias profissionais, a dos médicos. Essa escolha se deve ao fato desta ser uma das que mais tem sofrido o efeito das mudanças introduzidas pelo discurso neoliberal, no campo da saúde, como veremos, mais adiante. Vamos investigar, nesta tese, os efeitos que este discurso está provocando na vida profissional dos médicos, a partir das alterações que este discurso introduz no exercício de sua prática. Considero que, devido a mudanças que afetam a imagem social e o status profissional, a categoria profissional dos médicos é, ao meu ver, a que recentemente mais tem despertado espanto e controvérsias entre os brasileiros. Por este motivo, fiz a escolha de concentrar meu estudo neste grupo profissional. Vou defender a tese que o *burnout* entre médicos poderá ser lido, a partir da psicanálise, como decorrente de mudanças culturais que, na contemporaneidade, indicam a emergência de novas modalidades de gozo.

Este novo significante, *burnout*, vem correndo o mundo desde a década de 1970, através de trabalhos acadêmicos em diferentes campos de saber (psicologia, psiquiatria, medicina do trabalho, enfermagem), e ganhando espaço em dissertações de mestrado e de doutorado em vários países dos continentes americano e europeu. Entretanto, não encontrei trabalhos apoiados na teoria psicanalítica de orientação lacaniana que abordem o sofrimento subjetivo relacionado à experiência do trabalho; muito menos qualquer referência a sintomas relacionados à profissão, nem mesmo ao *burnout*. Na minha experiência, os psicanalistas costumam se mostrar céticos diante desse significante, do qual provavelmente desconfiam ser uma invenção contemporânea, vazia de conteúdo clínico. Mesmo porque os sujeitos não costumam demandar tratamento

psicanalítico para os dilemas oriundos do exercício profissional, cuja responsabilidade geralmente lhes parece pertencer exclusivamente ao mercado, aos patrões, ou empregadores. Tentaremos apontar, ao contrário, que a responsabilidade pela estruturação do sintoma inclui as instituições de formação médica, os empregadores, e o próprio profissional – que, enquanto sujeito, precisa se implicar nos dilemas oriundos de suas escolhas, e nas posições que adota diante das características de seu trabalho, para não adoecer.

O crescente abandono de empregos públicos em hospitais brasileiros vem sendo amplamente noticiado pela imprensa, indicando o nível do esgotamento profissional que atinge os profissionais do setor. Esse quadro vem sendo denunciado, como veremos, pelo Conselho Federal de Medicina. Associado ao *burnout* do médico que atua no serviço público, a perda do interesse profissional (de atuar sob as precárias condições de trabalho que se oferecem neste setor do trabalho) já prenuncia o desaparecimento gradual do perfil missionário² entre os médicos brasileiros. Em 10/10/2014, uma matéria publicada por um jornal carioca³ (sobre a sangria de médicos nas emergências do município do Rio de Janeiro) trouxe números exatos sobre como (não) anda a adesão dos profissionais ao sistema único de saúde. O jornal publicou que, segundo levantamento da Subsecretaria de Atenção Hospitalar, Urgência e Emergência deste município, desistiram do emprego 2.109 médicos; 2.530 profissionais de nível superior não médicos; e 4.849 profissionais de nível médio e básico, sendo este o número de vagas, em aberto, que não geram interesse por sua imediata ocupação. A defensoria pública revela que a falta de profissionais se estende aos hospitais federais; situação que, segundo a Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, ocorre em todo o Brasil. Prosseguiremos no exame dessa realidade, aqui esboçada, ao longo do primeiro capítulo, quando vamos percorrer a literatura encontrada sobre o *burnout*, e nos deteremos nas considerações sobre o que se passa com o atendimento hospitalar público, oferecido atualmente à população brasileira através do Sistema Único de Saúde (SUS).

No capítulo II, vamos descrever a observação realizada, inicialmente, num hospital universitário, destinado ao atendimento de pacientes do SUS. Lá, os médicos

² Examinaremos mais adiante as características deste perfil, que iremos contrapor a um outro, o perfil que nomearemos como sendo mercenário.

³ O Globo.

trabalham, em sua maioria, acompanhando pacientes internados em enfermarias, sendo remunerados por uma instituição que financia seus custos através da tabela de pagamentos definida pela secretaria municipal de saúde, articulada ao SUS. Recolhemos da fala de estudantes de medicina e de seus professores alguns elementos que orientaram nossa pesquisa teórica; e também levaram à decisão de ampliar a pesquisa de campo, através de entrevistas com médicos que, diferentemente dos primeiros, atuam num hospital que faz parte de uma rede privada. Neste segundo hospital, médicos tratam de pacientes que financiam sua internação através de convênios com seguradoras de saúde, ou com recursos próprios.

Com o propósito de me aproximar deste campo de trabalho, dediquei-me ao relato da observação realizada dentro do referido hospital universitário onde trabalho, e que serviu de apoio para o desenvolvimento desta tese. A observação direta da experiência de trabalho de médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e pessoal administrativo, nos últimos sete anos, incluiu conversações com médicos e estudantes, durante seu internato na clínica médica desse hospital. E também encontros com chefias profissionais e gestores do hospital, além de entrevistas com estudantes, enfermeiros e médicos, promovendo uma experiência profissional que fomentou o meu desejo de desenvolver esta tese. A pesquisa de campo junto aos estudantes e médicos recebeu a aprovação da direção do hospital e do comitê de ética do Núcleo de Estudos de Saúde Coletiva da UFRJ, conforme parecer 69971 aprovado em 08/08/2012.

A pesquisa junto a médicos de um hospital particular na cidade do Rio de Janeiro, realizada em julho de 2014,⁴ teve a intenção de complementar as informações recolhidas no hospital universitário. Esta investigação permitiu incluir, no campo de pesquisa, algumas entrevistas com médicos, cuja experiência pode ser contrastada com depoimentos dos que atuam na rede pública brasileira. Partimos do pressuposto que a experiência profissional num hospital particular se diferenciava daquela obtida num hospital voltado para o atendimento a pacientes do SUS, financiado basicamente por recursos municipais. Considerando as melhores condições de trabalho encontradas num hospital particular, em função do seu financiamento por outros agentes que não os provenientes de cofres públicos, procuramos entrevistar alguns médicos com essa experiência. O protocolo dessa observação foi aprovado, também através da Plataforma

⁴ No Hospital Copa DOr.

Brasil do Ministério da Saúde, pela comissão de ética do referido hospital, conforme parecer 699.924 aprovado em 24/06/2014. Os resultados serão apresentados, parcialmente, no Capítulo II, para serem mais amplamente discutidos no Capítulo IV, ao final desta tese, permitindo chegar à uma conclusão, ao final da tese.

A observação recolhida do campo de pesquisa indicou, como veremos na fala de médicos e estudantes de medicina, a presença do fantasma de onipotência. Este foi percebido como dando sustentação ao desejo do médico de intervir sobre a doença nos corpos de pacientes. Por esta razão, revisitaremos, no Capítulo III, o conceito psicanalítico de fantasia, em Freud; e de *fantasma*⁵, em Lacan, em sua associação estrutural com a formação do sintoma. Em nossa pesquisa teórica, examinaremos também a formação do caráter: retiramos das observações freudianas sobre a construção do caráter os elementos necessários ao exame do comportamento ético tradicionalmente exigido dos médicos. Vamos indicar que o exercício desta ética tradicional se choca com os novos valores trazidos pelas práticas neoliberais no mercado de trabalho; uma vez que estas interferem na relação, outrora sagrada, entre o médico e seu paciente. Alterações no processo de subjetivação de sujeitos contemporâneos serão lidas a partir das características encontradas na formação do caráter, estudadas por Freud já no início do século, e que nos trouxeram subsídios para contrastar diferentes posicionamentos éticos, observados nos dias de hoje, entre médicos.

No bojo do estudo sobre a abordagem psicanalítica dos sintomas, enquanto formações do inconsciente, examinaremos portanto o papel que as fantasias desempenham nestas formações; bem como na estruturação do desejo que sustenta a atuação profissional. Através da teoria dos discursos, Lacan formulou uma nova lógica para localizar o sujeito e seu gozo em meio aos significantes que presidem seu laço social. Esta construção permite que o sintoma profissional seja abordado como um aparelho discursivo, que indica a regulação social em jogo. A consideração à produção do gozo, no coração do funcionamento subjetivo, justifica o estudo da aproximação lacaniana de Kant com Sade, necessária para abordarmos o papel do fantasma na produção do sintoma profissional. Nesta direção, vamos indicar a relação do sujeito com sua posição de objeto, diante do Outro, sustentando uma posição fantasmática onde

⁵ Escolhi usar o termo *fantasma* ao invés de *fantasia* em consideração à escolha que Lacan fez, ao utilizar esse termo, *fantasme*, em na sua obra, inclusive seu seminário de 1966-1967 (*La logique du fantasme*, inédito). Esse aspecto será discutido mais adiante, no Capítulo III da tese (p.114).

o profissional consente em se deixar abusar pelas condições de trabalho. A alienação subjetiva ao Outro social, aliada à posição típica de um missionário, no trabalho médico, serão aqui estudados à luz das considerações de Lacan sobre o fantasma da oblatividade, característico da neurose obsessiva.

Desta forma, o esgotamento subjetivo que se associa ao *burnout* será lido com a lupa da teorização lacaniana: indicando os efeitos de despersonalização, produzidos pela queda da sustentação fantasmática, que incidem sobre o desejo profissional. Não iremos, nesta tese, avançar no território do estudo do *burnout* nas diferentes estruturas subjetivas; o que nos abriria um leque de possibilidades, incluindo, além da obsessiva, a consideração de outras neuroses; e também as psicoses. Mas não deixamos de apontar a importância de se considerar o tipo de estrutura subjetiva do sujeito acometido pelo *burnout*, ampliando o estudo deste sintoma através da abordagem psicanalítica.

Devido a isto, e abordando os questionamentos que eu, enquanto psicanalista, levanto em relação ao *burnout*, apresento nesta tese uma problematização desse diagnóstico, que não leva em consideração a estrutura clínica do sujeito que responde a este questionário. Na totalidade dos trabalhos pesquisados durante o exame da literatura que se impôs a este trabalho, o *burnout* foi indicado como presente exclusivamente a partir da pontuação obtida num questionário, denominado MBI (Maslach Burnout Inventory). Não encontrei nenhuma menção ao discurso dos sujeitos nessas avaliações. Tal exclusão provoca sempre um grande espanto num(a) psicanalista. A desinserção do sofrimento subjetivo de médicos, enfermeiros, e de outros profissionais de saúde que atuam em hospitais, acompanha a mesma lógica discursiva que exclui a consideração da subjetividade dos doentes ali internados (CUNHA, 2010), fazendo com que sintomas profissionais, como o *burnout*, deixem de ser lidos à luz dos depoimentos dos próprios profissionais. Decidimos contrariar essa tendência, ao produzir uma leitura para este sintoma contemporâneo a partir da teoria psicanalítica. Vamos, portanto, nos distanciar das leituras que vêm sendo oferecidas pelos psicólogos que estudam esse sintoma - apesar de apresentá-las durante a resenha. A metodologia do trabalho de campo de minha pesquisa privilegiou a fala, dos médicos, relativa à sua relação com a sua experiência de trabalho. Recolhi de vários depoimentos os elementos necessários à análise da (in)satisfação profissional existente. Não foi considerada, portanto, como necessária a aplicação do Inventário de *burnout* para investigar esse sintoma, por privilegiarmos a escuta do inconsciente em nossa abordagem; ficamos principalmente

atentas aos sinais de angústia manifestos nos depoimentos, obtidos através de entrevistas individuais.

É bem verdade que vivemos em tempos onde a avaliação é um procedimento generalizado, uma espécie de paradigma que tenta responder à angústia gerada pela quebra dos valores, identidades e ideais, promovida pela globalização. Uma sociedade voltada para a avaliação, segundo Jacques-Alain Miller (MILLER & MILNER, 2006), surgiu em resposta à queda do "Estado-providência", que era voltado para o provimento do bem estar social, e para o cuidado com a saúde da população. Essa queda vem sendo observada nas últimas décadas, e em todos os países do ocidente. Segundo os autores, a missão estatal de assegurar o bem estar social caiu diante das ideias neoliberais - de que o Estado deveria deixar de ser um provedor e reduzir sua influência na economia - em benefício da iniciativa privada, na busca de dar maior liberdade e autonomia aos cidadãos. Nesta direção, um novo paradigma passou a reger a relação entre os sujeitos: o da equivalência, através do contrato jurídico que regulamenta as transações entre os indivíduos. Neste novo cenário, todos têm algo equivalente a trocar: todos são parceiros, e determinam seus direitos e deveres por meio de um contrato. Em consequência, tudo precisa ser avaliado, para estabelecer e verificar o funcionamento do contrato, fazendo assim surgir uma nova lógica nas relações sociais contemporâneas. Os autores comentam, portanto, a necessária existência de um "Estado estratégico", que saiba levar em conta as exigências do mercado, mas sem renunciar ao ideal do serviço público.

No caso do atendimento hospitalar público brasileiro, isso não acontece. Esbarramos na situação em que o serviço público não recebe o aparelhamento necessário para assegurar ao cidadão o bom atendimento, uma vez que o Estado brasileiro se mostra dividido entre a tarefa de assistir aos mais desvalidos e de acompanhar, simultaneamente, a ideologia que combate o Estado Providência, deixando muitas vezes de responder ao seu ideal. O cidadão, em busca de um bom atendimento para a sua saúde, acaba precisando recorrer ao sistema privado, regido pelo mercado; e o profissional, também. O Estado brasileiro, enfraquecido por esta dubiedade, falha quanto à necessidade de investir financeiramente nos hospitais públicos, afetando o atendimento médico à população e fracassando em sua responsabilidade social.

Examinaremos mais detalhadamente essa situação; por enquanto, vamos apenas introduzir a ideia de que esse enfraquecimento do Estado acompanha a tendência

contemporânea de esvaziar de sentido a figura de autoridade: figura paterna, outrora prevalente no lugar concedido a Deus, à Igreja, ao Pai real (COELHO DOS SANTOS, 2001). Sem a bússola da referência paterna, o sujeito contemporâneo demanda ser reconhecido em referência aos seus pares. O papel da avaliação é, portanto, o de assegurar o lugar ocupado por um em meio a outros; nas grandes empresas contemporâneas, os avaliadores determinam o valor dos empregados em função do desempenho destes, comparados entre si – o que é aferido e comparado em função da média de produtividade alcançada pelos funcionários. Os inventários de auto avaliação, entre os quais situamos o Inventário de Maslach sobre o *burnout*, obedecem à mesma lógica comparativa, que estabelece qual é a normalidade esperada dos indivíduos.

Desta forma, estes métodos diagnósticos acabam substituindo, ou mesmo emudecendo, a fala própria do sujeito. O sujeito do inconsciente, encontrado por Freud a partir do estudo sobre os sintomas, atos falhos, chistes e sonhos, não está em questão nesse tipo de avaliação sobre o *burnout*. Da mesma forma, ficam excluídas de qualquer consideração: o desejo, as demandas, as fantasias, (*o fantasma*), a dependência a um grande Outro da civilização. O aspecto pulsional, fundamental à teoria psicanalítica, não é considerado em nenhum estudo publicado, embora Freudenberger seja nomeado pela literatura como psicanalista. Veremos no capítulo destinado à resenha bibliográfica sobre o assunto, que vários autores diferenciam o *burnout* das diferentes manifestações clínicas oriundas da estrutura subjetiva, e sequer abordam qualquer relação com a estrutura clínica do sujeito em *burnout*. Eles consideram este sintoma como decorrente exclusivamente da relação com o trabalho contemporâneo, principalmente nas profissões denominadas "vocacionais", como as educativas e de saúde (CARLOTTO & CÂMARA, 2008). E assim se constrói o método diagnóstico contemporâneo para identificar o profissional em *burnout*.

A tese se desenvolve, portanto, a partir dessa pergunta, já colocada: como considerar, do ponto de vista psicanalítico, o sintoma de *burnout*, nomeado por Freudenberger e seus seguidores? Ou melhor: a *síndrome* de *burnout*. Pois o que está descrito na literatura é uma síndrome, ou seja: uma associação de três diferentes sintomas. Precisaremos, portanto, examinar o que é um sintoma para a psicanálise, para respondermos à nossa questão. Mesmo considerando que, a partir do médico Sigmund Freud, a Psicanálise é filha da Medicina (uma vez que ambas se dedicam ao tratamento

clínico do sofrimento anunciado por meio de sintomas), recortaremos o significado particular que o conceito de sintoma adquiriu para a psicanálise.

Tomaremos, a partir da psicanálise, o médico como um sujeito dividido, marcado pela fenda (*Ichspaltung*), revelada por Freud, mas ignorada por seus (e também pelos nossos) contemporâneos. E acompanhando Freud, Lacan e Miller, consideraremos que não existe clínica do sujeito sem a consideração à clínica da civilização (MILLER & MILNER, 2006). Trataremos, nessa tese, de investigar o *burnout* enquanto um dentre os fenômenos sintomáticos de nossos tempos atuais, considerando os efeitos da civilização sobre o sujeito que a psicanálise aborda. Ou seja: consideraremos, enquanto psicanalistas, os processos civilizatórios como sendo constitutivos do sujeito do inconsciente. Sujeito dividido entre seu próprio desejo e o desejo do Outro, e de cuja posição inconsciente depende a maneira como o profissional médico vai responder às demandas e pressões do Outro contemporâneo.

Entre os sintomas profissionais de médicos, vamos também examinar o fenômeno clínico que foi nomeado como *síndrome do cuidador descuidado* (BENEVIDES-PEREIRA, 2002). Esta síndrome foi definida como sendo uma tendência de médicos a descuidarem de sua própria saúde, e foi encontrada amplamente na minha pesquisa de campo, nos dois hospitais. A posição subjetiva de renúncia à vida pessoal, tão presente entre médicos que escolhem a profissão baseados na vocação de cuidar do próximo – o que caracteriza o missionário - será estudada a partir do Capítulo III desta tese. A oposição entre o caráter do missionário e o do mercenário - este último estando basicamente voltado para seus interesses pessoais e financeiros - será trazida nesta tese para indicar a presença, na ética tradicional dos médicos, de um conflito que se soma às condições causadoras de estresse profissional no mundo contemporâneo. Mais além do estresse, porém, este conflito se destaca para nós como um componente importante da desilusão que acomete os profissionais que escolhem a profissão a partir de seus ideais humanitários. Estes se defrontam com o real profissional de um mundo globalizado, onde predominam valores mercantilistas bem distantes da ética humanista apregoada pela tradição médica, e ainda praticado por muitos profissionais. É neste contexto que abordaremos os três tipos especiais de caráter estudados por Freud, e que se apresentam nos dias de hoje, iluminando nossa conclusão nesta tese.

As conclusões retiradas das pesquisas teórica e de campo serão apresentadas e discutidas no Capítulo IV, e na conclusão da tese, quando estaremos alcançando nosso objetivo de realizar uma leitura psicanalítica do sintoma profissional do *burnout*, contextualizada no campo médico brasileiro contemporâneo. A conclusão apresenta ainda uma proposta de aplicação dos resultados da tese ao trabalho psicanalítico realizado num hospital: a intenção é a de abrir um espaço de análise sobre o preço subjetivo que os profissionais de saúde irão pagar ao longo de sua carreira profissional, que exige o respeito a uma ética altruísta de renúncias pessoais e dedicação ao outro, num tempo onde o discurso dominante apregoa o direito de todos ao gozo narcísico, consumista, contrariando a ética tradicional.

É importante assinalar que esta tese se propõe a dialogar com os médicos, psicólogos, e profissionais do campo da saúde, buscando, na medida do possível, trazer uma leitura psicanalítica didática e acessível a todos os que se interessem pelo tema. Desta maneira, não estaremos nos dirigindo exclusivamente aos psicanalistas já iniciados na leitura desses conceitos; embora seja nosso desejo poder trazer uma contribuição para a psicanálise, relativa ao estudo de um sintoma relacionado à vida profissional.

CAPITULO I

EXAME DA LITERATURA SOBRE SINTOMAS PROFISSIONAIS DE MÉDICOS

a) O MÉDICO, SEU TRABALHO E SEU SINTOMA

Num amplo estudo sobre as condições do trabalho médico - e seu efeito sobre a saúde dos médicos brasileiros, que trabalham em diferentes regiões de nosso país (CFM, 2007) - o Conselho Federal de Medicina apresentou várias considerações sobre as características desse ofício nos dias de hoje. Destaco seu comentário sobre os estigmas e expectativas sociais que cercam os médicos:

Os médicos padecem de estigmas e de expectativas sociais. Se, por um lado, podem ser objeto de adoração e reconhecimento por aqueles que gozam imediatamente de seus benefícios, são cobrados a nunca errar e sempre fazer viver mais ou não deixar morrer ninguém, como se estivesse ao alcance deles o próprio dom da vida (CFM, 2007, p. 12).

Os médicos são, muitas vezes, cultuados por disporem de conhecimentos e técnicas capazes de prorrogar a vida. E em função disso, seu trabalho se diferencia dos demais, realizados em outras profissões, por se acercar do lugar sagrado onde se depositam os mistérios sobre a vida e a morte. Entretanto, algo está se modificando na relação tradicional que nossa cultura estabelece com os médicos. Ao discorrer sobre o lugar social onde, tradicionalmente, os médicos eram colocados, o Conselho comenta as mudanças que estão afetando os médicos nos dias de hoje:

Tratados outrora como um membro da família, ascendentes e descendentes sabiam a quem recorrer em momentos difíceis, quando se mesclavam funções diversas, hoje realizadas por especialistas. (...) Todos da cidade o conheciam e rendiam suas homenagens (...). Esse doutor é cada dia mais uma caricatura, lembrada apenas pelos mais velhos. (...) Os médicos de hoje em dia precisam viver em uma sociedade de pleno consumo, sendo geralmente obrigados a vender sua força de trabalho a valores não condizentes com sua formação e seu preparo, que demandam cerca de 10 anos (CFM, 2007, p. 13).⁶

⁶ Essa mudança da realidade profissional justifica a minha escolha pelo estudo do *burnout* entre os médicos, anunciada na Introdução da tese.

O texto do CFM prossegue, revelando o paradoxo que cerca atualmente as expectativas sociais depositadas sobre os médicos: de que sejam "ricos", mesmo tendo feito a escolha profissional por vocação (CFM, 2007, p. 13), pelo desejo de salvar a vida alheia. Este aspecto vocacional da escolha profissional, o "chamado" (*Ibid.*, p.16) à profissão, está associado desde a antiguidade ao caráter sacerdotal do trabalho médico. São reproduzidas no texto do CFM algumas exigências relatadas por diferentes autores, de que o "médico completo" (*ibid.*, p. 18) demonstre sensibilidade e compaixão, além de "sinceridade, altruísmo, honra, respeitabilidade, integridade e respeito pelos outros (REZENDE, 2000)". Os aspectos morais, implicados nas exigências éticas profissionais, são discutidos pelos conselheiros que, entretanto, reconhecem ser impossível à formação em Medicina, promovida pelas faculdades, educar o caráter do estudante de Medicina. Os autores apontam, por outro lado, a importância dos médicos serem treinados como cientistas: o esforço para adquirir a postura epidemiológica adequada caracteriza a formação profissional. Salientamos que a questão do caráter do profissional da medicina está colocada em evidência nestes artigos.

Assim, os conselheiros salientam que não basta estar presente o rigor técnico, parte essencial no atendimento médico, mas que isoladamente se mostra insuficiente. "*Solidariedade e sensibilidade são atributos que ornaram o espírito do médico e tornam suas relações com os pacientes um fenômeno supremo*" (*Ibid.*, p. 17). As exigências morais, que recaem sobre o médico são, portanto, destacadas neste texto:

Alçada à condição da mais sublime das profissões, com exigências técnicas e humanitárias proporcionais a essa soberania, a Medicina é vista como uma profissão sacerdotal. Afinal, a atividade médica diz respeito aos mais apreciados valores humanos. Não há, pois, como subtrair do vulgo o sentimento de que a atividade médica exercida na sua plenitude se compare a um magistério sacerdotal, no sentido de missão elevada, quase divina. Tal caráter é realçado por Bonifácio Costa, citado pelo historiador Pereira Neto (2001), ao ressaltar que a prática médica comporta um caráter de moralidade, de desinteresse, de abnegação e de sacrifício que merece ser identificada a um sacerdócio religioso – e este caráter consagra sua originalidade profissional. A propósito (...), que quem exercer esta profissão sem polvilhá-la com a eucaristia do altruísmo poderá ser um distribuidor de drogas, mas nunca um verdadeiro médico (CFM, 2007, p. 21).

Tamanhas exigências nos dão uma ideia do grau de idealização que cerca a profissão médica, indicando que o médico não pode deixar de atuar a partir de rigorosos princípios éticos. Ao longo de séculos da história da humanidade, a ética profissional de médicos, assim como de outros profissionais da saúde (especialmente os enfermeiros),

exigiu a formação de uma posição subjetiva peculiar, numa ética do amor próxima de uma postura religiosa. Em *O Nascimento da Clínica* (FOUCAULT, 1994), encontramos uma referência ao “*clero da terapêutica*” (p. 35), caracterizando os médicos como os “*padres do corpo*”, numa clara associação da prática médica com a missão do cristianismo. No segundo volume da *História da Sexualidade, O uso dos prazeres*, (FOUCAULT, 1984) nos deparamos com a problematização moral dos prazeres, e com uma abordagem da dietética existente nos comportamentos humanos, que precisaremos retomar, mais adiante, nesta tese.

Foucault traz uma problematização que se relaciona a um conjunto de práticas: ao seu ver, elas poderiam ser chamadas de “*artes da existência*” (FOUCAULT, 1984, p.15). Curiosamente, o CFM não deixa de apreciar o que o ofício exige dos médicos, como uma arte: “*A medicina é uma arte, uma technê, e não uma prática sem regras, fundada apenas sobre o reclamo, a gritaria, as receitas de charlatães* (SALEM, 2002, p. 19)”. Porém, o estado da arte no século XXI parece confrontar o profissional com novas condições de exercício desse ofício, que vem afetando a experiência de ser médico de uma maneira incontestável. Mas, apesar disso (ou talvez por isso mesmo), a escolha pela medicina continua predominando nas inscrições para exame vestibular em todo o país.

A literatura oferecida pela psicologia médica sobre o assunto indica que essa escolha pode ser, em si, imatura (MELEIRO,1999), e que a motivação dominante pode passar pelo desejo de obter aprovação de pessoas importantes, frequentemente o pai ou o médico da família. Ou que a escolha teria sido influenciada por doença séria na família, como a de pais na primeira infância do estudante, aspecto que também encontrei na minha clínica junto a alguns analisando médicos.

Abordando essa escolha, alguns psicanalistas (JEAMMET et al, 2000) se referem ao desejo inconsciente de ver o interior do corpo, o desejo de curar como tentativa de reparar danos imaginários imputados à mãe, ou o desejo de poder, que estariam no universo dessa escolha. Os autores ressaltam a influência de pais médicos, o desejo de curar uma pessoa doente da família, a identificação com um médico que tem ascendência sobre a família, além da busca de uma profissão que é considerada como liberal e financeiramente promissora. Missenard (1994, p. 173) observa que no exercício da profissão, angústias ligadas à pulsão de morte impõem ao médico não apenas a

aquisição de um saber, mas também a adoção de mecanismos de defesa que o protejam contra a angústia.

Fantasmas relacionados à não distinção entre o próprio corpo e o corpo doente passam despercebidos, graças à adesão a um discurso científico que constitui o corpo médico como um ideal (*ibid.*, p. 181), um corpo social profissional que auxilia os clínicos no exercício da profissão. Desde os primeiros passos, como estudante, quando se dá o encontro com o cadáver, se inicia o convívio com aqueles que encarnam o saber e o poder; e a possibilidade de ver “dentro”, através do corpo, auxiliam na transmissão de tradições. Missenard as considera como mecanismos de defesa construídos pela corporação médica, ao longo da história, para se proteger da angústia pela aproximação com o corpo que está morrendo (*ibid.*, p. 184).

O referido autor remete a uma teoria sobre as relações entre o indivíduo e o corpo social, para ilustrar o papel dos mecanismos de defesa na formação emocional do médico. Tal relação funcionaria como um contrato narcísico entre o estudante e o grupo no qual este se insere (CASTORIADIS & AULAGNIER, 1975); indicaria a existência de uma identificação que reforça, de um lado, a onipotência imaginária, mas que, de outro, em alguns casos, facilitaria a eficácia terapêutica. Os psicanalistas aqui mencionados não fizeram referência ao texto essencial de Freud sobre *A psicologia das massas e análise do Eu* (FREUD, 1921/2010), nem sobre o papel do *ideal do eu* no processo de identificação ao ideal. Este conceito, apresentado por Freud e desenvolvido por Lacan, foi por este último separado do conceito do *eu ideal* numa diferenciação entre os aspectos simbólicos e imaginários que comparecem no processo de identificação. Estes aspectos da teorização freudiana e lacaniana parecem estar presentes nas considerações que embasam estes autores, nas observações acima relatadas; embora não haja uma referência explícita à essa teoria. Voltaremos ao assunto, mais adiante nesta tese, retomando o papel do *fantasma* na constituição do desejo do médico, e abordando o papel do ideal do eu na construção do perfil missionário do médico. Por ora, prosseguiremos na resenha de alguns textos sobre a identificação com o papel do médico; destacaremos o que, desta, nos parece estar associado a uma figura idealizada, mencionada a seguir no que seria um perfil desejável do médico.

Mello Filho (2006), ao abordar o tema da identidade médica, comenta que “o tema de quem é, e o que é a pessoa do médico, no mundo atual onipotente, desperta muitas paixões, discussões e controvérsias”. Observando a queda do médico da antiga posição de poder para a atual situação de “um ser humano comum, dotado de falhas e incompletudes”, o autor sugere que, hoje em dia, em várias instituições, o médico já não é mais o profissional liberal socialmente vitorioso de outrora. Em sua proposta de “refletir sobre a pessoa do médico, seus percalços, suas grandezas e falibilidades”, ele examina, num livro, o que é ser médico, e qual sua inserção no mundo atual (MELLO FILHO, 2006, p. 17). Mencionaremos a seguir alguns artigos desse livro, voltados para o tema do ensino da medicina, e sua proposta de orientar a construção da identidade profissional. Refletindo sobre a iatrogenia inerente ao exercício profissional, os riscos do corporativismo da medicina contemporânea e o papel do ensino da psicologia médica entre os estudantes, o livro expõe quais são os critérios de avaliação do normal ou patológico na personalidade do médico, o que inclui o exame do *burnout* no exercício profissional da medicina.

Hoirisch (1976), que introduziu no Brasil este tema em sua tese sobre o problema da identidade médica, apresenta neste livro um artigo examinando as implicações históricas e antropológicas do ser médico (HOIRISCH, 2006). O autor afirma que o peso de antigas representações culturais e etnológicas se mistura a enormes exigências, ainda atuais, que recaem sobre a figura deste profissional, submetido a pressões de natureza ética, moral e também tecnológica. Erudição e atualização continuada, competência técnica e clínica, são obrigações que Hoirisch destaca para esse campo de saber; e a essas se somam exigências de que a motivação profissional esteja pautada no “amor ao próximo, desejo de praticar o bem aos semelhantes e de contribuir para o bem-estar da humanidade” (*ibid.*, p. 33), dimensões éticas necessárias ao exercício da profissão médica, e que atribuiremos, nesta tese, a um perfil do médico missionário. Reforçando a censura à manifestação do erotismo e da agressividade na relação com o paciente, o autor valoriza a “neutralidade afetiva, que não deve ser confundida com frieza” (*ibid.*, p. 35).

Enquanto psicanalista, me pergunto: como tal posição pode ser construída, preparando o sujeito para lidar com tais exigências, atreladas a esta escolha profissional? Considerando que a posição subjetiva se estrutura muito cedo, como a formação profissional pode influenciar a estrutura de base, que o sujeito traz consigo ao buscar sua profissionalização? Em função disso, qual o preço subjetivo a ser pago pelos que aceitam esse contrato social? Estaria o *burnout*, de alguma maneira, relacionado a um fracasso no cumprimento desse contrato? Avançaremos nestas questões após reunirmos outros elementos necessários ao seu exame; no momento, prosseguiremos examinando brevemente a literatura, retirando daí as indicações do perfil subjetivo a ser

modelado por essas exigências, e que deve ser assumido pelos médicos, ao longo de sua formação profissional.

Baseado em Davi Zimerman (1992), Mello Filho (2006) relaciona múltiplas qualidades na personalidade do médico: intuição e empatia, capacidade de ser continente para as angústias, fantasias e necessidades do paciente; capacidade profissional para se “deprimir”, reconhecendo suas falhas e limitações; capacidade de se comunicar, inclusive de forma não-verbal; capacidade de reparação diante de seus aspectos problemáticos; de elaboração de seus conflitos (*ibid.*, p. 213-271). Resumidamente, o autor nos diz que a identidade médica saudável é constituída pela sensibilidade, empatia, firmeza, retidão, generosidade, tolerância, bom senso, inteligência, dedicação e perseverança. Enfim, tudo o que “*faz da medicina a mais nobre das profissões*” (*ibid.*, p. 227). E assim, caracteriza a profissão como submetida a uma ética da nobreza de caráter que, ao meu ver, é posta duramente à prova pelos valores individualistas carreados pela sociedade contemporânea.

A percepção desta fonte inevitável de conflitos é mencionada pelo autor:

O fato é que o médico é o profissional mais estudado, mais investigado, mais pesquisado em nossos tempos. E isto por que? ao meu ver, isso tem relação com a grande desidealização porque passou a figura do médico nas últimas décadas. De grande herói de muitos séculos, ele começou a ser visto como fraco, pulha, vilão, a partir da segunda metade do século passado, quando outras imagens também começaram a cair: a ordem, a figura paterna, Deus, até! (MELLO FILHO, 2006, p. 227).

Destaco, nesta citação, a indicação do autor sobre o surgimento (historicamente recente) de outras imagens sociais, relacionadas ao comportamento profissional do médico. A perda do lugar social de prestígio, atribuído tradicionalmente ao médico, vem associada à queda dos ideais de nobreza de caráter, carreada por mudanças culturais que destituíram o poder da figura do mestre, da referência paterna, e da vigilância religiosa instituída pela autoridade divina. Ao associá-lo ao *pulha*, e ao *vilão*, o autor abre para nós a possibilidade de indicarmos a presença do perfil mercenário no meio médico, contrariando as expectativas sociais de que o médico seja sempre dotado de um caráter nobre e altruísta. Examinaremos, na pesquisa de campo, a revelação de que os profissionais se ressentem não apenas da perda do lugar de prestígio, precisando enfrentar pacientes agressivos e desafiadores; mas também sofrem por precisarem conviver, nos tempos atuais, com profissionais dotados de um tipo de caráter diferente do indicado pelo perfil idealizado do médico missionário.

No campo do patológico, o autor se refere a exageros e deformações da prática médica, como, por exemplo, estender o cenário de atuação profissional e querer ser

médico em todos os momentos da vida. Esse aspecto é por ele considerado como uma atitude obsessiva típica da classe médica; e menciona uma iatrogenia que se torna vício profissional, “*como, por exemplo, fazer pequenas incisões cutâneas sem anestesia*” (MELLO FILHO, 2006, p. 224). O sadismo, a agressividade dos cirurgiões e a atitude demasiadamente fria dos médicos urgentistas são por ele mencionados, assim como condutas que afetam os pacientes: retomaremos estas observações quando examinarmos as formações reativas presentes no caráter obsessivo, bem como os motivos que nos levarão a nos deter nesta formação clínica, em detrimento de outras.

A curiosa observação de que um médico toxicômano, em princípio, não lesa seu paciente, mas sua depressão, sim, chama a nossa atenção; anunciando os questionamentos que o autor trará quanto ao tipo de defesa construída pelo profissional para lidar com a castração. Retomaremos algumas dessas questões em nossa pesquisa teórica. Os “modelos de identificação” (*ibid.*, p. 225) problemáticos, de médicos obesos, ou fumantes, etc., diante de seus pacientes que precisem emagrecer ou parar de fumar, também são criticados pelo autor. Onipotência e defesas maníacas são elencadas entre os principais recursos adaptativos dos médicos: “*O uso da onipotência encerra o risco de que o paciente fique lá embaixo, pequenino, isolado do médico em sua grandeza divina e em sua arrogância*” (*ibid.*, p. 225). As defesas maníacas, ao seu ver, aparecem diante de realidade dolorosa marcada pela dor, morte e depressão. Examinaremos, em nossa pesquisa teórica, a posição desafiante que o sujeito obsessivo desenvolve perante a morte, esse mestre da vida que é um elemento *princeps* na relação do médico com sua profissão; voltaremos, portanto, por se um fantasma recorrente, ao tema da onipotência entre médicos, aqui introduzido por Mello Filho.

Prosseguindo nesta resenha, o uso de conduta superficial surge, segundo o autor, quando contatos fugazes evitam que o médico se deixe contaminar pelo estado de espírito do paciente. O autor chega a dizer que esta defesa já se tornou “*um dos cacoetes típicos da classe médica*” (*ibid.*, p. 225), imortalizado em filmes como “*Mash*” (1960, com Donald Sutherland) e em outros protagonizados por William Hurt, ou por Robin Williams, que, para o autor, denotam defesas maníacas nos médicos retratados. Mas ainda assim afirma que “*este cabedal de atributos tão negativos, onipotência, arrogância, narcisismo, obsessividade, traços maníacos*” (*ibid.*, p. 227) não são atributos presentes entre todos os médicos; e que os exageros e traços patológicos não levam necessariamente a erros ou falhas éticas junto aos pacientes, “*o lado heroico do médico que junto com seus atributos saudáveis consegue que este, na maioria das vezes, acerte*” (*ibid.*, p. 227). O autor conclui falando de sua suposição sobre a existência de “*muito rancor contra o médico em nossos inconscientes coletivos, o que nos leva mesmo a pesquisar em busca de (...) desvendarmos suas falhas, expormos seus calcanhares de Aquiles*” (*ibid.*, p. 228). Mello Filho reconhece a importância de se

ajudar os médicos a descerem dos pedestais e se humanizarem. Inclusive por que esse conjunto de artigos, escritos por médicos, tem em sua introdução essa referência:

De uma imagem de demiurgo, onipotente, sacerdote e dotado de todos os poderes e qualidades, caiu o médico para uma posição de ser humano comum, dotado de falhas e incompletudes, e, portanto, passível de erros e titubeações (MELLO FILHO, 2006, p. 17).

Trata-se, ao meu ver, de uma mudança social que está em curso: a perda do poder social atribuído à pessoa do médico, enquanto representante da autoridade divina. Tendo ocupado um lugar social de alto prestígio durante séculos, o médico, em sua formação, acabou sendo igualmente exigido, em seu comportamento, a se aproximar subjetivamente de um lugar impossível, um lugar sagrado que a modernidade fez balançar, e que a contemporaneidade derrubou. Eis o que a psicanálise vem verificando em nossos tempos atuais, através da derrocada dos semblantes sociais - outrora sustentados pela ordem religiosa que dominou o mundo por muitos séculos (COELHO DOS SANTOS 2011).

A partir dessas considerações, e do que estes autores enunciam sobre o assunto, lanço a seguinte questão: diante da morte, limite radical que desafia a medicina científica, como esse sujeito se posiciona? Como cada médico lida com o real enquanto impossível de significar? Quando o *fantasma* determina a aspiração de ocupar o lugar de exceção à castração, talvez o profissional se lance num voo ascendente, como no sonho de Ícaro: deixa-se cegar pelo ideal, inalcançável. O sujeito, então consente em ser seduzido pela aspiração de alcançar o impossível, na onipotência. Tal aspiração o predispõe a um penoso encontro com o real, pois desta forma o profissional evita o encontro com a castração, e então se depara com um alto preço a pagar. De acordo com Hoirisch (2006, p. 21-38) na Antiguidade, o Código de Hamurabi⁷ estipulava o preço a pagar pelos erros médicos, que podia ser a amputação das mãos. Na Idade Média, o texto indica que o médico estava submetido à justiça ordálica: caminhar sobre brasas, mergulhar em água fervente, ou ainda, nos piores casos, ingerir veneno. Era preciso ter muita coragem para ser médico, nos diz o autor.

Antes do surgimento da ciência, o modelo mágico religioso, o curandeirismo e o charlatanismo formavam os praticantes da cura médica; o poder de intermediar entre deuses e mortais levava o xamã a aterrorizar os demônios, e a atrair todo o mal indesejável para o próprio corpo, no exorcismo do abraço, que depois precisava ser

⁷ Trata-se de um conjunto de leis proclamadas por volta de 1772 A.C., pelo sexto rei da Babilônia, e que legou seu nome ao que é considerado hoje em dia como a legislação mais antiga de que se tem conhecimento. (KERSTEN, 2014). Disponível em www.dhnet.org/direitos/anthist/hamurabi.htm.

descarregado no terreiro. A crença religiosa autorizava o curandeiro a tomar para si o perigo, sempre presente na experiência médica. Entre os gregos, o autor nos traz o mito de Asclépios (Eusculápio para os romanos) capaz de ressuscitar os mortos e impedir que enfermos morressem, atraindo sobre si a ira de Hades (Plutão) que, segundo a lenda, ao se queixar do esvaziamento de seu reino a Zeus, conseguiu que Asclépios fosse fulminado por um raio. O preço a pagar aparece, no mito, de maneira explícita.

A partir do advento da medicina moderna, o ato médico assumiu outras dimensões; mas o perigo parece persistir... o “lado heroico” do médico, mencionado no texto de Mello Filho, exigiria, ao menos, um auto induzido corte nas asas desse nosso Ícaro, ao longo de sua formação profissional. Evitar este perigo exigiria o reconhecimento de que o saber médico não faz dele um semideus, mas apenas orienta seu ato, através de possibilidades rigorosamente testadas, dentro de limites estabelecidos pela ciência. Caso contrário, o preço a pagar pode surgir num sintoma, no caso, um sintoma profissional, como o do *burnout*, quando se constata um declínio da satisfação que se esperava encontrar na profissão. Abordando questões como o estresse na medicina, marcado pelo encontro com o sofrimento, a sexualidade e a morte, o artigo sobre o *burnout* comenta a realidade profissional contemporânea, de incerteza. Seus autores trazem uma pesquisa de campo realizada com um grupo de médicos do estado de São Paulo, cujos resultados atestam a existência de casos onde a relação com a profissão expressa desesperança e sofrimento subjetivo. Tal experiência é relacionada pelos autores à frustração das expectativas de realização profissional, e a conflitos frente ao “ideal de ser médico” (p. 359), próximos à experiência de dor diante da violência, e à economia psíquica da dor. Nos dizeres dos autores,

São formas de lidar com a violência, da qual o sujeito se sente vítima. Violência que adveio da infração de um contrato que estava implícito na ordem social, e que legitimava as aspirações que sustentavam a própria escolha da profissão. Quebra de contrato, realizada de forma arbitrária, imposta, geradora de sofrimento, vivida como sem alternativa e que ameaça sua identidade (RODRIGUES et al, 2006, p. 363).

Ícaro pós-moderno, suponho que esse sujeito experimentaria, então, a impossibilidade da realização fantasmática – que, como foi dito, aparece na onipotência médica - através da queda violenta do patamar idealizado, sonhado, de uma identidade médica que lhe foi proposta. Sendo este patamar inalcançável, como o sujeito médico lida com este real? Levanto uma hipótese: O *burnout* estaria, de alguma forma, associado a um esgotamento do sonho do médico, de alcançar os céus de Ícaro, na medida em que a sociedade contemporânea não mais prestigia os mesmos ideais que a

sociedade até então havia preservado. Estaria em curso numa “quebra de contrato” social, nos termos do autor.

Proponho, com esta leitura, introduzir a tese de que a síndrome de *burnout*, ao denunciar uma insatisfação profissional - uma “quebra de contrato” – indica uma profunda alteração social que vem desalojando os médicos do lugar tradicionalmente estabelecido. Naquele, a renúncia pulsional, o ideal profissional, e a identificação à figura de grande autoridade social moldavam a consciência moral e a ética profissional dos médicos, modelando o perfil que nomeamos como sendo missionário. O novo lugar social do médico é menos nobre, tem menor status ou prestígio; o aproxima dos mortais comuns e o faz decair do antigo pedestal. Os que não se adaptam aos novos tempos, como manifestariam sua decepção? Suponho que ficariam esgotados, despersonalizados, frios e desinteressados de seu trabalho, ou adoeceriam. Para desenvolver a tese assim enunciada, examinaremos primeiramente o material que retiramos da literatura sobre essa resposta subjetiva contemporânea, nomeada como *burnout*; depois disso, vamos abordar os dados colhidos na pesquisa de campo, buscando verificar essa hipótese.

b) A SÍNDROME DE *BURNOUT*:

O termo inglês de *burnout* se refere, originalmente, à exaustão do funcionamento de um motor, que entra em colapso porque trabalha até alcançar um ponto limite em que queima. Sua utilização para nomear um comportamento humano é uma metáfora, que carrega consigo uma conotação mecânica, de pessoas que trabalham como máquinas, submetidas a algum sistema de funcionamento inadequado, excessivo, que desconsidera a existência de limites.

Segundo Carlotto e Câmara (2008), que realizaram um levantamento sobre a produção científica do *Burnout* no Brasil, este termo foi utilizado pela primeira vez nos Estados Unidos, em 1953, numa publicação de estudo de caso de uma enfermeira desiludida com seu trabalho. Em 1960, o escritor Graham Greene também utilizou o termo, para relatar o caso de um arquiteto cujo abandono da profissão se deu a partir da desilusão profissional (GREENE, 1960)⁸. As autoras observam, entretanto, que apenas

⁸ "A Burn-Out Case". U.K. Heinemann, 1960.

nos anos 70 esse termo surgiu nos artigos acadêmicos; sua pesquisa sobre o assunto indicou que foi neste período que os trabalhadores americanos começaram a "*buscar trabalhos mais promissores distantes de suas comunidades, na tentativa de conquistar maior satisfação e gratificação no seu trabalho*" (CARLOTTO & CÂMARA, 2008, p. 152). As autoras destacam a incompatibilidade entre as altas expectativas de satisfação e a limitação dos recursos para lidar com frustrações oriundas das atividades burocratizadas, e mais profissionalizadas, que começaram a caracterizar o mercado de trabalho a partir daquela época. Embora não comentem mais detalhadamente tal afirmativa, esse aspecto da questão merece um destaque, podendo ser relacionado ao estudo da sociedade contemporânea realizado por alguns sociólogos, como Richard Sennett, Zygmunt Bauman e outros.

De fato, mudanças no sistema de trabalho neocapitalista contemporâneo foram apontadas por Sennett (SENNETT, 2010), que denunciou a ilusão que permeia a promessa de que o ambiente de trabalho de hoje em dia, entre empresas americanas, seja mais humanizado do que o do início do século. A ênfase nos resultados a curto prazo, na flexibilização do trabalho e na execução de projetos - características do ambiente de trabalho nos dias de hoje - não estaria permitindo que as pessoas construíssem uma narrativa coerente e satisfatória de suas experiências no trabalho. Isso afetaria, então, o que ele chamou de caráter: o valor atribuído aos próprios desejos, à ligação com o mundo, e à percepção do quanto se é necessário aos outros. O autor observa que "*um regime que não oferece aos seres humanos motivos para ligarem uns para os outros não pode preservar sua legitimidade por muito tempo*" (SENNETT, 2010, p. 176). Dedicaremos, a partir desta observação, mais adiante, um espaço ao estudo psicanalítico do caráter para abordarmos, nesta tese, o que está mudando na formação subjetiva do profissional contemporâneo. Vamos desenvolver a tese de que mudanças socioeconômicas estão facilitando o aumento, na população que trabalha, de um tipo de caráter orientado para satisfações de seu próprio narcisismo; isto interfere na ética profissional dos médicos, assim como no desejo que orienta a prática e as expectativas de obter satisfação com a vida através da realização profissional.

As reações nomeadas como indicativas de *burnout* começaram a ser observadas em todo mundo a partir do momento em que um conjunto de fatores econômicos, sociais e históricos, relacionados ao capitalismo neoliberal, produziram maiores expectativas de realização profissional. Tais esperanças não se confirmaram nas

experiências subjetivas dos trabalhadores, especialmente daqueles que vivenciaram mais expressivamente o efeito da desilusão. LIPOVESTSKY anunciou a existência da *Sociedade da Decepção* (LIPOVETSKY, 2007), e uma "espiral de frustração" que caracterizaria nossa sociedade, hipermoderna:

A sociedade hipermoderna caracteriza-se pela multiplicação e pela alta incidência da experiência frustrante, tanto no âmbito público, quanto no âmbito privado. Isso é tão verdadeiro que as pesquisas de opinião estão se especializando em radiografar os diversos níveis de desapontamento em nosso convívio pessoal. A extensão dos domínios da decepção acompanha o padrão estatístico do ânimo moral dos indivíduos, com a quantificação periódica dos níveis de otimismo e de indisposição de empresários e cidadãos, de assalariados e de consumidores (LIPOVETSKY, 2007, p. 6).

Prosseguindo, ele afirma:

A sociedade hipermoderna é propriamente aquela que multiplica ao infinito as ocasiões de experiência frustrante ao mesmo tempo que deixa de proporcionar os antigos dispositivos "institucionalizados" para debelar esse mesmo mal.(...)Para enfrentar as contrariedades da vida, as sociedades de matiz tradicional tinham à sua disposição instrumentos diversos de consolação religiosa; já as sociedades hipermodernas, numa espécie de contra fluxo, valorizam o incitamento contínuo ao consumo, à fruição, à mudança. (LIPOVETSKY, 2007, p. 7).

O surgimento do *burnout*, estudado a partir da década de 1970, parece, portanto, indicar no campo profissional o incremento da decepção, que foi indicado por Lipovetsky como um fenômeno da sociedade hipermoderna. Entretanto, outros aspectos da vida contemporânea aparecem como igualmente importantes na produção deste fenômeno, dentre eles a tendência individualista da sociedade; o que, segundo Carlotto e Câmara, ocasionou um aumento da pressão sobre os profissionais de prestação de serviços, como as voltadas para a ajuda. As autoras observam que os usuários, em geral, supõem que serão atendidos por profissionais altamente qualificados; e que sua experiência de autonomia e satisfação no trabalho lhes asseguraria a condição de trabalhar motivados pela paixão. Tal expectativa, equivocada, contrastaria com a experiência subjetiva do profissional, promovendo esse aumento de tensão. Lima e colaboradores destacam que "*peças muito envolvidas com seu trabalho, e que têm características de personalidade (competitivas, mais esforçadas, com excessiva*

necessidade de controle, dificuldade em tolerar a frustração, baixa autoestima em geral), apresentam maior propensão ao desenvolvimento da síndrome" (LIMA et al, 2007, p. 139). A tensão entre uma alta expectativa de realização, e o enfrentamento de um real profissional comparece no trabalho do psiquiatra que publicou, pela primeira vez, um estudo sobre este sintoma profissional, que resenharemos a seguir.

A combinação entre "*más escolhas e boas intenções*" (CARLOTTO & CÂMARA, 2008, p. 153) teria sido observado por Freudenberger, um médico psicanalista que, em 1974, caracterizou o *Burnout* como um sentimento de fracasso e exaustão na relação com o trabalho (FREUDENBERGER, 1974). Nesse texto, pioneiro e surpreendente - cujo trecho inicial vou traduzir, informalmente - o autor revela sua própria experiência de *burnout*. Ele relatou, neste artigo, sua experiência com um trabalho voluntário, alinhado a um movimento político, que defendia o oferecimento de atendimento psiquiátrico gratuito. Trata-se de um trabalho calcado no altruísmo da equipe médica. Atuando numa clínica considerada como alternativa, Freudenberger estava acompanhado por uma equipe, que também defendia esse tipo de ação beneficente. E que também vivenciou o *burnout*.

No artigo, o autor levanta uma série de interrogações a partir de sua experiência pessoal com o problema. Para começar, ele pergunta: o que é o *burnout*? Quais seus sinais, e que tipos de personalidade estão mais vulneráveis a seu desencadeamento? E prossegue: *por que o fenômeno é tão comum entre o pessoal que atua em clínicas gratuitas*⁹? Será que isto também acontece entre equipes que atuam em clínicas alternativas de autoajuda, e nas instituições de intervenção em crise? Suas indagações tocam então num ponto que me parece fundamental: este problema acontece com a mesma intensidade ao profissional que é voluntário, e ao serviço de trabalho voluntário como um todo? *Ou será que afeta, de uma forma diferente, o voluntariado, e a equipe que é remunerada*? Ele finaliza com duas questões, que serão desenvolvidas ao final de seu texto: O que pode ser feito depois que o *burnout* começa a se manifestar? E quais critérios podem ser construídos para ajudar a proteger os profissionais contra esse sério risco ocupacional?

Freudenberger lembra que o dicionário define o verbete "*burn out*" como: falhar, consumir, desgastar, ou ficar exausto ao fazer excessiva demanda de energia, força ou

⁹ Reproduzo essa interrogação em itálico para destacar este questionamento em relação aos demais.

recursos. E afirma que é exatamente isso que acontece quando um membro da equipe, numa instituição alternativa, "*burns out*" por qualquer motivo, e se torna inoperante para qualquer propósito ou intenção¹⁰. O *burnout* se manifesta de muitas maneiras sintomáticas diferentes, que variam em grau e característica de pessoa para pessoa. O autor observa que, geralmente, acontece após um ano de trabalho de uma pessoa numa instituição, pois é neste ponto que um número de fatores começa a entrar em função.

Ele comenta a quebra das expectativas que os profissionais sofreram ao seu lado quando o líder, fundador da clínica, perdeu seu aspecto carismático. E diz que, muito frequentemente, o(s) empreendedor(es) - ou um pequeno grupo de fundadores - são considerados como pessoas muito poderosas, por terem iniciado o funcionamento da clínica. Mas, tão logo eles começam a desapontar a equipe, são severamente "golpeados"¹¹ (*ibid.*, p. 160). A decepção da equipe, se não fosse contida, teria - do seu ponto de vista - afetado psicologicamente toda a clínica (FREUDENBERGER, 1974, p. 159). Freudenberger descreve a seguir os sinais físicos do *burnout*: frequentes dores de cabeça e perturbações gastrointestinais, insônia e falta de ar, aliados à fadiga, como indícios visíveis do "excesso de envolvimento somático com as funções corporais". Prosseguindo, ele descreve a presença de sinais comportamentais semelhantes às da paranoia: o profissional por ele observado ficava sujeito a acessos de raiva, irritação e frustração, chorava com facilidade. Desconfiava das intenções dos colegas, evidenciando sentimentos de onipotência ao buscar obter vantagens e assumir riscos que os colegas de trabalho não assumiam. Assim como ao atender a todos os tipos de pacientes: psicóticos, homicidas e paranoicos - que lhe pareciam tão "lunáticos" quanto ele próprio¹². O autor menciona que o profissional tendia a fazer usos de barbitúricos e drogas como a maconha, tornando-se "rígido, teimoso e inflexível", ou cínico e

¹⁰ Na íntegra: "*That is exactly what happens when a staff member in an alternative institution burns out for whatever reasons and becomes inoperative to all intents and purposes*" (*ibid.*, pp. 160-161).

¹¹ Na íntegra: "*One of the chief preludes to burn-out seems to be the loss of charisma of the leader, and the let-down of the clinic with this disappointment. This writer believes that we too often expect, because it was one person or a few people who started the clinic, that they are almost super-people. As they begin to disappoint us, we bad rap them and the result, unless it is stopped is a psychic damage to the whole clinic*"

¹² Na íntegra: "*A staff member's quickness to anger and his instantaneous irritation and frustration responses are the signs. (...)He cries too easily, the slightest pressure makes him feel overburdened and he yells and screams. With the ease of anger may come a suspicious attitude, a kind of suspicion and paranoia. The victim begins to feel that just about everyone is out to screw him, including other staff members. The paranoid state may also lead to a feeling of omnipotence.(...) He becomes overconfident and in the process may look foolish to all. His risk-taking behavior in counseling with speed freaks, psychotics, homicidal people and other paranoids sometimes borders on the lunatic, in terms of his own behavior.*"

negativista. Agia como se estivesse depressivo, ou como se não tivesse mais para onde ir, tantas eram as horas despendidas na clínica. Quanto mais dedicado e comprometido com o trabalho, mais propenso ao *burnout*, ele conclui (FREUDENBERGER, 1974, p. 160)¹³.

Assim, na sua observação, são os profissionais que mais procuram responder às necessidades coletivas – nesta tese os denominaremos de missionários (trabalhando em comunidades terapêuticas, clínicas gratuitas, centros de intervenção em crises, abrigos), os que mais tendem a experimentar o *burnout*, preferindo atuar ao invés de se omitir; e trabalhando excessiva e intensivamente, (FREUDENBERGER, 1974, p. 161). Freudenberger vai além: incluindo-se nesse grupo, diz que eles são profissionais que sentem uma pressão interna para trabalhar num voluntariado, colocando suas aptidões e talento no trabalho sem uma compensação financeira mínima. A pressão vinda de fora, segundo ele, é percebida como uma determinação para se doarem¹⁴ (*ibid.*, p. 162). Assim, quando um membro da equipe se sente pressionado para dar uma colaboração adicional, ainda mais quando a pressão vem da gerencia, ele trabalha sob esse triplo "ataque". Sua culpa, segundo o autor, o levaria a uma continuada doação de si, até alcançar a completa exaustão. Neste movimento voluntário, ele observa que, frequentemente, a equipe se esquece da diferença entre um comprometimento maduro e o envolvimento promovido por uma necessidade pessoal de se sentir aceito e amado. Freudenberger completa sua exposição afirmando que o profissional, na experiência relatada, foi ficando entediado e entristecido à medida que os obstáculos (ao funcionamento da clínica) foram sendo superados, e a excitação pelo desafio passou a perder força. A monotonia tomou conta da experiência, pois ao seu ver os casos atendidos foram ficando cada vez mais parecidos (*ibid.*, p. 162). Seu artigo prossegue com indicações de medidas preventivas, sempre voltadas para a gestão de pessoas interessadas no trabalho voluntário. O autor encerra o texto comentando a necessidade de um trabalho de luto para os profissionais do trabalho voluntário que perderam a

¹³ Aspecto posteriormente confirmado por outros pesquisadores, como Lima e seus colaboradores.

¹⁴ Na íntegra: "*Those of us who work in free clinics, therapeutic communities, hot lines, crisis intervention centers, women's clinics, gay centers, runaway houses, are people who are seeking to respond to the recognized needs of people. We would rather put up than shut up. And what we put up is our talents, our skills, we put in long hours with a bare minimum of financial compensations. But it is precisely because we are dedicated that we walk into a burn-out trap. We work too much, too long and too intensively. We feel a pressure from the outside to give. When the staff member then feels an additional pressure from the administrator to give even more, he is under a three-pronged attack*".

crença em seus ideais (*ibid.*, p. 165) - uma observação à qual retornarei mais adiante nesta tese.

Esse texto, que deu a partida inicial ao estudo do *burnout*, foi tomado na literatura mundial como uma indicação de que esse sintoma está atrelado ao trabalho social: um trabalho essencialmente voltado para o cuidado do outro. Por este motivo as pesquisas sobre o fenômeno indicam sua ocorrência, principalmente, entre profissionais que necessitam "*manter contato direto, frequente e emocional com sua clientela, como os trabalhadores da área de saúde, serviços sociais e educação*" (CARLOTTO & CÂMARA, 2008, p. 153). Apesar disso, não encontrei, nestas pesquisas, nenhuma menção explícita às mudanças na mentalidade social, ocorridas na contemporaneidade, que poderiam dificultar a sustentação dos ideais altruístas; afetando atividades voltadas para os sujeitos mais necessitados de cuidados. Tais mudanças estariam, ao meu ver, na origem dessa situação, e precisam ser destacadas como desencadeadoras do *burnout*.

A expansão da observação do fenômeno para vários outros países de língua inglesa, e mais tarde, para o ocidente de forma mais ampla, consagrou a perspectiva social-psicológica utilizada nos estudos publicados, que abordam o fenômeno como uma reação à tensão emocional crônica por "lidar excessivamente com pessoas" (*ibid.*, p.154). Essa característica do *burnout* costuma ser destacada na literatura; entretanto, ela não é questionada nos estudos que pude encontrar nesta resenha. Nenhum estranhamento sobre o que é esse "excesso". Da mesma forma, o aspecto específico do trabalho voluntário, presente no texto de Freudenberg, que o faz se questionar tanto. O aspecto do voluntariado missionário desaparece sob essa característica mencionada, a de lidar excessivamente com pessoas, o que geralmente acontece nas atividades ligadas ao cuidado em saúde e educação.

Mas então, por que a partir dos anos 70, profissões voltadas para o atendimento de pessoas - como cuidar, educar, transportar - passaram a ficar associadas ao maior desgaste profissional? Por que chama tanta atenção, e sem que se associe essa exaustão ao que mudou na sociedade? O trabalho de atenção ao outro, especialmente ao outro desvalido - o que não pode pagar pelos serviços médicos e educativos - estaria, ao meu ver, em questão. Algo nesses profissionais parece trabalhar em vão, improdutivamente, até se esgotar! o sintoma parece denunciar uma perda de energia num trabalho voluntário, que não produz mais satisfação ou reconhecimento social. Médicos,

enfermeiros e professores são os mais atingidos, especialmente quando não se sentem recompensados neste esforço. Freudenberger menciona a perda de carisma dos líderes no ponto do desencadeamento da síndrome, mas este aspecto fica depois aparentemente esquecido, sem receber outras considerações. A perda de prestígio do líder não volta a ser pesquisada. Vejo aí uma lacuna, que me chama a atenção. Prosseguiremos descrevendo outras referências encontradas na literatura sobre o *burnout*, deixando por enquanto essa pergunta em suspenso; mas a retomaremos ao final desta tese, pois encontramos, nesse ponto, algo que a literatura omite, censura ou recalca, e que merece uma interpretação psicanalítica.

Há atualmente um consenso na literatura quanto ao fato da definição do *burnout* implicar numa síndrome, ou seja: um conjunto de três aspectos relacionados, porém independentes. É inclusive esta associação de três fatores que diferencia o *burnout* de outros distúrbios de natureza psiquiátrica como a depressão, ou de outros distúrbios como o estresse ocupacional. O primeiro desses fatores é o estado de falta de energia física e mental, caracterizando um esgotamento desses recursos; o segundo é a despersonalização, compreendida nesta literatura como a maneira distante, fria e impessoal de tratar pacientes, colegas e superiores na organização de trabalho. O terceiro e último aspecto é a baixa avaliação do profissional quanto à sua própria competência e êxito profissional, tendendo a considerar de forma negativa sua perspectiva de realização através do trabalho.

Será necessário novamente ressaltar que esses três aspectos são identificados a partir das respostas a um questionário, o Inventário Maslach de *Burnout* (MBI), que dedica nove questões à investigação da exaustão emocional; cinco questões à despersonalização; e oito à verificação da realização profissional. O MBI é um instrumento de medida amplamente utilizado em todas as pesquisas por mim consultadas sobre o *Burnout*. O inventário é composto de afirmativas a serem avaliadas pelo examinado segundo uma escala de sete pontos, que gradua a percepção, que o profissional examinado tem, da presença de cada afirmativa em sua vida. Por exemplo, uma das frases relacionadas à exaustão emocional é: "*sinto-me esgotado(a) emocionalmente devido ao meu trabalho*". Como exemplo da despersonalização, tomo a seguinte afirmativa: "*tenho me tornado mais insensível com as pessoas desde que exerço este trabalho*"; Quanto à realização profissional, "*Sinto que através do meu trabalho influencio positivamente na vida dos outros*". As questões abordam, portanto,

a relação com um trabalho que envolve relacionamento com outras pessoas, e os efeitos desse trabalho sobre o sujeito.

A escala avalia, numa dispersão de zero a seis, a ausência(0), presença uma vez ao ano (1), uma vez ao mês (2), algumas vezes ao mês (3), uma vez por semana (4), algumas vezes por semana (5), ou todos os dias (6), de cada afirmativa que compõe o inventário. Juntamente com outros pesquisadores, Maslach - que leciona na Universidade de Berkeley, na Califórnia - se dedicou ao estudo do *burnout*, em especial entre profissionais de serviços sociais e de saúde, popularizando o fenômeno como um importante fenômeno social. (MASLACH & LEITER, 1999). Ela afirma que o MBI avalia exclusivamente sintomas decorrentes de problemas no trabalho, e que nada tem a ver com a síndrome psiquiátrica da depressão, por exemplo, que invadiria “*todos os aspectos da vida, sem estar ligada a um domínio específico*” (MASLACH & LEITER, 1999, p. 207).

Vale destacar que, na literatura, (BENEVIDES-PEREIRA, 2002; MENEGAZ, 2004) o *burnout* está associado eminentemente ao aparecimento de distúrbios físicos ou fisiológicos, bem como a perturbações de natureza psicológica e comportamental. Considerado como um transtorno mental e de comportamento associado ao trabalho, ele já é reconhecido no Brasil pelo Ministério do Trabalho, (Decreto nº 3048 de 1999), com a tradução de “Síndrome do Esgotamento Profissional”; e está presente em publicações, teses e dissertações cadastradas no banco da Capes e no CNPq, o que indica sua presença como objeto de estudo em nosso país. As descrições da síndrome, encontradas nessas pesquisas, apontam para uma ampla gama de efeitos nocivos sobre o trabalhador e sobre seus laços com a instituição onde trabalha. Mas relacionado não apenas a distúrbios físicos (cefaleias, náuseas, tensão muscular, dor lombar ou cervical, distúrbios do sono e da vida sexual) e emocionais (sentimentos de desesperança, solidão, raiva, impaciência, irritabilidade, tensão, diminuição da empatia), o *burnout* é apontado como uma patologia do ambiente social do trabalho. Este sintoma pode afetar o desempenho das tarefas, o relacionamento na equipe, a produtividade e a própria qualidade de vida no trabalho, devido a uma extensa jornada de trabalho, em condições muitas vezes desfavoráveis. A sensação de “estar acabado” seria uma resposta a fatores produtores de estresse crônico no ambiente de trabalho, razão pela qual pode ser incluída na CID-10, sob o código Z73.0 (TRIGO et al, 2007, p. 224).

Segundo outros pesquisadores (PERLMAN & HARTMAN, 1982) o interesse pela síndrome cresceu devido a três fatores: o primeiro deles está relacionado às modificações introduzidas no conceito de saúde, com o destaque dado pela Organização Mundial de Saúde à melhoria da qualidade de vida. O segundo deveu-se ao aumento da demanda, e das exigências da população, com relação aos serviços sociais, educativos e de saúde. E, por último, à conscientização de pesquisadores, órgãos públicos e serviços clínicos com relação ao *burnout*, entendendo a necessidade de aprofundar os estudos e a prevenção de sua sintomatologia, pois a mesma se apresentava mais complexa e nociva do que se projetava nos estudos iniciais (CARLOTTO & CÂMARA, 2008, p. 153).

Numa revisão de literatura em ampla base de dados no período entre 1985 e 2006 (TRIGO et al, 2007), os autores citam a preocupação da Organização Mundial de Saúde com o assunto, em dois documentos específicos sobre o tema (WORLD HEALTH ASSOCIATION, 1998; 2003). Sua importância se deve ao fato da síndrome ser atribuída, em vários trabalhos, como causa de algumas principais doenças entre americanos e europeus, ao lado do diabetes e das doenças cardiovasculares. Os autores encontraram artigos indicando que sintomas de estresse, *burnout* e pensamentos suicidas surgiram entre 2.671 médicos finlandeses (OLKINUORA et al, 1990); Entre 1.840 médicos americanos (DECKLARD et al, 1992); Entre profissionais de saúde avaliados na América do Norte (AIKEN et al, 2002; GRADY & MAKULOWICH, 2003). Desta forma, a síndrome foi reconhecida pela OMS como um risco ocupacional para profissões que envolvem cuidados com saúde, educação e serviços humanos. O estudo indica ainda que o *burnout* se diferencia do transtorno depressivo, apresentando baixa associação com o Inventário de Beck, largamente utilizado nas pesquisas sobre a depressão. E afirma que, embora ainda surjam muitos estudos sobre suas diferenças e correlações, considera-se, em geral, que o esgotamento profissional possa ser sucedido pela depressão, ideação e tentativa de suicídio.

Da mesma maneira, existem estudos diferenciando o *burnout* do mero estresse ocupacional (SCHAUFELI & ENZMANN, 1998), sendo este último considerado como um construto unidimensional, resultante do confronto entre as demandas de trabalho e os recursos físicos e emocionais do profissional. Enquanto que o *burnout*, multidimensional, sugere a existência de um colapso no processo adaptativo de um trabalho voltado para outras pessoas, mensurável nestes três aspectos que constituem a síndrome. Os mesmos autores o diferenciam da fadiga crônica que, por ser mais difusa,

não se relaciona a uma única dimensão da vida - como a profissional. Da mesma forma que a depressão, que também não ocorre, seletivamente, apenas na relação profissional. Embora venha sendo atualmente pesquisado em diferentes profissões, como a de professores, bancários, motoristas, entre outras, o *Burnout* parece produzir mais preocupações, no Brasil, entre os profissionais de saúde, notadamente médicos e enfermeiros.

Em 1997, um estudo sobre a realidade do exercício profissional do médico brasileiro (MACHADO, 1997), apontava que 80,4% dos profissionais pesquisados declaravam que sua atividade se mostrava desgastante. O já citado livro do Conselho Federal de Medicina (CFM, 2007), sobre a saúde dos médicos, dedicou grande parte da pesquisa ao estudo das condições de trabalho atuais dos médicos brasileiros, e especificamente ao *burnout*. Em função dessa realidade no Brasil, o fenômeno do *burnout* entre os nossos médicos vem sendo tratado, por entidades de classe, como estando relacionado - muito essencialmente - à realidade das condições de assistência médica:

O trabalho médico parece ser a própria essência do burnout, com fatos específicos que o tornam uma realidade evidente: sobrecarga de trabalho, falta de reconhecimento da atividade profissional, escasso controle do ambiente de trabalho, ambiguidade e incerteza do papel profissional, falta de preparo para lidar com as demandas emocionais de pacientes, falta de autonomia, contato com os pacientes e a gravidade de seus quadros (...). Seguramente o leitor reconhece estes elementos como presentes na prática médica. (CFM, 2007, p. 42).

O *burnout* entre os médicos está, portanto, no centro das preocupações do Conselho relativas à saúde dos seus profissionais, exigindo maior divulgação e questionamento entre eles - que, porém, não o discutem, ou muitas vezes até desconhecem. Com frequência, encontramos muitas queixas das entidades médicas sendo veiculadas na imprensa nacional; da mesma forma, matérias jornalísticas denunciam a falta de comparecimento de médicos aos postos de trabalho, ou sua escassez nos serviços públicos. Mas poucas vezes encontramos publicações que apontem o adoecimento dos profissionais de saúde em consequência das condições de trabalho, ou que alertem para seu risco. Justificando a necessidade de pesquisar a saúde dos médicos, inclusive em relação ao *Burnout*, o CFM constatou, em ampla pesquisa

nacional envolvendo 7,700 profissionais, que um em cada cinco médicos já vivenciou esgotamento ou estafa decorrente do exercício da profissão. Pior ainda, verificou que um em cada dez médicos brasileiros alcançou o escore mais alto de *burnout*, na escala do teste MBI. A maioria dos médicos brasileiros testados (57%) apresentou algum grau preocupante desta síndrome.

O livro do CFM não se restringe, porém, à constatação do nível de *burnout* entre os médicos brasileiros: examinando estudos sobre este sintoma, o livro aborda a pesquisa de grande quantidade de trabalhos publicados em outros países, onde foram observados elevados níveis de estresse entre os profissionais de saúde, particularmente entre médicos. Um deles, realizado entre 82 médicos de um hospital geral universitário na Espanha (ROS, 2001), encontrou a existência de mais de 50 possíveis fontes de estresse no contexto hospitalar. Entre estas, se destacam: complicações graves do estado de saúde de pacientes, as complicações na prescrição de medicamentos, o excesso de trabalho nas urgências, a tomada de decisões sem critérios claros de atuação, o atendimento a familiares ou amigos, os plantões de fim de semana, entre outros. O texto do CFM indica que há, na literatura, evidências sugestivas de que uma parcela da população médica – 8% a 10% - é um grupo de risco em relação a distúrbios emocionais, por evidenciar maior vulnerabilidade psicológica.

Confirmando esta indicação, o CFM apresenta uma pesquisa (GRAU et al, 2009), realizada com 11.530 profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, dentistas, psicólogos e nutricionistas) de língua espanhola, residentes na Espanha e América Latina (Argentina, Uruguai, México, Equador, Peru, Colômbia, Guatemala e El Salvador). O relatório apresentado comparou os resultados internos obtidos no MBI (Inventário Maslach de Burnout) nesta população estudada. E concluiu que os médicos espanhóis, mais ainda do que os médicos argentinos, são afetados pelo *burnout* em quase 15%; enquanto os médicos dos demais países estudados obtiveram um resultado que oscilava entre 2,5% e 5,9% da população estudada. Os médicos (12,1%) e os enfermeiros (7,2%) mostraram claramente serem afetados pela síndrome, enquanto os demais profissionais pesquisados tiveram percentuais inferiores a 6%.

Tais resultados indicam que os médicos são mais vulneráveis ao *burnout* do que os demais profissionais de saúde; e que em países com menor desenvolvimento econômico, o sintoma se mostra menos presente. Esse estudo indica que o *burnout*

apresenta uma forte ligação com os valores que predominam nos países onde as relações de trabalho foram mais fortemente marcadas pelo neoliberalismo econômico, como os Estados Unidos e os países europeus. Da mesma forma, nos países onde a experiência de viver num mundo globalizado atinge um maior número de cidadãos. Trata-se, então, comprovadamente, de um fenômeno cultural desencadeado por aspectos da vida contemporânea, surgidos recentemente, que afetam a relação entre as pessoas no ambiente de trabalho. Esses aspectos afetam predominantemente os profissionais de países mais desenvolvidos, do ponto de vista econômico e cultural.

Estudantes de medicina e médicos residentes têm sido frequentemente incluídos entre os profissionais de saúde cuja resposta sintomática exige atenção (THEVENET, 2011). Em sua tese de doutorado em Medicina, apresentada em 2011 à Universidade Pierre et Marie Curie (Paris 6), a autora pesquisou a presença e prevalência *burnout* entre 404 estudantes de medicina, que realizavam seu período de internato em duas diferentes regiões da França (313 estudantes na *Ile de France*, pertencentes a cinco diferentes faculdades parisienses; e 91 estudantes na região de *Languedoc-Roussillon*). Foram analisados, por método estatístico, dados pessoais, sócio demográficos e profissionais dos internos, sendo que a pesquisa foi classificada como epidemiológica transversal descritiva e biocêntrica. Entre os resultados apresentados, ela encontrou 23% da população com elevado escore na pontuação de exaustão emocional (contra 33% com resultados moderados, e 43% de baixos resultados nesta escala). Em relação ao segundo aspecto, despersonalização, os resultados foram mais altos: 38,8% da população estudada alcançou elevado escore (28,7% teve resultados medianos, e apenas 32,4% tiveram resultados baixos). Na referência à realização profissional, 35,6% revelaram baixo nível de satisfação (enquanto que 32,6% apresentaram níveis de satisfação apenas medianos, contra 31,6% da população pesquisada, que indicou ter um alto nível de realização pessoal com a profissão médica). Os internos parisienses revelaram estar mais desgastados e com maior nível de despersonalização dos que os de *Languedoc-Roussillon*. No total, 7,1% da população de estudantes alcançou um grau considerado como severo de *burnout*, pontuando de maneira significativa nos três elementos constitutivos da síndrome.

Na falta de qualquer referência a depoimentos desses sujeitos, serei obrigada a continuar reproduzindo os dados estatísticos reportados pela pesquisadora. Em sua análise de resultados, a autora indicou que a exaustão emocional estava ligada à falta de

tempo, seja no âmbito pessoal quanto profissional; assim como a quantidade de horas trabalhadas por semana. Ela considerou como aspecto protetor a ausência dessa exaustão em correlação com o sono do estudante, bem como o não consumo de álcool; entretanto, observou que 74,1% da amostra afirmou conhecer problemas com o sono. A idade e o sexo, a partir das correlações estatísticas efetuadas, não apresentaram influência significativa sobre os resultados que foram obtidos. Entretanto, em relação à despersonalização, verificou que os estudantes mais jovens e do sexo masculino se mostraram mais propensos, especialmente quando existem problemas com o sono e uso de álcool. A autora observou que o pensamento de não fazer Medicina, se tal escolha fosse possível, estaria ligada à despersonalização. Finalmente, em relação ao aspecto da realização profissional, a falta de tempo para o estudo surgiu como um elemento prejudicial. Entre os aspectos ligados à total ausência de *burnout*, o estudo revelou o fato de nunca ter havido nenhum pensamento relacionado à troca de profissão. Já nos casos severos de presença da síndrome, surgem fatos como o consumo regular de psicotrópicos, o alto número de plantões mensais, a falta de oportunidade para férias, a falta de tempo para aprofundar os estudos, bem como o sentimento de não poder dispor de um nível de responsabilidade adequado à profissão.

Assim, aparece neste estudo a indicação, correlacionada estatisticamente com os fatores da síndrome, de algumas características do estilo de vida contemporâneo nas grandes metrópoles. Diríamos, entretanto, que algumas delas afetam indistintamente todos os tipos de profissionais, pois a falta de tempo, falta de sono, falta de férias, abuso de álcool e de psicotrópicos acontecem generalizadamente nos dias de hoje. Consideramos, porém, que a falta de compromisso com o estudo e o despreparo para o nível de responsabilidade da profissão (aspectos, a nosso ver, inter-relacionados), prejudicam mais especificamente o desempenho no campo de atuação médica do que em outros campos. Nossa argumentação é que esta profissão, mais do que outras, exige do profissional uma relação muito especial com seu cliente, por colocar a sobrevivência do paciente em jogo. Por isso, a escolha de me ater à profissão médica, nesta tese, também se justifica, considerando-se a maior responsabilidade na atuação deste profissional como sendo o que faz da medicina uma atividade especial.

Seguindo o modelo de atenção já desenvolvido, há mais tempo, pelos catalães, a associação MOTS (Medicina-Organização-Trabalho-Saúde)¹⁵ vem desenvolvendo um projeto para auxiliar médicos de algumas províncias francesas (*Midi-Pyrénées, Languedoc-Roussillon*) em situação de desgaste profissional extremo. Segundo a associação, tarefas administrativas, o peso das responsabilidades, isolamento, falta de recursos, insegurança, adição, estresse, afetam os médicos franceses que atuam em consultórios privados e que encontram cada vez mais dificuldades, pois se percebem no fio da navalha. O dispositivo é financiado pelo conselho da Ordem Médica de Haute-Garonne, mas a instituição MOTS é independente. As queixas recebidas reportam mal estar no trabalho, esgotamento profissional em 46% dos casos; conflitos entre colegas ou com secretárias (27%), a intenção de interromper ou mudar de atividade (20%) ou o medo de um processo judicial (10%). A orientação em 63% dos casos foi a de fazer uma psicoterapia. Para convencer os médicos a aceitar essa orientação, é oferecido um elemento essencial: a confidencialidade, devido à grande dificuldade desses profissionais em assumir publicamente seu sofrimento ou doença.

Muitos estudos, voltados para a avaliação do *burnout* entre médicos, no Brasil e no exterior, destacam um conjunto de características desta profissão como sendo um fator especial predisponente ao aparecimento da síndrome. O excesso de demandas, as pesadas jornadas de trabalho, incluindo numerosos plantões, a necessidade de lidar com o sofrimento e a morte, entre outros, são aspectos que geralmente aparecem relacionados à vulnerabilidade para o surgimento do *burnout*. Entretanto, aspectos como a falta de férias, a falta de tempo pessoal, e uma baixa remuneração, que são mencionados em vários trabalhos, parecem estar em progressão nos dias de hoje. O estresse e a vida corrida são características contemporâneas que vem aumentando o desgaste pessoal na maior parte dos indivíduos economicamente ativos, em todo o planeta! Há algo a mais, que torna os médicos mais vulneráveis ao *burnout* que outros profissionais.

Entre os médicos, algumas características da vida profissional parecem estar promovendo um choque maior na relação entre as expectativas de qualidade de vida e a realidade encontrada; e isto ocorre com médicos em vários países. Um estudo sobre as consequências diretas do *burnout* sobre o médico (GALAM, 2008), feita pelo

¹⁵ www.association-mots.org. Acesso em 05.10.2011.

coordenador da Associação de Ajuda Profissional para Médicos Liberais – AAPML - da França (Associação que foi criada em 2004), indicou que os médicos homens se estabelecem na profissão cada vez mais tardiamente: aos 31 anos na década de 80, aos 34 anos nos anos 90, aos 35 anos em 2001, chegando aos 40,5 anos, em média, na capital francesa. A média da duração da prática profissional, entretanto, vem declinando: entre 1979 e 2001, a duração média de exercício era de 22 anos, mas entre os que se estabeleceram entre 1980 e 1984, 20% encerraram sua carreira após 18 anos de exercício. E, em alguns entre eles, ao final de apenas oito anos de carreira (GALAM, 2008, p. 44). O autor destaca as tendências que ocorrem sobre um fundo de mudanças sociais maiores: alteração da imagem e da autoridade de profissões médicas, aumento do individualismo, etc.

Este coordenador, professor da *Université Paris 7*, alerta para a denegação - generalizada na coletividade médica, bem como das instituições médicas - do *burnout* que acomete aquele médico excessivamente investido em sua profissão. Em seu comentário, observa que este tipo de profissional muitas vezes recorre à automedicação, ou a adições, para manter as aparências de autocontrole e saúde. Formado para trabalhar muito, e desenvolver esforços para superar dificuldades, ele pode ultrapassar suas possibilidades de adaptação, alterando sua capacidade de trabalho; mas sempre denegando esta realidade, o que pode, segundo o referido coordenador, lançá-lo numa depressão grave.

Consideramos que o panorama obtido pela literatura consultada revela que o *burnout* entre médicos chama a atenção de muitos pesquisadores europeus e americanos. Estes continentes vêm desenvolvendo, na contemporaneidade, condições bastante semelhantes de trabalho médico, se considerarmos o efeito, neles, das mudanças de mentalidade trazidas pelo avanço da tecnologia, e pela ideologia de mercado num mundo globalizado. Mudanças que implicam, de um lado, em maior expectativa de vida da população, e portanto, em maior demanda de cuidados com a saúde; e de outro, num financiamento desses custos, que precisam ser compartilhados pelos cidadãos, seja pelo pagamento de impostos, seja pelo pagamento às seguradoras de saúde. Essas mudanças ocorrem com maior frequência em grandes metrópoles, com o estilo de vida apressado e sobrecarregado de informações, compromissos e exigências de ganho econômico, e nos países onde o capital financeiro é cada vez mais valorizado.

Além disso, considero que o crescente individualismo nas sociedades ocidentais contemporâneas, especialmente entre as mais avançadas em termos tecnológicos, se produz em uma espécie de contracorrente dos movimentos alteritários, voltados para o interesse da coletividade. Como vimos no texto pioneiro de Freudenberger, os trabalhadores voluntários são os mais afetados pela síndrome. A queda dos ideais, verificada no mundo contemporâneo, estaria afetando mais diretamente os profissionais empenhados em cuidar e educar, atividades que implicam num engajamento pessoal maior de interesse pelo outro. É este vetor que diferencia o *burnout* de outras patologias, como a depressão, como examinamos acima. Destacamos, portanto, nosso interesse na investigação das condições que dificultam ou causam transtornos significativos sobre este vetor. Os valores contemporâneos, bastante influenciados pela ideologia do capitalismo neoliberal, também chegaram ao campo da prestação de serviços em saúde, produzindo muitas alterações neste setor da economia. O Brasil não é uma exceção, pelo menos no campo da medicina privada. E a divisão entre saúde pública e medicina privada afeta uma profissão qualificada eminentemente como sendo uma profissão social, voltada para a comunidade.

Mas, antes de avançarmos no exame das condições de trabalho médico em nosso país, vamos examinar um sintoma que afeta a classe médica de uma maneira muito particular, e ao qual já nos referimos pela nomeação do *cuidador descuidado*. Ela revela um paradoxo: muitos médicos, cuja escolha profissional se faz pelo desejo de cuidar do outro, não cuidam de si mesmos. Pesquisas indicam que os médicos, em geral, parecem estar alheios aos riscos de seu próprio adoecimento. Cuidar da saúde alheia em detrimento da sua própria é um aspecto sintomático a ser considerado no meio médico, pois é uma tendência que já foi verificada mundialmente no meio destes profissionais. Tal sintoma está levando alguns centros de saúde a lançar programas específicos voltados para o cuidador médico, como acontece, por exemplo, em Barcelona, Espanha (PAIMM: Programa de Assistência ao Médico Doente); e em Besançon, França¹⁶. Um relatório produzido em 2008 pelo conselho da Ordem dos Médicos na França revelou uma preocupante tendência, especialmente entre médicos que trabalham em urgências, de reconhecerem um estado de esgotamento psicológico ou físico, mas ainda assim nada dizerem a colegas ou familiares.

¹⁶ Conforme o *Psychiatry on line Brazil*, (www.polbr.med.br), parte do International Journal of Psychiatry. site consultado em 05 de outubro de 2011.

Escondendo sua angústia e desencanto com a profissão, bem como as dificuldades em lidar com seus pacientes, estes médicos se recusam a procurar ajuda. Desta maneira, esses problemas não são tratados até que a doença se instale. A pesquisa francesa revelou o abuso de automedicação de corticoides e psicotrópicos entre 86% dos médicos que se declaram exaustos; informou também que o suicídio é a causa da morte de 14% dos médicos franceses em atividade, contra 5,6% do restante da população. O relatório ainda indicou que os médicos recusam muitas vezes os exames preventivos, mesmo quando são assalariados de uma empresa. Raramente tomam vacinas, mesmo contra patologias importantes como o tétano, a hepatite viral ou até mesmo a gripe. Parecem assim supor total imunidade às doenças, e ignorar a existência de seus limites, ideias inconscientes que lhes passam despercebidas, mas se manifestam em seus comportamentos. O que se detectou foi algo que se manifesta no coletivo profissional, e que exige estudos; parece indicar que nem todo dia eles fazem, consigo mesmos, o que prescrevem a seus pacientes. Muitos médicos se revelam descuidados em relação à própria saúde, configurando o que já foi nomeado como *síndrome do cuidador descuidado* (BENEVIDES-PEREIRA, 2002).

Embora as referidas síndromes, *burnout* e *cuidador descuidado*, tenham conceituações diferentes, podemos antecipar que, em alguns aspectos, elas se aproximam, estando referidas à vida profissional; merecem, portanto, ser consideradas como sintomas profissionais. Entre os médicos com um perfil missionário, há tradicionalmente uma posição subjetiva de renúncia à vida pessoal, ao dedicarem a maior parte do seu tempo ao cuidado de seus pacientes. Talvez, ao meu ver, por ser a caridade uma exigência profissional inscrita no próprio juramento de Hipócrates¹⁷. Muitos deles alegam, em relação ao descuido com a própria saúde, a superposição de atividades que caracteriza o trabalho do médico nos dias de hoje. Entretanto, tal alegação não se aplica ao comportamento de muitos médicos já doentes, pois há observações indicando que, quando adoecem, os médicos não se deixam tratar com facilidade: "*O fato de serem médicos parece imunizá-los contra o adoecer*" (MELEIRO, 1999). A autora menciona em seu livro que 80% dos profissionais que atendiam médicos internados no Hospital do Coração/FMUSP mencionaram dificuldade em tratar

¹⁷ O Juramento de Hipócrates é, ainda nos dias de hoje, reproduzido pelos estudantes de Medicina durante a cerimônia de colação de grau.

este tipo de paciente, razão que a levou a realizar sobre este tema sua pesquisa de doutorado.

A doação de si, constitutiva da posição subjetiva altruística que caracteriza, tradicionalmente, o sacerdócio profissional; e desempenha, ao nosso ver, um papel importante na estruturação deste sintoma. Chama a nossa atenção o fato de ter surgido entre profissionais com o perfil missionário, ou seja: empenhados em cumprir uma missão profissional de natureza alteritária. Como já verificamos no texto de Freudenberg, e nos comentários de Lima de seus colaboradores(2007), muitos médicos estão perdendo, nos dias de hoje, o interesse pela profissão, especialmente os mais dedicados, dispostos a abdicarem de si em prol de seus pacientes. O *burnout* aparece, segundo eles, entre estes sujeitos. Porém, considero necessário destacar que o sofrimento subjetivo se acentua ainda mais quando o cenário de trabalho carece, injustificadamente, das condições adequadas para a realização das tarefas profissionais, exigindo um nível de resignação insuportável, uma doação de si ainda maior, e obrigatória, devido à precariedade das condições de trabalho.

Não se trata de trabalhar em condições excepcionais, provocadas por guerra ou por catástrofes naturais, onde o inesperado e a urgência no atendimento exigem uma atuação fora dos padrões habituais, e convoca habitualmente o comparecimento de missionários. Estou me referindo a condições de trabalho habituais, que são realizadas cotidianamente por médicos que atuam, simultaneamente, em serviços públicos e privados, e que constata a precariedade dos primeiros em relação aos segundos, num país que dispõe de recursos tecnológicos à altura das demandas dos profissionais, e que os fornece quando se organiza para isso. Desta forma, a motivação para o trabalho médico vem sendo duramente testada, nos hospitais públicos brasileiros, evidenciando a irritação dos profissionais quando são forçados a trabalhar fora das condições desejáveis. Prosseguiremos em nosso estudo sobre o *burnout*, examinando então o que se passa nas condições do trabalho médico em nosso país, após termos percorrido uma bibliografia que envolveu, principalmente, pesquisas europeias e americanas sobre o tema.

c) O *BURNOUT* E AS CONDIÇÕES BRASILEIRAS DO TRABALHO MÉDICO

O acesso aos serviços médicos em nosso país vem sofrendo modificações com a implantação da lógica capitalista neste novo mercado: o da saúde. A população que tem condições de pagar pelos planos de saúde frequenta os consultórios dos médicos, e recorre, quando necessário, a rede de hospitais conveniados, acatando a intermediação desses agentes na escolha dos profissionais que cuidam de sua saúde. Paga-se caro pelos planos, oferecidos por empresas que visam lucro em seus empreendimentos, como em qualquer outro negócio. Os médicos, numa das pontas desse verdadeiro cabo de guerra, cada vez mais recebem seus pacientes apenas através do encaminhamento feito pelos planos: sua remuneração obedece a uma tabela bastante inferior aos preços cobrados nas consultas particulares - a cada dia também mais raras. Seu rendimento financeiro pode aumentar se o número de atendimentos realizados crescer, razão pela qual a duração das consultas tende a diminuir quando o médico é mais procurado pelos pacientes do convênio. Do outro lado desse cabo de guerra, os segurados procuram os planos de saúde para se precaverem de serem atendidos pelo serviço público, sempre sobrecarregado e mal aparelhado. Mas as características do serviço público, em nosso país, contribuem para o sofrimento não apenas dos usuários, como também dos médicos, obrigados a trabalhar em condições materiais e administrativas bastante precárias.

A assistência médica na rede pública de nosso país se debate numa crise política e financeira que, ao meu ver, exige uma redefinição das prioridades de ação do governo brasileiro, em prol da melhoria das condições públicas de atendimento hospitalar. As alterações econômicas e ideológicas que se fizeram notar em países mais ricos produziram uma mudança nas concepções do papel do Estado, levando muitos deles a reduzir sua participação na promoção do bem estar social. Em nosso país, essa tendência também se fez sentir, na contramão de um movimento de reforma sanitária, incluído na constituição de 1988. Esta prevê a implantação dos princípios de igualdade, integralidade, regionalização e participação comunitária na formulação de políticas e estratégias no campo da saúde pública, considerando a saúde do brasileiro como um dever do Estado. Mas de um Estado que sofre pressões para se adequar à mudança de

concepções acima referida, e que está carcomido pela corrupção praticada em seu meio. Sendo assim, como implementar estes princípios, que exigiriam do Estado um verdadeiro interesse público?

Podemos vislumbrar uma contradição entre as tendências neoliberais que apregoam o enxugamento da máquina pública, e as exigências de nossa constituição, que colocam a saúde de todos os cidadãos brasileiros como um dever do Estado, exigindo um alto investimento financeiro e um adequado aparelhamento do governo na rede de saúde pública. Embora a fonte de investimento seja sempre o recolhimento de impostos de todos os brasileiros, o bom uso dessa arrecadação exige, no mínimo, muita responsabilidade política, para que a saúde de todos – exigida pela constituição - possa ser, de fato, assegurada. Esse dever poderia, e deveria, também, implicar numa contrapartida da população, numa maior conscientização de todos sobre sua própria responsabilidade subjetiva nos cuidados de saúde, cobrando seus direitos mas também prevenindo doenças e acidentes, por exemplo. São poucas as campanhas públicas que orientem a população sobre os riscos de sua conduta para sua saúde, ficando essa tarefa ao cargo de cada um, na dependência de seu próprio discernimento, consciência moral e também de sua escolaridade. Recentemente, assistimos a um bom exemplo da importância das ações públicas, como a que se propôs a reduzir os acidentes de trânsito através da chamada lei seca. Ao proibir e fiscalizar o consumo de álcool entre motoristas, se obteve uma redução da taxa de acidentes de trânsito: os motoristas passaram a ser responsabilizados pelo risco de acidentes. Mas há muito a fazer para coibir outras doenças prevalentes entre nós, como por exemplo, a hipertensão - que causa muitas mortes e acidentes cardíacos. Faltam campanhas públicas que orientem a população menos esclarecida, e que sejam capazes de efetivamente reduzir doenças que atingem gravemente a população. A contradição entre o que precisa ser indicado como sendo de responsabilidade subjetiva, e o que é efetivamente uma responsabilidade do Estado se torna, entretanto, ainda mais manifesta diante da notória incapacidade dos governos brasileiros, há décadas, em lidarem com essa questão. Incapacidade ou desinteresse?

O sistema de saúde brasileiro obedeceu à determinação da constituinte de 1988, procedendo a uma generalização da oferta de serviços de saúde à população; ao mesmo tempo em que se fazia reger pela lógica do mercado, com uma crescente remuneração de juros nos sistemas de financiamento do país. Tal paradoxo se acentuou com a falta de

provimento de uma fonte de recursos à altura de semelhante demanda, que deveria ter sido definida imediatamente após a promulgação da nova constituição. Em consequência disso, em meio a um conjunto de distorções da proposta sanitária, verificou-se a precarização da remuneração dos serviços públicos oferecidos, e uma profunda incongruência nas relações de trabalho neste campo. A deterioração das condições de trabalho, e da remuneração dos serviços profissionais prestados pelo setor público, vem se acentuando continuamente, sem que uma intervenção eficaz interrompa tal decadência. Por exemplo, falta a regulamentação da carreira pública de profissionais de saúde em nosso país: razão pela qual um médico pode trabalhar por trinta anos seguidos na rede pública, sem que sua remuneração seja adequada à experiência de trabalho assim obtida.

O trabalho em postos de saúde e em hospitais, que oferecem atendimento público no Brasil está, portanto, desde 1988 sob a regência da nova constituição, que endossou as conclusões da oitava Conferência Nacional de Saúde. Esta Conferência é considerada por muitos como um marco na história da saúde brasileira, e por vários motivos. Em primeiro lugar, ela deu visibilidade a um movimento chamado de Reforma Sanitária, surgido no início dos anos setenta na área da saúde, como uma oposição técnica e política ao regime militar. A partir de sua acolhida na oitava conferência, este movimento pode implantar o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), um convênio entre o INAMPS e os governos estaduais. Porém seu marco maior foi ter formulado as bases para a seção sobre a saúde, que veio a ser aprovada na Constituição Brasileira de 5/10/1988.

Com a implantação da lei Orgânica da Saúde, em setembro de 1990, criou-se o Sistema Único de Saúde, unificando os serviços prestados pelos Ministérios da Saúde e os da Assistência Social. Anteriormente, o atendimento da saúde estava dividido nestes dois Ministérios, e a área sanitária, que envolvia a produção, distribuição e aplicação de vacinas, por exemplo, estava desvinculada da assistência médica. Com o SUS, a vacinação foi incorporada ao atendimento básico em saúde, nível primário do cuidado, voltado para a prevenção das doenças. O atendimento secundário é feito nas Unidades Básicas de Saúde, isto é, nos antigos postos municipais de atendimento ambulatorial, onde a população pode agendar (com dificuldades) consultas relativas a situações de saúde com baixa complexidade. Já as intervenções de maior complexidade são realizadas na rede hospitalar, que constitui o nível terciário do atendimento médico.

Antes dessas modificações, o atendimento hospitalar era realizado pelo Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social, restrito aos empregados que contribuíssem diretamente para obter esse direito; os demais brasileiros eram atendidos apenas por serviços filantrópicos, ou pagavam diretamente pelos serviços (quer particularmente, quer pelos planos de saúde). O INAMPS trabalhava com estabelecimentos próprios, mas a maior parte dos atendimentos eram realizados pela iniciativa privada, remunerada através de convênios. Atualmente, fazem parte do SUS os postos e centros de saúde, hospitais (incluindo os universitários), laboratórios, bancos de sangue, serviços de vigilância sanitária, epidemiológica, ambiental, além de fundações e institutos de pesquisa. E como ficou o financiamento desse novo sistema, que nos tempos atuais convive com a lógica capitalista, onde o mercado comanda a lógica dos investimentos?

Trabalhos desenvolvidos sobre o tema (MARQUES & MENDES, 2005) revelam que, após mais de 20 anos de existência do SUS, o financiamento do sistema ainda enfrenta sérias dificuldades, seja pelo precário repasse de verbas federais ao Sistema, seja pelas ações da assembleia legislativa federal que posterga decisões relativas à sustentabilidade financeira do seu funcionamento. Desta maneira, todos os serviços de saúde prestados pela rede SUS são muito mal remunerados, gerando graves riscos à sobrevivência de instituições hospitalares, que dependem exclusivamente desse tipo de financiamento. Soma-se a esta situação um sistema incompetente e corrupto que corrói, nos níveis federal, estadual e municipal, o repasse dos recursos existentes, numa situação que beira a calamidade pública.

Em função dessa realidade no Brasil, o fenômeno do *burnout* entre os nossos médicos vem sendo tratado, por entidades de classe, como estando relacionado - muito essencialmente - à realidade das condições de assistência médica médico no serviço público. Novamente o sintoma do *burnout* surge em meio a uma situação onde o médico não encontra nenhuma satisfação em sustentar seu trabalho sob a bandeira do sacrifício pessoal, o que exigiria uma aceitação e colaboração típicas do trabalho voluntário. A motivação do profissional de saúde, em tratar da saúde da população mais necessitada, exigiria um reconhecimento social que não se revela na maneira como os médicos são tratados pelos governantes, os principais responsáveis pelo oferecimento de condições de trabalho dignas, à altura da responsabilidade profissional em jogo. Diante dessa

realidade, precisamos realizar um esforço para investigar o que está por detrás do adoecimento dos profissionais de saúde brasileiros.

Um trabalho bastante interessante a este respeito, e que aborda a saúde mental dos profissionais de saúde brasileiros é o de uma médica (PIMENTEL, 2005), a que dedicaremos uma breve resenha. A autora publicou em livro sua dissertação de mestrado sobre o assunto, divulgando uma pesquisa cujo objetivo era descortinar o universo dos profissionais de saúde em Sergipe. Logo no início, traz um alerta aos médicos,

... diante da falta de estudos brasileiros que abordem o tema de forma específica e multiprofissional, alertando-os da necessidade de autoconhecimento e do reconhecimento dos perigos que o exercício da profissão pode promover para sua saúde mental. (PIMENTEL, 2005, p. 28).

A autora considera a necessidade de esses profissionais levarem em conta as transformações sociais decorrentes das mudanças impostas pela contemporaneidade, tais como a globalização, evolução tecnológica, mercado de trabalho, e processo de formação. Ela enfatiza os efeitos nefastos, sobre os profissionais, das mudanças sociais e econômicas que caracterizam os tempos atuais. Pimentel observa que até os anos 50, havia no Brasil apenas cinco agentes profissionais no campo da saúde: médicos, veterinários, dentistas, farmacêuticos e enfermeiros. Todos tinham seu espaço profissional preservado e o campo de trabalho definidos em leis. Mas, na medida em que foram surgindo novas profissões, estas foram também legalmente se instituindo, ocasionando um conflito de interesses entre profissões do campo da saúde. A autora menciona a recente briga no Congresso em torno das atribuições exclusivas ao ato médico, causador de desunião dos membros das equipes de saúde que competem entre si criando clima de desconfiança e desconforto entre as categorias.

Ao comentar as modificações sociais no campo do trabalho na área da saúde, Pimentel cita um texto de 2004 do Conselho Federal de Medicina. A partir desse estudo, afirma que os progressos realizados no Brasil no campo da saúde pública, com o plano de saúde familiar, não foram acompanhados de melhoria nos rendimentos médicos, na organização e na qualidade dos serviços oferecidos pelo serviço público. Essa situação

exige dos profissionais um equilíbrio muito particular para lidar com essas dificuldades, considerando-se o poder que tradicionalmente é atribuído ao médico:

A qualificação e competência profissional médica, sua conduta e intervenção precisas, são capazes de aliviar o sofrimento e em alguns casos evitar a morte daqueles que lhes pedem ajuda, investindo o médico de um poder quase divino, poder de vida e morte, que exige desse profissional um grande equilíbrio emocional para lidar com estas demandas e sofrer menos diante da sua comprovada impotência a cada morte que assiste. (PIMENTEL, 2005, p 38).

Em sua pesquisa de campo, ela pergunta a médicos sobre como lidavam com os próprios limites, o que a leva (*ibid.*, p. 27) a esta conclusão:

Profissionais rompem muitas vezes com os limites, quer físicos e emocionais, quer éticos, inclusive quando tentam se adaptar à desestruturação do sistema de saúde e ao aviltamento profissional denunciado pela remuneração recebida de uma sociedade que lhe paga mal, mas é extremamente exigente e que quer dele uma performance misericordiosa, talentosa, senão divina, de seu exercício profissional. (PIMENTEL & VIEIRA, 2003).

A autora não se limita, entretanto, aos efeitos do trabalho em serviço público sobre a saúde mental dos médicos. Apoiada em diferentes autores, (FRANÇA & RODRIGUES 2002), Pimentel observa a existência de profissionais que se tornaram “*workaholics*”. Motivados pela busca de sucesso financeiro, gratificação, status e reconhecimento social, os profissionais de saúde, em especial os médicos, desenvolvem esta forma de se relacionar como trabalho, minando sua saúde física e mental. Tornam-se dependentes de suas atividades de tal maneira que nunca descansam, trabalham em ritmo bem superior ao esperado, raramente tiram férias e quando o fazem não conseguem se desligar de suas funções, não sabem usufruir o ócio/lazer com criatividade. Tais sujeitos se revelam ansiosos e irritados, com dificuldade de convívio social e familiar, não raro desenvolvem processos de depressão. Eles se acostumam a trabalhar sob estresse, transformando o trabalho em válvula de escape para seus conflitos pessoais. Destaco a proximidade entre muitos dos fatores acima observados e a

descrição de Freudenberger, feita em 1974, sobre a experiência que ele relatou e nomeou como *burnout* em sua equipe.

Ao fazer uma clara relação entre a economia capitalista e as condições de trabalho no campo da saúde, Pimentel cita o "*descompasso entre o nível tecnológico e a qualidade de serviços prestados como fator de estresse e frustração para médicos e pacientes*" (*ibid.*, p. 24). A autora observa as mudanças que levaram a medicina e as práticas laborais de saúde a serem exercidas através de entidades puramente mercantis. E comenta o fato de como convênios e seguradoras geraram a prática usual, entre os segurados, de recorrerem à escolha de médicos pelo catálogo de convênios. Ela denuncia que "*a saúde passou a ser um bem de consumo, uma mercadoria reificada, e a doença a ser considerada como possibilidade de lucro*" (*ibid.*, p. 38). Ela cita SERRANO (1985) para quem o profissional liberal está sendo, aos poucos, engolido pela medicina de grupo - quer como servidor público, quer quando ligado à iniciativa privada, em função dos planos e seguradoras de saúde.

Pimentel observa que a privatização da medicina, concentrando lucros nas mãos de empresários de saúde, avilta os médicos e a população, sob os auspícios do governo que avaliza esta situação. Ela afirma que os médicos brasileiros sofrem a ameaça do subemprego, devido à medicina empresarial, e ao grande exército de novos profissionais que chegam todo ano ao mercado de trabalho (*ibid.*, p. 38). E prossegue, criticando médicos cúmplices do aviltamento salarial da classe. Pimentel diz que, vítimas do sistema, eles não o recusam, praticando medicina sem qualidade. A autora menciona a enorme quantidade de consultas agendadas com duração mínima de 15 minutos, onde se realizam apenas pedidos de exames.

Citando (SILVA, 2001), ela diz que

O hospital, antes considerado local de caridade e de filantropia se apresenta hoje como uma grande empresa, cuja finalidade primeira é a promoção, a proteção e a manutenção da saúde da comunidade através da prestação de serviços. Por outro lado estes serviços têm sofrido processo de mercantilização de acordo com interesses capitalistas e a medicalização da sociedade se enquadra neste bojo, domesticando o corpo e impondo padrões de normalidade. (SILVA, 2001, Apud PIMENTEL, 2005, p. 40).

Seu livro indica, portanto, a influência econômica no financiamento da saúde brasileira sobre as condições de trabalho dos profissionais de saúde. Ela cita, por exemplo, uma pesquisa conjunta da AMB, CFM e outras entidades, via DATAFOLHA, em 2002, com 2160 médicos em todo país. Nessa pesquisa, se verificou que 90% dos médicos brasileiros trabalham para planos de saúde e atendem em média 11,3 planos. Foi assim constatado que, nesta enquete, 93% dos médicos abordados consideraram que os planos interferiam em sua autonomia, ao restringirem pacientes com doenças pré-existentes, glosarem procedimentos, restringem tempo de internação dos pacientes.

Coelho dos Santos e Cunha (2013), num texto que aponta o profissional médico como oscilando entre o ideal missionário e a lógica do mercado, consideram os efeitos que a lógica operante no SUS vem produzindo sobre a saúde dos corpos - em especial, os dos profissionais de saúde. As autoras observam que, respaldado pela constituição brasileira, que se propõe a assegurar a todos os brasileiros o acesso irrestrito e integral à assistência médica, o SUS alterou a antiga lógica do seguro-saúde. Antes da constituição de 1988, o direito à assistência médica estava vinculado à obrigação de contribuir para o sistema de saúde; mas depois da constituinte, a saúde passou a ser um direito de todos, independentemente de sua contribuição específica. Assim, a assistência médica virou exclusivamente um dever do Estado, gerando um paradoxo: "*Alguns contribuem e, ao menos em tese, todos têm direito, independentemente de contribuírem ou não. O trabalhador contribui obrigatoriamente para o INSS, mas não conta mais com a certeza de que será assistido*" (*ibid.*, p. 173).

Como resultado, vivemos a atual situação: os que podem pagar (aqueles que possuem uma renda mínima para arcar com esse custo) o fazem em duplicidade, pois acabam tendo que pagar também por seguros de saúde privados. Isso por que as condições do atendimento público, a que todos têm direito, são bastante precárias, e não asseguram a todos um atendimento minimamente satisfatório. Muito pelo contrário, as condições do atendimento hospitalar público beiram, muitas vezes, o caos. O real enquanto impossível mostra sua face traumatizante: os critérios de atendimento aos pacientes que demandam atendimento se baseiam na gravidade clínica ou na carência socioeconômica, seguindo a Carta dos Direitos dos Usuários de Saúde, publicada em 2006 pelo Ministério da Saúde. Na prática, não existe um sistema igualitário, observam as autoras. "*O ideal igualitário é um fantasma, que encontra o real como impossível*" (*Ibid.*, p. 174); o desejo de alguns, de uma saúde universal e integral para todos, vem

produzindo, na realidade brasileira, desequilíbrio financeiro e o sucateamento da saúde pública. Enquanto alguns pagam, duplamente, muitos não conseguem ser atendidos, em função de um sistema que não funciona. Isso porque "*o Estado brasileiro não é uma empresa produtiva, nem um banco de investimentos, sendo financiado basicamente pelos impostos que recolhe da população economicamente produtiva*"(ibid., p. 174).

Num artigo onde quatro pesquisadores debatem o assunto, (PEDROSA, 2013), encontramos várias ponderações que enriquecem essa discussão. Segundo Clarice Melamed, pesquisadora da área de economia da Fundação Oswaldo Cruz, a aplicação não transparente do alto volume de recursos no sistema permite o questionamento do que se passa, uma vez que se constata uma grande desproporção entre o que o Estado paga e o que a população encontra como serviço à sua disposição. Entretanto, no meio desta questão, estão os médicos brasileiros, que sob o juramento de Hipócrates, são formados segundo a missão sagrada de se dedicarem para salvar vidas.

Uma entrevista com um médico cirurgião torácico, publicada em jornal carioca em agosto de 2014¹⁸, aborda a desistência de quem ingressou no trabalho médico "*imbuído de romantismo*", tomando a medicina como uma profissão de solidariedade. "*Tratar alguém é viciante, dá uma sensação de poder. Mas esse sentimento vai se modificando, o sistema te empurra uma nova roupagem*", afirma. Na matéria, o médico afirma: "*Não desisti do sistema público de saúde, ele é que desistiu de mim*"; ele informa que há 15 anos, quando se formou, sentia-se "*poderoso, eficiente, idealista*". Porém, relata ter chegado ao seu limite após atuar em hospitais públicos municipais e estaduais do Rio de Janeiro, onde enfrentava, além da falta de infraestrutura básica, condições diárias de violência. Assim, decidiu abandonar o que descreve como "*um cenário em ruínas*", e anuncia o lançamento, em breve, de seu livro: "*Sob pressão: a rotina de guerra de um médico brasileiro*". O médico descreve sua experiência profissional e relata histórias semelhantes às de um soldado "*que foi ao front de batalha e volta para contar*". O autor trouxe nesta entrevista, portanto, um depoimento sobre a experiência médica de trabalho no serviço público nacional, que antecipa o teor de alguns relatos que apresentaremos abaixo, bem como alguns dados colhidos na pesquisa de campo.

¹⁸ Entrevista com Márcio Maranhão, publicada no Jornal O Globo em 31.08.2014, p. 43.

Diante de uma verdadeira falência da assistência médica à população pela rede pública, os médicos encontram a opção de se submeterem à lógica do capital fornecida pelas seguradoras de saúde suplementar. Na luta por um rendimento à altura de sua responsabilidade, eles se sobrecarregam com múltiplos atendimentos rápidos, pagos pelas seguradoras e não por seus clientes. Desta maneira, acabam por aceitar uma intermediação que atravessa a outrora sagrada relação médico-paciente. A tecnologia oferece a possibilidade de fazer com que exames laboratoriais e de imagens substituam o exame clínico, que antigamente conferia autoridade ao saber médico; desta forma, as consultas se transformam em apressadas solicitações de exames, as agendas ficam lotadas, mas tanto médicos quanto pacientes ficam, geralmente, insatisfeitos.

Por sua vez, o alto custo de muitos procedimentos coloca pacientes e médicos nas mãos dos empresários que financiam o campo da saúde, em busca de lucros. Os planos de saúde se tornaram indispensáveis tanto para que os pacientes tenham acesso à cara tecnologia, quanto para os médicos, que precisam do encaminhamento realizado através das empresas a eles convenientes. Pressionados por um sistema que exige uma grande quantidade de atendimentos para viabilizar seus ganhos, os médicos acabam entrando numa rotina exaustiva que não lhes permite dar maior atenção aos segurados, a não ser ao preço do atraso nas agendas e conseqüente irritação dos pacientes agendados. E acumulam empregos públicos com atendimentos particulares, seja em clínicas populares ou em consultórios, sustentados basicamente pelos convênios. Os mais ambiciosos sucumbem muitas vezes às tentações de se envolverem em negócios pouco éticos, cobrando particularmente por cirurgias realizadas em hospitais públicos, aceitando financiamento para ida a congressos promovido por laboratórios - em troca de favorecimento de seus produtos nas receitas - ou até mesmo recebendo comissões pela utilização de próteses fornecidas por algumas indústrias, independentemente de sua real indicação. Esses exemplos, que são veiculados pela imprensa, ou cochichadas entre profissionais que não ousam fazer denúncias policiais, começam a proliferar no meio médico, indicando a existências de médicos cujo perfil mercenário é antagônico ao perfil missionário que tradicionalmente caracterizou a categoria profissional, por séculos.

Acusados muitas vezes de serem mercenários, mas exigidos como missionários, e sempre responsáveis pelos atendimentos, os médicos brasileiros se confrontam com condições de trabalho insalubres, de extrema precariedade de recursos físicos e

materiais, que colocam em xeque seus ideais. Nas redes sociais, alguns deles postam depoimentos e comentários que, ao meu ver, retratam o sentimento coletivo da categoria:

DEPOIMENTO 1:

“Após seis anos de faculdade de medicina, dois anos em residência em um hospital federal sucateado, três anos de residência em cirurgia oncológica no Instituto.... (Onde existem filas enormes de pacientes para operar), fui para o interior. Aqui chegando, resolvi dedicar um dia da semana para operar pacientes do SUS, com câncer. Brigando por estrutura e equipamentos para o centro cirúrgico com todos, consegui, mas... parei. Estou enviando em anexo o demonstrativo do pagamento. São dez pacientes operados por um especialista brasileiro. Notem que operei em novembro e em dezembro, e recebi em maio do ano seguinte. A senhora presidente quer me culpar pelo caos na saúde, pagando em média 200 reais por cirurgia de câncer, demorando cinco meses para pagar, sem dar condições mínimas, sendo que muitas vezes eu comprava os fios cirúrgicos... (abaixo: contracheque de pagamento a dez procedimentos cirúrgicos realizados entre 28/11/2011 e 27/12/2011, no valor total de R\$2.131,90, pagos em 08/05/2012. (Parte do depoimento postado dia 23/06/2013, às 7.21horas, no Face book).

Comentários postados:

- "O nosso mal é acharmos que vamos mudar o mundo! mas fazemos a nossa parte! você ajudou muita gente, e vai continuar ajudando...Isso é índole, bom caráter... muitas vezes também pago para trabalhar! comprando medicações que sei que meus pacientes não podem comprar, implorando aos representantes por caixas fechadas de medicamentos para que eu possa continuar no ambulatório... Mas não mudemos nossos planos, ajudar o próximo e fazer o nosso melhor!

- "burro é você operar no SUS!"

DEPOIMENTO 2:

"Este ano, completo sete anos de formada pela UFF, e desde então, por opção de vida, trabalho no interior, não moro mais num grande centro. Já trabalhei em cada canto, você não sabe o que eu já vi e já vivi, não só como médica, mas como cidadã brasileira. Já tive que comprar remédio com o meu dinheiro, porque a mãe da criança só tinha dois reais para comprar pão. Por que comprei? porque não tinha vaga no hospital para internar, e já tinha usado todos os espaços possíveis (inclusive no corredor) para internar os mais graves."

"Você sabe o que é puxadinho? agora, já viu dentro de uma enfermaria? pois é, eu já vi. E muitos. Sabe o que é mãe e filho dormirem na mesma cama simplesmente porque não havia lugar para sequer uma cadeira? já viu macas tão grudadas, mas tão grudadas, que na hora da visita médica era necessário chamar um por um para o consultório porque era impossível transitar na enfermaria? já

trabalhei em lugar em que tive que autorizar que o familiar trouxesse comida (não tinha, ora bolas!) e já trabalhei em outro que lotava na hora do lanche (refresco ralo com biscoito de péssima qualidade) que era distribuído aos que aguardavam na recepção."

"Já esperei doze horas por um simples hemograma, Já perdi o paciente antes de uma simples ultrassonografia, já vi luva descartável ser reciclada. Já deixei de conseguir vaga em UTI para doente grave porque eu não tinha exame complementar que justificasse o pedido. Já fui umbuzando um prematuro de um quilo (que óbvio a mãe não tinha feito o pré-natal) por 40 km para vê-lo morrer na porta do hospital, sem poder fazer mais nada."

"E tem mais, calma!"

"Já tive que escolher direta ou indiretamente quem deveria viver, e morrer. Já ouvi muito desaforo de paciente, revoltado com tanto descaso que na hora da raiva desconta no médico, como eu, como colegas, na enfermaria; na recepcionista, no segurança, mas nunca na nossa presidenta!"

" Já ouviu alguém dizer na tua cara: meu filho vi morrer, e a culpa é tua! e a culpa nem era minha (...) já vi gente morrer, óbvio, médico sempre vê gente morrendo, mas de apendicite, porque não tinha centro cirúrgico no lugar, nem ambulância pra transferir, nem vaga em outro hospital? agonizando, de insuficiência respiratória, porque não tinha laringoscópio, não tinha tubo, não tinha respirador? a gente é preparado pra ver gente morrer, mas não nessas condições(...)"

"As pessoas adoecem pela fome, pela sede, pela falta de saneamento, e de educação, e quando procuram os hospitais, despejam em nós as suas frustrações, medos, incertezas... O problema no interior não é falta de médico, é falta de estrutura, de interesse, de vergonha na cara. E não é salário que a gente reivindica, eu não quero ganhar muito num lugar em que tenha que fingir que faço medicina, e acho que a maioria dos médicos também não." (Em 22/06/13, 13:23h, retirado do site [www. Facebook.com.br](http://www.Facebook.com.br)).

Depoimentos semelhantes de profissionais que atuam em outros hospitais brasileiros circulam pela internet. A realidade do trabalho apontado nestes depoimentos não é diferente do de outras centenas de hospitais públicos brasileiros, que realizam prioritariamente atendimentos ao SUS. Embora existam trabalhos sobre o *burnout* em profissionais de saúde, circulando em muitos países do chamado primeiro mundo, não podemos deixar de considerar que, no Brasil, especialmente entre os profissionais dedicados ao atendimento hospitalar da rede pública, existe uma situação diferenciada a considerar.

A partir dos relatos veiculados pela imprensa e pela internet, e dos artigos abaixo indicados, acreditamos que este quadro seja indicativo da realidade profissional da

maioria dos médicos e enfermeiros que atuam nos hospitais públicos brasileiros. Ezaias e colaboradoras (2010), atuam como enfermeiras residentes num hospital de média complexidade de Londrina, PR. Em estudo realizado nesta instituição, elas relatam a existência de acentuados quadros de estresse relacionados não apenas às responsabilidades profissionais, mas também

a problemas estruturais dessa organização...em decorrência da situação de elevada demanda e superlotação enfrentadas pelas instituições de alta complexidade do município(...). Não é raro que um indivíduo que tenha optado por uma profissão de ajuda e cuidado, quando se vê frente a restrições em seu trabalho, como falta de estrutura, recursos materiais e até mesmo recursos pessoais, passe a encontrar dificuldades relacionadas às suas possibilidades de atuação, tendo como uma reação específica o estresse ocupacional crônico, atitudes e comportamentos negativos em relação aos clientes, ao trabalho, à organização. (EZAIAS et al, 2010, p. 528).

Rosa e Carlotto (2005), em pesquisa com profissionais de saúde de um hospital da região metropolitana de Porto Alegre, concluem que, entre outros aspectos, que "os profissionais que trabalham na instituição precisam, acima de tudo, de melhores condições e organização de trabalho, com suporte de seus supervisores, benefícios e políticas organizacionais que contemplem sua qualidade de vida" (*ibid.*, p. 12). No caso específico dos médicos, convém escutar o que o Conselho Federal de Medicina destacou, em 2007 (CFM, 2007) a respeito das condições de trabalho brasileiras:

Há mais de uma década o Conselho Federal de Medicina vem alertando para este aspecto que pode, em si, comprometer a saúde da população. Inicialmente, apontaram-se as precárias condições de trabalho, com jornadas extenuantes, multiplicidade de atividades, desgaste profissional e redução de salários. (CFM, 2007, p. 146).

Entretanto, ao longo dos últimos anos, o CFM constatou que o panorama do campo de trabalho médico vem piorando. Um exemplo está no fato que, enquanto nos anos 90, o principal cenário de trabalho médico no Brasil era o consultório particular, em 2004 a predominância passou a ser a do trabalho no setor público (*ibid.*, p. 23). Assim, em 2007 apenas 42,7% dos entrevistados declararam realizar atividades em consultórios; sendo que 57,5% dos médicos avaliados passaram a trabalhar predominantemente em hospitais - embora não tenha sido informado em que proporção

eles são públicos ou privados. Curiosamente, essa percentagem se aproxima daquela que indica o número de médicos em algum grau de *burnout*.

Partindo desse levantamento inicial da literatura encontrada sobre os sintomas profissionais de médicos - o *burnout* e o *cuidador descuidado* - apresento, a seguir, a pesquisa de campo que servirá de base para a leitura psicanalítica destes sintomas. Esta pesquisa foi realizada parcialmente num hospital universitário da região serrana do Estado do Rio de Janeiro, onde a observação da realidade profissional médica teve seu início; e complementada com entrevistas junto a médicos que trabalham num hospital particular da capital desse mesmo Estado, visando recolher depoimentos de profissionais de instituições e municípios diferentes, para melhor abordagem da experiência profissional de médicos brasileiros.

CAPÍTULO II

DESCORTINANDO O REAL: RELATO DA PESQUISA REALIZADA EM DOIS HOSPITAIS.

A pesquisa que sustenta esta tese, como já anunciamos, foi realizada em dois hospitais. No primeiro deles, universitário, o Hospital das Clínicas de Teresópolis Constantino Ottaviano, foi realizada uma observação direta do trabalho dos médicos, ao longo dos últimos sete anos em que ali trabalho. A pesquisa do doutorado abrangeu esta observação, que inclui o contato com profissionais, e também com estudantes de medicina que realizam seu internato acadêmico neste hospital. No segundo hospital, particular, e localizado no município do Rio de Janeiro (Hospital Copa D'Or), foram realizadas 14 entrevistas com médicos que pertencem ao corpo clínico desse hospital, e que aceitaram participar de um estudo sobre sua relação com a própria profissão, preenchendo a Declaração de Consentimento Livre e Esclarecido. Como já foi dito anteriormente, cada uma dessas pesquisas foi aprovada por um comitê de ética em pesquisa hospitalar¹⁹.

A experiência que será relatada inicialmente foi obtida durante os anos de observação e acompanhamento da rotina de trabalho de médicos, enfermeiros e atendentes, no hospital universitário. Essa observação descortinou a existência de um mal-estar institucional relacionado à insatisfação salarial, afetando os profissionais que se ocupam da recuperação da saúde de pacientes ali internados. Um alto nível de estresse se tornou visível na fala e comportamento desses profissionais, o que levou a um primeiro tempo de observação sobre as condições de trabalho e seus efeitos na (in)satisfação do profissional nas suas relações com colegas e superiores. Nesse momento inicial ficou evidente a presença, em todos os níveis hierárquicos, de sofrimento subjetivo entre os profissionais que trabalham neste hospital, através das queixas generalizadas sobre as precariedades financeiras que caracterizam a vida dessa

¹⁹ A pesquisa de campo junto aos estudantes e médicos recebeu a aprovação da direção do hospital universitário e do comitê de ética do Núcleo de Estudos de Saúde Coletiva da UFRJ, conforme parecer 69971 aprovado em 08/08/2012. O protocolo da segunda observação passou pela comissão de ética do hospital Copa D'Or, também através da Plataforma Brasil do Ministério da Saúde conforme parecer 699.924 aprovado em 24/06/2014.

instituição. Posteriormente, visando verificar a presença ou ausência de sofrimento em médicos que atuam em outras condições de trabalho, foram feitas algumas entrevistas com médicos que atuam num hospital particular, voltado para pacientes particulares e/ou conveniados com seguros de saúde.

Pude constatar diretamente os efeitos subjetivos produzidos pelo trabalho em uma instituição hospitalar financiada basicamente pelo SUS. Esta vinculação obriga os médicos, enfermeiros, gestores hospitalares, e demais níveis hierárquicos existentes no hospital, a enfrentarem uma assustadora precariedade das condições, materiais e financeiras, necessárias à realização de seu trabalho. Essa situação não se repete, entretanto, em instituições voltadas exclusivamente ao atendimento de pacientes particulares ou conveniados, ou seja: quando o financiamento do atendimento hospitalar não provém dos cofres públicos, e sim de outras fontes, como empresas de saúde. No primeiro caso, os contratos firmados entre o hospital e o município estão vinculados a uma tabela de pagamentos muito baixos, imposta pelo SUS, e que é paga muitas vezes com atraso. O hospital trabalha com um orçamento muito apertado para cobrir todos os custos, e precisa lidar com questões políticas e financeiras de natureza institucional, que tornam o ambiente de trabalho bastante tenso, e os recursos materiais escassos. Já no segundo caso a infraestrutura hospitalar é satisfatória, havendo boas condições tecnológicas e materiais para o trabalho profissional. Examinaremos a relação com a própria profissão comentada por estes profissionais durante as entrevistas.

Voltando à descrição do primeiro caso, trata-se de uma instituição hospitalar universitária de iniciativa privada, com cerca de quarenta anos de existência, que atua em uma cidade do interior do estado do Rio de Janeiro. Esta instituição, a única que, nos últimos anos, recebe para internação hospitalar a população deste município pelo SUS, custeia a maior parte seus serviços com recursos gerados através de convênio com a Secretaria Municipal de Saúde. Recentemente, o Hospital começou a atender também pacientes particulares e os enviados por convênios, mas numa proporção significativamente menor que os pacientes encaminhados via SUS. Eventualmente, o hospital recebeu, ao longo de sua existência, algum auxílio financeiro do centro universitário, através de uma verba auferida pelo pagamento de mensalidades, principalmente de estudantes dos cursos superiores promovidos pela Instituição. Entre os cursos voltados para a área da saúde, estão os de Medicina, Enfermagem, Fisioterapia, Odontologia e Farmácia. O hospital universitário oferece um cenário de

aprendizagem ao futuro profissional de saúde, a partir do atendimento da população desta cidade que se situa na região serrana do estado do Rio de Janeiro.

Mantida e criada por uma fundação de natureza comunitária, sem fins lucrativos e sem apropriação de resultados financeiros por dono ou proprietário, esse hospital vive um cenário de crise, juntamente com outros hospitais de ensino no território nacional. Tal quadro de precariedade econômica produz uma realidade verdadeiramente dramática para seus funcionários, que trabalham em meio a queixas pelos baixos salários recebidos, e pelas instalações físicas desconfortáveis, uma vez que não foram adequadamente planejadas (o hospital foi crescendo e realizando acréscimos gradualmente ao longo dos anos) nem climatizadas (tanto para as baixas temperaturas no inverno desta cidade, quanto para os dias de forte calor no verão). Os profissionais se queixam ainda da pequena estrutura de pessoal contratado para a intensidade da demanda dos serviços; escassos recursos tecnológicos de equipamentos; material obsoleto ou sem condições de uso; excesso de estudantes circulando pelas clínicas, entre outras situações oriundas de mazelas institucionais. Apesar dessas dificuldades, a instituição universitária é um dos principais polos empregatícios da cidade, ficando atrás apenas da prefeitura da cidade.

No ano de 2007²⁰, a estrutura física deste hospital geral contabilizava a oferta de 200 leitos, dos quais 182 estavam disponibilizados ao SUS. Nesta data o hospital estava trabalhando com cinco salas de cirurgia, 24 ambulatórios para atender 15 diferentes especialidades médicas, oferecia dez diferentes serviços auxiliares para diagnóstico e tratamento (Raio X, ultrassonografia, tomografia computadorizada, ressonância nuclear magnética, terapia renal substitutiva, patologia clínica, anatomia patológica, fisioterapia, nutrição e serviço social), cinco salas destinadas ao setor de urgência/emergência e outras três ao setor de acolhimento, cinco espaços destinados a atividades de ensino e uma biblioteca setorial. Trata-se, portanto, de um hospital de médio porte. Naquela ocasião, esse hospital ainda era o único do município a disponibilizar sua emergência ao SUS, com um elevado custo de manutenção, o que desencadeou uma profunda crise política e financeira quando das negociações para a renovação de contrato dos seus serviços junto ao governo municipal. Nos dias de hoje, entretanto, o serviço de

²⁰ Conforme documento institucional intitulado “*Hospitais Universitários em crise: em Teresópolis não é diferente*”, em 20 de setembro de 2007. Fundação Educacional Serra dos Órgãos. Circulação restrita.

emergência foi parcialmente fechado, e a população precisa ser atendida inicialmente pela UPA municipal, antes de ser encaminhada ao hospital.

Alguns aspectos, destacados naquele ano pelo reitor como reflexos da crise, indicavam a existência de sérios problemas organizacionais no hospital, gerados pela política municipal de financiamento dos serviços prestados pela instituição, através do SUS. Neste sentido, muitos problemas se evidenciavam: dificuldades geradas pela alta rotatividade na contratação de profissionais de saúde; não preenchimento de vagas em diversos plantões; contratação de profissionais cada vez com menor experiência; maior sobrecarga nos atendimentos de emergência; pacientes em macas no pronto socorro aguardando internação; 100% de taxa de ocupação dos leitos hospitalares; sobrecarga na única referência municipal para pré-natal e gravidez de alto risco, impondo cotidianamente a colocação de leitos extras; sobrecarga na unidade intermediária neonatal. Todos esses foram problemas identificados pela Instituição como um motivo de forte preocupação, apontando as dificuldades na manutenção da qualidade e quantidade de serviços hospitalares prestados à população.

Dentro desse contexto crítico, surgiu neste hospital, em 2006, um programa experimental chamado “*Quem cuida dos cuidadores?*”. Desde o início, o programa é coordenado por seu idealizador - um médico também psicólogo – que organizou a proposta de atuação a partir de sua pesquisa de doutorado (CAMPOS, 2005) sobre grupos de trabalho, considerando os profissionais de saúde como cuidadores que também precisam de cuidados. Valendo-se da teoria de Winnicot sobre o “*holding*” que a mãe oferece a seu bebê (WINNICOT, 1982); assim como das teorias psicológicas sobre o papel do suporte social para os provedores de cuidados (CAPLAN, 1976; GOTTLIEB, 1983; DI MATTEO & HAYS, 1983), Campos aplicou, através deste Programa, sua proposta de oferecer cuidados aos profissionais que atuam no hospital. Sua intenção é a de reduzir o estresse oriundo do cotidiano de trabalho, estimulando os membros do grupo a cuidarem também de seus colegas, visando prevenir essa patologia que acomete trabalhadores da área da saúde: a síndrome de *burnout*. Sua iniciativa, nesta instituição, estimulou a gestão hospitalar a criar, através do Programa, espaços coletivos ou individuais para discussão do processo de trabalho, e a permitir a promoção de alguns momentos lúdicos de descontração dentro dos horários de trabalho (CAMPOS, 2012, p. 223). Embora a abordagem do Programa não seja psicanalítica, e muitas vezes se aproxime da psicologia aplicada aos recursos humanos, destaco que o

Programa foi capaz de acolher a psicanalista, em sua intenção de criar um espaço diferenciado de escuta aos sujeitos que trabalham no hospital, a partir de uma observação inicial deste campo de trabalho.

Assim, a partir de uma experiência inicial de observação do funcionamento deste Programa, pude me aproximar do sofrimento subjetivo que acompanha a experiência de trabalho em um hospital voltado para o atendimento ao SUS. Foram recolhidos, desses profissionais, no decorrer de minha pesquisa de doutorado, depoimentos orais com um teor semelhante aos obtidos pela internet, anteriormente mencionados. Aqui como lá, encontramos o mesmo tipo de relato, feito por profissionais que atuam em hospitais públicos e postos de saúde do interior do país; indicando que o sofrimento dos profissionais dessa instituição não é oriundo de suas características específicas, mas de condições de trabalho que são comuns aos hospitais públicos brasileiros. Acompanhando a rotina dos profissionais numa enfermaria da clínica médica, e participando de diversos encontros de reflexão sobre a realidade do trabalho, promovidos entre médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e pessoal administrativo, pelo Programa, encontrei uma penosa realidade de trabalho. Quando visto sob o olhar de quem, como eu, não conviveu anteriormente com o ambiente hospitalar, tal encontro provocou uma surpresa desagradável, devido às características desse cenário. Passo então à descrição do que encontrei durante este tempo de observação.

A precariedade dos recursos materiais e das condições físicas do hospital se somam à sobrecarga de trabalho de médicos, enfermeiros e seus assistentes, uma vez que todos lidam diariamente com a demanda de produzir cuidados em saúde para os muitos pacientes ali internados. Convivendo com o sofrimento destes, e com o estresse derivado da grande responsabilidade por socorrê-los e evitar sua morte, os profissionais enfrentam condições salariais, materiais e tecnológicas inferiores às que expressam desejar, sempre que podem. A tensão da relação entre os profissionais, que convivem em clima nem sempre cordial, aparece diante da pressão emocional que estabelecem junto a seus colegas e subordinados, repassando as cobranças que recebem de seus superiores. As dificuldades organizacionais, que refletem problemas políticos da instituição, do município e do país, recaem frequentemente sobre as já frágeis condições de trabalho no hospital, complicando a resolução dos problemas. Assim, prejuízos causados pela glosa, corte de verbas, ou atrasos no repasse municipal do valor

contratado junto à instituição, entre outros problemas, acontecem continuamente ao longo do ano, dificultando ou impedindo reajustes salariais e melhorias no ambiente físico de trabalho.

A tudo isso se soma o fato de que estudantes de medicina e de enfermagem precisam ser orientados e testados, aprovados ou reprovados em seus estágios no hospital. Sua presença na rotina do atendimento matinal tumultua os corredores e salas de convivência, abarrotados de prontuários a serem preenchidos, supervisionados e carimbados - momentos onde alguns erros acontecem, com efeitos nocivos para o funcionamento da própria estrutura hospitalar. Pois é através do preenchimento dos prontuários que a instituição fatura suas contas, que são - em grande maioria - endereçadas ao município. A burocracia necessária ao processo de faturamento sobrecarrega a equipe de médicos, pouco afeita a esse tipo de trabalho que, entretanto, se revela fundamental nos tempos atuais: qualquer erro no processo de cobrança pode acarretar uma menor arrecadação nos escassos recursos repassados pelo SUS.

A falta de pessoal nas equipes, seja porque as vagas em aberto não são facilmente preenchidas, seja porque há feriados, fins de semana, afastamentos por licenças médicas e férias (que esvaziam as pequenas equipes já sobrecarregadas - especialmente entre os profissionais de enfermagem) tornam algumas situações bastante dramáticas. Quando um paciente "para" - terminologia técnica usada no meio para falar da morte - a equipe sofre; e, por vezes, ocorre mais de uma morte num dia, nas várias enfermarias do setor clínico do hospital onde a observação ocorreu. Nestes momentos, a equipe de enfermagem é ainda mais solicitada, ficando com ela a missão de comunicar a ocorrência à família. Quando surgem desentendimentos dentro da equipe, ou mesmo quando um dos pacientes internados se rebela contra prescrições ou determinações da disciplina hospitalar, a irritação e o desconforto aumentam. O hospital não mais possui o serviço da psicologia hospitalar, que funcionou durante muitos anos, até ser dissolvido numa das várias crises financeiras da instituição. Aliás, a equipe de trabalho exigida pelo SUS prevê a contratação desses profissionais apenas em pouco setores, como a hemodiálise e o CTI.

Alguns familiares, que acompanham os pacientes internados, também causam tensões, discutindo com a enfermagem ou exigindo a presença de médicos fora do horário estabelecido pela instituição. Exames que devem ser realizados após jejum e são

inexplicavelmente adiados, ou demoram a ocorrer, e atrasam o diagnóstico e o tratamento, provocam muitas vezes um conflito entre pacientes, familiares e a equipe de saúde. Dificuldades na comunicação entre clínicas e setores do hospital também acontecem, prejudicando a interação entre todos. A administração hospitalar não tem, naturalmente, a mesma percepção que os psicanalistas alcançaram sobre o mal-entendido inevitável à comunicação humana; e talvez por isso, não estabelece - como indispensável - a realização regular de encontros entre os setores, único meio possível para mitigar o problema. Neste contexto, a existência do Programa - mesmo que com uma carga horária diminuta - funciona como um dispositivo mínimo para fomentar o encontro e a fala sobre as dificuldades enfrentadas no cotidiano do processo de trabalho.

Considerando a falta de recursos materiais para instalar televisões, música ambiente ou outra estratégia similar nas várias enfermarias - onde alguns pacientes permanecem internados por muitas semanas, (às vezes durante vários meses), - evidencia-se um cansaço e maior desgaste entre alguns pacientes e seus familiares, que não conseguem suportar a rotina da sua internação. Alguns gemem alto, outros sofrem procedimentos que exigem a colocação de biombos entre os leitos, tornando as enfermarias coletivas um cenário quase sempre cercado de apreensão e dor. Certamente existe também a alegria de um paciente que recebe alta, ou com aquele que melhora com o tratamento; bem como o alívio produzido pela entrada das visitas, uma vez por dia, durante um horário previamente determinado pela instituição. Mas em geral o cenário hospitalar é caracterizado pela tensão, agitação e pelo desgaste inerente ao trabalho, havendo eventualmente a ameaça de episódios de agressão física por parte de familiares, que colocam em risco a própria segurança dos profissionais. As equipes raramente conseguem se encontrar para reuniões administrativas, o que dificulta a comunicação entre os serviços, bem como a necessária superação de problemas no processo de trabalho.

Algumas reuniões acontecem, então, informalmente, fora do horário de trabalho, sem remuneração extra, razão pela qual são, em geral, pouco frequentadas. Quando as chefias setoriais conseguem fazer com que aconteçam dentro do horário do expediente, de maneira extraordinária e esporádica, tais encontros servem mais à comunicação formal de notícias importantes do que ao exame de questões conflituosas, que permanecem na maior parte das vezes não abordadas. Diante dessa realidade, e quando há concordância, algumas equipes conseguem se reunir semanalmente com profissionais

do *Quem cuida dos cuidadores?* durante uma hora, dentro do horário de trabalho, para refletir sobre o cotidiano de trabalho, e buscar as soluções possíveis. O foco deste encontro é o reconhecimento, pelos membros da equipe, das situações aflitivas que poderiam ser enfrentadas pelos próprios funcionários, desde que os sujeitos assumissem suas responsabilidades e se comprometessem com a busca das soluções ao seu alcance. Entretanto, segundo queixa da direção do hospital, os problemas tendem a ser repassados para outras instâncias, sem que os sujeitos se envolvam com iniciativas pessoais na tentativa de solucionar as pendências decorrentes do processo de trabalho. Queixosos, os funcionários muitas vezes se omitem, e os problemas se acumulam sem que a direção tenha tempo para intervir em todas as situações necessárias. Por outro lado, há um medo generalizado de que iniciativas sejam mal recebidas ou mal interpretadas pela direção ou pelos próprios colegas, uma vez que o nível de competência de cada um nem sempre está bem definido.

É nesse aspecto que a orientação psicanalítica poderá produzir uma diferença, por conhecer o mal entendido inerente ao uso da palavra, por sujeitos sempre singulares, em seu desejo e estruturação psíquica; dando peso às palavras proferidas, e ao posicionamento assumido em cada situação, num processo de responsabilização subjetiva. Diferentemente da posição psicológica de buscar a adaptação, o posicionamento psicanalítico implica no reconhecimento do preço simbólico que cada um deve pagar por suas escolhas, por seu desejo. Assim, a experiência profissional dos sujeitos está submetida aos mesmos princípios que norteiam seu posicionamento singular em outras experiências de vida, seja na família, seja no trabalho, ou ainda na política (na *polis*).

As presenças aos encontros com o Programa não são obrigatórias, pois as exigências do serviço muitas vezes impedem a participação nesses encontros. A sobrecarga de trabalho, referida por todos os profissionais, dificulta a interrupção do trabalho para a realização dos encontros de reflexão com os psicólogos. Além disso, muitas vezes os funcionários criam expectativas de que os psicólogos possam produzir as soluções, ao invés de apenas estimular sua busca pelos participantes; outros esperam que os problemas detectados nos encontros sejam transmitidos pelo Programa à direção, esquivando-se dessa responsabilidade. Por isso, quando surgem situações de impasse, as ausências esvaziam o funcionamento das reuniões. Outros temem as consequências do afastamento do trabalho para participarem das reuniões. É verdade que a direção

hospitalar acolheu a proposta do Programa de realizar, ao menos uma vez por ano, e durante o horário de trabalho, um encontro de confraternização entre os profissionais que participaram das atividades por ele propostas, procurando assim valorizar sua participação nas conversações promovidas pelo Programa. No último ano, a direção do hospital se empenhou no planejamento e execução de reuniões setoriais, tentando minimizar os conflitos inerentes ao trabalho. Mas apesar disso, a pressa, quando não a urgência, caracterizam a rotina de trabalho, onde sempre falta tempo para atender a todas as demandas de reuniões e encontros. E onde também falta a confiança de que o uso da palavra possa trazer uma solução aos impasses.

Entre as tentativas de difundir o valor da fala, vem sendo desenvolvidas, com a participação do Programa, reuniões denominadas como *educação permanente*, recomendadas pelo Ministério da Saúde, onde algumas equipes (chefias médicas, chefias de enfermagem, chefias administrativas e o grupo de gestores do hospital) se reúnem com sua chefia imediata, para examinar problemas, na presença de um facilitador (indicado pelo Programa); e indicar opções de soluções à gestão superior. Tal experiência, em andamento, encontra porém os mesmos obstáculos acima descritos: falta de tempo, entraves organizacionais e políticos, pouca carga horária disponível entre os profissionais envolvidos, falta de confiança nas oportunidades que os encontros abrem para a solução de conflitos. Diante disso, as reuniões são muitas vezes suspensas, e a experiência, interrompida.

Eventualmente, alguma situação individual é examinada pelo Programa, que entretanto evita fazer intervenções psicoterápicas no ambiente de trabalho. Quando estas se fazem necessárias, opta-se pelo encaminhamento para um atendimento fora da instituição. Ainda assim, há um reconhecimento institucional de que os encontros com os psicólogos do Programa permitem a expressão de angústias e queixas dos profissionais; e que assim eles podem localizar mais rapidamente uma forma para o encaminhamento das questões examinadas. Voltaremos a esse ponto na conclusão desta tese.

Uma avaliação interna sobre os benefícios do Programa após quatro anos de sua existência, realizada por meio de entrevistas, indicou um impacto positivo, segundo a percepção dos entrevistados (CAMPOS et al, 2010). As descrições mais frequentes foram: aproximar as pessoas, reduzir o estresse dos funcionários, melhorar as relações

de trabalho, prestar atenção em si próprio (*ibid.*, p. 8). Mas, ainda assim, surgiram evidências de que a perpetuação dos problemas oriundos do processo de trabalho podem levar a um "ponto de exaustão (...). Quando o trabalhador se mostra irritadiço, apático, descrente, desmotivado, na verdade ele já revela sinais de burnout e, sabemos, as consequências são o distanciamento e a sensação de irrealização profissional" (*ibid.*, p. 13).

A partir da observação desta realidade, acompanhamos a ocorrência de alguns episódios críticos que desencadearam pedidos de demissão, seja pelo profissional, seja pela instituição. Em um deles, durante um período de atrasos de salários, uma médica (mais acostumada ao trabalho de ambulatório que à rotina hospitalar) disse à psicanalista que não mais suportava seu trabalho, e se demitiu. Ela escreveu, num e-mail, os motivos de sua desistência:

"Sempre trabalhei, desde os 16 anos, nunca travei dessa forma. Tentei transferência para outro setor (ambulatório), e não consegui. Acabei desistindo, trabalho agora em outro lugar (outra instituição), escolhi plantão à noite, porque é mais vazio, não posso ficar sem trabalho. Fiz medicina para cuidar das pessoas, dando o meu melhor. Sempre me dei bem no trabalho. Mas tenho a impressão que explodi! é horrível, pois a culpa vem junto... adoro todos da clínica. Dói deixar os colegas, mas não conseguia mais ir, somatizava tudo, ficava com diarreia, vômitos, tonturas, mãos trêmulas, geladas e suadas. Minha pressão subia. Além do clima de crise na instituição, a falta de solução aos problemas do paciente e a sobrecarga de funções/trabalho foram o gatilho. Faço vínculo com o paciente, e fico triste quando, por várias razões, não consigo ajudar o paciente. A enfermeira chefe está com o mesmo problema."

O texto continua:

"Gosto muito das pessoas do hospital, mas acredito que o desespero e o desânimo generalizado na instituição deixam o clima tenso. Só palavras negativas, que infelizmente absorvo muito. Meu ambiente de trabalho não pode ser como o descrito pela minha colega médica: "tem uma nuvem negra permanente sobre o hospital". O Dr. (...), até os internos já estavam percebendo que ele não está bem. Ele, sempre calmo, vi recentemente ele explodir na enfermaria, falando: "não aguento mais, como vou fazer com tudo isso?"

Dentre as queixas e reclamações recolhidas do depoimento de funcionários que vem participando do programa, escutamos de médicos, enfermeiras e suas auxiliares,

uma fala frequentemente permeada pela revolta, dor e desânimo diante dos rumos trilhados pela instituição ao longo dos últimos vinte anos. A falta de investimentos financeiros no hospital ocorreu lado a lado com um grande esforço empresarial da fundação mantenedora na melhoria dos estabelecimentos de ensino, construindo novas e modernas instalações no campus (afastado do hospital), e incentivando o meio acadêmico a investir em aprimoramento pedagógico. Isso permitiu que as faculdades unificadas recebessem o reconhecimento do MEC para sua transformação em um centro universitário. Atualmente, está em andamento uma obra para a construção de nova edificação, que receberá a primeira UTI neonatal do município: entretanto, suas vagas serão disponibilizadas prioritariamente para pacientes particulares, uma vez que a Instituição percebeu que sua sobrevivência não poderia continuar na dependência do financiamento municipal; mesmo não havendo, na cidade, nenhum hospital municipal, as verbas repassadas ao hospital não garantem sua sobrevivência.

Entretanto, todos os esforços para melhorar as condições físicas e materiais da instituição não mudam a situação específica que a profissão médica vem vivendo (e não apenas neste hospital), e que se materializa na redução das equipes mais experientes e na dificuldade em substituir os médicos que se demitem ou se aposentam. Essa situação, frequente neste hospital, não se reduz a ele, como pudemos verificar na resenha sobre o *burnout* entre médicos apresentada no capítulo anterior. Uma atenção especial a este problema, que afeta o trabalho médico, precisa ser proposta, e apresentada às autoridades competentes.

A continuidade do Programa neste hospital implica, ao meu ver, na busca de novas estratégias para abordar o *burnout*, isto é: na busca de novas formas para lidar com essa resposta subjetiva do profissional que se destitui do seu engajamento libidinal no trabalho que realiza. A partir desta tese, minha contribuição será a de propor uma abordagem psicanalítica de orientação lacaniana, para introduzir a psicanálise aplicada ao trabalho em nossa intervenção junto aos profissionais desse hospital, considerando a diferença de abordagem, anteriormente explicitada, que caracteriza a psicanálise. Mas tomar o *Burnout* como um sintoma da condição de trabalho exige pensar no real a que esses sujeitos respondem dessa maneira sintomática. Na abordagem psicanalítica que me proponho a construir nesta tese, voltada para o tratamento dessa realidade, o real em questão é pensado como sendo *aquilo que é*, o que “ex-siste”, em sua autonomia do simbólico, tal como foi considerado por Lacan em seu último ensino:

A noção de ex-sistência do real é a noção de um excesso incluído no princípio do prazer. É por isso que a ex-sistência não é um “além”. Ela implica um modo de existência do real incluído no campo onde o significante opera representando o sujeito para um outro significante.
(COELHO DOS SANTOS, 2006, p. 212).

Levar o sujeito a se aproximar desse real implica em ajudá-lo a enfrentar o que fracassa, o que falha, o que resiste às suas tentativas de intervenção e de mudança da realidade de trabalho. Da mesma forma, implica em examinar as defesas que foram construídas para afastá-lo desse real. Considero que a escolha de uma profissão no campo da saúde, seja a de um médico ou de um enfermeiro, convoca geralmente o sujeito para uma investigação relativa ao que causa, no sujeito, essa escolha. No caso em questão, a partir dos aspectos levantados por esta tese, essa investigação precisa considerar o desejo pela profissão e seus entraves; o ideal profissional, sua ética, e os conflitos que se apresentam nos dias atuais, produzidos pelas características do trabalho em saúde nos hospitais brasileiros. Entretanto, a investigação inicial que leva os sujeitos a optarem por uma carreira, na área da saúde, não tem prosseguimento ao longo da vida profissional, nem mesmo quando a experiência de trabalho produz insatisfação ou tropeça neste real.

Em geral a escolha da profissão médica é causada pelos mistérios do funcionamento do corpo humano, seu adoecimento e risco de morte; a realidade do campo de trabalho não costuma ser investigado antes da escolha, (nem durante o curso de graduação), presumindo-se, provavelmente, que as recompensas financeiras e sociais serão superiores aos problemas ocasionados pela realidade profissional. Não existem espaços institucionalizados – nos hospitais, nas associações médicas, ou nos conselhos de classe- voltados para o profissional em crise, ou em estado de *burnout*.

Observo que os estudantes que escutei nos últimos vinte anos, nesta instituição de ensino superior, e ao longo da sua formação como médicos e enfermeiros, relataram de maneira maciça sua vocação para ajudar o outro a recuperar a saúde e evitar a morte, retirando daí sua motivação para o trabalho. Observamos que a própria ciência médica se empenha em aumentar a duração da vida e superar a morte, encarada por muitos como o supremo fracasso da medicina. Diante disso, nada aflige mais aos estudantes, e

também a muitos profissionais desse campo, do que ter que dizer ao seu paciente que não há como lhe poupar da morte iminente. Há um grande fator de estresse, reconhecido na literatura sobre o *burnout*, que age sobre esse profissional que se vê obrigado a enfrentar o que considera ser esse fracasso: a perda de seu paciente. Assim, a morte e a precariedade de recursos financeiros, tão distantes do ideal que norteia a o trabalho do profissional de saúde, parecem indicar o real em jogo a ser sintomaticamente evitado. Ao levar em consideração esse real, o Programa precisará enfrentar e examinar as questões mais subjetivas que embaraçam e angustiam estudantes ou profissionais de saúde desse hospital, buscando apontar a maneira como a equipe de trabalho lida com esse real.

Nesse contexto, surgiu no episódio abaixo descrito um acontecimento capaz de contribuir para o estudo em andamento nesta tese. Um médico que atua no hospital, com mais de trinta anos de intensa dedicação ao trabalho institucional, sem nenhuma doença prévia, fez um episódio de natureza cardíaca com alguma gravidade, que o obrigou a permanecer internado no CTI por alguns dias. O inusitado do fato decorre de que, diante dos sinais físicos do diagnóstico que ele mesmo realizou - durante uma madrugada em que não conseguia dormir - saiu de casa, sozinho, dirigindo seu próprio carro, como se tivesse sido chamado para atender algum paciente, sem pedir ajuda familiar, por exemplo. Confirmado no hospital o problema cardíaco, foi imediatamente internado.

Em seu retorno ao trabalho, após a licença médica, ele concordou em conversar com a psicanalista, que lhe perguntou sobre sua avaliação do que havia ocorrido. Negando a existência de maiores problemas, ele reconheceu ter sofrido as consequências do estresse inerente ao trabalho, e atribuiu, de maneira genérica, a tensões no relacionamento interpessoal no hospital a principal causa do desgaste responsável pelo episódio que sofreu. Prosseguiu dizendo que precisava conseguir lidar melhor com o ser humano, compreendê-lo e aceitá-lo em suas diferenças, adotando um tom religioso compatível com suas assumidas crenças. Em seguida ele se perguntou, evidenciando algum sentimento de culpa, se ele teria contribuído de alguma forma para promover o forte estresse grupal que vivera no ambiente de trabalho, quando dois colegas a ele subordinados desistiram dos empregos, num momento institucional de atraso de salários e de grande insatisfação coletiva.

Conhecido na instituição por seu jeito calmo, conciliador e contido, esse médico atua, segundo seus colegas, como um médico abnegado; sua atenção aparece voltada predominantemente para seus pacientes. Quando divergiu da conduta dos que vieram a se demitir, chegou a abordá-los diretamente, tentando examinar as situações geradoras da discórdia, mas não foi bem sucedido. Aparentemente, contava com uma resignação à realidade que supôs presentes nos outros, à sua semelhança. Entretanto, o desligamento voluntário de ambos, que estavam sob sua orientação, foi por ele referido como produtor de um grande mal estar, ao qual se sucedeu o episódio cardíaco, que podemos interrogar como sendo um efeito do *burnout* que se manifestou diretamente no corpo. Esse episódio é equivalente ao comportamento médico descrito nas pesquisas citadas, e associável à manifestação do sintoma de *burnout*, se considerarmos a frieza com que tratou a si mesmo neste episódio. O mesmo médico relatou ter vivido anteriormente episódios de esgotamento profissional, reconhecendo, em nossa entrevista, a pertinência desse diagnóstico: uma intensa crise, no seu passado, produziu nele um grande questionamento sobre seu desejo profissional, sempre voltado para ajudar o próximo, em detrimento de si mesmo. Essa experiência de *burnout*, em diferentes momentos da vida deste profissional, revela a utilidade de um acompanhamento mais sistemático deste tipo de sofrimento, o que, entretanto, não é encontrado em nenhum espaço institucionalizado, e que propomos a partir desta tese.

Um segundo dado dessa observação se delineou a partir de um espaço acadêmico em que estudantes de medicina e seus preceptores médicos, nesta mesma clínica, costumam se reunir para examinar situações que envolvam dilemas éticos profissionais. O médico que chefia este setor, Dr. Sávio Silva Santos, é um experiente professor de clínica médica, e sustenta com grande interesse esse espaço por ele criado, propondo aos internos que realizem dramatizações sobre temas que ponham em discussão a ética médica. Na maior parte das vezes, diferentes grupos de estudantes escolhem por conta própria debater situações onde as questões éticas surgem em meio a impasses na relação médico-paciente. Solicitações de aborto, de eutanásia, ou recusa a procedimentos médicos (como a transfusão de sangue por motivos religiosos), costumam ser temas escolhidos para uma conversação, com as presenças da psicanalista, do chefe da clínica, e de médicos, professores e enfermeiros do setor. Situações desencadeadoras de sofrimento psíquico foram então examinadas à luz dos depoimentos produzidos pelos

estudantes, que encenaram, através da estratégia pedagógica da dramatização, algumas situações polêmicas, comuns à experiência da vida profissional dos médicos.

O objetivo acadêmico, de discutir a ética médica diante de situações geradoras de conflito e angústia para o profissional de saúde, traz consigo uma oportunidade para uma escuta analítica, e a possibilidade ímpar de aplicar o dispositivo da interpretação. Trata-se de uma situação onde médicos e estudantes falam, em associação livre, dos pensamentos que comandam suas ações, bem como dos obstáculos que encontram à realização de seu desejo profissional. Orientados pelo professor a encenarem uma situação profissional, onde a tomada de decisão dependeria da posição subjetiva de cada um deles, constatamos que os estudantes que passam pelo internato, sucessivamente, reproduzem quadros dramáticos. Estes repetem algumas situações peculiares da vida profissional, tais como o pedido de jovens grávidas para realização de aborto; o risco de morte provocado pela proibição religiosa, expressa por familiares que são Testemunhas de Jeová, de promover transfusão de sangue; e pedidos de familiares para a realização da eutanásia em parentes com fase terminal de doença. Invariavelmente, os estudantes escolhem debater situações onde se percebem confrontados com interdições provenientes do discurso jurídico e religioso, e diante de situações onde a sexualidade ou a morte se apresentam.

Na primeira dramatização que será relatada, os estudantes apresentaram um esquete em que uma jovem de 17 anos procurava o médico com um pedido de aborto, sem o conhecimento da família. Na cena, ela dizia ter sido estuprada numa festa, onde perdera completamente a consciência por abuso de drogas e álcool, o que a impedia de apontar quem seria o pai da criança²¹. A jovem alegava não poder recorrer à família bastante religiosa e, portanto, totalmente contrária à prática do aborto. Afirmava já estar firmemente decidida a se submeter a tal procedimento; e ainda comunicava sua decisão ao médico, responsabilizando-o pelas consequências. Ela estaria disposta a recorrer a uma clínica clandestina, se o aborto não fosse ali realizado. Mesmo sabendo do risco de vida que correria neste caso, o que causava angústia em ambos.

²¹ A sociedade brasileira foi surpreendida, recentemente, com o noticiário na imprensa, denunciando que estupros de estudantes de medicina - por colegas de turma - estão acontecendo numa conceituada instituição de ensino do país, e gerando ocorrências policiais. Entretanto, a dramatização aqui relatada aconteceu há mais de três anos, em outra instituição, indicando que esse tipo de episódio, no país, é mais antigo e generalizado do que se supunha.

A discussão da dramatização contou com a participação da maioria dos internos. O grupo discutiu os aspectos jurídicos da questão, propôs estratégias para driblar a proibição legal, preocupou-se com o risco de vida da adolescente, caso esta recorresse à alternativa clandestina. Perguntou-se pela responsabilidade do médico, e pelos riscos de complicações se ele assumisse o aborto sem a autorização dos pais. Entretanto, a hipótese de uma convocação dos pais, assim como o exame de algumas possibilidades como a de, por exemplo, entregar a criança para adoção, ou para ser cuidada pelas avós, não foram sequer considerados pelos estudantes. Identificados à jovem, sonhou-se em poder violar os limites da profissão, transgredindo a lei e ocupando o lugar fantasmático da exceção à regra, embora um pequeno grupo tenha censurado essa posição. O sonho evidenciado é o de intervir sem nenhuma interdição, posse absoluta do corpo do outro, se assenhorear da vida e da morte.

Outras cenas, dramatizadas por diferentes grupos de estudantes, apresentam situações semelhantes, em que o médico se vê confrontado com interdições de natureza religiosa que tolhem sua liberdade de ação. Repetidamente, diferentes grupos de internos escolhem representar o impasse gerado pela recusa familiar à transfusão de sangue de pacientes que são Testemunhas de Jeová, mesmo quando tal impedimento leva o paciente à morte, como muitas vezes acontece. Nessas situações, em especial, a crença religiosa do paciente se sobressai como uma obstrução à intervenção profissional do médico, um obstáculo gerado pela subjetividade do paciente. Essa interferência da subjetividade, por formação, é inadmissível para esmagadora maioria dos médicos que se confronta com este impasse. Casos verídicos ocorridos, em que os médicos mentiram aos familiares dizendo estar administrando soros avermelhados ao invés do sangue, foram comentados nas conversações que se seguiram à dramatização de cada cena, denunciando a recusa à limitação do exercício profissional neste caso.

Da mesma forma, relatos de julgamentos em que médicos foram cassados ou absolvidos pelos comitês de ética, ou mesmo pelos Conselhos (Regional e Federal) de Medicina, fazem parte dos comentários que encerram os debates sobre o tema. Estupefatos, os profissionais se defrontam com situações onde sua determinação profissional esbarra em impedimentos oriundos de uma estranha liberdade de escolha de seus clientes, que questionam o direito médico à ação. Entre as ideias que são livremente apresentadas pelos participantes, a psicanalista recolhe - e tem a oportunidade de apontar aos estudantes - algumas afirmativas dos internos sobre o

direito ao uso de intervenções médicas, e que evidenciam abuso do poder. Da mesma forma, tem a oportunidade de comentar posições que desconsideram o limite da prática profissional diante de proibições jurídicas, religiosas ou éticas. Muitos sonham acordados, com uma impossível autonomia ou liberdade total de ação profissional, evidenciando, sem o perceberem, a fantasia de ocuparem um lugar fantasmático da exceção à castração.

Em todas essas situações relatadas escutamos, nas falas colhidas, várias afirmativas que indicam a evitação da castração, seja na ausência de reconhecimento do risco corrido pelo médico, seja no sonho fantasmático de ocupar de maneira onipotente o lugar da exceção. Lugar este claramente evidenciado por alguns estudantes, durante a conversação com seus pares e professores. Esta realidade parece ser percebida também por alguns médicos com maior tempo de exercício da profissão, conforme se pode depreender do relato que se segue.

Numa conversação entre aproximadamente doze médicos que trabalham como chefes de clínicas deste hospital, num encontro tipo EP promovido pelo Programa, e realizada com a presença desta pesquisadora, surgiu a questão da falta de atenção dos médicos à sua própria saúde, sob a forma do não reconhecimento de suas doenças. Indagados sobre sua opinião a este respeito, eles consideraram como determinantes deste comportamento os seguintes fatores: medo de morrer; considerar-se como um deus; atribuição da doença apenas ao seu paciente e nunca a si próprio; e o papel social do médico, que não deve ser visto por seu paciente como um ser vulnerável a doenças. Outros aspectos também foram relacionados como sendo característicos da profissão médica, a saber: a pressão social para que um médico nunca desista da profissão; a ambição em ganhar dinheiro (especialmente entre os mais jovens); e o baixo índice de desemprego, uma vez que um médico só fica sem trabalhar se for esta sua escolha. Retomaremos esses aspectos mais adiante, considerando os indícios que eles nos trazem quanto ao papel da fantasia inconsciente na sustentação do desejo médico enquanto desejo de onipotência.

Em relação aos estudantes de medicina, uma parte da minha pesquisa desenvolvida neste hospital - envolvendo estudantes em período de internato - se voltou para a relação do estudante com sua escolha profissional. A investigação revelou, diante da pergunta *“Por que você escolheu a medicina como profissão?”*, feita a 67 internos, o

seguinte resultado: 45% dos estudantes declararam motivação profissional correspondente à ética médica tradicional, manifestando o desejo de ajudar o próximo. Os estudantes afirmam encontrar satisfação ao diminuir o sofrimento humano, salvar vidas, resolver problemas dos outros, considerando a medicina uma profissão nobre. Algumas respostas deixam entrever a existência de satisfação com o retorno de carinho e gratidão obtido dos pacientes (aspecto também muito destacado entre os médicos do hospital particular, como veremos a seguir). O poder alcançado através da profissão - ao fazer diferença na vida das pessoas, intervir na qualidade de vida dos outros, e penetrar na intimidade alheia - foi mencionado. A vocação é indicada como um determinante fundamental por 28% desse grupo de internos, mesmo índice de respostas quanto aos estímulos familiares (recebidos muitas vezes de pais ou parentes médicos). Referências aos mistérios do corpo e ao desejo de entender seu funcionamento, diagnosticar e conhecer as doenças são citadas em 13% do total das respostas. E, finalmente, 16% de estudantes indicam claramente seu interesse por bons resultados financeiros, decorrentes do exercício da profissão, como causa dessa escolha.

Como verificaremos mais adiante, esses dados estão próximos dos que foram colhidos através de entrevistas com médicos que atuam num hospital particular de nosso Estado. Eles indicam a existência, não mais majoritária, de um perfil profissional norteado pela ética humanitária, em que o médico atua como um missionário, motivado por sua vocação em ajudar o próximo. Entretanto, revelam também a presença, minoritária porém expressiva, de um outro perfil, mais materialista e voltado primordialmente para o interesse financeiro, que se aproxima do perfil que qualificamos como sendo mercenário. Retornaremos a essa distinção entre tais perfis em diferentes momentos desta tese; pois encontramos, nessa distinção, um elemento importante para nossa análise do *burnout* entre médicos, como procuraremos evidenciar ao longo deste trabalho.

Na mesma pesquisa, 68 estudantes responderam à segunda pergunta: “*Que problemas, e que satisfações você espera encontrar no exercício da profissão médica?*”. Entre as respostas, os estudantes nomeiam um amplo rol de problemas esperados no exercício profissional. Destacam-se as referências às más condições de trabalho (22%), críticas às políticas e à estrutura da saúde pública (21%), ao excesso de trabalho ou extensa carga horária (19%), à desvalorização ou baixo reconhecimento do trabalho médico (10%), baixos salários (9%), trabalho em plantões (9%). Uma série de outros problemas foram indicados de maneira mais esporádica: insegurança dos

principiantes, falta de tempo para estar com suas famílias, temor a processos judiciais, expectativa de desentendimentos com colegas médicos e demais profissionais de saúde, estresse, convívio com pacientes graves ou complicados, morte de pacientes, esgotamento físico e/ou mental, entre outros. Apenas três dos 67 estudantes fizeram referência à falta de tempo para si devido ao trabalho. Não foi feita nenhuma referência ao *burnout*, aparentemente desconhecido por este grupo. Conhecedores da realidade que vão enfrentar, estariam esses estudantes preparados para lidar com o real profissional, capaz de adoecê-los?

Uma entrevista individual com um estudante de 35 anos, que se apresentou voluntariamente para conversar sobre sua experiência de esgotamento físico e mental - por ele identificado como uma manifestação de *burnout* - trouxe elementos de informação que facilitam o prosseguimento da investigação. A entrevista descortinou sua percepção da progressiva desregulação profissional que vem ocorrendo entre médicos de sua geração. Ele observou que, ao entrarem nas faculdades, os estudantes sempre estão preocupados com o bem estar dos pacientes, querendo curar, ajudar, cuidar, pois a seu ver esse é o objetivo inicial. Mas considerou que, com o passar dos anos de formação, essa atenção ao paciente vai se modificando, em função das exigências de produtividade, e do aumento das expectativas de obter rendimento financeiro. O ganho pode ser maior, se um número maior de pessoas for atendido, num processo que faz o paciente agora ser apenas mais um na fila de atendimentos... O estudante comenta que, neste estágio, o aluno já não se interessa mais pelo que o paciente sente, pensa ou tem a dizer, pois o que interessa agora é resolver rapidamente a situação dele, acertar o diagnóstico e a dose do remédio para solucionar aquele problema, e partir para o atendimento de outro paciente.

Chamo a atenção para a observação do entrevistado quanto ao fato de que, ao entrarem em contato com o mercado de trabalho, os estudantes começam a ficar atraídos pelas oportunidades financeiras. Ao seu ver, é neste momento que eles começam, gradualmente, a deixar de lado os antigos ideais. A mudança de mentalidade apareceria, portanto, segundo a observação deste estudante, durante o período inicial de formação desses jovens futuros médicos. O estudante comentou que o médico de hoje vive correndo para ganhar seu dinheiro, ser produtivo; se for ganancioso, ele cada vez acumula mais dinheiro e mais trabalho, não deixando de trabalhar nem mesmo em prol de sua saúde. Ele fez uma diferença entre ser ambicioso - que, a seu ver, todo médico é;

e ser ganancioso, o que produz o aumento desmedido da ambição, e recebeu sua crítica. Acha que a ideia de que o médico possa adoecer *“fica distante da gente; a gente sabe do estresse da profissão médica, lida com os problemas e acaba absorvendo... acha que isso de ficar doente nunca vai acontecer com a gente!”*.

Destacando o empuxo ao excesso, o estudante observou a incoerência da falta de cuidados consigo: *“A gente prescreve que o paciente reduza o trabalho, quando acompanha alguém estressado vai afastar ele do trabalho... mas a gente não pensa em parar, em desistir, colocar outro colega ali (no nosso lugar)”*. Este paradoxo, entretanto, só pode ser percebido pelo estudante a partir da sua própria experiência de esgotamento. Prosseguimos com seu relato:

“É difícil ter um médico hoje que trabalhe somente no seu consultório, com horários regulados, capaz de planejar sua vida; a gente acaba acumulando funções e trabalho, pegando mais trabalhos para melhorar a situação financeira... para atingir o objetivo financeiro. Quando alcança uma posição, quer sempre mais... nunca regula o trabalho, e não acha que vá sofrer com isso”.

Destacamos, nessa passagem, sua constatação de que a desregulação profissional se deu a partir das oportunidades profissionais de melhorar a situação financeira, sem uma regulação adquirida pela noção de um limite interno, subjetivo. Querer sempre mais, sem a subjetivação de um limite, indica a presença de uma fantasia de onipotência, ao achar que nunca vá sofrer com isso. Ao acumular funções e trabalho, de maneira abusiva, o sujeito se coloca numa rota de colisão inevitável com a exaustão, com a presentificação de um limite. Entretanto, mais além disso, a fantasia de onipotência impede que o sujeito se dê conta de seu limite físico, que muitas vezes comparece por meio do adoecimento. Sua entrevista permite associar o sintoma do *cuidador descuidado* com as condições de trabalho, estando coerente com a leitura do problema realizada pelo Conselho Federal de Medicina, anteriormente mencionado. Sua vivência particular lhe serviu, entretanto, de alerta quanto aos riscos de adoecimento:

“Tive dificuldade no último ano do internato médico, no cotidiano, sentia esses sintomas, esses sinais... tinha que fazer o internato em outra cidade, e além disso, no fim de semana não podia descansar pois tinha que fazer plantão; pois sou casado e tenho filhos, atualmente tenho 35 anos...”

Finalizando:

"Tive sinais de fadiga, comecei a ficar muito estressado, com cefaleias, com insônia, perda de apetite, e me sentir cansado, estressado, vendo que talvez não aguentasse o ritmo, estando física e psicologicamente esgotado... a parte psicológica foi o fator principal, o físico até dava pra levar... Isso acabou me desgastando bastante, se eu tivesse condição de descansar um pouquinho, ter o final de semana livre, talvez eu não tivesse entrado no processo de adoecimento... Na verdade eu não descansava... tinha que estudar e trabalhar. Eu finalmente enxerguei que não ia conseguir prosseguir e terminar o curso, eu achei que ia ficar doente, e tive que me modificar, fui pesquisar especificamente sobre o estresse, a situação era desesperadora!"

O depoimento desse estudante tocou, diretamente, o objeto desse estudo: o entrevistado assumiu ter sido afetado pela atuação no campo de trabalho, e ter vivido uma experiência que denominou como de *burnout*. Suas observações, nesta entrevista, já foram o fruto de um tempo de reflexão sobre essa experiência: a análise que ele desenvolveu da sua percepção sobre o campo profissional trouxe, como eixo, sua crítica à desregulação profissional. Pois, ao seu ver, um médico é capaz trabalhar sem considerar o limite físico do cansaço e do excesso de atividades, especialmente se sua meta for acumular bens e ganhar dinheiro. Essa observação nos parece importante, e vai se somar a outros aspectos que estamos reunindo ao longo desta tese. Consideramos, portanto, a partir dessa contribuição trazida pelo entrevistado, a desregulação emocional com que um profissional se defronta, quando escolhe a medicina imbuído de um ideal missionário (ajudar os outros, salvar vidas,) mas se depara com um mercado de trabalho propício ao ganho financeiro.

O despreparo para enfrentar essa realidade é o pano de fundo, trazido por este estudante. Sua experiência de adoecimento se deu, provavelmente, a partir da imposição das exigências do curso, que já resenhamos no capítulo anterior; somadas com sua condição de homem casado, com filhos, precisando obter rendimentos financeiros para sustentar sua família. Além disso, o entrevistado precisou também conjugar o seu ideal, de estudante de medicina, com o real encontrado no campo de trabalho. Essas exigências o levaram a confrontar-se com a castração, sinalizando a realização uma travessia selvagem do fantasma de onipotência - tão presente em seu meio profissional, como vimos na fala de outros estudantes de medicina. A regulação encontrada implicou

no seu reconhecimento dos próprios limites: e assim, obteve uma autorização do diretor da faculdade para que realizasse parte do seu internato sem precisar sair da cidade (como os outros colegas de turma: o direito acadêmico ao tratamento especial, por motivo de doença, está previsto no regimento do curso). A investigação que ele próprio realizou sobre o tema o tornou, entretanto, uma exceção no grupo de estudantes. Estes raramente sinalizaram interesse ou disponibilidade em participar de minha pesquisa; alegaram falta de tempo durante as atividades do internato, deixando para mim evidente que, neste momento da vida, os estudantes privilegiam o estudo acadêmico frente a outras atividades de reflexão. A experiência de vida, entretanto, permitiu que este estudante se manifestasse como um voluntário desde o primeiro momento, indicando a motivação particular que o levou a encontrar um tempo, em sua agenda acadêmica, para gravar seu depoimento.

Examinaremos a seguir os dados obtidos pela pesquisa junto a médicos que atuam num hospital particular do município do Rio de Janeiro, onde foram realizadas quatorze entrevistas. Embora semi-dirigidas, as entrevistas foram estruturadas em torno de sete perguntas:

1. Por que escolheu estudar medicina?
2. A escolha profissional foi adequada? você está satisfeito com a profissão?
3. O que é penoso ou desagradável no exercício da profissão?
4. O que é agradável e estimulante na experiência profissional?
5. Você alguma vez pensou em largar a medicina?
6. Quais os principais problemas que afetam a sua profissão no Brasil?
7. Como você cuida da própria saúde?

Os resultados serão sintetizados nas observações que se seguem; mais adiante, algumas falas serão detalhadas, em função do seu nível de interesse para esta tese. De uma maneira geral, as respostas relacionadas à avaliação da escolha profissional, nesses profissionais, não apontaram - na maioria dos sujeitos - decepção com a escolha. Ainda assim, a ideiação de abandono da profissão apareceu em um dos sujeitos entrevistados, havendo sinais de angústia em outros. Embora a medicina seja nomeada como uma profissão "linda"(sic) por uma entrevistada, ela observou que o dia a dia permeado pela tensão pode se tornar muito pesado. Ela considerou que seu modo de estar no mundo

não "combina" com a realidade penosa da profissão (*sic*), razão pela qual cogita em abandoná-la.

Apesar de todos reconhecerem a existência de pontos de tensão e estresse, surgiram neste grupo expressões positivas de satisfação e realização com o exercício profissional, especialmente quando o sucesso terapêutico é alcançado. Para muitos entrevistados, o prazer encontrado na profissão diz respeito ao ato de cuidar de pacientes que, reciprocamente, precisam de seus cuidados. Nesses sujeitos, a escolha da medicina lhes parece ser uma vocação, um chamado. Em muitos casos, foi indicado como principal recompensa profissional a obtenção do reconhecimento pelo paciente e/ou por seus familiares. Mesmo quando a morte do paciente ocorreu, muitos entrevistados se declararam satisfeitos com o fato de terem podido acertar o diagnóstico, realizar a conduta possível e receber o agradecimento dos familiares pela atenção dispensada ao paciente. A satisfação assim obtida justifica, para tais sujeitos, o sacrifício da pesada jornada de trabalho, e a renúncia ao lazer e à vida em família que a profissão lhes impõe.

Os entrevistados percebem que o alto nível de exigência e de cobrança pessoal lhes causam muito sofrimento; mas, em sua maioria, não conseguem reduzir a busca de perfeccionismo que os caracteriza. Eles sinalizam desapontamento quando se deparam com colegas mais jovens, que não revelam o mesmo grau de comprometimento que o deles. Ou com os que aspiram alcançar rápido demais o patamar profissional conquistado pelos mais experientes. Queixam-se por ficarem sobrecarregados sempre que os mais jovens se recusam a colaborar no trabalho realizado nos fins de semana e feriados, como eles próprios fizeram no início de suas carreiras. Nesse aspecto, surgem problemas de relacionamento e integração nas equipes: vemos presente um choque de gerações, onde o caráter profissional dos sujeitos mais jovens está se modificando, aspecto que precisamos destacar para retomar mais à frente, nessa tese.

A decepção também apareceu na resposta comparada de atitudes, entre famílias brasileiras e norte americanas, concernentes ao preparo para a morte de seus entes queridos. Segundo um dos entrevistados, os brasileiros - na maioria das vezes - não estão suficientemente informados, ou não revelam a maturidade necessária às difíceis tomadas de decisões que envolvem o tratamento terminal de pacientes gravemente enfermos. Tal despreparo ou imaturidade produz tensão e desconforto também entre os

médicos, segundo o depoente. O relacionamento com familiares agressivos e arrogantes surge, em alguns depoimentos, como causa de irritação e estresse. Assim, lidar com pessoas de alto poder aquisitivo parece lhes trazer mais dificuldades do que com pessoas de baixo nível de instrução e de recursos econômicos. Alguns até dizem que quanto mais carentes (financeiramente) forem os pacientes, mais valorizado será o atendimento médico. Em sua maioria, os médicos entrevistados se mostram dentro do perfil do missionário, cuja função é prestar ajuda humanitária, encontrando sua maior satisfação na gratidão de pacientes e parentes, que os acolhem como se fossem da própria família. Em um dos depoimentos, o aspecto religioso foi bastante presente, realçando a obrigação moral do médico colocar o atendimento de quem precisa dele acima de suas próprias necessidades, sejam quais forem as condições onde o médico se encontra: de férias, em casa descansando, ou em momentos de encontro familiar.

Por outro lado, alguns depoimentos atestaram uma preocupação diferente: voltados para o mercado, os profissionais observam estarem submetidos a poderosos grupos financeiros, tendo perdido por isso a antiga liberdade de determinar preços de consulta e ter os consultórios cheios de pacientes. Mal remunerados em relação aos padrões de honorários cobrados em outras épocas, alegam precisar ter vários empregos, e terem que se ajustar à nova lógica que rege a relação com seus clientes particulares. Um deles declara estar como o marisco: espremido entre o rochedo e o mar, ou seja, entre o mercado e seu desejo profissional. Em alguns casos, há uma clara admissão do desejo de ganhar dinheiro, status ou garantia de trabalho; em outros, aparece uma contradição. Como na atração sentida pelo que é penoso: fazer cuidados paliativos, tratar de pacientes em estado terminal. Ou como na escolha por trabalhar num CTI e sentir dificuldade em lidar com a morte do paciente. Ou ainda, como achar penoso lidar com exigências organizacionais e ao mesmo tempo se queixar da ausência de planejamento. Alguns trazem notícias do abandono profissional decidido por colegas de turma; outros (em sua maioria, mulheres médicas) contam que, após oito ou dez anos de experiência, concluíram ser necessário reduzir a carga de trabalho, moderando sua entrega à profissão para poderem cuidar mais de si mesmos, e ter tempo para os filhos, por exemplo.

Há algo que se repete com unanimidade: a crítica contundente às condições de trabalho na assistência médica da rede pública brasileira. Todos se referem aos problemas brasileiros na gestão da saúde pública como produzindo um cenário

desolador, sendo que alguns deles relataram ter aberto mão de posições conquistadas por concurso público, desistindo dos empregos devido à falta de recursos e condições de trabalho. Outros permanecem nestes empregos com forte sentimento de revolta: dizem gostar da profissão, mas chegam a pensar em largá-la em momentos de maior frustração e desgaste. Além disso, chamou a atenção o fato de que muitos dizem se cobrar, com intensidade, pelo aspecto moral da profissão, que em alguns aspectos se aproxima de uma moral da religiosidade cristã, mesmo entre os não religiosos. Há menções às cobranças que continuamente recaem sobre os médicos, seja por parte dos gestores, dos familiares de pacientes, da sociedade ou deles mesmos. Esta cobrança está por trás do peso que muitos sentem diante do exercício profissional. Todos dizem que os horários de trabalho são o aspecto mais penoso da profissão, e que há muitos sacrifícios e interferência da vida profissional na vida privada.

Em relação ao cuidado com a própria saúde, as mulheres se revelaram, em geral, mais cuidadosas consigo mesmas que os homens, enquanto muitos homens médicos reconheceram, em níveis alarmantes, sua displicência e descuido consigo. Em uma entrevista, apareceu uma teoria singular, de que a entrega e a submissão à vida profissional tinham a ver com um estado de escravidão, ainda presente na mentalidade nacional; o que foi associado a uma leitura da história do Brasil, à falta de consciência do profissional brasileiro do seu direito à liberdade.

Examinaremos com maior detalhe, no Capítulo IV, dedicado à nossa discussão, os principais aspectos acima mencionados. Eles irão nos auxiliar a abordar o sintoma profissional do ponto de vista da psicanálise.

CAPÍTULO III

BASES TEÓRICAS PARA A ABORDAGEM PSICANALÍTICA DO *BURNOUT* ENTRE MÉDICOS

a) Medicina, escolha profissional que enfrenta a morte

A escolha profissional reflete, na maior parte das vezes, a maneira singular como cada sujeito respondeu a questões existenciais que, no caso de sujeitos médicos, envolvem os mistérios do corpo, da vida, da sexualidade, da morte. Enfrentar o real da morte é, para todo e qualquer sujeito, uma tarefa complexa, na medida em que o desaparecimento vital, a que todos os seres vivos estão condenados, se confronta com um desaparecimento simbólico do psiquismo diante do fim, do vazio radical, da ausência de representações e de sentido. Falta radical, indicada por Freud, que abordou o tema da transitoriedade (FREUD, 1916a/1986) indicando a possibilidade de respondermos à decadência vital com desalento ou com revolta; e realçando o desejo da imortalidade, fadado ao fracasso. Diante da morte de um ser amado, resta-nos o trabalho do luto, quando a libido aplicada ao objeto perdido precisa ser dolorosamente retirada, e recuperada de volta ao Eu. Só então a capacidade de amar pode ser novamente ativada, e ser relançada para outros objetos. Trabalho psíquico penoso, uma vez que a perda só é admitida com dor, através da capacidade de renúncia, e do reconhecimento de nossa fragilidade. Mesmo assim, Freud observa que é impossível pensar nossa própria morte a não ser na condição imaginária de espectadores ainda presentes; razão pela qual podemos afirmar que o real da morte é impossível de ser simbolizado.

Sendo assim, a escolha de uma profissão que coloca o sujeito frente a esse impossível, e o implica na luta contra a morte do seu paciente, obriga necessariamente o sujeito a construir uma maneira singular de lidar com a morte, o que implica num trabalho elaborativo que o auxilie a lidar com as incertezas, com o não sabido e com o vazio existencial. O enfrentamento profissional da morte do outro, do risco da perda do paciente, exige do sujeito um trabalho psíquico, que nem todos admitem ou se preparam para fazer; de modo que essa exigência talvez seja a mais pesada tarefa que recai sobre o profissional. Podemos supor que, na ausência desse trabalho, alguma defesa se

consolidou, evitando o enfrentamento do real; ou que a adesão à crença religiosa tenha suprido a impossibilidade de representação da morte através da aposta na sobrevivência espiritual. A angústia, presente nos arranjos onde a falta de representação é tamponada, sinaliza a proximidade deste real impossível que o sujeito evita, a todo custo, encarar; e funciona como uma bússola para o analista.

Abordando a atitude dos sujeitos frente à morte, Freud (1915/2010) dirigiu seu raciocínio aos homens primitivos, e também ao que há de mais primitivo e inconsciente em nossa vida mental. Abordou a crueldade e malignidade humanas visíveis nos assassinatos de povos; e os associou a uma culpa primeva, condensado no dogma religioso católico do pecado original. Desta forma, destacou a herança ("dívida de sangue") recebida pelos que nascem, em tributo aos crimes cometidos por seus antecessores, ao longo da civilização humana. Freud remeteu o leitor a seu texto "Totem e Tabu" (FREUD, 1913/2012), onde construiu um mito sobre as origens da humanidade. Ele atribuiu a culpa, herdada coletivamente, a um crime primevo da humanidade, o parricídio: a morte do pai primevo da horda humana primitiva, cuja imagem mnêmica teria se transfigurado numa divindade (FREUD, 1915/2010, p. 136). A ambivalência do sentimento, a que se referiu quando abordou a divisão subjetiva entre o amor e a hostilidade - presente na literatura clássica - encontra nos médicos o sintoma da exagerada preocupação pelo bem estar dos próximos, que Freud comentou, de relance, neste texto (*ibid.*, p. 245).

A ideia de que um médico possa ser capaz de incentivar a morte, ou até mesmo cometer um homicídio, causa horror no meio social. A prática da eutanásia vem sendo condenada, em quase todos os países, até os dias de hoje, preservando a vida como um valor essencial para a sociedade humana. Quando autorizada (como em alguns Estados norte-americanos), a notícia sobre a morte autorizada judicialmente provoca comoção em todo o mundo. A eutanásia é, entretanto, praticada pelos médicos veterinários, sempre que o sofrimento do animal não é recompensado pela possibilidade de uma sobrevivência satisfatória: mas a vida humana está guardada por uma ética diferente da que rege o tratamento dos animais. De qualquer forma, a proposta do médico (humano ou veterinário) é sempre a de prolongar a vida, e evitar a morte, e portanto o profissional precisa encontrar uma maneira de lidar com as suas tendências agressivas e dissociá-las da prática de seu trabalho.

A percepção psicanalítica de que a literatura sempre traz informações interessantes sobre a experiência humana (neste caso, sobre a divisão psíquica que permite que os médicos se mantenham distantes da sua própria destrutividade), autoriza a nos remetermos ao famoso romance de R. L. Stevenson, datado de 1886, "*O médico e o monstro: Dr. Jekyll e Mr. Hyde*" (STEVENSON, 2011), considerando que o escritor apreendeu a divisão subjetiva inconsciente entre os impulsos hostis e amorosos que configuram a personalidade profissional do médico. A história da divisão entre o estado de ser um médico virtuoso e afamado por sua dedicação aos semelhantes, (Dr. Jekyll); e, ao mesmo tempo, um homem cruel e violento, um assassino impiedoso, (Mr. Hyde) leva o escritor a dizer, através do seu personagem, que

O homem não é apenas um, mas dois;(...); a maldição do gênero humano foi a de que esses ramos incompatíveis ficassem fortemente amarrados um ao outro - que esses gêmeos polares vivessem em luta contínua no angustiado útero da consciência. Como, então, dissociá-los? (STEVENSON, 2011, p. 83).

Partiremos dessa divisão psíquica para abordar a construção subjetiva necessária a alguém que se disponha a exercer a profissão médica; ou talvez que até o predisponha a tal escolha profissional, a partir da chamada vocação profissional. Pois, afinal, que chamado é esse, que coloca o sujeito frente àquilo que mais se teme nessa vida? Como verificamos nas entrevistas com médicos e com estudantes de medicina, a escolha pela profissão médica está na maior parte das vezes ligada ao desejo de salvar vidas, de ajudar o outro, apoiado no ideal do eu missionário e altruísta que faz da medicina, tradicionalmente, uma profissão voltada para o social. Neste sentido, a construção da subjetividade do profissional da medicina implica na exigência de que a destrutividade e a morte tenham sofrido, neste sujeito, algum tratamento simbólico capaz de prepara-lo para desempenhar esta profissão. Em função do tipo de tratamento que o sujeito deu a essas questões existenciais, podemos supor que haja uma variedade de possibilidades subjetivas, de arranjos subjetivos, sendo sustentados pelos sujeitos que escolheram abraçar a profissão médica. Vamos, a seguir, abordar algumas dessas possibilidades, examinando as relações entre o altruísmo e o amor a si próprio.

b) Amor ao próximo e altruísmo médico: entre a sublimação e o recalque

Começaremos então abordando o tema do amor ao próximo, tão presente na motivação que se manifesta nos depoimentos sobre a escolha profissional recolhidos de estudantes de medicina e médicos. Os médicos, além de outros profissionais da saúde, como enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos, etc., escolhem o campo de atuação a que consagram suas vidas, o que tem como característica principal cuidar do outro. A questão suscitada pelo amor ao próximo, entretanto, se coloca para a psicanálise: esta conhece os meandros da vida pulsional, envolvendo a passagem da constituição subjetiva pelos desfiladeiros do autoerotismo, do narcisismo e da relação com o objeto. A busca incessante de satisfação pulsional - uma forma de gozo que foi nomeada pela humanidade como a experiência de felicidade - está cercada de ilusões, mas acaba se realizando de várias maneiras, inconscientes. Muitas vezes, o sujeito encontra uma satisfação, inconsciente, que não consegue perceber (de forma consciente) a não ser distorcendo-a. O amor ao próximo carrega consigo, como veremos, vários tipos de satisfação.

O tema do amor ao próximo foi objeto de comentários por parte de Freud e Lacan (entre outros), que passamos a introduzir aqui. O mandamento religioso "*Não Matarás!*", a que Freud se refere no texto *Considerações atuais sobre a guerra e a morte* (FREUD, 1915/2010) - um dos primeiros mandamentos éticos - aponta a contenção da satisfação obtida no ódio - oculto sob o pesar. O que se oculta por detrás do amor ao próximo foi abordado também por ele no texto *O mal-estar na civilização* (FREUD, 1930/2010), depois de uma revisão teórica em que as pulsões passaram a ser conceituadas como pulsões de vida e pulsões de morte. Após mencionar a orientação de vida que tem o amor como centro, como modelo para alguns sujeitos, da busca da felicidade (*ibid.*, p. 39), ele a contrapõe às tendências humanas hostis à própria civilização. O modo como são reguladas as relações dos homens, entre si, indica a exigência de que se considere a existência do "forte quinhão de agressividade" (*ibid.*, p. 76) presente no ser humano. Apontando esta hostilidade primária entre os homens como constitutiva da experiência civilizatória, Freud questiona o amor ao próximo enquanto uma exigência ética religiosa, que se apoia em formações psíquicas reativas:

Daí, portanto, o uso de métodos que devem instigar as pessoas a estabelecer identificações e relações amorosas inibidas em sua meta, daí as restrições à vida sexual, e também o mandamento ideal de amar o próximo como a si mesmo, que verdadeiramente se justifica pelo fato de nada ser mais contrário à natureza humana original. (FREUD, 1930/2010, p. 78).

Lacan, ao abordar o tema em seu seminário sobre a ética (LACAN, 1988), comenta essa passagem destacando o gozo que se manifesta enquanto um mal, e que comporta o mal do próximo. Aponta a formulação freudiana sobre o princípio do prazer como uma construção teórica que indica o "*emprego do bem como o que nos mantém afastados de nosso gozo*" (*ibid.*, p. 226). Querer o bem dos outros, no altruísmo, implica primeiramente numa imagem do próprio bem; mas o nosso bem e o do outro são feitos do mesmo pano. Numa referência ao compartilhamento do manto de São Martinho, Lacan indica o narcisismo que se disfarça com o altruísmo: "*Meu egoísmo se satisfaz extremamente com um certo altruísmo, com aquele que se situa no nível do útil, e é precisamente o pretexto por meio do qual evito abordar o problema do mal que desejo, e que deseja o meu próximo*" (LACAN, [1959/1960] 1988, p. 228).

Miller aborda este tema observando que a ação de S. Martinho produz uma igualdade no nível do ter: o mendigo, que estava nu, passa a ter o que o outro tinha. Não se trata, então de fazer tudo para o outro, mas a metade, exatamente; ao fazer algo para o outro, o sujeito faz algo para si. Ele destaca o caráter dual e imaginário da caridade altruísta: a agressão e a rivalidade estão ali ocultas, não abordadas; a agressividade é a contrapartida da caridade (MILLER, 2008). O tema também foi abordado por Lacan em seu oitavo seminário:

O precioso 'Mitleid'²², o altruísmo, não passa da cobertura de uma outra coisa (...). Aquela que o Mitleid sufoca é um obsessivo (...): o que ele respeita, o que ele não quer tocar, na imagem do outro, é a sua própria imagem. (LACAN, [1960/1961] 1992, p. 352).

Por trás de um sujeito caridoso, e de um profissional altruísta, existe portanto um arranjo inconsciente que oculta a característica agressiva e narcísica, ainda assim presente no sujeito. A compaixão, segundo Freud (FREUD, 1915/1986), implica numa

²² James Strachey, editor inglês das obras de Freud, informa em nota de rodapé, no texto de 1915 sobre as pulsões e seus destinos (FREUD, 1915/ 1980, p. 124) que esta é a palavra alemã para o termo 'compaixão', literalmente, 'sofrer com'.

formação reativa contra a pulsão, razão pela qual Lacan a associa à neurose obsessiva. A relação médico-paciente é muitas vezes caracterizada pela dedicação do profissional ao paciente, em detrimento de si próprio, de seu horário de lazer ou descanso, ou de sua vida familiar. Vemos nessa postura missionária uma aproximação lógica com a posição do sujeito diagnosticado com a *síndrome do cuidador* descuidado, que descrevemos no primeiro capítulo. Ao deixar de lado sua vida pessoal, para se dedicar ao paciente, o médico zeloso autoriza uma relação onde toda carga de atenção e cuidado se volta exclusivamente para o paciente, numa doação de si que oculta o arranjo inconsciente em jogo. O sofrimento do paciente autoriza que o médico obsessivo canalize para o atendimento profissional uma gama de pulsões agressivas, inconscientes, que socialmente passam despercebidas. Da mesma maneira que o cirurgião precisa ser frio e agressivo para cortar a carne do paciente num procedimento médico, o ato profissional implica muitas vezes num redirecionamento pulsional que deixa velado um tipo de arranjo inconsciente. É este que permite a intervenção sobre o corpo do outro, assegurando a presença de uma satisfação socialmente permitida, embora calcada sobre uma pulsão agressiva, transformada pela formação reativa, uma operação psíquica indicada por Freud, como examinaremos a seguir.

Desde sua fundação, a busca da satisfação vem sendo um objeto *princeps* de investigação psicanalítica. Mas, ao final da experiência de uma análise, e tendo avançado no estudo de sua teoria, os psicanalistas não se deixam iludir pelos comportamentos politicamente corretos, isto é: pelas demonstrações de um comportamento socialmente valorizado, conquistado através da longa educação cognitiva, política e moral, e que se faz às custas de um intenso trabalho psíquico de natureza inconsciente. Sabemos o quanto de transformações precisam ser impostas à turbulência pulsional, para que surja a construção de uma posição subjetiva capaz de se voltar em direção ao próximo, ou de alcançar a realização pela via sublimatória. Esta possibilidade não se abre para todo e qualquer sujeito. Razão pela qual o estudo de uma escolha profissional que implica na dedicação ao outro, quando abordada pela psicanálise, se orienta pela pergunta: como cada sujeito lida com a dicotomia inconsciente que o constitui, com a divisão subjetiva que estrutura seu funcionamento inconsciente?

Essa questão nos leva a examinar o que se passa, então, ao nível das transformações psíquicas, possibilitando ao sujeito a se comportar de maneira

altruística, voltado para o outro, num arranjo psíquico onde seu narcisismo tenha se submetido ao reconhecimento da castração simbólica, assim encontrando as condições para o convívio social. Freud desenvolveu em sua obra um estudo detalhado sobre essa passagem, evidenciando os problemas que se apresentam durante o processo de subjetivação de um indivíduo civilizado. É necessário que ele tenha encontrado um arranjo capaz de atender simultaneamente a exigências opostas, como as das pulsões e as da civilização.

A teorização de Freud indica a existência de quatro possíveis destinos pulsionais, em diferentes tipos de arranjo que comportam modalidades diferentes de satisfação pulsional: a inversão no contrário, o retorno sobre si próprio, o recalque e a sublimação (FREUD, 1915/1986). O primeiro contempla as passagens da atividade à passividade, que se manifestam em pares opostos como o sadismo-masochismo, o voyeurismo-exibicionismo, afetando as metas pulsionais; a mudança no conteúdo inverte o ódio em amor. Nelas, localizamos as formações reativas a que nos referimos acima, e que retomaremos mais adiante neste estudo. Já o segundo destino mantém inalterada a meta pulsional, e afeta apenas o objeto de satisfação: Freud, no texto de 1915, alude ao sadismo que se abate sobre o próprio sujeito, no masochismo; e ao olhar que se deposita sobre o próprio corpo do exibicionista. Não vamos nos deter, aqui, em todas essas transformações, pois dois outros destinos pulsionais nos interessam diretamente: a sublimação, e o recalque. Vamos considerar que a sublimação e o recalque indicam duas maneiras de alcançar satisfação pulsional que produzem efeitos bastante diferenciados, inclusive no comportamento profissional dos sujeitos; este último concerne à formação das neuroses, onde localizamos os estudos freudianos que nos interessam, sobre o sintoma.

Freud alude ao impulso hostil dirigido à pessoa amada que, na neurose obsessiva, sofre o recalque, fazendo desaparecer a hostilidade. Mas no seu lugar, surge uma formação substituta sob a forma da extrema escrupulosidade que, ao seu ver, não chega a ser um sintoma: a libido que é retirada através do recalque se serve da formação reativa, e desta forma, fortalece o afeto oposto. A extrema atenção ao outro implica, nestes casos, num arranjo inconsciente que transforma a hostilidade em amor. Essa dinâmica se manifesta no sujeito através da ambivalência afetiva, que, segundo Freud, indica o retorno do recalado (FREUD, 1907/1980). O afeto desaparecido se transmuta

em angústia social, angústia da consciência moral, e em auto acusações, que fazem da neurose obsessiva uma eterna luta contra o conteúdo recalçado.

A sublimação, que abordaremos a partir das formulações freudianas apresentadas no seu texto sobre o narcisismo (FREUD, 1914/2010), é um processo que consiste no desvio da meta sexual, visada no encontro com o objeto de satisfação. Freud observou que se trata de algo especial, que pode ser desencadeado a partir de um ideal, mas que não se confunde com este, pois um elevado ideal do eu facilita a sublimação, mas não pode forçá-la (FREUD, 1914/2010, p. 91). A formação do ideal do eu, além disso, aumenta as exigências morais do sujeito, e acaba favorecendo a ação do recalque, sendo uma das forças propulsoras da neurose. Já a sublimação, segundo Freud, consiste na via de escape que permite que a exigência moral seja cumprida sem dar lugar ao recalque.

Enquanto um destino pulsional da maior importância para o campo do trabalho e das construções sociais, tomamos a sublimação como um elemento necessário à realização profissional dos sujeitos que atuam no campo da saúde e da educação, apontando este tipo de satisfação entre os sujeitos que não se estruturaram a partir do recalque. Em função disso, daremos um realce às formações subjetivas dos profissionais que, findo o complexo de Édipo (ou seja, após a metáfora paterna que lhes deu acesso ao significante do NP) foram bem sucedidas na utilização de recursos sublimatórios, desenvolvendo laços sociais e profissionais a partir do funcionamento do ideal do eu, sem precisar recorrer ao recalque ou a qualquer outra forma de defesa contra a pulsão. Supomos, portanto, a existência de uma gama de sujeitos que não sucumbem à neurose e que não se alinham entre os *cuidadores descuidados*, sendo capazes de atuar profissionalmente dentro dos limites de sua responsabilidade subjetiva, sem aprisionamento ou alienação à demanda do Outro.

Mas como nosso interesse se volta, nesta tese, para o *burnout* - enquanto um sintoma daquilo que fracassa no caminho da satisfação de natureza sublimatória - vamos pesquisar esta outra via que o sujeito percorre, quando a realização direta do desejo está comprometida. Se o desejo profissional se esgota, na experiência do *burnout*, precisamos responder à questão do que é que sucumbe, que fracassa e se manifesta desta maneira, pela via do sintoma. Em nossa busca de resposta para abordar o que se passa com os sujeitos em tempos de *burnout*, examinaremos, mais adiante, alguns tipos especiais de caráter, indicados por Freud como processos subjetivos que encontram uma

satisfação pulsional alternativa à realização do desejo: comparando e distinguindo os sujeitos que exigem o direito de serem tratados como exceções, de outros tipos de caráter, que se constroem a partir da submissão às leis edípicas.

Vamos diferenciar, então, os sujeitos que se estruturam a partir do fracasso (mesmo que parcial) da travessia edípica, e que evidenciam, através do recalque e do subsequente retorno do recalçado, a experiência da estruturação subjetiva pela neurose. Sintomas e *fantasmas* associados à neurose atestam a presença de uma forma de gozo, que examinaremos separadamente das manifestações ligadas ao caráter. Começaremos examinando os conceitos de sintoma e de *fantasma*, antes de avançarmos no estudo dos tipos de caráter, como uma estratégia de construção de uma leitura psicanalítica do sintoma profissional.

Partiremos de uma abordagem psicanalítica do *cuidador descuidado*, encontrado entre médicos, antes de propormos uma leitura do *burnout*, objeto principal desta tese. Veremos que relação podemos estabelecer entre esses dois sintomas profissionais.

c) O recalque e a estrutura da neurose no sintoma profissional

Mesmo reconhecendo a utilidade social que as transformações pulsionais sublimatórias produzem, não podemos desconhecer que outros destinos pulsionais - como o do recalque, visível no sintoma neurótico - também colocam o sujeito a serviço das forças civilizatórias. Estou me referindo portanto, a diferentes possibilidades de arranjo psíquico entre as forças pulsionais e as exigências civilizatórias, que se manifestam através de configurações sintomáticas, onde algum tipo de defesa foi construída. Enquanto alguns arranjos são "egos sintônicos", isto é: se manifestam através do caráter (como examinaremos mais adiante), outros indicam a presença de um conflito. Este, porém, acarreta um sofrimento subjetivo, indicando que o preço a pagar pela defesa é muito alto. Um sintoma profissional, diferentemente da solução sublimatória, retira do sujeito uma quantidade considerável de energia psíquica, alterando a maneira como a satisfação pulsional é alcançada. O sujeito não percebe que o seu sintoma produz um tipo estranho de satisfação, a que os psicanalistas chamam de gozo. Indicamos que o profissional conflitado goza com seu sintoma, ao invés de sentir

prazer com seu trabalho. E se ele cuida do outro mas descuida de si próprio, podemos supor, a partir da psicanálise, que essa posição subjetiva indique a existência de um sintoma neurótico.

O amor ao próximo, como já mencionamos, esconde do sujeito sua própria hostilidade, carregada pela vida pulsional. Este arranjo inconsciente impede que o sujeito admita a hostilidade que existe em si. Quando estruturado à maneira da neurose, o sujeito constrói um tipo de defesa contra a potencialidade destrutiva de seu desejo, que passaremos a estudar neste momento, considerando o excessivo cuidado com o outro como indicativo da *oblatividade*. Essa indicação, retirada da obra de Lacan, nos levará a um exame mais detalhado da estruturação de neurose obsessiva, a qual daremos uma atenção privilegiada em relação a outras possibilidades de estrutura subjetiva presentes entre médicos: examinaremos as razões que justificam essa atenção.

Na impossibilidade de dedicarmos um estudo mais amplo a outras estruturas subjetivas, como a da melancolia - ao preço de nos perdermos na condução de nosso raciocínio sobre a síndrome de *burnout*, nosso objetivo neste trabalho – vamos nos ater à neurose obsessiva como sendo uma formação bastante encontrada na pesquisa de campo, dando assim maior importância à frequência com que, entre médicos, encontramos o sintoma do *cuidador descuidado*. Vamos atribuir este sintoma à estrutura subjetiva da neurose, admitindo a proximidade desta estrutura com algumas manifestações clínicas do médico missionário. Examinaremos mais adiante, no estudo sobre os diferentes tipos de caráter, e na oposição entre o perfil do missionário e o do mercenário, nossa hipótese sobre o *burnout*, como estando relacionado a um conflito contemporâneo que se configura diante do posicionamento ético exigido de profissionais da medicina, em sua atenção ao paciente. Mas antes disso, precisamos nos dedicar ao estudo do primeiro desses perfis, examinando a relação entre o missionário e a neurose obsessiva: tomaremos o elo encontrado na *síndrome do cuidador descuidado*.

Verificamos que, com o funcionamento missionário do médico que atua sob o *fantasma* da oblatividade obsessiva, o sujeito é muitas vezes tomado pelo comportamento de cuidar exclusivamente dos seus pacientes *em detrimento* do cuidado de sua própria saúde. Indicamos que este comportamento foi cunhado como a síndrome do cuidador descuidado (BENEVIDES-PEREIRA, 2002) cuja predominância no meio profissional já evidenciamos através da literatura pesquisada. A partir da psicanálise,

consideramos que o erotismo anal, predominante na organização sexual do obsessivo, manifesta-se neste caso sob a forma da doação de si; reconhecemos que este é um comportamento socialmente valorizado, apesar do preço subjetivo, pago através da neurose. Freud indicou a proximidade entre a religião individual praticada pelos obsessivos em seus cerimoniais e rituais sintomáticos, e entre as práticas religiosas, tomadas como a neurose obsessiva da humanidade:

Diante desses paralelos e analogias podemos atrever-nos a considerar a neurose obsessiva com o correlato patológico da formação de uma religião, descrevendo a neurose como uma religiosidade individual e a religião como uma neurose obsessiva universal. A semelhança fundamental residiria na renúncia implícita à ativação dos instintos constitucionalmente presentes; e a principal diferença residiria na natureza desses instintos, que na neurose são exclusivamente sexuais em sua origem, enquanto na religião procedem de fontes egoístas. (FREUD, 1907/1980, p. 116).

A homologia de estrutura entre a religião e a neurose obsessiva nos permite reforçar, por trás da oblatividade encontrada no perfil deste tipo de médico missionário, a indicação sobre a estrutura deste sujeito, na neurose obsessiva. Percebemos ainda essa característica do descuido de si como estando presente particularmente entre homens, como nossa pesquisa de campo revelou. Embora a neurose obsessiva possa se estruturar também em mulheres, ela é mais presente nos homens, como a casuística clínica indica. Entre quinze médicos entrevistados no hospital particular, as mulheres se mostraram, em geral, mais atentas ao cuidado com a própria saúde do que os homens. Em praticamente todas as entrevistas, elas declararam que estão atualmente fazendo exercícios físicos e exames preventivos - especialmente quando são médicas casadas com homens que exercem outra profissão que não a médica. Talvez, nesses casos, a parceria conjugal as esteja auxiliando a cuidarem de sua saúde, o que não parece funcionar da mesma forma em relação aos homens médicos. Entre os médicos entrevistados, muitos trouxeram afirmativas em que admitem uma clara desatenção ao cuidado de si, mesmo diante dos riscos de adoecimento e morte:

"Eu cuido mais do outro do que de mim. (...) A minha rebeldia foi ter postergado a operação (de vesícula), diante da indicação eu podia ter operado logo. A gente acha que tem o controle, que pode ter algum controle. (...) Quando eu fui admitido aqui, há cinco anos atrás, o médico do trabalho me chamou a atenção dizendo que eu estava muito acima do peso. Há dois

anos depois no exame médico ele novamente me alertou por estar acima do peso... então, uma vez por ano, eu tomo um puxão de orelhas!" (Médico com 39 anos, formado há dez. Entrevista 8).

"Minha saúde? ah, um desrespeito enorme! não faço exame de sangue faz quatro, cinco anos; eu faço eco nos outros mas não faço em mim há uns três anos, pelo menos; não vou ao cardiologista, não tenho esse tempo e não procuro pelo tempo também. Tenho esse cisto sinovial na minha mão que não paro para operar, então tem uma série de detalhes e a gente vai se largando, essa é uma verdade..." (Médico com 48 anos, formado há 23, entrevista 12).

"Não, eu não tomo o menor cuidado. Zero cuidado comigo. Eu não cumpro com meus compromissos pessoais por conta dos meus compromissos com o trabalho. (...) em três ocasiões diferentes fiquei internado como paciente: quando eu fiz uma apendicite(...) quando fiz um evento coronariano e achei que ia morrer(...) e quando operei a tireoide (...) cuidei de mim por uns meses só e depois voltou a ser tudo como era antes. (...) Mas eu tenho que chegar a um extremo para eu acender a luz. Até então, achava que eu ia resolver absolutamente tudo!" (Médico com 51 anos, formado há 25. Entrevista 14).

A *síndrome do cuidador descuidado* compareceu, portanto, em nossa pesquisa, através dos depoimentos de vários médicos entrevistados, e também na observação direta realizada no hospital universitário. Lembro o relato recolhido neste hospital, quando o médico, por nós acompanhado, adoeceu; mas, ainda assim, desconsiderou a gravidade de sua patologia; ele se comportou, durante todo o episódio, como se não corresse nenhum risco. Se pensarmos nesse comportamento como estando associado estruturalmente à neurose obsessiva, podemos recortar, nessa estrutura, a tendência do obsessivo de desafiar a morte, de "enganar a morte", como uma estratégia dessa neurose:

Faz parte dessa estratégia a condenação de um outro para morrer em lugar do sujeito (...) Aliás, esse outro desdobrado que se deixa morrer é o próprio sujeito desejante: matando-o, é o desejo que morre, para preservar a vida do sujeito. Mas, a partir do momento em que o outro desaparece no escuro, a segurança do sujeito desaparece também. (GAZZOLA, 2002, p. 81).

A estratégia obsessiva de enganar a morte aparece também na maneira peculiar com que alguns sujeitos lidam com seu próprio corpo. Diante da ameaça da morte, que

presentifica o real da ameaça de castração, os sujeitos desenvolvem um *fantasma* de onipotência – desenvolveremos mais abaixo um estudo sobre este conceito – que os coloca, numa aliança divina, como uma exceção à regra que vale para todos os mortais. Já recolhemos, na literatura apresentada no primeiro capítulo, indicações da presença da onipotência entre médicos, que agem como se estivessem protegidos do risco da morte.

Supomos que, entre estes, surja com mais frequência o sintoma do *cuidador descuidado*, que evidencia através de seu comportamento a presença do *fantasma* de onipotência. Mas, também nas formações neuróticas onde se manifesta o sintoma da hipocondria - evidenciando o temor da morte - encontramos sinais da presença desse mesmo *fantasma*. Em um caso clínico, que não será aqui aprofundado, um médico hipocondríaco procurou tratamento psicanalítico por sustentar a crença, percebida como descabida, de que cuidando-se obsessivamente, ele poderia adiar a possibilidade de adoecer e de morrer, postergando indefinidamente tal risco. O cuidado exagerado da saúde, neste caso, não é muito diferente do quadro oposto, gerado pelo descuido, pois ambos revelam estratégias obsessivas, através da onipotência fantasmática, de driblar o medo da morte.

É sob esta ótica que retomamos aqui a observação apresentada anteriormente quanto à divisão subjetiva entre os impulsos hostis e os amorosos, apreendida pelo escritor R. L. Stevenson no referido romance "*O médico e o monstro: Dr. Jekyll e Mr. Hyde*" (STEVENSON, 2011), a que nos referimos no início deste trabalho. Vejo nesta obra literária a indicação da divisão subjetiva constitutiva da vida inconsciente, mas renegada pelo saber contemporâneo, em sua recusa ao inconsciente, tão frequente entre os médicos. A indicação, feita pelos psicanalistas, de que por detrás do altruísmo existe uma poderosa formação reativa - que transforma a agressão e a rivalidade ali presentes - é, para muitos, escandalosa, embora se reconheça nesta formação um uso civilizado da pulsão destrutiva. Da mesma maneira, a observação de que o amor ao próximo e a caridade cristã ocultam, sob seu manto, um gozo narcísico, egoísta e malévolos - dificilmente é tolerada. Ela é suportada apenas na experiência produzida na interioridade das análises, onde pode ser frequentemente verificada.

Vamos, portanto, tomar o sintoma daquele sujeito que se dedica a atender às demandas de cuidado da saúde alheia - em detrimento do cuidado consigo próprio - como indicativo da neurose obsessiva, estando relacionado ao perfil do médico

missionário. Levaremos em consideração, nestes casos, sua forte ligação com a demanda do Outro, indicada pela oblatividade e evidenciado na pesquisa de campo, para diferenciarmos o sujeito neurótico daquele outro sujeito que alcançou a saída sublimatória, e desta forma não produz os sintomas profissionais que estamos estudando. Nosso estudo, daqui em diante, vai estar, portanto, referido ao cuidador descuidado cuja missão profissional se estrutura a partir de um *fantasma* oblato.

No seu quinto seminário, ao abordar as formações do inconsciente, Lacan comentou que o *fantasma* oblato é uma submissão às demandas do Outro, na medida em que, na neurose obsessiva, o sujeito reduz seu desejo à demanda. (LACAN, [1957/1958] 1999, p. 429). Começaremos, portanto, recortando as elaborações de Lacan relacionadas à oblatividade enquanto um *fantasma*²³ obsessivo, examinando o que fracassa na constituição subjetiva deste sujeito, no caminho à normalidade psíquica. O erotismo anal, considerado sob o prisma das relações entre a criança e sua mãe, exige a consideração do passo a ser dado, no campo da linguagem, com a entrada em função do significante falo. O falo é o significante do desejo, estando mais além do campo das necessidades fisiológicas da criança, e das demandas educativas encarnadas pela figura materna. No campo simbólico, o significante fálico traz consigo o significado do desejo, inicialmente o desejo materno; e a criança precisará, gradualmente, reconhecer a existência do desejo, na mãe, como algo que ela própria não consegue preencher inteiramente. Esse passo será indispensável para que o sujeito não fique fixado na satisfação imaginária de ser o falo da mãe, adoecendo.

O falo é o significante que indica que o Outro deseja, um significante privilegiado em relação aos demais. Mas todo desejo implica, necessariamente, num vazio, que precisa ser admitido pelo sujeito, para que ele aceda ao campo do simbólico. É desta maneira que a criança, a partir da entrada na linguagem e marcada pelo significante fálico, poderá aceder ao campo simbólico do desejo e se constituir como um sujeito. Ao atender a demanda materna para que faça a doação de algo de si, durante a educação do esfíncter, a criança inicia um período importante de sua socialização. Ela vai precisar avançar até o ponto em que será capaz de perceber que o objeto anal, em jogo, não é suficiente para suturar inteiramente o buraco do desejo, por onde o objeto desliza;

²³ Passaremos a utilizar, nesta tese, o termo *fantasma*, sempre que estivermos utilizando a teorização de Lacan. Nossas razões serão apresentadas mais adiante, na p. 113, quando nos determos nesta discussão terminológica.

podendo apenas satisfazer a demanda materna. A fenda entre a demanda e o desejo, que caracteriza a passagem do registro imaginário ao campo simbólico, exige um trabalho de simbolização, que se dá pelo acesso ao significante fálico. Quando essa operação fracassa, surge um impasse: a criança fica fixada ao objeto anal.

A neurose se estrutura a partir dessa fixação: a criança tampona o vazio do desejo materno, e se entrega ilusoriamente à "missão"²⁴, impossível, de ela própria completá-la. Desliza, portanto, do desejo para a demanda, situando-se no imaginário, onde fica aprisionada; pois em sua mente, ela própria é o objeto que a mãe demanda. Ela se doa inteiramente neste *fantasma*, sem conseguir realizar o vazio necessário à operação significativa da metáfora, no nível simbólico. A criança fica, assim, retida no campo imaginário, dual, onde reinam a tensão agressiva, a rivalidade, a equivalência entre a imagem de si e o outro. Este *fantasma* infantil carrega consigo a destrutividade, a impotência, o fracasso, e seu oposto, imaginariamente simétrico: a total integração, potência e sucesso. Identificada imaginariamente ao objeto anal, a criança - futuro adulto neurótico - oscila do luxo ao lixo, podendo se identificar imaginariamente ou a um ideal de perfeição e completude, através do *fantasma* de onipotência; ou, inversamente, a um dejetivo simbólico. Futuramente, esta neurose poderá produzir um profissional que fracassa em sua missão (na sua impotência).

O obsessivo cai na ilusão de que vai obter o consentimento, a permissão do Outro ao seu desejo, em troca de sua dedicação a preencher o campo da demanda, entregando-se de corpo e alma à missão de gratificar o Outro. O sujeito permanece alienado ao Outro, evitando a operação da separação, necessária à sustentação de seu desejo singular. Impossibilitado de sustentar seu próprio desejo por temer, ao assim fazê-lo, destruir o Outro, o obsessivo faz com que a proibição do seu desejo seja sustentada pelo Outro, isto é: supõe que é o Outro quem o impede de alcançar a realização do seu desejo.

Apoiado na dialética das relações da criança com sua mãe, Lacan estabeleceu, portanto, uma leitura própria para abordar a captura, pelo sujeito, do objeto anal, do qual o obsessivo não consegue se desprender. Na medida em que fica aprisionado à demanda, o sujeito anula a possibilidade de alcançar o desejo do Outro, e,

²⁴ A escolha desse significante "missão", aqui, não é gratuita. O perfil missionário do médico será focalizado, nesta tese, como um elemento importante para examinarmos um tipo de caráter bastante presente entre os médicos estruturados pela neurose obsessiva.

consequentemente, o seu próprio desejo, sempre singular. Fixada à posição de objeto do Outro, na qual se aliena, a criança não acede à posição de ser sujeito de seu próprio desejo; da mesma forma que podemos dizer que o sujeito, mesmo adulto, quando aprisionado à demanda do Outro, se mantém numa posição de objeto. Examinaremos, mais adiante, a relação do sujeito com a posição de objeto do Outro através da fórmula lacaniana do *fantasma*: $\$ \langle \rangle a$, considerando a importância deste conceito para o raciocínio, assim desenvolvido, nesta tese.

Podemos abordar ainda a temática das relações do sujeito com o Outro a partir da observação de Lacan de que toda demanda é, no fundo, uma demanda de amor (LACAN, [1957/1958] 1999, p. 394). Comparando a demanda de amor ao pedido de cuidados que uma criança dirige à sua mãe (na medida em que, para a criança, sua mãe representa esse primeiro comparecimento do Outro - que pode estar presente ou ausente), a demanda ao Outro embute esse pedido infantil de amor. Há toda uma dialética significativa em jogo na relação entre a mãe e seu bebê; é sob esse aspecto que Lacan indica a introdução do campo simbólico sob a forma da demanda (*ibid.*, p. 394). A demanda de ser cuidado e atendido pelo Outro se descola, na construção teórica feita por Lacan, do campo da necessidade biológica; introduzindo o jogo da presença/ausência, que caracteriza o significativo do falo. O falo é um significativo que introduz, entretanto, algo a mais: o próprio desejo. Retirando, do campo da necessidade, a matéria-prima da sua incondicionalidade, o desejo

*toma de empréstimo à necessidade (...) o caráter de condição absoluta (...)
Esse é o caráter fundamental do desejo humano como tal. O desejo, seja ele
qual for, em estado de desejo puro (...) ganha uma forma de condição
absoluta em relação ao Outro. Ele é a margem, o resultado da subtração,
por assim dizer, da exigência da necessidade em relação à demanda de
amor. (LACAN, [1957/1958] 1999, p. 395).*

Devemos destacar, nesta tese, a importância da presença do desejo do profissional em sua escolha pelo trabalho médico. A existência do desejo dá um testemunho da estrutura subjetiva do profissional, como tendo sido capaz de funcionar no campo simbólico de uma maneira bem sucedida. Acompanharemos, portanto, as formulações teóricas desenvolvidas pela psicanálise a partir da teoria freudiana, e que foram relidas por Lacan nos primeiros anos de seu ensino, dando maior peso às formações simbólicas

e considerando a neurose enquanto uma dificuldade do sujeito em sustentar seu desejo diante do Outro. A dialética que envolve a demanda e o desejo comporta uma série de impasses, em que o neurótico tropeça, seja na estrutura da histeria, ou da neurose obsessiva. Nesta última, predominante entre os homens (sem lhes ser exclusiva), o sujeito recua para o campo da demanda para evitar a destrutividade, imaginária, com que lida com o outro e seu desejo. Aprisionado à rivalidade narcísica, o obsessivo mantém uma relação de distância com todo e qualquer desejo, sempre destrutivo, e que se manifesta nas questões que o obsessivo levanta diante da morte. Este aspecto também se soma às razões que me levaram a privilegiar essa estrutura quando considero a escolha de um sujeito pela profissão médica, como sendo determinada por seu combate ao risco da morte.

As relações do desejo sexual com a morte poderiam exigir um estudo à parte; mas vamos nos manter, aqui, no fio do pensamento de Lacan, que diferencia o campo da demanda do campo do desejo, onde ele localiza a pulsão de morte. Abordando a mecânica das relações do obsessivo com o desejo, Lacan ([1957/1958]1999) destacou o impasse que se constitui na extração do desejo do campo da demanda, na medida em que, em si, o desejo - em seu aspecto puro - comporta uma negação do Outro: "*Por ter que se situar nesse além (da demanda), o desejo nega o elemento de alteridade que está incluído na demanda de amor*" (LACAN, [1957/1958] 1999, p. 413) Nesta dialética, se manifesta a atividade imaginariamente destrutiva do obsessivo:

Quando digo que o obsessivo faz seu desejo passar à frente de tudo, isso significa que ele vai buscá-lo num além, visando-o como tal em sua constituição do desejo, isto é, na medida em que como tal ele destrói o Outro. Nisso reside o segredo da profunda contradição que há entre o obsessivo e seu desejo. Assim visado, o desejo traz em si a contradição interna que constitui o impasse do desejo obsessivo. (LACAN, [1957/1958] 1999, p. 414).

A relação de cuidado com o outro, evidente na posição materna diante do seu filho, está presente, ao nosso ver, em todas as profissões voltadas para a saúde: o que traz implicações subjetivas para todo aquele que faz essa escolha. Estou me referindo ao trabalho inconsciente que é realizado por qualquer sujeito ao longo de sua primeira infância, e que exige a superação de impasses na dialética entre o desejo e a demanda, bem como a resolução das questões que envolvem a subjetivação da feminilidade e da

diferença sexual. Podemos aqui considerar, entre tais impasses, o temor à castração imaginária, *fantasma* que envolve homens e mulheres. Consideramos que esse *fantasma* também interfere na menor valorização social que profissões tipicamente femininas, como a enfermagem, encontram no imaginário popular, em sua dimensão inconsciente.

Os impasses que cercam a constituição do desejo, e que aprisionam o sujeito no campo da demanda, também podem ser lidos, portanto, na configuração que rege o campo profissional. Isso porque as relações entre o trabalhador e seu Outro social estão permeadas pela mesma dialética que constitui o desejo, inicialmente, enquanto o desejo do Outro, e a demanda como uma demanda de amor. Investigamos, nos depoimentos dos médicos entrevistados durante nossa pesquisa de campo, a maneira como cada um evidenciava sua relação com o campo da demanda; Este recorte da nossa pesquisa será apresentado no próximo capítulo deste trabalho, e reforça nossa avaliação sobre a presença da neurose obsessiva entre médicos. Observamos que, quando o *fantasma* da oblatividade se mostrava presente, o desgaste emocional provocado pelo alto nível de exigências internas e externas, associadas ao campo da demanda, comparecia.

Neste ponto, somos levados a lembrar as conclusões do pesquisador sobre o *burnout*, trazidas anteriormente na p. 34 desta tese: Lima e colaboradores (2007, p.139) haviam indicado a maior propensão dos sujeitos extremamente dedicados ao trabalho, sendo pessoas competitivas e controladoras, com pouca tolerância à frustração (entre outras características) a desenvolverem este sintoma. Exaustão, despersonalização e perda do sentimento de realização profissional, indicativos da síndrome da *Burnout*, podem ser tomados, então, sob esta ótica: a abordagem psicanalítica que estamos desenvolvendo traduz esse achado clínico indicando que tal sintoma tende a surgir mais entre sujeitos estruturados pela neurose, geralmente a obsessiva. Nesse sentido, destacamos, a partir da psicanálise, além da rivalidade narcísica, a impotência do sujeito em sustentar seu próprio desejo diante da demanda do Outro contemporâneo, como uma posição decorrente dessa estrutura.

Consideramos ainda que tal impotência se acentua quando o profissional enfrenta demandas de um Outro cada vez mais frio e caprichoso, indiferente ao sofrimento do sujeito; como verificamos na realidade do trabalho médico nos tempos atuais. Colocando-se nas mãos de terceiros - empresários donos do hospital, planos de saúde, ou do Estado - o médico obsessivo cai na dependência da demanda do Outro

Contemporâneo, ficando prisioneiro de um impasse subjetivo. Pois, para aceder ao seu próprio desejo, o obsessivo precisaria atravessar o *fantasma* de destruir o Outro, do qual não se separou: destruição do Outro que implica em sua própria morte. Este é o impasse que paralisa o sujeito obsessivo e o aprisiona na neurose.

Em função da relação encontrada entre o sintoma neurótico, a síndrome do cuidador descuidado, a oblatividade e a onipotência, vamos dedicar um segmento de nosso trabalho ao estudo psicanalítico dos conceitos de sintoma e fantasia/*fantasma* na obra de Freud e de Lacan, visando retirar desse estudo os elementos que auxiliem na abordagem psicanalítica da síndrome de *burnout* entre médicos.

d) Um estudo sobre os conceitos de sintoma e de fantasia²⁵, em Freud

Em sua teorização, Freud iniciou a tentativa de decifração do sintoma neurótico considerando dispositivos psíquicos como o recalque, capaz de manter afastadas da consciência as ideias ou representações que, investidas pelo desejo sexual, entrariam em conflito com a censura do Eu. Outros aspectos vieram a ser considerados como importantes no funcionamento psíquico, na medida em que buscavam igualmente preservar a estrutura mental de situações, digamos, excessivamente estressantes. Em especial, os efeitos psíquicos do enfrentamento daquilo que veio a ser categorizado, na teoria psicanalítica, como a mais temida ameaça: a experiência da castração. A castração está no cerne dos arranjos organizadores do psiquismo; sua presença no coração da teoria psicanalítica articula tudo o que veio a ser pensado sobre as defesas, os conflitos, e conseqüentemente, o sintoma.

Na sua vigésima terceira conferência (FREUD, 1917/2014) Freud definiu os sintomas como atos prejudiciais e inúteis na vida do sujeito, causadores de desprazer ou sofrimento; e foi sob esta perspectiva que considerou o sofrimento neurótico. Sua pesquisa sobre a neurose havia começado a partir de seus estudos preliminares sobre a histeria, cujas formações sintomáticas permaneciam enigmáticas à medicina. Já nos

²⁵ Manteremos o uso do termo *fantasia* apenas na referência ao conceito introduzido por Freud. Discutiremos mais adiante (p. 114) o uso do termo *fantasma* para a teorização desenvolvida por Lacan sobre este mesmo conceito.

primórdios do século XX, a medicina não conseguia tratar suficientemente as perturbações histéricas, consideradas como mentirosas²⁶. Disposto a encontrar a verdade escondida por detrás dos sintomas histéricos, Freud se dedicou ao desenvolvimento de um método capaz de permitir uma investigação adequada dos fenômenos neuróticos, e desta forma fundou o dispositivo psicanalítico. Freud considerou que os sintomas decorriam de uma forma particular de resolver um conflito subjetivo, relacionado ao confronto entre o desejo e o mundo exterior. Confrontado com o enigma sintomático, que desafia a racionalidade e a lógica dos pensamentos conscientes, Freud se deparou, em sua clínica, com a descoberta de que a experiência da realidade é uma construção psíquica do sujeito, nem sempre consonante com a realidade material compartilhada por seus semelhantes.

A fantasia, por detrás do sintoma

A experiência relatada pelas pacientes indicava a existência da realidade como sendo uma elaboração psíquica, criada a partir de um fenômeno: o da fantasia. Desde sua descoberta, em 1897, Freud passou a considerar a fantasia como uma construção existente na raiz do inconsciente. Assim, a chave da neurose, tão buscada, não mais residia nos acontecimentos reais da vida, e sim nas fantasias! (MASSON, 1986, p.341).

A descoberta freudiana de 1897 ajuda a compreender, de um lado, a desconfiança que os médicos apresentam, até hoje, diante do sintoma hístico. Baseados na ciência, que orienta a prática médica, os médicos sentem dificuldade em admitir, em seu exame, a verdade contida na realidade psíquica, apresentada pela histérica em suas somatizações, que acusam ser mentirosa. Ao desconsiderar o sujeito do inconsciente, os médicos não podem lidar com a verdade mentirosa que permeia a fantasia. Entretanto, esse é um paradoxo constitutivo da estrutura psíquica inconsciente. Ao lidar com esse real, a psicanálise produziu um saber sobre a construção da realidade subjetiva, que lhe permite se aproximar deste campo enigmático apresentado pelo sintoma.

Investigar o significado dos sintomas fez com que Freud produzisse uma teoria, onde o aparelho psíquico surge a partir da necessidade da construção de uma defesa

²⁶ Encontramos essa dificuldade em muitos médicos ainda nos dias de hoje, como pude constatar durante algumas sessões clínicas das quais participei, no hospital universitário em que realizei parte de minha pesquisa.

contra o real. A noção de defesa implicou, para Freud, na ideia de manter afastado do psiquismo tudo aquilo que ameaçasse sua integridade, produzindo desprazer. A realização psíquica, ao inverso, seria produzida pela busca do prazer; e se faria através do encontro com um objeto, que, entretanto, na vida humana, é sempre indeterminado, abrindo um incomensurável campo de possibilidades. A complexidade da vida psíquica advém do fato que a experiência de satisfação pode ser alcançada auto eroticamente, através dos objetos do campo da fantasia, ou pela via direta do (des)encontro com objetos do mundo externo.

A *proton pseudos*²⁷ - nomeação freudiana da mentira histérica (FREUD, [1895]1950 /1986, p. 400) - decorreria do tipo de defesa psíquica encontrada nesta estrutura, a histérica. O processo defensivo lançaria mão de operações como o recalque, visando manter como inconsciente a lembrança traumática que causou desprazer e dor; mas essa operação pode ser bem sucedida, produzindo o esquecimento, ou pode falhar, fazendo surgir o sintoma. A partir da 1897, Freud passou a considerar a fantasia como um importante elemento na constituição do sintoma, tomado como uma satisfação substitutiva à realização objetal. Em seu trabalho sobre a interpretação dos sonhos (FREUD, 1900/1980), Freud se referiu aos sonhos diurnos, ou devaneios, como uma manifestação, na consciência, da fantasia que viera a descobrir:

Tenho o hábito de descrever esse elemento dos pensamentos oníricos que tenho em mente como uma “fantasia”. Talvez eu evite mal-entendidos se mencionar o “sonho diurno” [ou devaneio] como algo análogo a ela na vida de vigília. O papel desempenhado em nossa vida anímica por essas estruturas ainda não foi plenamente reconhecido e elucidado pelos psiquiatras, embora M. Benedikt tenha conseguido o que me parece um início muito promissor nessa direção(...). O estudo das psiconeuroses leva à surpreendente descoberta de que essas fantasias ou sonhos diurnos são os precursores imediatos dos sintomas histéricos, ou pelo menos de uma série deles. (Grifos meus).

Prosseguindo:

Os sintomas histéricos não estão ligados a lembranças reais, mas a fantasias construídas com base em lembranças. A frequente ocorrência de fantasias diurnas conscientes traz essas estruturas ao nosso conhecimento; mas tal como há fantasias conscientes dessa natureza, também há grande número de fantasias inconscientes, que têm de permanecer inconscientes por causa de seu conteúdo e por se originarem de material recalçado. (...). Se examinarmos sua estrutura, perceberemos como o motivo de desejo que atua em sua produção mistura, rearranja e compõe num novo todo o material de que eles são

²⁷ Segundo o editor da obra freudiana em inglês, James Strachey, a expressão grega procede de Aristóteles, em obra que se ocupa da teoria do silogismo. A *proton pseudos* é uma premissa maior, falsa, em um silogismo, acarretando como consequência uma conclusão falsa.

construídos. Eles estão, para as lembranças infantis de que derivam, exatamente na mesma relação em que estão alguns dos palácios barrocos de Roma para as antigas ruínas cujos pisos e colunas forneceram o material para as estruturas mais recentes. (FREUD, 1900/1980, p. 526). (Grifos meus).

Numa conferência sobre o caminho da formação dos sintomas, Freud (1917/2014) abordou os caminhos da realização do desejo a partir dos pontos de fixação na sexualidade infantil. Ele considerou o entrelaçamento entre a constituição herdada, a disposição adquirida no início da infância e as experiências posteriores, como aspectos complementares. Freud indicou sua existência como um esteio fundamental à própria constituição da realidade psíquica, uma vez que

Na realidade, pode-se demonstrar que as lembranças infantis construídas ou lembradas em análise são, algumas vezes, indubitavelmente falsas, outras vezes, absolutamente verdadeiras e, outras ainda - ou na maioria das vezes - uma mescla de lembranças verdadeiras e falsas". (...) "Se não se apresentam dotadas de realidade material, essas fantasias decerto revelam realidade psíquica, e pouco a pouco aprendemos que, no mundo das neuroses, a realidade psíquica é a decisiva. (FREUD, 1917/2014, pp. 488-490).

Ainda neste mesmo texto, Freud avançou de uma forma que ele mesmo considerou audaciosa, afirmando a fantasia como sendo de uma natureza primitiva. Em sua teorização, haveria no psiquismo um acervo filogenético (o que, mais adiante com Lacan, será lido como sendo parte da estrutura constitutiva do ser falante, ou seja, pertencendo ao real). Isso o levou a observar: "*Repetidas vezes chegamos à suspeita de que a psicologia das neuroses nos preservou mais antiguidades do desenvolvimento humano do que outras fontes,*" (*ibid.*, p. 493). Num texto anterior, Freud já havia traduzido, numa fórmula, a estruturação psíquica fundamental: "*Os sintomas histéricos são a realização de uma fantasia inconsciente que serve à realização de um desejo*" (FREUD, 1909[1908] /1980, p. 152). A estreita vinculação entre o sintoma e a fantasia se afirmava já nesta fórmula.

Foi no seu texto "*Batem numa criança*" (FREUD, 1919/2010), que Freud apresentou o estudo mais comentado, em sua posteridade, sobre o tema da fantasia. O prazer que se produz, assim como a dificuldade em evocá-lo - devido à resistência que aparece sob a forma da vergonha - foram indicados neste texto. O prazer auto erótico, recuperado pelo

trabalho de análise, indicou a Freud sua ligação com o desejo inconsciente. Assim, foi a cena fantasística que Freud capturou nestas análises; e foi de sua estrutura que ele tratou no texto. Após questionamentos sobre a origem das perversões infantis, e outros relativos à diferença entre os sexos, Freud concluiu que a cena da fantasia estaria associada a um resto erótico do complexo de Édipo de neuróticos, uma espécie de cicatriz. Este complexo foi então considerado como o aspecto nuclear das neuroses. A sexualidade infantil, preservada no inconsciente por força do recalque, e recuperada durante a análise pela construção da fantasia, estaria na base da formação dos sintomas neuróticos.

O texto freudiano de 1919 viria a ser examinado muitas vezes por Lacan: em vários seminários, o *fantasma* passou a fazer parte de suas considerações. *Batem numa criança* foi avaliado por Lacan como o principal estudo freudiano sobre o tema.

e) Um estudo sobre os conceitos de sintoma e *fantasma*, em Lacan

Fantasia ou Fantasma?

Neste ponto, antes de iniciar a abordagem de Lacan ao tema, será preciso abrir um parêntese para tratar da utilização dos termos *fantasma* e *fantasia* como conceitos. Embora a utilização do termo *fantasia* tenha sido escolhida como um padrão nas traduções brasileiras, seja da obra de Freud como a de outros psicanalistas, o termo (*Phantasie*, em alemão; *fantasme*, em francês; *fantasy* ou mesmo *phantasy*, em inglês) exige algumas observações quando utilizado no contexto da teorização lacaniana.

Segundo o dicionário de psicanálise de Roudinesco e Plon (ROUDINESCO & PLON, 1998, p. 590) o termo usado por Freud foi inicialmente utilizado no sentido corrente da língua alemã, ou seja: como fantasia ou imaginação. Indicava a vida imaginária do sujeito, seus devaneios; e só mais adiante, a partir de 1897, Freud se referiu ao termo como sendo um conceito. Já em francês, a escolha por *fantasme*, feita, segundo Roudinesco e Plon, pelos primeiros tradutores de Freud (Marie Bonaparte, Édouard Pichon), se afastou do que o vernáculo define como *fantaisie*, na medida em

que a tradução escolhida deriva do termo grego *phantasma*, próximo, por sua significação, de *fantomatique* (*ibid.*, p. 223).

O dicionário francês *Le Robert Micro* (LE ROBERT, 2008), dedica ao termo *fantaisie* a concepção da imaginação criativa; e ao termo *fantasme* ou *phantasme* a concepção de uma ideia ou imaginação sugerida pelo inconsciente. O dicionário *Larousse* francês-português (2005) reserva para o termo *fantaisie*, traduzido por fantasia, a acepção ligada à *bijou fantaisie* (joia de fantasia). Enquanto que traduz *fantôme* por fantasma, sem citar o verbete *fantasme*. Isso indica que o conceito psicanalítico, enquanto um termo específico, está referido, em francês, ao termo *fantasme* e não a *fantaisie*, nem *fantôme*. Segundo estes mesmos autores, a palavra francesa *fantaisie* não abrange a dimensão conceitual do termo *fantasme* (ROUDINESCO & PLON, 1998, p. 590).

Em português, entretanto, nenhum dos termos pesquisados faz referência ao conceito psicanalítico. Segundo o dicionário Aurélio *online* (consulta em 01/12/2013), o termo "fantasia" recebe a seguinte descrição:

Imaginação criadora; ficção; coisa que não tem existência real, mas apenas ideal. / Extravagância; alucinação. / Pequena obra de arte em que o autor se deixa levar pela imaginação caprichosa. / Música Variação mais ou menos desenvolvida sobre um trecho musical. / Bras. Máscara, disfarce ou vestimenta carnavalesca.

Já o termo "fantasma" é conceituado como:

Imagem fantasiosa e ilusória que infunde terror; visão alucinatória, produto da imaginação; alucinação; representação de figuras medonhas, espectros, sombras, vultos de mortos, de entidades sobrenaturais; assombração, aparição. (Sin.: espectro, avejão, marmota, sombra, visagem.) / Fig. Pessoa muito magra e muito pálida. / Em televisão, defeito que as imagens apresentam, superpondo-se umas às outras.

Da mesma forma, a consulta *online* ao Dicionário *Michaelis*, para os mesmos verbetes, encontrou para os termos "fantasia" e "fantasma", as seguintes definições:

sf. (*Gr phantasia*) **1** Faculdade criadora pela qual o homem inventa ou evoca imagens. **2** Obra de imaginação. **3** Ideia, devaneio. **4** Vontade passageira. **5** Capricho. **6** Extravagância. **7** Tolice. **8** Traje fantasioso que se usa no carnaval. **9 Pint.** Quadro em que o pintor despreza as regras estabelecidas para seguir a sua imaginação. **10 Mús.** Variação mais ou menos desenvolvida, sobre um trecho de música ou uma ária, segundo o capricho do artista. **11 Tip.** Qualquer caráter de letra que não seja do desenho dos tipos comuns.

s m+f (gr phántasma) **1** Visão quimérica, geralmente apavorante, produto da fantasia. **2** Coisa medonha. **3** Pessoa macilenta e magra. **4** Simulacro. **5** Suposta aparição de pessoa morta ou afastada, alma do outro mundo; espectro, espírito. **6** Pessoa fictícia, inventada para a utilização de seu nome em operações fraudulentas, recebimento de subornos ou propinas etc. **7 Eletr.** Em acústica, derivação de um sinal a partir de duas fontes, de forma que ele parece provir de uma terceira fonte. **8 Telev.** Falha no sinal de vídeo que exhibe na tela uma segunda imagem, fraca, ao lado da imagem principal. **9 Inform.** Termo usado para designar os itens de um menu que são exibidos em cinza, mas não estão disponíveis para o uso.

Diferentemente do que aconteceu com a tradução para a língua francesa, nenhum dos termos repertoriados pelos dicionários em português que pude consultar se mostra adequado à tradução do conceito psicanalítico. Especialmente se considerarmos o seminário de Lacan, em 1966-1967, *Logique du fantasme* (inédito no Brasil). Neste décimo quarto seminário, Lacan trabalhou de maneira especial a distância entre o aspecto imaginário da fantasia, presente nos verbetes em português, e o aspecto simbólico do fantasma, tomando o eixo da estrutura do significante. Neste seminário, Lacan definiu o conceito em estudo como sendo um axioma, ou seja, como um princípio fundamental.

O estudo que está sendo aqui apresentado sobre esse fundamento da realidade psíquica, tão importante para a elaboração do conceito psicanalítico de sintoma, justifica esse parêntese sobre o uso do termo 'fantasia' ou 'fantasma' para poder abordar o trabalho teórico realizado por Jacques Lacan. Como a tradução brasileira para os Escritos, de Lacan, escolheu traduzir *fantaisie* por devaneio, ou fantasia imaginária;

fantasme por fantasia (al. *Phantasie*); e *fantôme* por fantasma²⁸, nos vimos diante de um impasse. A argumentação que vou então apresentar, para justificar a preferência pelo termo 'fantasma' - ao invés do termo 'fantasia' utilizado pelos tradutores brasileiros - será puramente teórica. Ela está baseada no raciocínio desenvolvido por Lacan no seminário dedicado ao tema da angústia, em 1962-1963.

Construindo a relação de $\$ \leftrightarrow a$, neste seminário, Lacan destacou que o suporte do desejo se faz fantasmaticamente, sobre algo que "*não é visível, naquilo que constitui, para o homem, a imagem do seu desejo*" (LACAN, [1962/1963] 2005, p. 51). Trata-se da falta de objeto, que como falta não pode entrar na imagem: é o fantasma, enquanto algo que está lá e não tem imagem, mas ainda assim existe. "*Aquilo de que tudo parte é a castração imaginária*²⁹ *porque não existe, por nos motivos, imagem da falta*"(ibid., p.51). Assim como um órgão amputado do corpo não está mais presente, mas é ainda assim *fantasmaticamente* sentido como se o estivesse, assombrando o sujeito. Esta utilização do termo aborda algo próximo a uma alucinação sensorial, a percepção de uma presença ausente. Lacan indica no fantasma uma presença que é imaginariamente real, e que ele se esforça, no seminário de 1966-1967, por transformar simbolicamente, produzindo sua lógica. Não se trata de um produto da imaginação, de uma fantasia; e sim de uma relação com um objeto precioso, que se faz presente a partir de uma falta, de um vazio. Trata-se de uma estrutura abordável pela lógica do paradoxo, como encontramos formalizado no décimo quarto seminário.

Nossa escolha, então, para fins da escrita dessa tese, foi a de utilizar o termo *fantasma* (em itálico, destacando assim seu uso como um conceito diferenciado do uso pelo senso comum) por considerá-lo necessário à diferenciação feita por Lacan. O conceito psicanalítico de *fantasma*, tal qual desenvolvido por Lacan, é diferente do conceito de fantasia, que Freud utilizou. Defendo a necessidade de tornar explícito esse significante, que foi arduamente trabalhado por Lacan. Da mesma forma que o uso do termo *burnout*, escrito na língua inglesa, foi o escolhido nesta tese, em detrimento de sua tradução para nossa língua como "esgotamento profissional"; por considerar que este novo significante, que percorre atualmente o mundo, traz consigo a diferença que o caracteriza como um fenômeno contemporâneo. Por esta razão, escolhemos manter sua grafia na língua inglesa, em que o conceito foi cunhado. O memorável cuidado dos

²⁸ Segundo a Nota à edição brasileira dos Escritos, à p.937 (LACAN, 1998)

²⁹ Do que deveria estar, mas não está...

tradutores para o francês, sustentado por Lacan em seus seminários, em dar preferência ao termo *fantasme* ao invés de *fantaisie*, será aqui preservado.

Poderíamos, talvez, ter optado pelo uso direto do termo em francês, para ressaltar a característica *Unheimlichkeit* que o fantasma produz, a partir de sua construção numa análise. Algo que, em sua estranheza familiar, é a um mesmo tempo, conhecido e distante. Observamos a utilização, por psicanalistas, de outros termos na sua língua original (por exemplo, *borderline*), cuja tradução esvaziaria ou confundiria sua significação (como traduzir *borderline* por *fronteira*?). Apesar da tentação em utilizar o termo francês, a escolha acabou recaindo sobre o termo que dele mais se aproxima em português, escolha sustentada pelos aspectos teóricos acima colocados. Fechando o parêntese, retomo o raciocínio condutor da pesquisa teórica sobre este conceito bastante trabalhado por Lacan, a partir do ponto onde o texto foi interrompido.

O fantasma enquanto imaginário

Acompanharemos os passos de sua formalização teórica, que situou a estrutura do *fantasma* na origem mesmo do aparecimento do sujeito do inconsciente. Explicaremos melhor: na medida em que se trata de um sujeito desejante, isso implica, segundo Lacan, num desejo próprio, disjunto do desejo do Outro. Como já foi dito, o sujeito surge no mundo *sendo falado* por aqueles que o acolhem e garantem sua sobrevivência: em geral, estes são o pai e a mãe, que interpretam os gritos da criança sempre a partir do seu próprio desejo.

As relações entre o sujeito e o Outro da linguagem - introduzido pela figura parental - foram trabalhadas desde os primeiros anos do ensino de Lacan. No início, aplicando à psicanálise os elementos da linguística e da antropologia estrutural de Levi-Strauss. Lacan se dedicou, por um bom tempo, a produzir uma releitura dos textos freudianos, extraíndo a importância e a primazia dos aspectos simbólicos. Ele os diferenciou dos aspectos imaginários, que foram tomados como obstáculos ao processo de simbolização. Como chave dessa leitura, Lacan introduziu a tríade dos registros Imaginário, Simbólico e Real, em sua referência ao campo da linguagem; embora o conceito de real só tenha vindo a se diferenciar do conceito de realidade mais tarde.

Neste início, o *fantasma* foi considerado como pertencendo ao campo das relações imaginárias, uma vez que o sujeito (\$), não se vê aí, enquanto tal, mas sim enquanto Eu, através da relação entre a^{30} e seu semelhante. Ou seja, o sujeito se vê sob o formato especular (a'). Já o sujeito do inconsciente, nomeado por Freud como o *Ich*, e que está presente nos sonhos, chistes, atos falhos e sintomas, sujeito à linguagem, foi representado por Lacan como $\$$, que compareceria entre os inumeráveis significantes da linguagem (S1, S2... Sn), sendo representado por eles. Este sujeito, (*Je*) Lacan o diferenciou do seu Eu (*moi*) instituído a partir do estádio do espelho, seguindo a fórmula acima referida: a-a'.

Assim, num primeiro tempo de sua elaboração teórica, o *fantasma* foi formalizado a partir dessa relação imaginária e opositiva ao processo subjetivo de simbolização, e situado como um obstáculo à relação inconsciente do sujeito com o Outro. Essa elaboração, no eixo a--a', foi um ponto de partida, enquanto perdurou em Lacan a concepção da análise como processo de comunicação intersubjetiva. Mais tarde, em 1957-1958, Lacan introduziu a fórmula que consagrou sua notação do *fantasma*, através da escrita $\$ \diamond a$ (onde o losango apresenta as diferentes possibilidades de conjunção ou disjunção entre o sujeito e o objeto). Esta fórmula veio a ser bastante trabalhada em suas elaborações teóricas posteriores.

No seminário sobre a relação de objeto, nos anos 1956-1957, Lacan já apresentava rudimentos do que seria posteriormente formulado e desenvolvido como sua maior contribuição à psicanálise, o objeto *a*. Objeto que, como tal, viria a ser vinculado ao *fantasma*. Ele propôs, desde esse período, que se considerasse a própria estrutura subjetiva sendo constituída por meio da cena fantasmática. Assim como fez no seu ensino de outros conceitos, Lacan também tomou o texto freudiano como a referência inicial da constituição do campo fantasmático. O sujeito aparecia neste momento de sua obra, na primeira abordagem do texto *Batem numa criança*, figurando entre a criança e o adulto, como o terceiro elemento da cena em que a criança é espancada. Mas, renunciando a posição fantasmática de objeto *a*, o sujeito espectador já aparece enquanto um olho, um objeto parcial. Lacan considerou então como uma dessubjetivação essencial aquilo que se manifestaria na produção fantasmática:

³⁰ As notações em francês para: o sujeito ($\$$ = Sujet), o outro (a =*autre*), a sua imagem no espelho (a') e o grande Outro (A=*Autre*) da linguagem, são os elementos que compõe o chamado esquema em Z, proposto por Lacan para abordar o obstáculo que o campo do Imaginário interpõe ao campo do Simbólico.

Resta, com efeito, uma dessubjetivação radical de toda a estrutura, em cujo nível o sujeito ali está reduzido ao estado de espectador, ou simplesmente de olho, isto é, daquilo que sempre caracteriza no limite, no ponto da última redução, toda espécie de objeto. É preciso, para vê-lo, nem sempre um sujeito, mas ao menos um olho, que pode não passar de uma tela sobre a qual o sujeito é instituído. (LACAN, [1956/1957]1995, p. 120).

Após ter apresentado a formulação freudiana sobre os três tempos que constroem o *fantasma*, no referido texto freudiano, Lacan observou:

No terceiro tempo, o sujeito é reduzido a seu ponto mais extremo (...) Depois da redução da situação intersubjetiva primeira com sua tensão temporal, e da passagem à situação segunda, dual e recíproca, chega-se à situação dessubjetivada que é a fantasia³¹ terminal, a saber: bate-se numa criança. (LACAN, [1956/1957] 1995, p. 119).

O *fantasma* e o sintoma lidos no campo simbólico:

No ano seguinte, em seu seminário sobre as formações do inconsciente, Lacan retomou o mesmo texto *Batem numa criança* para considerar a implicação do significante na formação do sintoma e do *fantasma*. Apontando a função de simbolização no *fantasma* de fustigação, e se afastando gradualmente da visada intersubjetiva, ele indicou que,

Antes de qualquer outra coisa (...) de uma empatia qualquer que possa ser atribuída a uma relação física do sujeito com aquele que sofre, o que intervém, acima de tudo, é alguma coisa que risca o sujeito, que o barra, que o abole, alguma coisa de significante. (LACAN, [1957/1958]1999, p. 250).

Lacan trabalhou o caráter simbólico implícito nas relações do sujeito com o mundo, indicando no *fantasma* da fustigação uma indicação da submissão do sujeito, desde sua origem, ao campo da linguagem. Quanto ao sintoma, o predomínio de sua atenção ao campo simbólico, até o início dos anos sessenta, fez com que Lacan também

³¹ Fazemos nesta, e em todas as demais citações, uma transcrição fiel do texto utilizado, no qual o termo francês "*fantasme*", utilizado por Lacan, foi traduzido para o português como *fantasia*.

o considerasse em função da relação humana com a linguagem. O conteúdo do material recalcado estaria, no sintoma, fixado no significado. Na linguagem, o elemento significante, puramente formal, se sobrepõe ao elemento do significado na constituição da palavra, e também do sintoma:

A que se prendem os sintomas? senão à implicação do organismo humano em alguma coisa que é estruturada como uma linguagem, com o que tal elemento de seu funcionamento vai entrar em jogo como significante. (LACAN, [1955-1956] 1985, p. 217).

No texto "A instância da letra no inconsciente, ou a razão desde de Freud" (LACAN, [1957b]1998, p. 532), o sintoma foi definido como sendo uma metáfora. Na fórmula de "uma palavra por outra", Lacan retirou, da linguística, a operação da metáfora como sendo equivalente ao que Freud designou como "*Verdichtung, condensação, estrutura de superposição dos significantes em que ganha campo a metáfora*" (*ibid.*, p. 515). Lacan defendeu que o trabalho do sonho - e, portanto, do inconsciente - seguiria as leis do significante, sustentando sua abordagem de que o inconsciente se estruturaria como uma linguagem. O desejo inconsciente deslizaria entre os significantes na operação metonímica, e o sintoma se construiria como uma metáfora.

O sonho e o sintoma, que em Freud indicavam uma mesma estrutura para a manifestação do desejo inconsciente, em Lacan foram lidos como possuindo uma mesma gramática, na estrutura da linguagem. Estrutura que ele considerou como sendo analisável, apesar da forma mascarada com que o sintoma se apresenta:

Digamos que o sujeito se interessa, que está implicado na situação de desejo, e é essencialmente isso que é representado por um sintoma, o que traz, aqui, a ideia de máscara. A ideia de máscara significa que o desejo se apresenta sob uma forma ambígua, que justamente não nos permite orientar o sujeito em relação a esse ou aquele objeto da situação. Há um interesse do sujeito na situação como tal, isto é, na situação desejante. É precisamente isto que é exprimido pelo sintoma que aparece, e é isso que chamo de elemento de máscara do sintoma. (LACAN, [1957/1958] 1999, p. 337).

Desmascarar, então, o sintoma. Este seria, nesse tempo inicial do ensino lacaniano, o trabalho de uma análise, visando denunciar o que o sintoma encobriria, o que ele velaria, através do suporte do *fantasma*. A tarefa psicanalítica, neste momento,

visava decifrar, através do processo de simbolização, um sentido oculto no sintoma, e desnudar o desejo velado pela barreira do imaginário. O sintoma, com sua notação $s(A)$, apontava para o significado da mensagem do Outro, significado encoberto pelo *fantasma* e relacionado ao desejo. Há algo, entretanto, que o sintoma encobre e mascara, servindo-se do apoio encontrado no *fantasma*. Examinaremos essa questão a partir do exame mais detalhado daquilo que a psicanálise encontrou como a questão mais temida, mais velada, a mais mascarada pelas defesas psíquicas: o complexo nuclear da castração.

A referência à castração surgiu da pesquisa freudiana sobre as teorias sexuais infantis (FREUD, 1908b/1980) uma vez que foram encontradas, em crianças, algumas ideias típicas (como no caso do pequeno Hans). Essas teorias são, geralmente, recuperadas retroativamente, através da análise de formações inconscientes de adultos; são ideias relativas às explicações infantis sobre a sexualidade. Entre elas, se destaca uma teoria infantil em que o pênis é atribuído aos dois sexos: sendo que nas meninas o órgão teria sido extirpado. Essa ideia estaria na origem da ameaça de castração, tão temida pelos meninos. Nas meninas, explicaria a inveja do pênis, calcada na teoria de que seu órgão genital um dia viria a se desenvolver, dotando-a dos mesmos atributos dos meninos.

Encontramos, nesta teoria, a existência do que Lacan veio a nomear como um *fantasma*: algo ausente que se faz presente e encobre a diferença entre os sexos. A diferença entre os sexos fica anulada, girando em torno da ausência ou presença do pênis. Freud havia descoberto que os seres humanos se dividiriam, na mente infantil, entre os castrados e os não castrados. Não existiria aí a percepção da real diferença entre os dois sexos, pois ambos estão reduzidos a um único elemento, fálico. Freud se referiu ao desconhecimento da vagina, impossibilitando a percepção da criança de que, à mulher, nada falta. A explicação infantil da subtração do órgão, que ali não está, acarretaria na mente infantil, segundo Freud, a fantasia da mutilação. O não entendimento da diferença sexual produz um horror, que é traumatizante. O sexo é um real que exige uma elaboração simbólica, num trabalho psíquico necessário à assunção, na adolescência, do sexo próprio, pelo sujeito. A maneira como cada sujeito constrói sua explicação para esse real comparece na sua posição subjetiva, no seu *fantasma*, no seu sintoma.

Ao longo de sua obra, Freud constatou a importância dessa construção infantil na formação de sintomas neuróticos, encontrada especialmente nas fobias; e considerou que o complexo de castração tinha um papel decisivo no funcionamento do aparelho psíquico. Em especial, no desenvolvimento do complexo de Édipo, estruturante do comportamento sexual dos sujeitos humanos, na medida em que permite o deslocamento do amor aos pais para os parceiros da vida sexual. Após a superação e dissolução do Édipo (FREUD, 1924/1980), necessária ao processo de simbolização do real traumático, o sujeito está apto à socialização.

Segundo Freud, a ameaça de castração seria incorporada ao funcionamento psíquico pelo herdeiro deste complexo, o supereu. Esta nova instância psíquica, que surge após a finalização deste processo simbólico, passaria a regular o funcionamento moral subjetivo a partir das ameaças de castigo associadas à castração. Nas mulheres, através da ameaça da perda do amor, a mais temida por elas. Nos homens, com a ameaça ao funcionamento viril, no temor à feminilidade - percebida como a entrega à posse sexual por outro homem.

Encontramos nesse momento da teorização freudiana o ponto de onde dependem a formação do caráter e o comportamento ético e moral que nos interessam, nesta tese. É a que retomaremos mais adiante. Os impasses que decorrem da elaboração simbólica, necessária à dissolução do complexo de Édipo, são referências importantes que Freud utilizou para produzir sua leitura sobre as neuroses histérica e obsessiva, entre outras. O fracasso na dissolução do complexo acarreta uma regressão da libido a pontos de satisfação erótica infantis, que deveriam ter sido abandonados ao longo do crescimento. A regressão ao estágio anal sádico, como já vimos, se manifesta nos sintomas obsessivos, que denuncia a regressão e fixação da libido neste estágio.

A formação do caráter depende da satisfatória dissolução do complexo edípico, através da constituição do supereu. Se considerarmos a leitura lacaniana, o caráter de um sujeito depende, portanto, da metáfora paterna, que permite à criança sair da posição de ser o falo da mãe. Quando surgem tropeços nesse processo, produzindo uma precariedade simbólica, a neurose - ou a psicose - se instalam, comprometendo as relações do sujeito com seus objetos sexuais. Vamos retomar esse aspecto quando examinarmos os diferentes tipos de caráter estudados por Freud, e que vão nos auxiliar a abordar o comportamento ético exigido dos médicos. Examinaremos, entre os que

advogam o direito à exceção, a posição do médico que assume o perfil mercenário, diferenciando-se do perfil missionário que caracteriza tradicionalmente o trabalho de cuidar de outras pessoas.

A formação médica tradicional exige a formação do ideal do eu, e capacidade de renúncia às formações narcísicas que concentram, no Eu infantil, o foco dos interesses do sujeito. Entretanto, a capacidade de escolher outros objetos (que não sejam o próprio Eu) não deve eliminar o cuidado do sujeito consigo mesmo. O mecanismo da formação reativa interfere, nas formações neuróticas, sobre o endereçamento libidinal ao objeto de desejo; o fracasso da dissolução edípica implica o sujeito nestas distorções que afetam também seu amor próprio, aumentando-o ou diminuindo-o. Essas alterações se manifestam na conduta profissional do médico, diferenciando-os entre si. No caso a caso, a maneira como cada um deles atravessou esse processo de formação subjetiva produz as diferenças que se manifestam no caráter, (ou na sua *personalidade*, conceito da psicologia e não da psicanálise) como iremos retomar mais adiante, ao abordarmos o estudo do caráter a partir da teorização de Freud e de Lacan. É na consideração ao complexo de castração que iremos diferenciar a formação do caráter necessário à conduta ética do profissional, razão pela qual vamos ainda nos manter no estudo desse conceito psicanalítico.

Em sua releitura da obra freudiana, Lacan deu um tratamento lógico ao tema da castração e ao complexo de Édipo; e, no começo de seu ensino, como já foi dito anteriormente, remeteu o *fantasma* de mutilação ao campo do imaginário. Lacan inicialmente examinou, em 1938, *fantasmas* que precedem a ameaça de castração, associando-as a ideias de

despedaçamento do corpo, que regridem da desarticulação e do desmembramento, passando pela evisceração, pelo desventramento, e até a devoração e o sepultamento (...) Seu interesse prende-se, a nosso ver, à evidente irrealidade da estrutura delas; o exame das fantasias que encontramos nos sonhos e em certos impulsos permite afirmar que elas não se relacionam a nenhum corpo real, mas com um manequim heteróclito, uma boneca barroca, um troféu de membros em que convém reconhecer o objeto narcísico (...) cuja gênese (...) condicionada pela precedência, no homem, das formas imaginárias do corpo sobre o domínio do corpo próprio, pelo valor de defesa que o sujeito dá a essas formas, contra a angústia da dilaceração vital que é obra da prematuração. A fantasia de castração relaciona-se com esse mesmo objeto (...) Ela representa a defesa que o eu narcísico, identificado com seu duplo especular, opõe à renovação da angústia que, no primeiro momento do Édipo, tende a abalá-lo. (LACAN, [1938] 2003, p. 58-59).

Mais adiante, Lacan ([1958]1998, p. 692) se referiu à função de nó que o complexo de castração, inconsciente, adquire na estruturação dos sintomas, e na regulação do desenvolvimento do sujeito. A elaboração simbólica do complexo de castração assegura ao sujeito a possibilidade de se identificar ao tipo ideal de seu sexo, de responder às necessidades de parceria sexual e mesmo de acolher a criança daí gerada. Assim, ao tratar o tema da castração, Lacan o inseriu dentro de uma nova lógica, em seu trabalho de diferenciar e sobrepor o registro simbólico ao registro imaginário. Remeteu a castração ao registro da falta no campo simbólico, falta inserida na própria lógica do funcionamento significante. Nesta lógica, situou a castração como o pivô do complexo de Édipo, e remanejou os elementos que compõem o drama edípico - o pai, a mãe e a criança - considerando essa falta. A partir disso, pode situar a castração, a frustração e a privação, respectivamente, nos registros simbólico, imaginário e real, em função da sua relação com a falta.

Indicando o falo em sua função simbólica, Lacan situou seu papel fundamental nas relações entre a mãe, a criança e o pai, retirando a relação objetal do nível imaginário onde os psicanalistas da época o vinham colocando. Lacan situou o papel do falo como o de um terceiro elemento nas relações entre a mãe e a criança, rompendo a dualidade com que esta relação vinha sendo tomada pelos pós-freudianos. Desta forma, formalizou a experiência edípica a partir do funcionamento significante, indicando o papel fundamental ocupado pelo falo e pelo Nome do Pai, enquanto significantes determinantes da organização do campo do desejo onde o sujeito se constitui. Na lição de 7 de maio de 1958, durante seu seminário, Lacan chamou atenção para a função do falo, diferenciando-o do efeito imaginário de um *fantasma*, assim como do próprio pênis enquanto um órgão anatômico: "*O falo não é uma fantasia, nem uma imagem, nem um objeto, mesmo que parcial, mesmo que interno, mas é um significante*" (LACAN, [1957/1958] 1999, p. 386).

A referência de Lacan à castração, quando tomada no registro imaginário, recebeu a conotação de $-\phi$ (menos *phi*). Esta última notação acentua o uso negativo e desqualificante de uma falta que é, de fato, estrutural no aparelho psíquico; mas que o neurótico não consegue perceber enquanto tal. É necessário que o sujeito adulto, após a escolha do campo em que se dará sua atuação profissional, tenha sido capaz de aceder a essa elaboração da falta, para que não fique aprisionado na posição neurótica, em que se toma imaginariamente como sendo o falo. Neste caso, o *fantasma* que o habita

determina esta leitura sobre si próprio e seu papel no mundo, filtrando a percepção da realidade externa. Resulta daí a atuação do profissional presunçoso, que se considera como mais importante que os demais, cujo *fantasma* de onipotência impede sua percepção do real. Encontramos por vezes esse perfil em médicos que escolhem essa profissão para obter domínio e prestígio social, mas que não suportam o encontro com o real profissional, onde a morte e o impossível se apresentam, desconfigurando a representação imaginária que o sujeito tem de si próprio.

O *fantasma* no coração da moral e da ética, em sua referência ao real

Lacan destacou, no seminário dedicado à ética da psicanálise, as formulações freudianas sobre a origem da dimensão da moral no psiquismo humano, indicando as raízes que a moral encontra no desejo inconsciente. Definindo a moral como “*a relação do homem com sua própria ação, engendrando um ideal de conduta*” (LACAN, [1959/1960]1988, p. 11), Lacan trabalhou a formulação freudiana sobre o *supereu*, essa instância moral que, como já comentamos, se edifica no aparelho psíquico com o encerramento do complexo de Édipo. A partir de 1923, com a segunda tópica freudiana, o supereu passara a ser considerado como o reservatório das pulsões de morte. Instância paradoxal, na medida em que, mais do que apaziguar e resolver os conflitos edipianos através da internalização da lei, ela revela a presença, no interior do psiquismo, de um aspecto feroz e obscuro, nos termos de Lacan. O *supereu* adquire um aspecto caprichoso e arbitrário ao exigir do sujeito sua submissão incondicional à exigência categórica de cumprimento de suas ordens, inconscientes.

O que Lacan passou a trabalhar, a partir do seu seminário sobre a ética, foi de que maneira a ética formulada por Kant - através do seu imperativo categórico - poderia servir ao exame do funcionamento do *supereu*, em seu aspecto impositivo e cruel. Esse estudo o levou a evidenciar a existência, no coração do aparelho psíquico, de um dispositivo de gozo. O gozo não implica no Bem do sujeito, no seu bem-estar; mas sim em seu Mal, como foi observado neste sétimo seminário. Lacan lançou mão da surpreendente comparação entre o pensamento de Kant e o texto de Sade, *a filosofia na alcova*; para revelar a paradoxal semelhança entre ambos, na formalização dos mandamentos, ou *máximas*, que ambos inspiram. Através do seu estudo sobre a obra

sadeana, ele acabou realizando um formidável estudo sobre o *fantasma* perverso e sobre o mandato de gozo.

Lacan propôs como programa para o sétimo seminário “*o reconhecimento da onipresença, da infiltração em toda nossa experiência, do imperativo moral, até aquilo que se encontra na outra extremidade, o prazer que paradoxalmente podemos sentir aí, num segundo grau, ou seja, o masoquismo moral.*” (LACAN, [1959/1960] 1988, p. 30). Ele anunciou sua tese: a lei moral - o mandamento moral, a presença da instância moral - presentificaria o peso do real – conceito que, nesta época, foi definido como “*o que se reencontra sempre no mesmo lugar*” (*Ibid.*, p. 90). E observou que o texto de Freud “Projeto para uma psicologia científica” (FREUD, [1895] 1950/1986) evidenciava uma hipótese de trabalho do fundador da psicanálise:

Trata-se, diz ele, de explicar um funcionamento normal do espírito. Para fazê-lo, ele parte de um aparelho cujos dados são os mais opostos a um resultado de adequação e de equilíbrio. Ele parte de um aparelho que, por sua própria tendência, se dirige ao engodo e ao erro. Esse organismo por inteiro parece feito para não satisfazer uma necessidade, mas para aluciná-la. Convém, portanto, que um outro aparelho, que se oponha a ele, entre em jogo para exercer uma instância da realidade, e se apresente, essencialmente, como um princípio de correção, de chamada à ordem. (LACAN, [1959/1960] 1988, p. 40).

Lacan indicou essa oposição como sendo de natureza ética inovadora, uma vez que a articulação freudiana situou o dilema desejante humano na referência ao real; enquanto que, desde Aristóteles, o desejo fora colocado para fora do campo da moral, como uma bestialidade (*ibid.*, p. 14). A ética de Aristóteles foi uma ética do caráter, dos hábitos, do adestramento e da educação; o que indicou a Lacan que, com a psicanálise, a ética se inscreveria em termos totalmente novos. Ao circunscrever o desejo e o sentimento inconsciente de culpa, a ética freudiana se localiza num campo diferenciado daquele, onde as decisões ocorrem no nível da consciência e da vontade. A ética do desejo, indicada por Lacan, pode entretanto nos ajudar a interrogar a moralidade inscrita no dever médico, especialmente quando ele se permite a cuidar do próximo acima de seus próprios interesses. Tal moralidade, aparentemente fundamentada na ética de Aristóteles, esconderia um dispositivo de gozo.

Indicamos a aproximação que foi sendo feita por Lacan, entre o *fantasma* e o gozo, na medida em que a moralidade – sabemos da sua presença anunciada pela voz na consciência – se institui no sujeito a partir do funcionamento superegoico. Lacan apontou, neste seminário, para uma “*função primordial que se situa no nível de instauração da gravitação das Vorstellungen inconscientes*” (*ibid.*, p. 81). Trata-se de *Das Ding* (a Coisa), que Lacan também recolheu do texto freudiano, para indicar a presença de um elemento estranho, “*e podendo até mesmo ser hostil num dado momento, em todo caso como o primeiro exterior (...) esse objeto, das Ding, Outro absoluto do sujeito, que se trata de reencontrar*”. (*Ibid.*, p. 69).

Neste ponto, é possível resumir que Lacan formulou, portanto, a existência de um objeto a ser reencontrado pelo sujeito, no centro do aparelho psíquico – tal como Freud o construiu – que, estranho e até mesmo hostil, indicaria o encontro com um real totalmente disjunto do sistema significante, simbólico, que constitui o aparelho inconsciente subjetivo. Lacan apontou *das Ding* como sendo o “*fora-do-significado*” diante do qual o sujeito conserva uma distância, um sistema de defesa “*anterior a todo recalque*” (*ibid.*, p. 71). Trata-se de uma “*realidade muda*” que será substituída por algo, “*ao mesmo tempo o oposto, o avesso e o idêntico disso*”, “*que virá a se organizar neste mesmo lugar, e que é a realidade que comanda, que ordena*”.

Lacan apontou, portanto, a presença do objeto fantasmático no coração da orientação ética do sujeito. Esse ponto nos interessa, na medida em que o comportamento de cada médico é regulado por sua formação ética, isto é: por seu caráter, orientado pelo *fantasma* no coração do seu funcionamento subjetivo. Esse funcionamento se manifesta pela presença do objeto *voz*, recortado por Lacan como um objeto fantasmático presente na consciência moral dos sujeitos.

O *fantasma*, em geral silenciado pelos sujeitos, indica que há uma felicidade no mal. Sade antecipou o que Freud viria a denunciar mais tarde, através da psicanálise, a partir de 1920, culminando no texto sobre *o mal-estar na civilização*: nada, nem no macrocosmo, nem no microcosmo, está predisposto a assegurar uma harmonia ao ser humano. A voz na consciência, que ordena e dita a regra superegoica, é portanto um objeto; trata-se de *Das Ding*, e Sade o fez aparecer através do mandato de gozo, que se impõe ao sujeito, advindo do Outro (COELHO DOS SANTOS, 1999). Essa dor angustia e divide o sujeito, tanto em Kant quanto em Sade; um seria o avesso do outro.

O gozo, diz Coelho dos Santos, se confunde com a inflexibilidade da própria regra. O mandato moral, inflexível, porta em seu avesso uma injunção de gozo.

Aspecto que podemos observar, no campo da moralidade exigida ao médico, considerando a estranha satisfação por ele obtida (de maneira pouco visível, por sua natureza fantasmática), e que se esconde por detrás da entrega incondicional ao exercício de uma profissão que desconsidera seus limites de sono, de convívio familiar, de descanso e lazer - e nem sempre premiada com maior remuneração financeira. Há uma dor, um sofrimento singular nessa experiência profissional, que nenhum médico nega, nem recusa. Mas o descuido do médico com sua própria saúde revela a existência de um gozo fantasmático, atrelado ao cuidado obsessivo que empresta ao seu paciente. O juramento de Hipócrates - que submete seu direito à satisfação na vida à ética do seu exercício profissional - deve ser cumprido com tal rigor pelo neurótico que, em seu avesso, vislumbramos um imperativo de gozo; mandato superegoico que ordena uma entrega profissional desmedida, às custas de um descuido consigo próprio. A voz interior que veicula a moral implica, portanto, numa experiência de gozo. Quanto mais agigantado o superego do sujeito médico, dependendo do tipo de arranjo psíquico que o caracteriza, mais dedicado ao cuidado do outro, em detrimento do cuidado consigo, e da dor assim ocasionada.

Em relação ao conceito de sintoma, a mudança da posição teórica sobre o gozo fez com que Lacan também produzisse novas formulações: ainda no seminário de 1959-1960, diante de *das Ding*, o sujeito pode

gemer, explodir, amaldiçoar, ele não entende - nada aqui se articula, nem mesmo pela metáfora. Ele faz sintomas, como se diz, e esses sintomas são, originalmente, sintomas de defesa. (LACAN,[1959/1960] 1988, p. 94).

A proposta, naquele momento, era a de considerar o sintoma como uma defesa contra o gozo, defesa que Lacan constituiu como uma "*mentira sobre o mal*":

No nível do inconsciente, o sujeito mente. E essa mentira é sua maneira de dizer a verdade acerca disso (...) proton pseudos, a primeira mentira (...) é por meio disso que temos a indicação do que, no sujeito, marca para sempre sua relação com das Ding como mau - que ele não pode, no entanto, formular que seja mau de outra maneira que não seja pelo sintoma. (LACAN, [1959/1960] 1988, p. 95).

É o sintoma, portanto, que fala, pelo sujeito, de um mal que ele encontra incrustado em si mesmo, na forma de gozo. Ao avançar em sua elaboração sobre o gozo, Lacan se deparou não apenas com essa mentira, campo da *proton pseudos* onde funciona o *fantasma*; mas também com o que está fora do significado, fora do campo do sentido, um campo diferenciado onde Lacan situou *das Ding* enquanto objeto inalcançável. O campo pulsional - onde Freud já havia situado o que é mudo e sem representação possível, através da conceituação da pulsão de morte - foi colocado por Lacan como sendo inerente ao campo simbólico, onde transitam os significantes como puras marcas, traços, disjuntos dos significados. Desta forma, o sintoma como uma formação enigmática se aproximou, nesta formulação teórica, do campo do gozo; diante do qual, como vimos acima, o "*sujeito pode gemer, explodir, amaldiçoar*", numa resposta diante de algo sem nenhum sentido.

Ele observou que

O que a psicanálise descobre no sintoma é que ele não é um apelo ao Outro, não é aquilo que mostra ao Outro. O sintoma, por natureza, é gozo, não se esqueçam disso, gozo encoberto (...). É da ordem daquilo que ensinei a distinguir do desejo como sendo o gozo, isto é, aquilo que vai em direção à Coisa, depois de ultrapassar a barreira do Bem. (LACAN, [1962/1963] 2005, p. 140).

À pergunta sobre que objeto o sujeito foi no desejo do Outro, Lacan recolheu, a partir do seminário de 1962-1963, cinco objetos, corporais, que aparecem nos *fantasmas*. Os *fantasmas* se estruturam em função da espécie de objeto em jogo: ter sido incorporado, devorado (objeto oral), no nível de uma necessidade no Outro; execrado, expelido (objeto anal), no nível de uma demanda do Outro; gozado (objeto fálico), no nível do gozo do Outro; destituído, despojado (objeto escópico), no nível da miragem da potência do Outro. É nesse nível que Lacan indicou a importância do reflexo especular, como "*respaldo narcísico do autodomínio na relação com o lugar do Outro*" (*ibid.*, p. 332), onde se correlacionam a onipotência e a onividência divinas, a "*fantasia do Todo-Poderoso com que o obsessivo busca encobrir a angústia*" quando "*a projeção do sujeito no campo do ideal (se desdobra) entre, de um lado, o alter ego especular, o eu ideal; e, de outro, o que está mais além, o ideal do eu*" (*ibid.*, p. 335). O objeto voz,

associado ao desejo do Outro, será articulado por Lacan com o supereu, a voz na consciência, vociferante.

Destacamos a utilidade dessa formulação para a leitura do *fantasma* na vida profissional de médicos, quando evidenciam, em suas falas, a presença de um aspecto divino como capaz de protegê-los da angústia diante da morte. Seja em depoimentos colhidos nas entrevistas, seja através de falas de estudantes nas dramatizações; ou mesmo em casos clínicos de atendimento psicanalítico com médicos, esse "pacto com Deus" aparece frequentemente, trazendo a indicação de que o *fantasma* funciona na vida profissional como uma proteção, uma tela contra o real que os angustia.

O que nos interessa, nesse momento, é a concepção de que o sujeito, com o seu *fantasma*, constrói uma defesa diante do real. Tomando por referência o famoso sonho do paciente que Freud nomeou como sendo o homem dos lobos, Lacan abordou tal sonho como indicativo da estrutura fantasmática em sua relação com o real: “*Ora, o que vemos nesse sonho? O escancarar repentino – os dois termos são indicados – de uma janela. A fantasia é vista além de um vidro, e por uma janela que se abre. A fantasia é enquadrada*” (*Ibid.*, p. 85). Um pouco acima, sua indicação de que “*trata-se de não ver o que se vê pela janela*” revelou de que maneira o *fantasma* esconde, vela o que há de traumático no campo do real, campo do que está para além da janela. Trata-se do espaço, enquanto real, que é emoldurado pelo *fantasma* (*ibid.*, p. 309), cuja constituição pelo objeto escópico será destacado por Lacan (*ibid.*, p. 318) na medida em que o Outro é tomado como potente, na miragem do desejo: “*No que é a forma dominante de toda posse, a posse contemplativa, o sujeito está condenado a desconhecer que essa é apenas uma miragem de potência*” (*ibid.*, p. 318).

Angústia e *fantasma* no *Burnout*:

Convém aqui fazermos outra ponte entre o estudo do *fantasma* que realizamos, neste ponto acompanhando o seminário sobre a angústia, e a manifestação da despersonalização. Não estou me referindo, neste momento, ao que os psicólogos definiram, na descrição do *burnout*, como atitude de frieza e distanciamento em sua relação com o trabalho: embora eles nomeiem desta maneira esta atitude, vou chamar

aqui de *despersonalização* a alteração subjetiva que a referida síndrome produz - enquanto um conjunto de três sintomas - na medida em que o sujeito não se vê mais como o profissional que era, e perde seu desejo de se manter enquanto tal. Vou me servir, para tanto, da referência trazida por Lacan para abordar o fenômeno que, ao meu ver, pode descrever a posição do sujeito acometido de *burnout*.

A despersonalização será por nós tomada, a partir da psicanálise, como sendo decorrente da queda do suporte para o desejo, suporte que o sujeito encontra no *fantasma*. Lacan trouxe uma indicação sobre a conexão entre a queda do fantasma e a experiência da despersonalização ao abordar o texto de Hamlet, no seu sexto seminário (ainda inédito no Brasil), apontando a despersonalização como resultante de uma vacilação fantasmática:

...o que se passa nesse momento que testemunha uma grande desordem de Hamlet em sua postura, tornando-o parente desses períodos de irrupção de desorganização subjetiva, qualquer que ela seja. Ele se passa na medida em que alguma coisa vacila no fantasma, aí faz aparecer seus componentes, os faz aparecer e receber alguma coisa que se manifesta nestes sintomas como o que se chama uma experiência de despersonalização, e que é este pelo que os limites imaginários entre o sujeito e o objeto se encontram a mudar, no sentido próprio do termo, na ordem daquilo que se chama o fantástico. (LACAN, [1958-1959], aula do dia 15/04/1959).

Também no décimo seminário, Lacan aborda a despersonalização. Apontando para o aspecto auto erótico que domina o aparelho psíquico antes do estágio do espelho, ou seja, antes da constituição do *Eu*, narcísico (*i(a)*, eu ideal) Lacan indicou, na experiência de angústia que se manifesta nos fenômenos da despersonalização, a emergência do objeto *a* enquanto objeto não especularizável. Uma vez que "*em termos fenomenológicos, parece evidente que a despersonalização começa pelo não reconhecimento da imagem especular*" (LACAN, [1962-1963] 2005, p. 134).

Ora, a psicologia considera que quando o sujeito não mais se reconhece - enquanto o profissional que idealizou ser - a exaustão emocional, despersonalização e perda da realização profissional se manifestam enquanto *síndrome de burnout*. Com Lacan, a partir desse seminário, podemos dizer que o sujeito se depara com um forte sentimento de angústia diante de sua imagem como profissional, pois a emergência do

objeto *a* produz um corte com a imagem especular. Nas estruturas psicóticas, surgem os *fantasmas* de despedaçamento a que Lacan se refere (*ibid.*, p. 133). Apontando para a relação entre *a* e A, entre o objeto e o Outro, Lacan observou que

É ao não se encontrar no espelho, ou em qualquer coisa análoga, que o sujeito começa a ser tomado pela vacilação despersonalizante. (...) Se o que é visto no espelho é angustiante, é por não ser passível de ser proposto ao reconhecimento do Outro. (LACAN, [1962/1963] 2005, p. 134).

Quando o sujeito é despossuído da sua principal referência, e fica deslocalizado em sua relação com o grande Outro, ele se depara com *a* enquanto puro real, como verificamos nos casos de psicose. Precisaríamos, portanto, considerar a estrutura subjetiva de cada sujeito para avaliarmos se o esgotamento profissional nomeado como *burnout* comparece da mesma maneira, entre diferentes sujeitos. Diremos que não, e que os casos onde ocorre com maior intensidade a experiência de despersonalização, podemos estar inclusive diante de uma estrutura psicótica.

Supomos que o sintoma de *burnout* pode ser tomado, ainda, como um *acting out*, uma "mostração" dirigida ao Outro: "*o acting out é um sintoma*" (*ibid.* p. 139). Na medida em que o Outro Contemporâneo se manifesta, no campo médico, com características tão diferenciadas das que, até a modernidade, permitiam a sustentação do *fantasma* da oblatividade entre a maior parte dos médicos, evidencia-se a queda de um objeto, até então agalmático, que dava sustentação ao mandamento ético tradicional deste campo profissional. O objeto *voz*, tradicionalmente presente na consciência moral de médicos, não mais sustenta a onipotência de um arranjo, que estava apoiado na referência fantasmática à providência divina.

Estamos, portanto, propondo que no *burnout*, o *fantasma* que dava sustentação ao desejo médico tradicional desfalece: o \$ do desejo, que no *fantasma* se articulava ao objeto *a*, desaparece; se reduz a um objeto que cai. Estado de angústia, indicado por Freud através do termo *Hilflosigkeit*: experiência de desamparo. Em termos lacanianos, o objeto da angústia torna presente o real do gozo, ao ultrapassar a barreira do prazer, ficando a pulsão desatrelada do desejo. O arranjo sintomático, que pode funcionar à maneira da neurose, ou da psicose, produz resultados diferentes, no caso a caso. Indicamos, portanto, nossa leitura sobre o *burnout* como o efeito de um gozo

deslocalizado, que este sintoma manifesta quando se faz essa travessia selvagem do *fantasma*. Quando isso ocorre, sem a possibilidade de elaboração simbólica, supomos que o desarranjo se manifesta por meio de um evento no corpo, e o gozo aparece deslocalizado por meio de episódios nomeados como *burnout*.

Encontramos nessa leitura psicanalítica do sintoma do *Burnout* o aspecto buscado através da pesquisa teórica, e que causou a construção da tese. Entretanto, ainda precisamos examinar o que leva o Outro contemporâneo a modificar os laços sociais que sustentavam os arranjos tradicionais, produzindo a queda do suporte fantasmático encontrado na experiência de despersonalização, e produzindo este novo sintoma, nomeado como *burnout*. Da mesma forma, passaremos a interrogar a presença na contemporaneidade, de novas formas de subjetivação, que retomaremos mais à frente com o exame dos diferentes tipos de caráter pesquisados por Freud, que vamos comparar com os dados encontrados na pesquisa de campo. Vamos sustentar a tese de que este novo sintoma, manifesto na vida profissional contemporânea de sujeitos que trabalham em atividades de atenção ao outro, estão sofrendo o efeito de alterações culturais que se ligam à circulação de um novo discurso, o capitalista.

As elaborações trazidas por Lacan nos seminários realizados de 1968-1969, e 1969-1970, permitem associar o sintoma ao tipo de laço social dominante numa cultura, e considerar as mudanças neste laço como decorrentes da introdução do conceito de mais-valia nas relações sociais. Avançaremos neste raciocínio para sustentar a leitura psicanalítica do *burnout* como uma resposta contemporânea, no campo profissional, ao Outro dos tempos atuais.

Sintoma, laço social e discurso:

Caminhando na direção de uma clínica voltada para o real, Lacan aproximou as noções de sintoma e *fantasma* com a elaboração da sua teoria sobre os discursos. Esta construção se inicia no décimo sexto seminário e alcança clara formalização no seminário seguinte: a partir de então, os sintomas e os laços sociais passaram a ser tomados como tendo uma única e mesma estrutura. Os discursos podem ser lidos como fenômenos de linguagem mas também enquanto gozo fantasmático (COELHO DOS

SANTOS, 2011)³²: abordando a chamada *exploração do trabalhador*, Lacan observou que "*ela consiste em que o gozo, por ser excluído do trabalho, ao mesmo tempo lhe confere todo o seu real*" (LACAN, [1968/1969] 2008, p. 322).

Lacan pode formalizar as relações entre o sintoma e o laço social, mas Freud já os aproximara anteriormente, no texto sobre a moral sexual cultural e a doença nervosa moderna (FREUD, 1908/1986). Coelho dos Santos observa que a estrutura do sintoma equivale ao discurso da civilização: o que Freud indicou neste texto enquanto neurose moderna, decorrente do discurso cultural de seu tempo, nada mais é do que o sintoma como decorrência da família estruturada em torno do laço edípico e da tensão entre a mãe, sua criança e a figura paterna (COELHO DOS SANTOS, 2009, p. 46). Lacan teve a genialidade de formalizar esta relação através da fórmula do discurso do inconsciente, homóloga à do discurso do mestre.

Lacan avançou ainda mais, na elaboração formal e lógica do objeto *a*. A partir do conceito de mais valia, de Marx, ele recolheu o elemento do excesso na produção, aquilo que é recuperado pelo capitalista numa operação de subtração. Tal elemento é obtido a partir do esforço do trabalhador, com sua renúncia ao ócio em favor do trabalho: ao subtrair do trabalhador, o capitalista reintroduz esse elemento no mercado, sob a forma do lucro, do qual se apropria. Lacan considerou que, da mesma maneira, na economia psíquica haveria a subtração de um excesso de excitação em circulação no aparelho, que retornaria sob uma forma de gozo, que ele cunhou como o "*mais-de-gozar*".

O "mais-de-gozar" no sintoma:

A operação de transformação na economia psíquica aparece nessa satisfação a mais, que o sujeito encontra quando abre mão de uma ética baseada na renúncia, como a que foi vigente na modernidade. Freud havia indicado a influência do supereu no mal estar da modernidade, presente numa lógica paradoxal: quanto mais o sujeito renuncia à satisfação pulsional, mais é levado a renunciar (COELHO DOS SANTOS, 2010, p. 9). Lacan indicou a existência de um gozo no coração dessa ética, como já examinamos

³² Essa leitura foi construída por Coelho dos Santos em seu seminário no primeiro semestre de 2011 dedicado à clínica do real, em cujas anotações estou me baseando neste momento.

mais acima; entretanto, a proibição do gozo, na modernidade, sofreu uma queda com o avanço do capitalismo. Este a converte num direito ao gozo, que predomina nos tempos atuais, pós-modernos. Afinal, o trabalho deixou de ser uma atividade voltada para a sobrevivência, e ingressou num mercado, como uma mercadoria que se vende; a renúncia ao gozo do lazer - que o trabalho exigia do aldeão - se transformou, desde então, num direito, que o capitalista obtém através do lucro. O aparelho simbólico também recupera, numa forma de gozo, aquilo que, no passado, foi objeto de sacrifício. O gozo comparece no inconsciente, sendo formalizado por Lacan como objeto pequeno *a*; e agora, no décimo sexto seminário, será tomado como sendo homólogo ao grande A. Uma nova transformação teórica começa a se insinuar no raciocínio de Lacan, anunciando nova mudança de paradigma.

Freud pensava o sintoma através de uma lógica do déficit, considerando que a perda de gozo produzia, como compensação, um sintoma, neurótico. Haveria, para Freud, através da neurose, uma perda da capacidade produtiva que empobreceria a civilização. Lacan, entretanto, fez outro tipo de consideração, produzindo uma virada neste raciocínio: ele indicou que também há um tipo de gozo com o sintoma, através do mais-de-gozar, numa lógica em que o que é perdido de um lado é recuperado do outro. A máquina simbólica produziria, portanto, mais-de-gozar, através da extração de um resíduo que não é jogado fora: seguindo a lógica capitalista, uma reciclagem do que foi jogado fora retorna, com outra roupagem. No tempo em que a interdição ao gozo deixa de permear o laço social, o Outro civilizatório se modifica também, e se revela agora como inconsistente.

No seu décimo sexto seminário, Lacan apresentou essa inconsistência a partir das alterações culturais advindas da lógica do mercado, que passou a estruturar a vida social no regime capitalista. Coelho dos Santos (2010, p. 10) aborda essa questão, indicando que "*o sintoma, o laço social e o discurso da modernidade devem ser tomados como estruturalmente equivalentes; afinal, o que é próprio ao mundo de produção capitalista não é a renúncia ao gozo, e sim a promessa*". Promessa presente na aposta de Pascal e que Lacan introduziu nesse seminário, em torno de "*uma infinidade de vidas, infinitamente felizes*"; promessa indicativa da entrada, na cultura, dos valores trazidos pelo capitalismo. As relações entre o capitalismo, enquanto o tipo de laço social vigente nos tempos atuais, e o discurso contemporâneo, se manifestam na estrutura do sintoma. Indicando o gozo reinante ao discurso social vigente, Lacan anunciou que

O mais-de-gozar é uma função da renúncia ao gozo sob o efeito do discurso. É isso que dá lugar ao objeto a. Desde o momento em que o mercado define como mercadoria um objeto qualquer do trabalho humano, esse objeto carrega em si algo da mais-valia. Assim, o mais-de-gozar é aquilo que permite isolar a função do objeto a. (LACAN, [1968/1969] 2008, p. 19).

Ele prosseguiu, mais adiante, abordando o sintoma:

Não é diferente no sintoma. Que é ele, senão a maior ou menor facilidade de conduta do sujeito em torno desse algo que chamamos de mais-de-gozar, mas ao qual ele é incapaz." (ibid., p. 21).

Lacan se dedicou a examinar as transformações sociais que se deram no campo das relações com o trabalho, indicando a mudança ética que fez estas relações se deslocarem, do campo da renúncia, para um outro tipo de moral. Isso porque a moral da modernidade se apoiava no ato de renúncia, aspecto básico do laço social permeado pela ética cristã. O que implicava, por sua vez, numa ruptura histórica com o referencial de prazer fundado na Antiguidade, extraído da relação do homem com a natureza. O ócio, a vida de ócio, foi lembrada por Lacan como estando presente em Horácio, com a regulação de certo ascetismo na relação ao prazer, que devia ser o que guia o homem: uma medida de regulação em que se deveria abdicar do excesso de trabalho. Na Antiguidade, "a moral se baseava na ideia de que existia um bem em algum lugar, e de que era nesse bem que residia a lei" (LACAN, [1968/1969] 2008, p. 109). Tudo isso mudou na Modernidade, e continua a se modificar mais ainda, na Contemporaneidade.

A lógica da modernidade, que permitiu o aparecimento do sujeito da ciência e também o da psicanálise, se inscreveria assim de uma maneira ordenada, com uma permutação pré-definida dos termos em jogo, na fórmula proposta por Lacan para escrever os discursos examinados pela psicanálise. Entre eles, circulam o sujeito, em meio ao significante mestre e aos demais significantes da cadeia simbólica; e o objeto *a*, extraído da relação social de trabalho como mais-valia (em sua equiparação à satisfação pulsional como *mais-de-gozar*), concebido como um pequeno resíduo do gozo, resto do objeto perdido. Os lugares sempre fixos de agente do discurso, do outro a quem este se dirige, da verdade recalçada e do produto discursivo determinariam o tipo de laço

social, que se anuncia segundo a disposição das letras na ocupação desses lugares em cada um dos quatro discursos.

O capitalismo poderia ser apreendido como um quinto discurso que romperia com a regra da formulação desses discursos clássicos, desarranjando a ordem da permutação das letras e assim alterando as relações entre saber, gozo e objeto *a*. O capitalismo globalizado, vigente nos dias atuais, torna visível a chegada de novas mudanças sociais que se anunciaram a partir do movimento revolucionário francês de maio de 1968. Este difundiu no mundo a destituição da autoridade do mestre, e também a recusa de sua castração. Tal revolução produziu um novo corte, que marcou a passagem da Modernidade para a Contemporaneidade (COELHO DOS SANTOS, 2008b, p. 63), acarretando novas mudanças.

O predomínio de uma ideologia individualista vem arrastando consigo a produção de novas subjetividades, submetidas ao consumismo e às convulsividades, entre outras manifestações do direito ao gozo, como as que estão se tornando visíveis no mercado de trabalho em saúde. Nesse novo tempo, quando se anuncia que tudo é possível, a relação entre oferta e procura de objetos de satisfação se vê alterada no empuxo desenfreado ao consumo, produzindo no mercado o que se deve desejar. A contemporaneidade não produz mais uma subjetividade regulada pelo princípio do prazer, mas sim sujeitos que buscam o gozo narcísico determinado pelos imperativos ditados pelo mercado. Entre esses profissionais localizamos os que nomeamos como mercenários, voltados exclusivamente para o comércio profissional, como um grupo em expansão nos dias de hoje.

Surge nesta cultura do narcisismo uma completa rejeição ao inconsciente, com a redução de todo saber ao diploma universitário (COELHO DOS SANTOS, 2008): o saber se transforma também numa mercadoria que se compra e se vende desacompanhado da autoridade daquele que o transmite. Estando o objeto *a* no comando da civilização (MILLER, 2004), a busca perversa do gozo a qualquer preço instala o poder acéfalo da pulsão na (des)ordem do dia: tempo do vale-tudo, quando se acredita que tudo seja possível. Este excesso de gozo se faz notar pelo aparecimento de novos sintomas sociais, entre os quais localizamos o *burnout*.

Em função dessa leitura, passaremos a tomar este sintoma como resultante das modificações introduzidas pelo discurso dominante no campo de trabalho dos médicos

contemporâneos, supondo que novas formas de subjetivação estão se tornando frequentes neste campo de trabalho. Vamos, por isso, passar ao exame da formação do caráter, considerando que essa formação psíquica determina a maneira como o sujeito lida com seu direito ao gozo, e determina a maneira como os profissionais se comportam do ponto de vista ético e moral. Levando em consideração a diferença entre missionários e mercenários, procuraremos examinar, através do estudo psicanalítico do caráter, como essa formação subjetiva é afetada pelo discurso vigente na contemporaneidade.

f) UM ESTUDO SOBRE O CONCEITO PSICANALÍTICO DE CARÁTER

Freud abordou as manifestações pulsionais que se fazem através do caráter. Esse foi um tema que ele trabalhou em alguns textos, entre os quais, os mais importantes para nosso raciocínio, são: "*Caráter e erotismo anal*" (FREUD, 1908b/1980); e "*Alguns tipos de caráter encontrados no trabalho psicanalítico*" (FREUD, 1916b/2010). Em 1908, Freud comentou três características de comportamento que lhe pareciam estar interligados, relacionadas às pessoas *ordeiras, parcimoniosas e obstinadas*. Todas adviriam do desaparecimento do erotismo anal, presente na primeira infância a partir do amadurecimento funcional do esfíncter anal. A tarefa de educação dos esfíncteres, importante conquista civilizatória no processo de socialização, exige disciplina no controle da emissão das fezes; mas implica em renúncia à liberdade de que a criança usufrui, até os dois anos de idade. Liberdade para gozar, a qualquer hora, com os estímulos eróticos originados pelo erotismo anal.

Já em 1905 Freud havia publicado, em seus *Três ensaios de teoria sexual* (FREUD, 1905/1980) sua teoria sobre o apoio que a pulsão sexual encontra nas zonas erógenas corporais como a boca, o ânus, a pele, os órgãos do sentido e os órgãos sexuais: a excitação do órgão é o que confere caráter sexual à pulsão (FREUD, 1905/1980, p. 186). Os sentimentos de asco e vergonha; e as construções sociais da moral e da autoridade foram indicadas como resultantes das exigências parentais feitas à criança, no sentido desta alcançar o controle e a educação corporal necessárias à sua educação social. A partir da íntima associação entre as exigências sociais e sentimentos

adquiridos a partir da formação moral, Freud estudou as relações entre o erotismo anal e a formação do caráter, adquirido pela educação parental administrada à criança.

Efeito da renúncia às exigências pulsionais de satisfação (por esta via direta), esta educação se dá na negociação entre a demanda da mãe e a entrega, pela criança, do produto corporal. Que, doravante, será associado à sujeira e a tudo que deve ser eliminado. Mas que destino foi dado à pressão pulsional, em suas exigências de satisfação, que eram atendidas através do erotismo anal? Freud deduz, pela observação clínica, que ela não desaparece; e que é desviada para outras finalidades, sendo empregada em sua maior parte na vida social, no trabalho, nas amizades, sublimada nos relacionamentos. O erotismo anal sublimado é uma fonte importante de energia psíquica para o trabalho, um destino pulsional importante que já examinamos anteriormente nesta tese. Mas, além dessa descoberta, Freud faz outra dedução muito importante, que nos interessa vivamente:

*Uma subvariedade da sublimação talvez seja a supressão por **formação reativa**, que, como descobrimos, começa no período de latência da criança e, nos casos mais favoráveis, prossegue por toda a vida. Aquilo a que chamamos "**caráter**" de um homem constrói-se, numa boa medida, a partir do material das excitações sexuais, e se compõe de pulsões fixadas desde a infância, de outras obtidas por sublimação, e de construções destinadas ao refreamento eficaz de moções perversas reconhecidas como inutilizáveis. (FREUD, 1905/1980, p. 246). (Os grifos são meus).*

A formação do caráter, para Freud, provém portanto desta transformação que sofre o destino pulsional, na medida em que a satisfação buscada pode se realizar por outros meios. Assim, o sujeito aceita se submeter às exigências sociais sem precisar, de fato, abrir mão de sua realização erótica, satisfeita por outras vias. Seja através da sublimação, seja através da formação reativa, que literalmente faz do vício uma virtude:

Por conseguinte, a disposição sexual universalmente perversa da infância pode ser considerada como a fonte de uma série de nossas virtudes na medida em que, através da formação reativa, impulsiona a criação delas. (FREUD, 1905/1980, p. 182).

Prosseguindo em sua investigação teórica sobre as neuroses, Freud publicou em 1913 o texto "*A predisposição à neurose obsessiva: contribuição ao problema da*

escolha da neurose" (FREUD, 1913/2010) quando observou, em relação ao desenvolvimento do caráter, que nele encontramos as mesmas forças pulsionais que operam nas neuroses. O que, então, diferencia o caráter do comportamento neurótico? Freud diz que o fracasso do recalque e subsequente retorno do recalque, peculiares ao mecanismo da neurose, estão ausentes na formação do caráter. Em função disso, as formações reativas e sublimações se manifestam como outros destinos pulsionais possíveis, além do recalque. Já destacamos essa diferença quando examinamos os efeitos que se produzem, para o sujeito, quando o sujeito se estrutura pela via do recalque, fracassando no direcionamento pulsional pela via sublimatória, lançando mão das formações reativas. Entretanto, Freud comenta que esses destinos são menos observáveis para o analista, que não consegue interpretá-los facilmente.

Freud deduziu que o caráter se manifesta a partir da adesão da libido ao erotismo anal, especialmente oriundo do estágio anal-sádico. O caráter seria a forma visível da manifestação, transformada, desse erotismo. E apresentou, como prova de seu raciocínio, um divertido exemplo: o de mulheres que encerraram sua vida sexual e se tornaram briguentas, despóticas, sovinas e irritantes! a regressão ao referido estágio é a responsável pela mudança de caráter amplamente observado nesses casos. Estas mulheres protagonizariam a transformação de caráter das moças anteriormente encantadoras: esposa – amante, e mãe terna, se transformam em um verdadeiro dragão! Freud produziu tais observações apoiado nas sátiras produzidas pelos autores de comédia de sua época. Voltando ao nosso tema, destacamos que "*O caráter é muito mais um modo de ser e de viver*" (COELHO DOS SANTOS & AZEREDO, 2005, p. 87). Diferente do sintoma neurótico, que leva o sujeito a manifestar um estado de queixas, ou a procurar ajuda num tratamento psicanalítico em função do seu estado de sofrimento.

O mecanismo da formação reativa, entretanto, pode ser observado tanto na neurose obsessiva quanto na formação do caráter, e por isso devemos considerar cuidadosamente em que condições ocorre a formação reativa. Freud as diferenciou a partir do que ocorre nesta última: em seus termos, "com facilidade", operando uma regressão ao estágio anal, após o recalque bem sucedido (FREUD, 1913/2010, p. 334). Já no primeiro caso, o das neuroses obsessivas, havendo um fracasso do recalque, a defesa se faz de maneira conflitada, uma vez que se faz necessário, desta vez, um esforço em não admitir a regressão, lançando mão então das formações reativas, agindo

contra a regressão ao erotismo sádico anal. Os sintomas obsessivos são apresentados como o fruto da conciliação entre os lados opostos, numa cisão das atividades mentais, que torna alguns pensamentos admissíveis à consciência enquanto outros permanecem inconscientes (*ibid.*, p. 334).

A diferença que é ressaltada entre o sintoma e o caráter interessa ao campo dessa pesquisa, uma vez que o sintoma profissional mais frequente entre médicos, se acompanharmos Freud, surgiria de algum conflito entre as pulsões sádicas e sua forma de satisfazê-las na vida profissional. Neste ponto, uma neurose se estabelece, e o conflito se torna evidente; enquanto que a formação reativa que forma o caráter é bem sucedida na tarefa de transformar as pulsões hostis e agressivas. Eis uma diferença que nos interessa, em relação ao posicionamento dos médicos diante de sua vida pulsional; para prosseguirmos no estudo da oposição entre missionários e mercenários, vamos precisar nos ater ao sucesso ou fracasso da defesa que o sujeito estrutura diante do gozo pulsional interdito socialmente. Freud chegou a afirmar que o analista não se interessa pelo caráter, e sim pelo sintoma: em querer saber o que significa e o que o satisfaz, na medida em que apenas este último esconde o conflito pulsional (FREUD, 1916b/2010, p. 254). Mas prosseguiu reconhecendo que as defesas que o sujeito levanta, enquanto resistência ao tratamento analítico, o obrigaram a se voltar para o estudo do caráter, como fonte de informações para a sua pesquisa.

Coelho dos Santos e Azeredo, acima citados, lembram que Freud moldou sua teoria do caráter a partir da sua formulação sobre o superego: este se consolida, com maior ou menor consistência, quando do término do complexo de Édipo, através da internalização da lei paterna. Esse é o aspecto que diferencia a interpretação dos achados clínicos. Enquanto as meninas não encerrariam definitivamente esse complexo, alcançando menor consistência na formação do superego, e conseqüentemente, do caráter; os meninos o fariam de forma radical - a não ser que falhem nessa tarefa, quando sobrevém o quadro da neurose. O caráter, lembram os autores, depende portanto da formação bem sucedida do superego; e "*quanto mais afastado se está dele, menos caráter se tem*" (COELHO DOS SANTOS & AZEREDO, 2005, p. 86). Por outro lado, observam que os tempos atuais trouxeram uma forte modificação nos princípios morais que organizavam a sociedade moderna. Na modernidade, esta organização social estava baseada na internalização da lei, na identificação à figura de autoridade, comandada pela força que antigamente caracterizava a figura paterna.

Mas, na contemporaneidade, houve um verdadeiro desmoronamento do lugar social que sustentava o pátrio poder (COELHO DOS SANTOS & LOPES, 2013), o que vem provocando efeitos, inclusive no aparecimento de novos sintomas. Entre estes, a drogadição, a obesidade mórbida, e compulsões de todo tipo - inclusive entre os *workaholics* - são encontrados com grande frequência nos dias de hoje. Os efeitos subjetivos dessa mudança estariam se manifestando também na formação do caráter de sujeitos mais jovens, reduzindo a censura oriunda do supereu. E assim, introduzindo uma nova ética na condução dos comportamentos sociais, conforme apuramos na pesquisa de campo.

Na modernidade, a incorporação da função paterna produzia, na maior parte dos sujeitos, o recalque das pulsões, numa ética de renúncia a prazeres sustentada pela sociedade. Freud indicou a neurose moderna como efeito da moral civilizada que exigia o recalque pulsional, interditando o gozo; Já o modo de subjetivação contemporâneo estaria produzindo maior resistência à renúncia de satisfações imediatas, prescindindo do mecanismo do recalque. A satisfação da pulsão podendo ser alcançada, nos dias de hoje, por outros caminhos que não os do sintoma. Acreditamos que, em função disso, um novo tipo de caráter está se tornando visível no meio profissional do médico, por meio de um modo inédito de gozo, denunciado pelos médicos mais antigos na profissão. Nós o abordaremos como produzindo um novo perfil do profissional, evidenciado na pesquisa de campo pelas queixas que são dirigidas, de maneira genérica, a profissionais mais jovens que se recusam a cumprir o mesmo percurso trilhado pelos que os precederam.

Este perfil, que por um lado não é inteiramente novo – pois sujeitos avarentos e mercenários sempre existiram – por outro recebe o incremento de uma nova mentalidade social, que autoriza o gozo consumista, promovendo uma modificação no ritmo e na característica do trabalho do médico - como recolhemos do relato do estudante de medicina, apresentado no capítulo II desta tese. Apontamos, por seu intermédio, a entrada do direito ao gozo narcísico na prática médica, devido à redução do papel do supereu na formação subjetiva contemporânea. Esse direito estaria alterando a relação ética que tradicionalmente caracterizava a relação profissional no campo da saúde. Alguns exemplos de práticas profissionais no campo da saúde indicam a multiplicação da atuação de sujeitos cujo caráter mercenário se anuncia claramente: os empresários de saúde aparecem como atravessadores da relação entre o médico e seu

paciente, auferindo um grande lucro financeiro, a partir do atendimento médico. A imprensa noticia situações antes desconhecidas, ou inexistentes, como o agenciamento de médicos na colocação de próteses desnecessárias; denuncia a prática (muitas vezes corrente) entre alguns profissionais que cobram, de pacientes do SUS, um pagamento para realizar imediatamente cirurgias que deveriam ser gratuitas. O caráter retentivo anal parece ser estimulado abertamente na formação subjetiva contemporânea; constatamos que a economia capitalista requer sujeitos em condições de gastar desenfreadamente, e consumir vorazmente; num regime libidinal onde a antiga temperança perdeu valor.

Miller (2006a) destaca que, na medida em que o caráter não se oferece à interpretação, não se deixa ler como uma formação do inconsciente; e sob este aspecto, o caráter se mostra próximo a uma experiência do real. A orientação para o real é visada por Lacan ao final de seu ensino, quando ele não mais privilegia a busca do sentido. Por esta razão, o estudo dos traços de caráter podem trazer informações importantes para os psicanalistas, indicando o real em questão. Em Freud, encontramos a busca para a significação do sintoma, que se articulava à experiência de satisfação pulsional no campo do desejo, orientado pelo ideal do eu. Já o último Lacan se ateu ao valor de gozo presente nos sujeitos, indicando um tipo de satisfação que não se dirige ao Outro, e que escapa ao campo do sentido. Miller também chama a atenção para o fato que Freud encontrou no caráter aquilo que não fez o mesmo caminho que o sintoma; aproximando-se, a seu ver, mais da realização de gozo, indicada pelo termo alemão *Befriedigung*, traduzido como satisfação, termo que Freud utilizou. Miller observa que Freud se serviu de um outro termo, o de *Bedeutung* para indicar a significação do sintoma, e isso o leva a destacar que é a satisfação da *Befriedigung* que localiza a constituição do caráter, mais próximo do gozo pulsional e do campo do real.

Assim, Miller traz novos argumentos para acentuar a diferenciação freudiana entre sintoma e caráter, embora ambos revelem ser modos de satisfação da pulsão. A definição do caráter, recolhida por Miller do trabalho freudiano, indica "*aquilo que, no sujeito, não se satisfaz pelo sintoma, e que se parece com um modo de satisfação da pulsão que não mobiliza o sintoma como uma mensagem do Outro*" (MILLER, 2006a, p. 119). Além disso, Miller considera que, ao longo de sua obra, Freud deslocou gradualmente o acento de suas preocupações com o sintoma para a conduta do sujeito, para as repetições, as defesas, e o caráter. Comentando a abordagem do caráter realizada

por Otto Fenichel, Miller considera que o que foi chamado por aquele de *personalidade* diz respeito ao conceito freudiano de caráter (*ibid.*, p. 151).

Destacamos este aspecto como importante ao enfatizar, mais uma vez, que encontramos, na nossa pesquisa de campo, uma indicação de que está havendo uma modificação na formação de caráter apresentada entre médicos. Segundo vários depoimentos, muitos médicos hoje em dia apresentam um comportamento profissional bastante diferente do que caracteriza o caráter do médico tradicional. Essa diferença aponta para uma forma de satisfação pulsional comum nos sujeitos contemporâneos, voltados para a concentração de bens materiais. Fenichel inclusive associou a tendência a acumular riqueza, presente no erotismo anal, com o capitalismo; aspecto que precisamos ressaltar neste trabalho. A moralidade em jogo no capitalismo tardio introduz claras mudanças frente às formas de regulação dos comportamentos sociais praticados anteriormente, na modernidade. Queremos destacar também a distância entre os sujeitos médicos que produzem os sintomas clássicos da neurose obsessiva (examinados aqui através da atenção dedicada à síndrome do *cuidador descuidado*, e ao perfil oblativo do missionário) e aqueles que apresentam, na formação de seu caráter, traços que os caracterizam como sujeitos narcisistas, interessados na realização de suas necessidades individuais, com menor regulação pelo ideal do eu, e que estamos relacionando ao perfil mercenário.

Para abordar essa questão das alterações do caráter, lembraremos os diferentes tipos de caráter estudados por Freud em 1916. Considerando o comentário de Miller - de que a descrição freudiana do caráter pode ser tomada como uma posição subjetiva frente ao gozo, por ser uma forma diferenciada de lidar com a exigência pulsional - destacaremos os três tipos de caráter apresentados por Freud no texto intitulado *Alguns tipos de caráter encontrados no trabalho psicanalítico* (FREUD, 1916b/2010), a saber: os que se consideram como exceções; os que fracassam pelo êxito; e os que são criminosos devido ao sentimento de culpa.

Coelho dos Santos e Azeredo (2005) observaram, a partir do texto de Freud, que um tipo excepcional de caráter, o das exceções, vem se destacando nos dias atuais. As modificações sociais, culturais, que vem se dando em nossos tempos pós-modernos, estimulam os sujeitos a consumirem. Desta maneira, liberando o gozo antes proibido, tais mudanças produzem alterações na posição subjetiva dos sujeitos, que se manifestam

através de novas modalidades de caráter. Os dois últimos tipos de caráter descritos no texto de 1916 estariam "*caindo em desuso... típicos de uma forma de organização social baseada em uma figura paterna forte, que serve de ideal do eu (...). Em contrapartida, o primeiro tipo, o das exceções, estaria em pleno avanço*" (COELHO DOS SANTOS & AZEREDO, 2005, p. 78). Estaríamos, atualmente, diante de uma resistência em renunciar às satisfações fáceis e imediatas, muito maior do que a descrita por Freud em 1916. Exigindo seu direito ao gozo, o sujeito contemporâneo busca ser tratado como uma exceção, desenvolvendo uma posição subjetiva que não o obriga a fazer o esforço de contenção das suas exigências pulsionais, anteriormente produzido pela formação dominante do ideal do eu.

Através de uma alteração na formação do caráter, muitos profissionais contemporâneos encontram uma via direta para alcançar a satisfação pulsional. Outros, entretanto, mesmo nos dias atuais, ainda entram em conflito com exigências morais da profissão, e sob ação da censura psíquica, fazem o caminho da neurose, o que os leva à formação de sintomas, evidenciando uma formação de caráter que passou pela barreira ao gozo promovida pela instancia superegoica. O estudo freudiano dos outros dois tipos especiais de caráter - os que fracassam diante do êxito, e os que cometem crimes por sentimento de culpa - indica que o caráter pode se formar a partir da passagem pela construção subjetiva onde a renúncia ao gozo se institui como uma exigência interna. Mas, através da indicação do tipo de caráter dos que exigem ser tratados como exceções, verificamos que o caráter também pode ser moldado pelo direito ao gozo, e não pela exigência da renúncia a ele. Donde podemos opor o caráter do médico missionário, cuja formação subjetiva se organiza pelo ideal do eu, ao caráter do mercenário, afastado da referência paterna e nomeado por Mello Filho como sendo um médico pulha ou vilão, conforme destacamos em nosso primeiro capítulo (à p. 29 desta tese).

Entre os missionários e os mercenários, localizaremos os médicos que se decepcionam com a profissão, à semelhança do quadro descrito por Freudenberg; e que, em crise diante da queda dos ideais humanísticos - que um dia os estimularam a escolher esta profissão - externam seu conflito subjetivo através do novo sintoma, a síndrome de *burnout*. Alguns fracassam diante do êxito profissional, evidenciando, na formação de seu caráter, o funcionamento do supereu sádico e cruel, que agencia através da impotência do *fantasma*, o "*acting out*" do sintoma. Muitos tornam evidente,

através da experiência da despersonalização, a impossibilidade de sustentar seu desejo missionário, em tempos onde não existe mais a mesma sustentação fantasmática de antes, baseada na oblatividade e no altruísmo. É verdade que, apenas no caso a caso de cada experiência, a escuta promovida pela psicanálise poderá reconhecer a posição subjetiva de um profissional; mas, ainda assim, supomos que a pesquisa teórica desenvolvida por esta tese poderá auxiliar os psicanalistas no reconhecimento dos aspectos que promovem este sintoma profissional.

CAPITULO IV

UMA LEITURA DO *BURNOUT* À LUZ DA PESQUISA TEÓRICA-CLÍNICA
PRODUZIDA NA TESE

Lipovetsky nomeou a sociedade atual como "pós-Moralista" (LIPOVETSKY, 2005). Em seu texto, ele comenta as mudanças que caracterizam os tempos atuais:

Pela primeira vez estamos diante de uma sociedade que, longe de exaltar a observância dos preceitos superiores, faz deles um uso eufêmico e lança-os ao descrédito, deprecia o ideal da abnegação mediante o estímulo sistemático à satisfação das aspirações imediatas, à paixão pelo ego, à felicidade intimista e materialista. (LIPOVETSKY, 2005, p. XXXVIII).

A profissão médica, cercada por múltiplas idealizações em torno da figura do médico - como examinamos em textos que foram anteriormente resenhados - mostra-se propícia à produção do desencanto, uma vez que o Outro contemporâneo não sustenta mais a crença nestes valores e ideais. Muitas vezes, o sujeito perde a sustentação que antes encontrava, na sociedade ou na sua família, encorajando-o no exercício da profissão médica idealizada. Prosseguiremos, neste capítulo, desenvolvendo este raciocínio, aplicando-o agora ao depoimento de alguns sujeitos por nós entrevistados, sendo que um deles foi escutado em meio a uma experiência subjetiva próxima à do *burnout*.

O desvelamento repentino do vazio, que o *fantasma* encobre, pode produzir um encontro com o real que é devastador para o sujeito. Principalmente se este estiver estruturado segundo a lógica da neurose, que tampona o furo do real. Nestas condições, o desejo profissional pode desmoronar, levando o sujeito a abandonar seu posto num trabalho que perdeu o antigo sentido. Mesmo quando essa experiência se dá de maneira transitória, num momento de vacilação do *fantasma*, o sujeito pode viver uma experiência que se aproxima do pânico, como examinaremos numa vinheta clínica, relatada abaixo.

Trata-se de um médico de meia idade, encaminhado à psicanalista por seu psiquiatra: sua queixa principal eram os súbitos ataques de insegurança e medo, devido à forte tontura que o acometia repentinamente e o impedia de se manter no trabalho. Quando um desses episódios ocorreu de forma mais intensa, foi necessário suspender totalmente seu atendimento e comunicar sua decisão de voltar imediatamente para sua casa. Entretanto, meio quarto de hora após ter largado seu trabalho, a crise de angústia desapareceu, para sua surpresa. A angústia estava localizada na experiência profissional, no seu trabalho médico. O medo que o rondava, desde então, era o de voltar a repetir tal experiência, que o aterrorizara: decidiu então antecipar suas férias, e buscar um tratamento. Na primeira entrevista psicanalítica, relatou sua profunda estranheza diante do acontecimento; declarando-se uma pessoa lógica e racional, anunciou desde o primeiro encontro sua relutância em supor algum saber sobre sua queixa à psicanálise, pois ainda buscava uma explicação médica para seu quadro. Mas para seu desencanto, nenhum dos exames realizados, pelos diferentes especialistas que procurou, revelaram qualquer anormalidade. Considerava-se uma pessoa muito tranquila e normal, pouco afeita a emoções incontidas ou a manifestações intempestivas, razão pela qual expressava indignação por precisar tomar medicação psiquiátrica e ser encaminhado a um atendimento psicanalítico. Sua esperança era a de um dia encontrar uma explicação médica para sua tontura - esperança, que até o momento, ele não abandonou.

Nas poucas entrevistas a que compareceu, antes de interromper sua vinda aos horários agendados, chegou a relatar duas experiências traumáticas: a morte súbita e precoce de seu pai, durante uma reunião familiar, foi uma delas. Esse acontecimento inesperado, causado por um colapso cardíaco, trouxe dificuldades financeiras para sua mãe, que precisou recorrer à ajuda de seu avô antes de encontrar uma fonte de renda própria. Nesse tempo, sua vida acadêmica ficou na dependência desse suporte familiar, sua casa funcionando precariamente, até que tudo se reorganizasse. A segunda experiência traumatizante ocorreu oito anos atrás, quando sofreu um desmaio repentino, em meio a um jogo de vôlei entre amigos, em sua casa. Enquanto o diagnóstico não foi encontrado, as várias hipóteses levantadas lhe pareceram aterrorizantes. Mas finalmente, a conclusão da equipe médica que o socorreu foi bastante tranquilizadora: ele havia sofrido um choque anafilático, causado pelas mordidas de formigas de seu próprio jardim, momentos antes do jogo. Esses episódios foram relatados quase que casualmente, com a convicção de que eram eventos da vida, que não mereciam maior

atenção. Descrente do inconsciente, ele pode apenas reconhecer, durante a entrevista, que antes do desmaio, se achava imortal: nunca havia lhe ocorrido que poderia vir a faltar à sua família, repetindo a história do pai. Ocorreu-lhe então que sua esposa também não tem renda própria, e que ele tem o mesmo número de filhos que seu pai tinha quando faleceu; mesmo assim, a recusa ao saber do inconsciente se manteve inarredável.

A escolha da profissão médica aconteceu, ao seu ver, gratuitamente: entretanto, relata que foi o primeiro médico de uma família de classe média, e deixa escapar o quanto isso encheu sua mãe de orgulho. Desta forma, foi por ela destacado, logo que se formou, para cuidar dos avós, que entretanto, para decepção de todos, vieram a falecer poucos meses atrás, com um pequeno intervalo de tempo entre as mortes. Disse ter sentido bastante o peso da responsabilidade, diante das expectativas maternas de que ele resolvesse os problemas de saúde dos avós, já idosos; mas provavelmente a morte deles abalou sua convicção fantasmática de que ele daria conta de tal missão. Suponho que, nesta vinheta clínica, a decepção com a morte dos avós abalou a sustentação do desejo médico do sujeito em questão. Ele também comentou sua rotina atribulada, a correria do seu trabalho, seus inúmeros plantões, e um pouco de cansaço atual com esse tipo de vida. Quando recém-formado, relatou que sentia certo medo ao ver uma ambulância chegando ao seu posto de trabalho com pacientes para serem atendidos: temia não conseguir salvá-los. Entretanto, alegou que esta sensação foi diminuindo com o passar dos anos de trabalho. Mas o temor do fracasso parece ter ressurgido neste momento, onde a angústia o invadiu, promovendo a tontura que o impedia de trabalhar.

Embora não tenha sido possível escutar esse sujeito por um período maior, levanto a hipótese de que sua queixa, resumida no medo de perder seu equilíbrio, pode ser tomada como uma manifestação de *burnout*. O seu trabalho profissional foi a única área de sua vida que ficou diretamente afetada pelo sintoma que recentemente começou a produzir. A forte manifestação de angústia em seu ambiente de trabalho indica a presença do objeto fantasmático, tamponando seu medo da morte; o *fantasma* da imortalidade, tão comum entre médicos, passou a vacilar após a morte dos avós, destituindo-o do lugar idealizado em que se colocou diante da mãe, após a morte do seu pai. A sua experiência do desmaio, repetindo retroativamente a morte súbita de seu pai, voltou à lembrança após o falecimento do seu avô, cuja vida lhe escapou das mãos. Este "fracasso" em corresponder à demanda materna fez o *fantasma* vacilar, prejudicando o

seu desempenho profissional. Este pequeno relato de caso traz à dissertação um exemplo de como o desfalecimento do *fantasma* da imortalidade, aquele que sustenta, tantas vezes, o desejo profissional dos médicos, pode conduzir à experiência de despersonalização, (embora definida de outra maneira) mencionada na literatura sobre o *burnout* como um dos elementos que caracterizam a referida síndrome. Com a psicanálise, tomamos a descrição da síndrome de *burnout* como sendo, ela própria, uma experiência de despersonalização.

Retomamos então as considerações anteriores para retomar uma pergunta que nos conduziu nessa investigação: Por que a partir dos anos 70, profissões como cuidar, educar, transportar, entre outras voltadas para o atendimento de pessoas, passaram a ficar tão afetados pelo *burnout*? Voltamos ao texto de Freudenberg, anteriormente citado, (FREUDENBERGER, 1974). Diante do que chamou como uma pressão interna para atuar intensamente num trabalho comunitário, o autor reconheceu que visava satisfazer expectativas externas de doação de si em prol de terceiros. Um perfil missionário se anunciava presente em sua experiência profissional, apoiado no *fantasma* de oblatividade que caracterizamos, com Lacan, como obsessivo. Levantamos a suposição de que o *burnout* por ele relatado foi desencadeado pela impossibilidade de sustentar o ideal profissional, altruísta, numa sociedade que já reduzia esta demanda ao profissional de saúde. Essa alteração social estaria afetando, de maneira especial, aquele sujeito mais aprisionado, de maneira obsessiva, à demanda do Outro.

Encontramos tal aprisionamento à demanda do Outro bastante evidente em alguns depoimentos recolhidos na pesquisa de campo, uma vez que muitos médicos afirmaram se cobrar, com intensidade, o seu aspecto moral, mesmo quando a religiosidade não predomina. Verificamos a existência de muitas menções, pelos sujeitos entrevistados, a cobranças que continuamente recaem sobre os médicos, seja por parte dos gestores, dos familiares, da sociedade ou deles mesmos. Essa cobrança está por trás do peso que muitos sentem diante da sua profissão:

“As pessoas cobram, e eu também me cobro muito! Então, acabo não dizendo não...; (...) às vezes é difícil não ficar presa nisso pois fico me cobrando, mas tenho coisas práticas para fazer, tenho contas em banco, ver documentos, fico em dúvida e penso: tenho meus direitos! eu tenho coisas para resolver em dias úteis, não posso ficar me cobrando... (Médica formada há dois anos e meio, entrevista 10).

“Meu senso de responsabilidade, e a autocrítica exigente, isso me cobra muito e produz muito estresse. Tive que pensar muito sobre isso para buscar a mudança, e ficar mais confortável; isso me sugava, mas hoje consigo lidar melhor, não me sufocar tanto e viver com tanta pressão” (Médica formada há seis anos, entrevista 7).

“No Brasil, você ainda vive numa sociedade escrava, meio escrava, você tem que trabalhar muito e não ter horário...ainda tem muito uma consciência escrava. Não trabalho sob pressão, mas (...) não cuido de mim, larguei tudo para vir atender aqui, isso é um perfil errado da escravidão da sociedade brasileira!” (Médico formado há 23 anos, entrevista 12).

O aprisionamento às demandas do Outro parece ser um risco inerente ao trabalho médico. Lacan, em conferência proferida a médicos em 1966, abordou o risco da submissão dos médicos a demandas de produtividade, assim como a demandas da indústria, para que ele seja um agente distribuidor, testando novos métodos terapêuticos, químicos e biológicos, fornecidos pelo mundo científico. Ele observou, já naquela época, a existência dessas demandas contemporâneas como capazes de retirar os médicos do lugar sagrado que, desde a antiguidade, conferiram a esse profissional um lugar social de prestígio e autoridade. Eis o que constatamos, nos dias de hoje, como um processo em expansão.

Entre o missionário e o mercenário: o *burnout* do médico contemporâneo

Indicamos, nesta tese, a proximidade entre a posição missionária da ética médica tradicional e o pensamento religioso cristão, onde a entrega à profissão médica - enquanto uma profissão voltada para a ajuda ao próximo - surge como uma demanda internalizada pelo próprio sujeito, quando aprisionado à estrutura obsessiva. Recortamos abaixo alguns trechos do depoimento colhido junto a um médico de 33 anos, clínico geral há oito anos, e atuando num hospital particular do município do Rio de Janeiro, que consideramos emblemático dessa posição subjetiva. Perguntado sobre a sua percepção quanto a ter uma missão a cumprir, ele comenta:

"Isso me toca, e é a diferença entre ser médico ou arquiteto. Se eu estou de folga na praia, e alguém passa mal, eu tenho a obrigação de ir lá atender porque eu sou um médico. Se fosse arquiteto, e alguém viesse ali me pedir para desenhar um banheiro, eu diria: não, eu agora estou de folga! mas o médico não tem isso, não tem folga nunca, está sempre atento e mais uma vez entra a questão da religiosidade. Uma vez eu estava voltando de um plantão, cansado demais, e estava num ponto de ônibus quando ouvi uma gritaria, alguém estava passando mal, e meu primeiro pensamento foi me afastar daquilo. Mas me reportei a Deus, assim, entre aspas, e pensei: minha função é atender alguém que esteja numa emergência, eu posso ajudar." (Entrevista 11).

O entrevistado já havia feito referência à sua formação religiosa, e à moralidade que, a seu ver, caracteriza a boa atuação médica:

"Cito um neurocirurgião americano, o primeiro que separou o cérebro de dois siameses. Ele é um gênio da medicina: ele nivelou o padrão médico para cima. Na religião a gente tem os gênios morais, falo de Santo Agostinho: ele joga o padrão moral o tempo todo para cima. Por exemplo, quando ele fala da confissão, de verticalizar seu comportamento, se virar para Deus e falar para Ele, no final do dia: Deus, o que eu fiz é errado - e Deus sabe disso - você joga teu valor moral para o alto; ao invés de falar: eu fiz errado porque fulano de tal diz que é errado. Quando você sai do comportamento humano horizontal, e vai para o vertical, onde tem um ser que é onisciente, onipresente, como padrão moral, isso te eleva. Eu estou o tempo todo sendo testado, pois não gosto de todos os pacientes: tem alguns que desagradam, às vezes estou irritado, e gosto de pensar que estou o tempo todo com um ser onisciente e onipresente junto comigo! isso me ajuda. (...) Difícil é tratar do velhinho, preto e pobre que está lá, e quando estou diante dessas pessoas eu penso em Deus, existe alguém onisciente e onipresente que está ali comigo, me vigiando. Por que às vezes você erra, você se incomoda; o paciente é chato, ou está sujo... e a religião entra para mim neste sentido, e nem sou religioso não..." (idem).

Embora seja surpreendente que este médico não se considere religioso - pois, claramente, ele o é - surgiram, durante a pesquisa de campo, depoimentos sem nenhuma referência religiosa, mas com o mesmo teor de cobrança moral em relação ao comportamento ético humanístico exigível dos médicos. Elas indicam a presença de um tipo de caráter calcado no funcionamento do ideal do eu, de sujeitos que regulam seu comportamento social por meio de interdições superegoicas. Nesta direção, lembramos o alto nível de exigências morais encontrado no texto do CFM, que considera a profissão médica como a mais sublime das profissões, por sua característica sacerdotal, uma vez que o caráter dos sujeitos médicos deveria ser marcado pela abnegação, sacrifício e interesse humanitário. Esta característica, embora venha diminuindo,

continua existindo em nossos dias, como vemos neste depoimento, e em outros de nossa pesquisa. Ela confirma as indicações encontradas em Foucault sobre o caráter religioso e sagrado que, desde a antiguidade, reveste a profissão médica, permitindo que os médicos fossem descritos, na época, como padres do corpo (FOUCAULT, 1994, p. 35).

A mudança de mentalidade aparece no flagrante contraste entre esta posição, esperada de um médico, conforme relatada por Foucault; e a que floresce na sociedade contemporânea. Nos tempos atuais, a mentalidade social se mostra voltada para uma crescente valorização do rendimento financeiro, a ser auferido pelo profissional. Bem diferente das ideias que Foucault encontrou, em 1791, relativas ao financiamento eclesiástico da medicina, quando se tratasse de atender aos indigentes:

O médico não terá mais que pedir honorários àqueles que trata; a assistência aos doentes será gratuita e obrigatória - serviço que a nação assegura como uma das suas tarefas sagradas; o médico é apenas seu instrumento. Ao terminar seus estudos, o novo médico ocupará não o posto de sua escolha, mas o que lhe for indicado, segundo as necessidades ou vagas, em geral no campo; quando tiver adquirido experiência, poderá pedir um lugar de mais responsabilidade e melhor remuneração. Deverá prestar contas a seus superiores de suas atividades, e ser responsável por seus erros. Tornando-se atividade pública, desinteressada e controlada, a medicina poderá se aperfeiçoar indefinidamente; reencontrará, no alívio das misérias físicas, a velha vocação espiritual da Igreja, de que será como que o decalque leigo. E ao exército dos padres que velam pela saúde das almas, corresponderá o dos médicos que se preocupam com a saúde dos corpos. (FOUCAULT, 1994, p. 36).

Como podemos constatar nos dias de hoje, esse desinteresse material, vinculado à posição missionária determinante da vocação médica, está em franca decadência. Os interesses econômicos predominam na sociedade contemporânea, inclusive no trabalho médico. Seja pela interferência das empresas que visam ao lucro, ao intermediar a procura dos pacientes pelo atendimento médico; seja pela mentalidade social que associa o rendimento profissional ao status profissional. Assim, ao meu ver, a posição missionária predispõe o profissional contemporâneo a viver, no mínimo, um conflito; quando não produz uma mudança de orientação na própria posição ética do sujeito. Cada vez mais, surgem indicações de que o aspecto monetário e financeiro assumiu o comando das relações profissionais, produzindo a redução do perfil do médico missionário entre a população profissional. Queixas dos pacientes, relativas à falta de atenção e interesse dos médicos durante as consultas - direcionadas exclusivamente ao

pedido burocrático de exames - aparecem lado a lado com queixas dos profissionais, devido à agressividade e falta de educação de seus pacientes. Os profissionais mais antigos afirmam, em sua maioria, que os novatos não estão dispostos a fazer os mesmos sacrifícios que, antigamente, todo iniciante na profissão era obrigado a fazer: ficar com os plantões nos fins de semana, fazer os horários noturnos mais penosos, trabalhar nos feriados e datas comemorativas, etc.

Segundo depoimentos colhidos nos dois hospitais pesquisados, tais sacrifícios só são aceitos atualmente em troca de uma remuneração muito alta, indicando o aspecto mercenário que se alastra na profissão. A alteração do caráter a que nos referimos se manifesta, no meio médico, muito claramente pela redução do perfil do médico missionário entre profissionais mais jovens, como denunciam muitos médicos que participaram de nossa pesquisa. Recortamos das entrevistas os seguintes trechos de depoimentos, que deixam entrever essa outra postura que vem sendo percebida no meio médico:

"No setor privado, o que mais me incomoda é o decaimento da qualidade do profissional, em todas as áreas: as pessoas não estão motivadas, não querem trabalhar, só querem fazer o seu... falta comprometimento, e como sou neurótica, fico sobrecarregada com as coisas que os outros deixam de fazer. (...) O espírito do missionário acabou, o perfil do profissional mudou: os recém formados não querem mais pegar plantão no fim de semana, nossa escala aqui ficou aberta por meses no sábado à noite, as pessoas não querem mais isso! É um pesadelo quando se precisa substituir um colega... preenchemos alguns buracos críticos aumentando o salário para poder atrair" (Médica formada há dez anos, entrevista 3).

"Existe um problema atual que é a 'geração Y': o cara recém formado quer ter em um, dois anos, o que você conquistou em trinta! Ele quer a satisfação imediata! tem que ser agora, como no Facebook... é agora, tudo feito na hora. Eles têm pouca tolerância à frustração, e (a medicina) é uma carreira que se faz basicamente em cima de frustrações... aliás, como acho que deve ser a maior parte das carreiras." (Entrevista 2).

"Houve uma mudança de como as coisas eram antigamente, o mundo cheio de ideais... a sociedade de consumo criou algo que leva as pessoas a acharem que podem ter tudo à mão, ali!" (Médico formado há dez anos, entrevista 6).

"Há muitos que não vestem a camisa, só querem ganhar dinheiro! (...) o sistema é covarde e perverso" (Médica formada há sete anos, entrevista 9).

"Há médicos gananciosos interessados apenas em ganhar dinheiro e trabalhar pouco; falta valor moral, e quem sofre é o preto pobre." (Médico formado há oito anos, entrevista 11).

Acompanhamos, mais uma vez, as conclusões de Coelho dos Santos e Azeredo no seu já mencionado estudo sobre um tipo excepcional de caráter (COELHO DOS SANTOS & AZEREDO, 2005). Muitos sujeitos evidenciam resistência em renunciar às satisfações mais imediatas, aspecto que devemos considerar como estando mais presente nos dias de hoje do que antigamente. Hoje, *"o caráter não se reduz a um efeito da renúncia pulsional, pois o imperativo superegoico na era dos direitos nos determina a gozar"* (Ibid., p. 89). No lugar do caráter missionário, tradicionalmente presente entre médicos, encontramos um outro perfil, egocêntrico, (anteriormente menos visível), e que vem se delineando com maior intensidade entre médicos nos dias de hoje. Seja entre os mais jovens, seja entre os mais antigos, são muitos os profissionais que recusam algumas das exigências da profissão, como trabalhar nos fins de semana, nos horários noturnos, ou em locais distantes e sem recursos adequados, por exemplo. Este novo posicionamento vem produzindo um desarranjo nas equipes de trabalho dos dois hospitais pesquisados, especialmente quando surgem vagas nos plantões de final de semana, ou mesmo durante feriados.

Podemos supor que estamos diante de *"uma nova moralidade...que não se orienta mais pelos ideais, e sim pelo objeto de satisfação"* (COELHO DOS SANTOS, 2008, p. 69). O ideal humanístico, que vinha sustentando o profissional de saúde até bem pouco tempo, não encontra mais o mesmo suporte entre os sujeitos, desde que o discurso capitalista assumiu o comando da civilização. Assim, passamos recentemente a conviver com acusações, na imprensa, de que muitos médicos se tornaram mercenários. A mídia passou a veicular, recentemente, notícias que escandalizam, inserindo alguns comportamentos médicos nos cadernos policiais; o governo contrata profissionais estrangeiros, alegando que os médicos brasileiros não mais aceitam trabalhar na periferia das grandes cidades, ou em regiões afastadas, pobres e sem recursos, fazendo uso político desta crise que afeta os médicos. Há, portanto, um conflito que aflige o encontro de diferentes gerações médicas num ambiente hospitalar, produzindo maior desgaste no exercício da profissão nos dias de hoje.

Encontramos, em nossa pesquisa de campo, e nos dois hospitais, sinais desse conflito entre duas moralidades. Pois de um lado, como já mostramos, recolhemos depoimentos de profissionais que justificam a rotina de sacrifícios como necessária à prática médica: "*A medicina não é glamour, a medicina é pobreza. (...) quem quer a glória, vai se decepcionar... médico é isso aí, tem que ser abnegado, se doar ao paciente*" (entrevista 12). Entretanto, outros, são categóricos em afirmações opostas: "*O espírito do missionário acabou, mudou*" (entrevista 3); "*A medicina é muito sacrificante, muito mesmo...! Fico revoltada porque é um trabalho como outro qualquer, e muita gente tem essa visão de que a medicina é um sacerdócio! e eu tenho meus direitos...*" (entrevista 10).

Neste cenário, que nos permite entrever a distância, nos dias de hoje, do posicionamento tradicionalmente encontrado nos médicos (e a eles indicado em sua formação profissional) em relação ao valor ético de dedicação ao outro, constatamos portanto a coexistência dos dois perfis apontados, presentes em nossa pesquisa de campo. Encontramos, entre os médicos entrevistados, sujeitos que ainda se enquadram na formação subjetiva estudada por Freud na época da modernidade, baseada na renúncia ao gozo narcísico, e na conseqüente aquisição de interesses genuinamente sociais. Estes ainda respondem a um Outro que é culturalmente tomado como uno, modelador dos ideais; nessa grade subjetiva, encontramos a condição de possibilidade para a produção de estruturas clínicas como as neuroses e as psicoses clássicas, que continuam a comparecer (embora em minoria) nos consultórios psicanalíticos, em busca de tratamento para seus sintomas.

Mas os novos sintomas, entre os quais estamos situando o *burnout*, indicam as mudanças do mundo contemporâneo. Elas estão produzindo um estado de conflito em sujeitos que perderam a crença nos antigos ideais, e que precisam lidar com este novo real profissional, para o qual não foram preparados. A fala de alguns médicos denuncia esta perplexidade:

"O mergulho na profissão me impediu de ter alguns prazeres, e acho que hoje em dia as pessoas estão de um outro lado, focando no aspecto financeiro." (Entrevista 14).

Este fragmento, reiterando a falta de tantos outros, nos permite verificar que há, na contemporaneidade, aqueles sujeitos que já não acreditam no Outro consistente, pois são fruto do discurso hipermoderno que tem o objeto *a* no comando de suas vidas. Agenciados pelo dinheiro, ou pelo gozo consumista, esses sujeitos funcionam segundo uma outra lógica, e não sofrem o apelo do perfil missionário: trabalham para si e para seu enriquecimento, não se importando com o aspecto altruísta que tradicionalmente caracterizava o perfil do médico, sua ética, sua moral. Os empresários do campo da saúde se enquadram neste outro perfil, que se choca com os valores humanitários que, até pouco tempo, definiam o campo de trabalho dos profissionais de saúde. A realidade do trabalho atual desnuda as características diferenciadas do Outro contemporâneo, onde o predomínio da ideologia individualista apregoa o direito de cada um ao gozo.

Retomamos o texto acima citado de Lipovetsky:

A expressão 'viver para o próximo' (que antes era a expressão do ideal de virtude, em sua forma mais requintada) tornou-se máxima de segunda ordem, algo que, no fundo, já não se considera necessário inculcar nos filhos. No início da década de 1980, em cada dez norte-americanos, quatro se definiam como cínicos; ao passo que somente 17% dos estudantes franceses consideravam o egoísmo um dos mais intoleráveis vícios - total que ficava bem atrás da intolerância (38%), da solidão (25%), da pobreza (19%). Calar a respeito dos principais preceitos morais não é tudo. A era do pós-dever vai além do recurso de silenciá-los: na verdade, os demole pela base. (LIPOVETSKY, 2005, p. 107).

As mudanças de mentalidade se comprovam na experiência dos sujeitos que atuam na gestão hospitalar, e que na área privada se deparam com a intrusão de uma nova filosofia empresarial, antes ausente, no campo da saúde. Referimo-nos a estas mudanças, mais acima, quando afirmamos que as atuais condições de atendimento médico modificaram as condições em que este trabalho era realizado na época moderna. De um médico gestor, com mais de trinta anos de formado, colhemos as observações abaixo relatadas:

"Hoje você trabalha em empresas, que estão estruturadas à maneira de 'company', essas coisas todas... Elas têm suas políticas, e como qualquer empresa ou indústria, elas visam o mesmo modelo de gestão: ver o tempo todo o que se pode cortar, o que não pode...e muitas vezes você fica à mercê de decisões tomadas em outras instâncias (...) a forma como se pratica a medicina mudou muito nesses últimos trinta anos; cada vez menos é uma medicina individualizada, cada vez mais é massificada, onde o dono do processo não é mais o médico (...). Mudou o mundo, mudou a sociedade,

mudou a economia, mudou o país... surgiram formas diferentes de financiamento da medicina, e isso interferiu na maneira como o profissional (de saúde) atuava!" (Entrevista 2).

Tais mudanças, decorrentes do predomínio do discurso capitalista, neoliberal, e de sua entrada no campo da saúde - tanto no Brasil como no resto do mundo - determinam o surgimento de novos comportamentos entre os médicos. Prosseguimos com o depoimento desse gestor, que revela como o médico de hoje precisa se adaptar a uma nova realidade:

"Os antigos mestres, os antigos doutores que viviam de consultório, estão morrendo, são dinossauros! (Risos). O último vai morrer... algumas pessoas que têm seu consultório precisam complementar a renda, e uma série de outras coisas. Você acaba refém da necessidade de ter uma quantidade enorme de empregos: então você trabalha, e trabalha muito!" (Idem).

Em outro depoimento, encontramos a descrição dessa mesma realidade, por parte do médico, que está na outra ponta desse processo:

"Hoje o volume de pacientes privados é pequeno, o valor a cobrar é restrito, a gente não consegue mais cobrar o trabalhão, há um preço predeterminado, isso é ruim; existe um cartel dos gestores de saúde; você fica na mão dos grupos, perdeu a liberdade que tinha antes. No sistema público é a mesma coisa, o médico não tem, como em outras profissões, um plano de carreira para galgar; e proporcionalmente ao que se trabalha em outras profissões de nível superior, com o mesmo status, a mesma quantidade de horas de trabalho, a quantidade de coisas que sacrifica da família, não é a mesma coisa; e isso é ruim." (Entrevista 3).

Essa realidade é igualmente descrita por um jovem médico, 32 anos, formado há oito, que mantém seu consultório particular na cidade do Rio de Janeiro, atendendo basicamente a pacientes enviados por convênios com os planos de saúde. Seu depoimento nos interessa como um testemunho do conflito que ronda o médico de perfil missionário, mas que é pressionado a se enquadrar num mercado mercenário. Ele comenta sua experiência, muito próxima do *burnout*:

"Minha escolha é dar atenção ao paciente, mas aí as minhas agendas atrasam, eles ficam danados da vida comigo; o paciente entra nervoso porque eu atraso... o plano de saúde é isso, eu ainda não tenho muito paciente particular; o plano de saúde é de onde saem mais cirurgias, é bom por isso; mas a parte clínica do plano de saúde é... desesperador, você está atendendo e fica ouvindo os comentários lá fora, que você atrasa... você tem que ser uma máquina! E o que reclama é o que mais te suga quando entra, vai te sugando, te sugando, e os outros lá fora.... E tem também a parte da administração em medicina: são pessoas que cuidam da clínica, que não são médicas e vêm te dizer o que você tem que fazer! Dizem: "isso aqui, doutor, podia ter pedido o exame tal!" (...) Ele está pensando em quanto o exame tal rende... e não se o paciente precisa ou não do exame tal, ele não está nem aí para a vida do paciente! Eu saí de um lugar que era onde eu mais ganhava porque o pessoal ficava dando 'pitaco' na minha conduta! Isso é coisa de louco... Você sabe o que está fazendo, e o pessoal vem te dar 'pitaco'! O plano de saúde vem, e pede um relatório mais detalhado; você dá o mais detalhado, eles voltam e pedem ainda mais detalhado. Você aí dá o terceiro, e... Você sabe que aquilo é puramente orientado a eles para postergar esse gasto, eles nem leem os relatórios, é só para não ter que pagar logo!" (Entrevista 15). (Os grifos são meus).

A interferência dos planos de saúde sobre sua profissão produz neste sujeito um forte estresse:

"O negócio que me deixa louco em medicina é glosa de cirurgia; você faz a cirurgia e três meses depois quando vou receber, dizem: não, essa cirurgia não tem sentido de ser feita... isso depois de ter sido autorizado. Já recebi uma cirurgia após seis, nove meses, um ano depois de ter feito a cirurgia! Do plano de saúde! é o pior da medicina, o plano de saúde; é o que mais... eles estão ali para te explorar, e ao mesmo tempo você, infelizmente... eu até vejo uma saída mas só no futuro. A saída que eu vejo é ter minha clientela, e atender só no particular, como os meus ídolos estão fazendo. Um deles me colocou numa clínica de convênios, mas depois saiu para fazer só particular." (Idem) (Os grifos são meus).

Os sintomas desse discurso se manifestam sobre seu corpo:

" Eu fico coçando muito, faço uma feridinha na cabeça e aqui, nos dedos, tiro a pele, e também coço minha psoríase... é, eu tenho psoríase! total, do estresse; Palpitação, às vezes eu tenho... e estou agora acordando, assustado, no meio da noite. Uma vez por mês eu tenho, essa noite, aconteceu, por coincidência... vem um pesadelo, muito real, e eu acordo, minha esposa se assusta, isso acontece, uma vez por mês..." (entrevista 15).

Esta nova realidade dificulta a manutenção do perfil missionário entre os médicos que vão chegando ao mercado de trabalho. Ainda que imbuídos da ética tradicional, propondo-se a cuidar de seus pacientes segundo o perfil missionário, sua prática profissional se mostra exaustiva e debilitante, e vai sendo confrontada com a mentalidade individualista em crescimento na contemporaneidade. Esse novo discurso surge moldado pelo capitalismo, onde o livre mercado estabelece o valor das mercadorias. A partir daí, o trabalho profissional médico é capturado pela lógica do mercado: o que se manifesta como um pesadelo muito real - nos corações e mentes de médicos cujo ideal do eu foi construído pela lógica religiosa do Outro consistente. Estes sujeitos se deparam com uma imposição de trabalhar frenética e velozmente, para se manter no mercado:

"Eu sou muito "workaholic", muito mais que meus colegas. Os que eu convivo mais. Dos colegas de faculdade... Tive um colega que parou de morar longe, isso é uma coisa que eu não consigo fazer... Outro que consegue dar uma boa qualidade de vida para ele. Eu estou tentando, busquei a analista para isso também, dar um jeito na minha cabeça e ser menos "trabalho, trabalho, trabalho; cirurgia, cirurgia, cirurgia... não dou atenção em casa, uma lâmpada fica queimada por três meses... meus colegas mais próximos, todos têm queixas, neste sentido." (Entrevista 15).

Como verificamos no trecho acima transcrito, o sujeito se vê aprisionado a uma engrenagem que o obriga a trabalhar como se fosse uma máquina! a exaustão emocional e a perda da motivação, indicativos do *burnout*, são resultantes de um dispositivo discursivo que leva tal "máquina" ao colapso: ela queima, "vira carvão", e o sujeito para de lutar por seus ideais, se mostra indiferente aos demais. Donde a metáfora mecânica serve à aplicação na experiência profissional desses sujeitos. Há um processo de desumanização, referido à perda do ideal alteritário, capitaneado pela cultura individualista, que promove a desilusão. A defesa encontrada está no distanciamento psíquico, tentativa de "*resfriar*" e desacelerar o ritmo de trabalho:

"E tem os mais velhos, que você vê, isso me angustia muito, eu sou muito contra, mas é quase um fim inevitável, de chegar no final e se render. Ao lidarem com isso, suspendem a cirurgia, tipo: ah, não tem compressa? então suspende... não tem o campo tal? Então suspende... e esquecer que aquele paciente ficou cego porque não tinha o campo, entendeu? esquecer... é uma indiferença. Eu me pergunto: será que esse não é o único jeito para eu sobreviver? por que se eu ficar assim me estressando em cada situação

dessa, eu vou estourar por dentro, eu sei... de repente é isso, eu já começo a ver as pessoas mais frias como um fim inevitável, é para onde eu estou indo...e quando vejo as pessoas ficando mais frias, eu penso: será que na minha idade ele não estava aqui, também lutando e aquilo ferrou tanto ele que ele pensou: eu desisto. Eu me entrego! é isso que eles querem, que o sistema quer?" (Entrevista 15). (Os grifos são meus).

É bem verdade que também encontramos muitos sujeitos que encontraram um limite para o empuxo ao excesso de trabalho, e que supomos não estarem alienados à demanda do Outro contemporâneo. Estes se mostraram capazes de desapegar de alguns vínculos empregatícios, para encontrarem melhor equilíbrio no seu uso do tempo:

"Desde a faculdade, até o ano passado (formada há 7 anos), eu só fazia trabalhar, trabalhar, trabalhar...passei então a questionar isso, e hoje eu tenho minha vida, minha casa, meu cachorro... parei para ver o que estava acontecendo e decidi mudar isso" (Entrevista 5).

O limite encontrado para mudar a posição de submissão à demanda do Outro contemporâneo exige uma forte disposição do sujeito em romper com sua alienação ao discurso vigente. Mas uma mudança dessa natureza exige uma capacidade de elaboração simbólica, que nem todos os sujeitos são capazes de alcançar; e quando muitos profissionais não encontram uma possibilidade de bancar decisões, necessárias à autonomia subjetiva frente ao Outro, o *burnout* pode se manifestar como um “*acting - out*”, como uma travessia selvagem do *fantasma* de onipotência, frequente entre médicos. Em situações críticas - como examinamos na vinheta clínica, ou indicamos no relato feito no hospital universitário -, esse médico pode perder a sustentação fantasmática do seu desejo profissional, ou cair da posição subjetiva onde, precariamente, sustentava seu antigo ideal, e com isso, viver (com maior ou menor intensidade, dependendo da sua estrutura clínica) a experiência de despersonalização que caracteriza o *burnout*.

Reforçamos, ao encerrar esse capítulo, o argumento de que o trabalho médico contemporâneo tende progressivamente a incorporar a ideologia dominante que introduz, no comportamento profissional, uma nova ordem. Através do direito ao mais gozar - no avesso à ordem tradicional que exigia a renúncia ao gozo - a ordem de consumir, ou acumular bens, se propaga entre sujeitos contemporâneos. Em especial

entre aqueles, cuja formação de caráter os induz a exercer um suposto direito: à uma satisfação de natureza narcísica e individualista. Diante disso, muitos sujeitos passam a procurar a profissão médica em busca de uma satisfação nada altruística, enquanto que outros tantos se percebem mais solitários na manutenção de seus ideais profissionais alteritários. Em meio a estes perfis tão opostos, muitos profissionais vivem silenciosamente um conflito subjetivo, de natureza ética, que pode resultar no desencanto e na desilusão, com a eclosão do sintoma profissional do *burnout*.

CONCLUSÃO

As mudanças socioeconômicas e culturais que caracterizam a passagem da modernidade para a contemporaneidade, a partir de 1968 - especialmente nos países mais desenvolvidos - estão, portanto, produzindo efeitos na formação subjetiva, e afetando o cenário das relações profissionais. Por esta razão, escolhi abordar nesta tese o sintoma profissional a partir da interpretação dos efeitos, sobre os sujeitos, que o Outro contemporâneo está produzindo no campo do trabalho médico. Indiquei, em vários momentos de minha exposição, que o Outro, na experiência médica contemporânea, não é mais o mesmo que existia na modernidade, ou em épocas anteriores. Considero ainda que isto ocorre em todos os países do mundo globalizado, em que assistimos à eclosão do *burnout*.

Após examinar vários estudos sobre este novo sintoma, presente em diferentes países do mundo ocidental, destaquei o depoimento trazido pelo médico americano que cunhou o uso desse significante (FREUDENBERGER, 1974). Sublinhei sua experiência de trabalho voluntário - prestando serviços gratuitos numa clínica psiquiátrica alternativa - como um aspecto significativo no surgimento do sintoma. No capítulo seguinte, através da pesquisa de campo, apresentei o cenário de trabalho dos profissionais que atuam num hospital universitário, voltado primordialmente para o atendimento de pacientes do SUS. Em pelo menos um dos médicos acompanhados pelo programa institucional *Quem cuida dos cuidadores*, encontrei indícios de que o *burnout* se apresenta em médicos imbuídos de um ideal missionário, e que se mostram mais voltados para o atendimento dos seus pacientes do que para o cuidado de sua própria saúde. Recolhi então, da fala de estudantes de medicina, evidências de que o pensamento de onipotência está presente, indicando a existência do *fantasma* na sustentação do desejo profissional, de intervir sobre o corpo dos pacientes. Apresentei o depoimento de um estudante, em fase de internato, para indicar o *burnout* por ele relatado como oriundo do conflito: entre seu ideal humanitário e a realidade de trabalho no mundo capitalista neoliberal.

Também destaquei, na fala de médicos que atuam na chefia de clínicas do hospital, referências a um alto nível de exigências; seja em cobranças pessoais de que eles não podem falhar, nem adoecer; seja na difusão de um pensamento que coloca o profissional de medicina num patamar próximo a uma aliança divina. Alguns deles mencionam, inclusive, um pacto com Deus. Recortei de Foucault uma rápida passagem pela história da medicina, destacando o aspecto sagrado que, desde a antiguidade, revestiu a atuação dos médicos. A expectativa de que um médico encontre sempre o sucesso é apresentada como uma exigência profissional que extrapola, muitas vezes, o campo do possível.

Examinei então um farto material da literatura proveniente da psicologia médica, assim como uma ampla pesquisa sobre a saúde dos médicos, fornecida pelo Conselho Federal de Medicina, apontando o aspecto idealizado da profissão. A partir desses elementos, apresentei uma investigação teórica sobre os conceitos de caráter, sintoma, fantasia (em Freud) - *fantasma* (em Lacan) - antes de confrontar os resultados, obtidos nesse estudo, com os depoimentos recolhidos através de entrevistas com médicos que atuam num hospital particular do município do Rio de Janeiro. Recolhi do estudo teórico apresentado algumas elaborações que, de Freud a Lacan, me levaram a considerar o papel essencial do *fantasma* na sustentação do desejo profissional; assim como pude, ao final do estudo, apresentar a estruturação do sintoma profissional como decorrente do discurso dominante no campo de trabalho.

Parti, nesta tese, da ideia de que a clínica do sujeito é também a clínica da civilização, considerando o sintoma do *burnout* como uma resposta contemporânea, manifesta no campo profissional, dos sujeitos em sua relação ao Outro dos tempos atuais. Encontrei, nos depoimentos colhidos, evidências da presença de novas formas de subjetivação entre sujeitos médicos: estes tentam obter satisfação profissional sem subterfúgios ou adiamentos. Consideramos esse comportamento como semelhante ao tipo de caráter excepcional que Freud havia descrito - ao falar dos que querem ser tratados como exceções. O Outro contemporâneo parece prometer a felicidade, se o sujeito acreditar nas promessas que o mercado de consumo sugere como possíveis; e os sujeitos, em geral, não querem abrir mão dessa prerrogativa que os dias atuais oferecem. Para obter, velozmente, o acesso às condições de consumo, trabalham arduamente visando acumular bens.

Desta maneira, muitos profissionais consentem em se deixar manipular, permanecendo na condição de objetos que se consomem, deixando-se arrastar por este ritmo frenético de trabalho que caracteriza nossos tempos. No meio onde se dá o trabalho médico, são inéditas e poderosas as pressões produzidas pelas empresas que vendem saúde; assim como pelos usuários, que demandam atendimento, e pelo sistema que financia (ou não) os serviços profissionais. Nestas condições, considero que muitos profissionais abdicam de sua posição de sujeitos, e silenciam sobre seu desejo; mas este acaba se manifestando - cifrado e de maneira enigmática - no sintoma, recurso inconsciente através do qual o impasse psíquico sobre o desejo se manifesta. O tipo de caráter de sujeitos extremamente voltados para o sucesso profissional imediato, (obtido pela recompensa material em detrimento do interesse humanitário), caracteriza o que chamamos de um perfil mercenário, em oposição ao perfil tradicional do médico missionário, cuja satisfação é alcançada principalmente pela dedicação ao seu paciente (seja por meio da sublimação, seja pela estrutura da neurose).

Vimos o papel que o erotismo anal ocupa quando, a partir da dissolução do complexo de Édipo, a sublimação é alcançada, gerando os recursos necessários para o sujeito construir o comportamento ético profissional. Por outro lado, a neurose obsessiva é encontrada frequentemente em profissionais cuja subjetivação indicou o domínio da formação reativa, como mecanismo que prevaleceu no encaminhamento do erotismo anal. Mas seja através da sublimação, seja através da formação reativa, a pulsão anal se mostra presente na vida profissional, determinando caminhos alternativos para a resposta que o sujeito vai produzir diante dos dilemas oriundos da experiência profissional. A tendência a acumular riqueza, estimulado pela ideologia capitalista, revela a maneira como o erotismo anal se materializa nos dias de hoje. A resposta de renúncia ao gozo narcísico vem por isso se reduzindo nos processos de subjetivação contemporâneos, permitindo que o perfil mercenário se manifeste com mais frequência.

O sentido que Freud deu à sua expressão sobre uma moral civilizada (que, segundo Miller, nos dava uma bússola) foi, portanto, abalada nos tempos atuais, ou até mesmo se dissolveu. Acompanhamos Miller em sua constatação: uma nova bússola assumiu, na contemporaneidade, o comando da civilização: o objeto *a*, o mais de gozar, com sua injunção à busca de satisfação e de felicidade no consumo. Os novos tempos aprofundam os efeitos que o advento da ciência moderna produziu na civilização, abalando a visão do mundo fundada no sentido religioso (COELHO DOS SANTOS E

LOPES, 2013, p. 10) e introduzindo um outro modo de pensar e agir. O sonho freudiano, realização de seu desejo fundador da psicanálise, havia revelado ao mundo a existência do sujeito do inconsciente; mas essa revelação parece estar eclipsada nos dias de hoje, através da ideia de que somos indivíduos livres e donos de nosso destino.

Com o progressivo declínio da função do pai na civilização, verificamos uma alteração nas relações entre o gozo e a lei, anteriormente reguladas pela consistência de um Outro, que era marcado pela autoridade simbólica conferida pelo Pai. Miller comenta essa mudança, observando que a psicanálise freudiana foi construída sob o reinado do Nome do Pai (significante da existência do Outro), subsequente à transmutação da figura de Deus para o campo do inconsciente - como examinamos na parte da sustentação teórica desta tese. Entretanto, as mudanças socioculturais trazidas pelo corte entre o moderno e o contemporâneo levaram à queda do Outro consistente e uno, que sustentava a autoridade paterna: doravante, vivemos um tempo que desmente a existência desse Outro, aspecto anunciado por Lacan com o significante do Outro barrado (MILLER, 2010a, p. 10). O significante do grande Outro foi assim tomado por Lacan, em seu último ensino, como um semblante, isto é: uma aparência de verdade³³.

No bojo dessas mudanças, situamos portanto as alterações de caráter que se manifestam no campo profissional, em sujeitos contemporâneos. A pesquisa teórica sobre a formação do caráter apresentou o estudo freudiano sobre o tema como estando baseado na organização edípica. É esta que traz, ao seu término, a consolidação do supereu, no bojo da formação do ideal do eu. Enquanto uma instância psíquica herdeira do narcisismo primário, e que dá sustentação à consciência moral, o ideal do eu orienta a formação do caráter, e se constrói a partir da dissolução do complexo de Édipo, permitindo o ingresso do sujeito na vida coletiva. Isso possibilita o desvio sublimatório necessário ao trabalho comunitário, característico da vida profissional do médico. O perfil do missionário se assenta sobre essa formação tradicional do ideal do eu, encontrada em médicos cuja formação subjetiva ainda determina sua vocação para esse tipo de atuação.

Vimos que o sujeito precisa ter encontrado a via da sublimação para construir um tipo de caráter que suporte as exigências de renúncia subjetiva: estas fazem parte da

³³ Lacan apresenta o arco-íris como um exemplo de semblante produzido na natureza: algo que aparece como real, mas que todos sabem que é um efeito ótico, pois, na verdade, trata-se apenas de uma imagem, uma aparência: "*Mesmo entre as pessoas mais primitivas, ninguém jamais acreditou que o arco-íris fosse uma coisa que estava lá, curva e elevada*" (LACAN, 1971/2009, p.15).

ética médica tradicional, priorizando o bem estar alheio. A transmutação da pulsão através da sublimação serve aos fins civilizatórios; entretanto, a exigência da formação de um caráter ético, em conformidade com o ideal de renúncia às exigências narcísicas, exige que a própria sociedade sustente o lugar desse ideal. Como já dissemos, esses ideais foram construídos pela civilização em torno da figura central do mestre; mas, sendo este baseado na autoridade paterna - contemporaneamente sua franca decadência - os ideais não mais se sustentam. Então - já o mencionamos - como o caráter depende do sucesso da dissolução do complexo edípico e, portanto, da formação bem sucedida do superego, ele também depende da internalização da lei, isto é: da identificação do sujeito à figura simbólica que configura a autoridade paterna. Enquanto que, na modernidade, esta construção psíquica, estudada por Freud, permitia que os sujeitos construíssem uma moralidade baseada na renúncia às determinações egoístas, na nossa época atual, pós moderna, tudo está fora do antigo lugar, e o sujeito está "desbussolado" (FORBES, 2004). A autoridade dos mestres, fundamentada na força da figura paterna, está se dissolvendo e sendo substituída por outros arranjos sociais, onde, no lugar dos antigos ideais, o que comparece é o direito de todos ao gozo, anárquico.

O *burnout* se apresenta, para nós, como uma resposta apresentada pelos sujeitos neuróticos (cujo superego se fortaleceu em seu mandato de gozo), na experiência do sujeito médico em conflito ético com os valores contemporâneos. Examinamos ao longo do capítulo III a construção que a psicanálise realizou, de Freud a Lacan, sobre a montagem subjetiva do desejo (presente no sintoma), e o papel do *fantasma* nessa montagem. A queda da sustentação fantasmática para o desejo, nesses sujeitos, anuncia o esgotamento da possibilidade de encontrar uma regulação de prazer na vida profissional, lançando o sujeito no esgotamento, esgoto de puro gozo anal. Enquanto o sujeito que constituiu seu caráter pela via sublimatória é capaz de preservar seu desejo, o sujeito lançado ao gozo sintomático, através da neurose, revela sua condição de sujeito desbussolado, perdendo contemporaneamente sua referência ao ideal de eu. Deslocalizado em relação ao Outro profissional, ele se identifica à posição de objeto *a*. Ele sucumbe ao gozo anal como um objeto dejetável, ficando na posição do sujeito "esgotificável", quando a experiência profissional de despersonalização se manifesta, indicando a perda da regulação, até então atuante em sua vida.

Quando a decepção se faz presente, temos as condições necessárias ao surgimento de manifestações de desânimo ou irritação. Eclipsados em sua posição de sujeitos, os

sintomas neuróticos denunciam a posição do gozo através da depressão crônica, *burnout*, drogadições e outras manifestações igualmente frequentes nos dias de hoje. Acompanhamos, assim, a fala de alguns sociólogos, que apontam a sociedade da decepção como a que caracteriza nossos dias (LIPOVETSKY, 2007), uma sociedade líquida cujos valores se desfazem de um dia para o outro, tornando incertas e transitórias as identidades sociais, culturais e sexuais (BAUMAN, 2005, p. 12). Em Sennett (2010), examinamos os efeitos que o desaparecimento de antigos valores sociais (lealdade, confiança, comprometimento e ajuda mútua) está produzindo sobre o caráter do sujeito contemporâneo, afetando as relações de trabalho.

Constatamos, no estudo da literatura, que o *burnout* foi mais encontrado em países mais avançados, do que nos que são considerados como menos desenvolvidos. No Brasil - um país dividido: entre uma sociedade patriarcal, tradicional, predominante nas regiões norte e nordeste, e uma sociedade pós moderna, nas regiões sul e sudeste³⁴ - este sintoma vem sendo apontado, entretanto, como presente mais especialmente entre médicos que atuam na rede hospitalar do sistema público, em todas as regiões do país (e não apenas nas regiões mais desenvolvidas, como no sul e sudeste). Em nosso país, o que verificamos, ao contrário, é uma grande diferença entre as condições de trabalho, comparando-se as encontradas nos hospitais públicos e as dos hospitais particulares - em função da precariedade financeira que caracteriza a organização hospitalar pública, indicada no capítulo I desta tese. O Outro que se presentifica na primeira experiência, é ainda mais cruel e indiferente ao sofrimento subjetivo do profissional de saúde, do que no segundo caso, o da medicina paga pelas seguradoras de saúde. O médico de um hospital público entra num processo de esgotamento profissional muito mais agudo e evidente do que aquele que se depara com o Outro da medicina privada, ainda que as mudanças sociais sejam mais visíveis nos cenários mais ricos e avançados tecnologicamente.

Em relação a este fenômeno, considero, particularmente, que os profissionais estão sendo vítimas de uma incoerência ideológica. De um lado, como já verificamos, existe uma proposta de igualdade e integralidade no atendimento ao cidadão brasileiro, sustentado pela constituição vigente. Do outro lado, uma falta de clareza do Estado em assumir que adota a ideologia neoliberal, mundialmente dominante, pois o mundo

³⁴ Conforme o estudo de Almeida (2007), *A cabeça do brasileiro*.

econômico neoliberal não mais aceita a sustentação de um Estado assistencialista, voltado para o bem estar social, como no passado se tentou produzir. Tal ideologia, dominante no mundo globalizado, e que nos alcança, encontra resistências entre nós. Nosso país está profundamente dividido entre os que desejam um regime assistencialista e os que não desejam pagar por ele, inclusive pelo alto índice de corrupção que assola nossos serviços públicos. O médico, como um marisco espremido entre o mar e a rocha, sofre na pele os efeitos dessa incoerência ideológica, que comparece na falta de financiamento adequado para o SUS - como examinamos no segundo capítulo. Ele vem sendo cobrado a atuar sem que as condições mínimas de trabalho estejam asseguradas. O médico brasileiro parece ser cobrado a preservar o perfil missionário, para poder atuar no serviço público hospitalar; embora viva numa sociedade que é hoje afetada por um discurso pós-moralista, e que incentiva a posição do mercenário - seja ele um empresário, ou não. A mudança na mentalidade social, que se manifesta em todos os campos da economia mundial, parece ter chegado definitivamente ao campo do trabalho em saúde: este se mostra a cada dia, mais afetado pela ideologia de mercado. Para não permanecer nesta posição de vítima, os médicos brasileiros vêm denunciando, através dos órgãos de classe e do próprio conselho federal, as péssimas condições de trabalho e o aviltamento da sua condição profissional. Mas considero necessário que, além disso, os médicos examinem atentamente os efeitos dessa realidade sobre sua própria saúde - física e mental - assumindo sua responsabilidade subjetiva diante da realidade profissional que enfrentam, especialmente nos hospitais públicos (ou nos universitários, que recebem o financiamento do setor público).

Concluo a leitura psicanalítica do *burnout* do profissional de saúde reiterando a tese que este sintoma denuncia o efeito da entrada do valor monetário de mercado no setor de trabalho em saúde, tradicionalmente humanista. Essa entrada produz o desabamento da antiga ética profissional, e a perda do apoio no fantasma oblativo, que dava sustentação à atuação médica despojada de si, regulando o desejo médico (embora ao preço da neurose). A posição subjetiva de um sujeito que banca seu desejo dá lugar, hoje, à pura expressão de um gozo deslocalizado que pode devastar o sujeito, doravante um objeto a ser consumido no mercado onde se vende saúde. A ideologia contemporânea admite ainda uma saída cínica, quando o médico opta pela posição trazida pelo perfil mercenário, bastante antagônico ao perfil tradicional missionário. Ao bancar esta posição, o médico perde seu prestígio social, sendo alvo de denúncias (como

as que encontramos veiculadas pela mídia) e agressões pelos pacientes – aspecto relatado por alguns médicos que atuam no hospital particular mencionado nesta pesquisa.

Podemos, portanto, resumir da seguinte forma as conclusões desta tese: diante do declínio contemporâneo da organização subjetiva, cuja bússola era o Nome do Pai - que promovia a subjetivação do homem moderno (baseada no complexo de Édipo e na sua saída pela formação do ideal do eu, sublimação e formação de caráter segundo a ética de renúncia e respeito à alteridade) - encontramos atualmente:

- Uma maior presença de sujeitos presos ao narcisismo, cujo caráter exige satisfações pessoais mais imediatas, em detrimento da ética da renúncia. O Outro contemporâneo, inconsistente, promove o mais de gozar coletivo, mas também produz a sociedade da decepção;
- Um grande número de sujeitos em posição de objeto, passíveis de serem consumidos pela demanda do Outro contemporâneo; entre estes, neuróticos obsessivos, cuja sustentação fantasmática se mostra mais suscetível à queda e despersonalização, produzindo o *burnout*. Médicos vulneráveis ao *burnout*, quando em posição de objeto, sucumbem ao conflito ético promovido pela transformação do trabalho médico em um mercado onde se vende saúde, agenciado por empresas que visam apenas o lucro neste negócio;
- Médicos missionários que, apoiados na formação subjetiva tradicional, não mais encontram o mesmo reconhecimento social que, antigamente, impulsionava o humanismo altruísta;
- Médicos mercenários, cuja formação de caráter autoriza a busca de satisfações de natureza narcísica, e que atuam à margem da ética médica tradicional;

A saída do *burnout* implica, ao meu ver, num reposicionamento político do sujeito. Capaz então de se separar desse Outro contemporâneo que induz o sujeito a reivindicar um direito ao gozo, será preciso assumir uma posição crítica, encontrando no

sujeito do desejo a possibilidade de assumir uma nova forma de lidar com a castração, mudando sua posição neurótica aprisionada ao *fantasma* e ao gozo sintomático.

Diante disso, o que podemos propor como um trabalho de psicanálise aplicada ao campo do sofrimento subjetivo do médico contemporâneo?

Considerando a experiência obtida através do programa institucional *Quem cuida dos cuidadores*, voltado para a abordagem do *burnout* no citado hospital universitário, o desafio que se apresenta, após a conclusão desta tese, será o de implantar neste programa um polo experimental de psicanálise aplicada. O discurso do mestre, dominante no meio médico, precisará abrir espaço ao surgimento do discurso do analista, neste instituição. A proposta é a de abordar o sofrimento subjetivo do profissional de saúde desse hospital com a perspectiva de introduzir uma escuta psicanalítica ao sujeito silenciado pelo discurso médico. Com esta estratégia, pretendo oferecer ao sujeito uma oportunidade de falar sobre sua angústia, seus temores, e também seu desejo; abrindo um espaço para a abordagem do conflito ético que a contemporaneidade traz para o médico formado pelo discurso tradicional.

Não podemos desprezar as dificuldades que se apresentam para a realização dessa tarefa. Algumas delas se manifestam sob argumentos como o pouco tempo que os profissionais dispõem para participar de nossas atividades. Outra dificuldade aparece sob a relutância dos médicos em reconhecerem a existência do sofrimento profissional, enfrentando seu preconceito contra atividades de natureza psicoterápica. Essas dificuldades são resultantes do discurso médico, que ao excluir a consideração à subjetividade dos pacientes e dos profissionais de saúde, impede sua abordagem por meio deste discurso.

Mesmo que esta proposta não vise realizar atendimentos psicanalíticos *estrito senso*, (que lançam mão do dispositivo tradicional), a aplicação da psicanálise ao sofrimento subjetivo, quando presente nas relações de trabalho, exige um posicionamento clínico, não apenas na consideração da fala singular de cada profissional de saúde, mas também na aplicação da própria teoria. A dimensão clínica psicanalítica implica na consideração do que foi excluído de consideração pelo discurso científico. Ela implica também numa dimensão ética, que considera o posicionamento

do sujeito em relação ao lugar que lhe é concedido, ou recusado (GASPARD, 2012). O sujeito precisa ser levado a assumir sua responsabilidade subjetiva pela resposta que produz com seu sintoma.

O referido programa tem se dedicado, muitas vezes, a abrir espaços de fala para grupos profissionais, mas o foco das intervenções esteve ultimamente mais voltado para conflitos e impasses do processo de trabalho, e para a dinâmica do grupo, aproximando-se de uma gestão de recursos humanos. Será preciso, portanto, investigar a disponibilidade dessa equipe - e de seu coordenador - assim como da direção do hospital, para uma experiência diferenciada desta, até então, praticada. Inovando em um dos polos de atividades do programa, a atuação proposta por esta psicanalista estará doravante direcionada para uma abordagem derivada de sua orientação teórica, lacaniana.

Além disso, será preciso considerar que a abordagem desenvolvida pelo Programa, ao longo dos últimos anos, encontrou uma maior resistência entre os médicos, que raramente aceitaram fazer parte dos grupos de reflexão realizados no hospital. Foram os enfermeiros, atendentes de enfermagem e outros profissionais de nível técnico ou administrativo, os que mais se interessaram em participar de atividades voltadas mais especialmente para a reflexão. Entretanto, mais recentemente, quando o programa desenvolveu atividade semelhante à de educação permanente, envolvendo conversações sobre o processo cotidiano de trabalho, em reuniões com as chefias das várias clínicas hospitalares, foi possível realizar uma série de encontros onde os médicos se fizeram presentes, e com grande interesse. As tensões individuais e/ou grupais dos médicos se fizeram então sentir, permitindo que, algumas vezes, a angústia do profissional fosse revelada, e uma conversação sobre o tema fosse produzida. Uma retomada dessas reuniões, mas agora com novo propósito – abrindo espaço para uma elaboração subjetiva dessa angústia - poderia ser proposta a esses participantes.

Também na área acadêmica, as dramatizações realizadas pelos estudantes, (sempre seguidas de uma conversação livre sobre o tema abordado), geralmente só acontecem por pressão pessoal do chefe da clínica, que inclui essa atividade como sendo obrigatória na programação do internato. Fora desse espaço, os internos alegam falta de tempo e do excesso de atividades de estágio e estudo, impedindo sua participação nos encontros propostos. A ampliação desta atividade e sua inclusão no polo do programa

exigiria, portanto, um apoio explícito da direção do curso médico, incluindo na grade acadêmica esse novo aspecto, aqui proposto. Em períodos anteriores ao internato no hospital, essa inclusão possibilitaria uma atenção à resposta subjetiva que o estudante desenvolve, durante o curso, diante dos aspectos conflituosos e de natureza ética que se apresentam na vida prática da experiência profissional, desde o período dos primeiros estágios.

Introduzindo esta inovação, considero que uma sensibilização para o tema, envolvendo um exame das expectativas iniciais dos estudantes em relação ao exercício da profissão, precisaria ser incluída no currículo acadêmico dos estudantes de medicina. Destaco que, como nesta instituição a formação médica se dá por meio de uma metodologia ativa de aprendizagem, seria necessário provocar no aluno uma reflexão sobre o tema. Nesta nova forma de estudo, os estudantes de Medicina não mais se inscrevem em disciplinas, como na formação tradicional; eles participam, em cada semestre, de um conjunto de atividades acadêmicas, que incluem muita pesquisa bibliográfica, para resolver, coletivamente, situações problemáticas que lhes são encaminhadas sobre os temas curriculares - e gradualmente trabalhadas em sessões de tutoria. Além disso, os estudantes frequentam cenários práticos de aprendizagem, laboratórios, e assistem a algumas conferências que são proferidas por professores convidados. Minha proposta envolve, portanto, num primeiro passo, uma sensibilização da direção do curso médico, para que o tema do sofrimento profissional relativo ao *burnout* entre os médicos possa ser inserido na estratégia de problematização que envolve esta metodologia pedagógica. Inserindo numa situação problema sobre a vida profissional, o tema do sintoma profissional os levaria a pesquisar o assunto.

Outra possibilidade de introdução do tema no ambiente hospitalar seria através de convites feitos aos médicos, nas diferentes clínicas que compõem a assistência hospitalar, para um encontro preliminar com a psicanalista, no próprio espaço de trabalho. Neste momento, uma apresentação inicial do tema poderia suscitar uma conversação entre os participantes sobre os conflitos éticos que estão surgindo na profissão, com a transformação do trabalho em saúde numa mercadoria vendida a empresários e planos de saúde. Esse encontro teria o objetivo de promover uma sensibilização inicial, visando um possível diagnóstico, pelos médicos, da existência deste sofrimento entre eles. Seria proposto, inicialmente, um exame da relação de médicos e enfermeiros com sua própria profissão, considerando as características

contemporâneas do trabalho e as suas implicações, na experiência de cada um. A partir desse ponto, uma proposta de continuidade poderia ser avaliada pelos sujeitos participantes desse encontro, numa periodicidade a ser estipulada em conjunto. A existência de um desejo dessa ordem precisaria ser verificada caso a caso.

O desdobramento dessa proposta inicial exige um tempo para avaliação da experiência, inédita e portanto, inteiramente experimental.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABNT. **Associação Brasileira das Normas técnicas**. NBR 6023. Informação e documentação: Referências e Elaboração. Rio de Janeiro, ago. 2002.

AIKEN, L. H.; CLARKE, S. P.; SLOANE, D. M.; SOCHALSKI, J.; SILBER, J. H. (2002) Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout and job dissatisfaction. In: **Journal of American Medical Association**, oct.23-30. vol. 288, n. 16. 2002. Acessível em: www.nursing.upenn.edu/media/Californialeislations/Documents/Linda. Último acesso em 23/10/2014.

ALMEIDA, C. A. (2007) **A cabeça do brasileiro**. Rio de Janeiro: Record, 2007.

AZEREDO, F. A. M. (2003) **Caráter e contemporaneidade**. Tese de doutorado, apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Teoria Psicanalítica da Faculdade de Psicologia da UFRJ. UFRJ, 2003. 215 p.

BACHELARD, G. (1934). **O Novo espírito científico**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 2000.

_____ (1938). **A Formação do Espírito científico**. Rio de Janeiro: Contraponto, 1996.

BAUMAN, Z. **Identidade: entrevista a Benedetto Vecchi**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2005. 110 p.

BENEVIDES-PEREIRA, A. M. T. (2002) Burnout: o processo de adoecer pelo trabalho. In: (Org. A.M.T. Benevides-Pereira) **Burnout: Quando o trabalho ameaça o bem-estar do trabalhador**, São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002, p. 21-91.

BESSANE et al. Revisão de literatura sobre as causas da síndrome de *burnout* em profissionais de enfermagem. **Atas do II congresso Paranaense de Enfermagem**. Londrina, Paraná, 2003.

CAMPOS, E. P. (2005) **Quem cuida do cuidador: uma proposta para os profissionais de saúde**. Petrópolis: Vozes, 2005.

_____; CUNHA, L. H. C. S.; CÉVOLO, R. W.; CARVALHO, C. (2010) **Percepções dos funcionários de um hospital de ensino relativas ao impacto de um programa voltado para o estresse laboral desses trabalhadores**. Documento interno, produzido pelo Programa Quem cuida dos cuidadores do Hospital das Clínicas de Teresópolis Constantino Ottaviano.

_____ (2012) Quem cuida do médico? In: **Psicologia Médica: a dimensão psicossocial da prática médica**. (Editores Marco Antonio Alves Brasil [et al.]. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.

CANGUILHEM, G. (1966) **O normal e o patológico**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1990.

_____ (2001) **Escritos sobre a Medicina**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2005.

CAPLAN, G.; KILLILEA, M. (1976) **Support systems and mutual help**. New York: Grune & Stratton, 1976.

CARLOTTO, M; CÂMARA, S. (2008) Análise da produção científica sobre a síndrome do burnout no Brasil. **Revista PSICO**, Canoas, v.39, n.2, abr./jun. 2008, p.152-158.

CASTORIADIS, C.; AULAGNIER, P. (1975) **La violence de l'interprétation**. Paris:P.U.F., 1975.

CLAVREUL, J. A. (1983) **A ordem médica: poder e impotência do discurso médico**. São Paulo: Editora Brasiliense S.A., 1983, 274 p.

COELHO DOS SANTOS, T. (1999) **O objeto na psicanálise de Freud a Lacan**. (Inédito) Seminário transcrito por Rosa Guedes Lopes, para circulação interna no Núcleo Sephora de Pesquisa sobre o Moderno e o Contemporâneo. 190p. Transcrição da gravação de aulas de Tânia Coelho dos Santos, de 23/08 a 29/11/1999.

_____ (2000) De que desejo do Outro a angústia é o sinal? In: **Latusa: EBP** – Rio de Janeiro, n.4/5, fevereiro 2000. p.173-196.

_____ (2001) **Quem precisa de análise hoje?: o discurso analítico: novos sintomas e novos laços sociais**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2001.

_____ (2005) Prática Lacaniana na Civilização sem Bússola. In: Tânia Coelho dos Santos (org.): **Efeitos terapêuticos na psicanálise aplicada**. Rio de Janeiro, Contra Capa, 2005, p. 61-92.

_____ ; AZEREDO, F.A.M (2005) Um tipo excepcional de caráter. In: **Psyché**. São Paulo, ano IX, n.16, jul-dez/2005, p.77-95.

_____ (2006) **Sinthoma: corpo e laço social**, Rio de Janeiro: SEPHORA/UFRJ, 2006, 254p.

_____ (2008a) A política do psicanalista: o saber da psicanálise entre ciência e religião. In: **Psicologia em Revista**. Belo Horizonte, v.14, n.1, jun. 2008, p. 63-82.

_____ (2008b) Ciência e clínica psicanalítica: sobre o estruturalismo e as estruturas clínicas. In: **O All Star na Civilização. Revista de Estudos Lacanianos**. RJ, Ano1, n.1, p. 187-199, jan-jun. 2008.

_____ (2009) Semblante e discurso: estrutura e verdade na ciência e na Psicanálise. In: **Latusa: EBP**- Rio de Janeiro, n.14, Nov. 2009.

_____ ; SANT'ANNA, A. A (2009) Psicanálise Aplicada às Organizações: sobre os efeitos subjetivos do discurso do capitalismo. In: Tânia Coelho

dos Santos (Org.) **Inovações no Ensino e na Pesquisa em Psicanálise Aplicada**. Rio de Janeiro: 7Letras, 2009. 192p.

_____ (2010) As intervenções do analista na clínica lacaniana: relatório resumido do projeto relativo ao período 2007/2010. Relatório de resultados enviado ao CNPq, 2010.

_____ ; SANTIAGO, J. (2010) O médico, o psicanalista e a histórica: a desinserção da psicanálise no discurso da medicina contemporânea. In: Joel Birman, Isabel Fortes, Simone Perelson (Organizadores): **Um novo lance de dados: a psicanálise e a medicina na contemporaneidade**. Rio de Janeiro: Cia de Freud, 2010, p. 47-72.

_____ (2011) **A clínica do real em Lacan**. Anotações pessoais de aulas do seminário de Tânia Coelho dos Santos no primeiro semestre de 2011.

_____ ; CUNHA, L.H.C.S. (2013) A saúde dos corpos: entre o ideal missionário e a lógica de mercado). In: (org. Ana Beatriz Freire) **O corpo e suas vicissitudes**. Primeira edição. Rio de Janeiro: 7Letras.

_____ ; LOPES, R. G. (2013) **Psicanálise, ciência e discurso**. Rio de Janeiro: Cia de Freud, 2013. 371 p.

_____ (2014) Do supereu sujeitado à lei simbólica à normatividade supersocial dos corpos falantes. In: Tania Coelho dos Santos, Jesus Santiago e Andrea Martello (Organizadores): **Os corpos falantes e a Normatividade do Supersocial**. Rio de Janeiro: Companhia de Freud/FAPERJ, 2014, p.27-62.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (2007) **A saúde dos médicos do Brasil**. Coordenação de Genário Alves Barbosa et alli. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2007, 220 p. ISBN 978-85-87077-13-4.

COTTET, S. (2005) Efeitos terapêuticos na clínica psicanalítica contemporânea. In: Tânia Coelho dos Santos (Org.): **Efeitos Terapêuticos na Psicanálise Aplicada**. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria, 2005. 112 p.

COUTINHO JORGE, M. A. (1983) Apresentação à edição brasileira. In: CLAVREUIL, J. – **A Ordem Médica: Poder e Impotência do Discurso Médico**. São Paulo: Editora Brasiliense S.A. 1983, p. 7-25.

CUNHA, L. H. C. S. (2010) A desinserção do campo da subjetividade na experiência de trabalho de profissionais de saúde. In: **Revista aSEPHallus**, Rio de Janeiro, vol. VI, n.11, Nov. 2010/abr. 2011. Disponível em www.nucleosephora.com/asephallus.

_____ (2012a) Nem todo dia eles fazem tudo igual: A psicanálise de um sintoma médico. In: **Revista aSEPHallus**, 2012. Disponível em: www.nucleosephora.com/asephallus.

_____ (2012b) Ícaro pós-moderno? Uma resenha. Resenha do livro de Júlio de Mello Filho (Org.) **A identidade médica: implicações históricas e antropológicas**. SP: Casa do Psicólogo, 2006 (393paginas). In: **Revista aSEPHALLUS**, 2012. Disponível em: www.nucleosephora.com/asephallus.

DECKARD, G. J.; HICKS, L. L.; HAMORY, B. H. (1992) **The occurrence and distribution of burnout among infectious diseases physicians.** In: The Journal of Infect Diseases **1992**, Feb; vol. 165, n.2, p. 224-228, 1992.

DICIONARIO *MICHAELLIS* ON LINE. **Moderno Dicionário de Português Online** Disponível em: <http://www.michaelis.uol.com.br/moderno/portugues/index>. Último acesso em 09/11/2014.

DI MATTEO, M. R.; HAYS, R. (1983) Social support and serious illness. In: **GOTTLIEB, B. Social networkers and social support.** California: Sage, 1983.

DUMONT, L. (2000) **O individualismo: uma perspectiva antropológica da ideologia moderna.** Rio de Janeiro: Rocco, 2000.

EZAIAS, G. M.; GOUVEIA, P. B.; HADDAD, M. C. L.; VANNUCHI, M.T.O.; SARDINHA, D. S. S.(2010) Síndrome de *Burnout* em trabalhadores de saúde em hospital de média complexidade. In: **Revista de Enfermagem**, vol. 18 n.4, p. 524-529. Rio de Janeiro, UERJ, 2010.

FORBES, J. (2004) **A psicanálise do Homem Desbussolado – As reações ao futuro e o seu tratamento.** Trabalho apresentado em plenária do IV Congresso da Associação Mundial de Psicanálise, em 4 de agosto de 2004. Disponível em www.jorgeforbes.com.br. Acessado em 26/02/2015.

_____ (2006) Prefácio. In: **Você quer mesmo ser avaliado? entrevistas sobre uma máquina de impostura.** Barueri, S.P.: Manole, 2006.

_____ (2012) **Inconsciente e responsabilidade: psicanálise do século XXI.** Barueri, São Paulo.: Manole, 2012.

FOUCAULT, M. (1979) **Microfísica do poder** (Capítulo VII - O nascimento do hospital). Rio de Janeiro: Edições Graal, 11ª reimpressão. 1995, p. 99-111.

_____ (1980) **O nascimento da clínica.** Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1994.

_____ (1984) **História da sexualidade 2: o uso dos prazeres.** Rio de Janeiro: Edições Graal, 1984, 232 p.

FRANÇA, A. C. L.; RODRIGUES, A. L. (2002) **Stress e trabalho: uma abordagem psicossomática.** Terceira edição. São Paulo: ATLAS, 2002. 181 p.

FREUD, S. (1950 [1895]) Projeto de Psicologia. In: **Obras completas: Publicaciones prepsicoanalíticas y manuscritos inéditos em vida de Freud.** Buenos Aires: Amorrortu Editores, vol. I, 1986. p. 323-464.

_____ (1900) A interpretação dos sonhos. In: **Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud.** Rio de Janeiro: Imago Editora, vol. IV e V, 1980.

_____ (1905) Três ensaios sobre a teoria da sexualidade. In: **Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud.** Rio de Janeiro: Imago Editora, vol VII, 1980.

_____ (1907) Atos obsessivos e práticas religiosas. In: **Edição Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago Editora, vol. IX, 1980.

_____ (1908) La moral sexual “cultural” y la nerviosidad moderna. In: **Obras completas de Sigmund Freud**. Buenos Aires: Amorrortu editores, vol. IX, 1986. p. 159-182.

_____ (1908a) Fantasias histéricas e sua relação com a bi-sexualidade. In: **Edição Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago Editora, vol. IX, 1980.

_____ (1908b) Caráter e erotismo anal. In: **Edição Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago Editora, vol. IX, 1980.

_____ (1909[1908]) Algumas observações gerais sobre os ataques histéricos. In: **Edição Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud** Rio de Janeiro: Imago Editora, vol. IX, 1980.

_____ (1913/1912) Totem e tabu. Algumas concordâncias entre a vida psíquica dos homens primitivos e dos neuróticos. In: **Obras Completas, totem e tabu, contribuição à história do movimento psicanalítico e outros textos (1912-1914) Sigmund Freud: tradução de Paulo Cesar de Souza**, Primeira edição. São Paulo: Companhia das Letras, vol. XI, 2012. p. 13-244.

_____ (1913) A Predisposição à neurose obsessiva. In: **Observações psicanalíticas sobre um caso de paranoia relatado em autobiografia ('O caso Schreber'): artigos sobre técnica e outros textos (1911-1913) Sigmund Freud: tradução e notas de Paulo Cesar de Souza**, São Paulo: Companhia das Letras, vol. X, 2010. p. 324-338.

_____ (1914) Introdução ao narcisismo. In: **Introdução ao narcisismo: Ensaio de metapsicologia e outros textos (1914-1916). Sigmund Freud; tradução e notas de Paulo Cesar de Souza**. São Paulo: Companhia das Letras, vol. XII, 2010. p. 13-50.

_____ (1915) Pulsiones y destinos de pulsión. In: **Obras completas de Sigmund Freud**, Buenos Aires: Amorrortu editores, vol. XIV, 1986. p. 107-134.

_____ (1915) Considerações atuais sobre a guerra e a morte. In: **Introdução ao narcisismo: ensaios de metapsicologia e outros textos (1914-1916). Sigmund Freud: tradução e notas de Paulo Cesar de Souza**, São Paulo: Companhia das Letras, vol. XII, 2010. p. 13-50.

_____ (1916a) A transitoriedade. In: **Introdução ao narcisismo: ensaios de metapsicologia e outros textos (1914-1916) Sigmund Freud: tradução e notas de Paulo Cesar de Souza**, São Paulo: Companhia das Letras, vol. XII, 2010. p. 247-252.

_____ (1916b) Alguns tipos de caráter encontrados na prática psicanalítica. In: **Introdução ao narcisismo: ensaios de metapsicologia e outros textos (1914-1916) Sigmund Freud: tradução e notas de Paulo Cesar de Souza**, São Paulo: Companhia das Letras, vol. XII, 2010. p. 253-286.

_____ (1917) Conferências introdutórias à psicanálise. Terceira parte: teoria geral das neuroses. 23: Os caminhos da formação de sintomas. In: **Sigmund Freud: tradução de Sergio Tellaroli; revisão da tradução de Paulo Cesar de Souza, primeira edição.** São Paulo: Companhia das Letras, vol. XIII, 2014. p. 475-499.

_____ (1919) "Batem numa criança": contribuição ao conhecimento da gênese das perversões sexuais. In: **História de uma neurose infantil ("O homem dos lobos"): além do princípio do prazer e outros textos (1917-1920).** Sigmund Freud; tradução e notas de Paulo Cesar de Souza, São Paulo: Companhia das Letras, vol. XIV, 2010. p. 293-327.

_____ (1921) Psicologia das massas e análise do eu. In: **Psicologia das massas e análise do eu e outras obras (1920-1923) / Sigmund Freud; tradução de Paulo Cesar de Souza,** São Paulo: Companhia das Letras, vol. XV, 2010. p. 13-113.

_____ (1924) A Dissolução do Complexo de Édipo. In: **Edição Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud** Rio de Janeiro: Imago Editora, vol., IX, 1980.

_____ (1925) Inibições, Sintomas e Ansiedade. In: **Edição Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud** Rio de Janeiro: Imago Editora, vol. XX, 1980.

_____ (1930) O Mal-Estar na civilização. In: **O mal-estar na civilização, novas conferências introdutórias à psicanálise e outros textos (1930-1936)** Sigmund Freud: tradução Paulo Cesar de Souza, São Paulo: Companhia das Letras, vol. XVIII, 2010. p. 13-122.

FREUDENBERGER, H. J. (1974) Staff burnout. In: **Journal of Social Issues**, vol. 30, n.1, p. 159-165.

GALAM, E. (2008) Dossier Burn Out. In: **Concours Medical**, 17/04/2008. Tome 130, pp. 394-406. Disponível em www.fmc31200.free.bibliotheque/burnout.pdf. Último acesso em 24.10.2014.

GASPARD, J. -L. (2012) Discurso médico e clínica psicanalítica: colaboração ou subversão. In: (Organizadores: RUDGE, A. M.; BESSET, V.) **Psicanálise e outros saberes.** Editor José Nazar. Rio de Janeiro: Cia de Freud: FAPERJ, 2012.

GAZZOLA, L. R. **Estratégias na Neurose Obsessiva.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2002. 208 p.

GOTTLIEB, B. (1983) **Social networkers and social support.** California: Sage, 1983.

GRADY, M. L.; MAKULOWICH, G. - Adequate nurse staffing and managerial support foster better patient care and reduce nurse dissatisfaction and burnout. In: **Research Activities Journal**, vol. 272, 2003.

GRAU, A.; FLICHTENTREI, D.; SUÑER, R.; PRATS, M.; BRAGA, F. (2009) Influencia de factores personales, profesionales y transnacionales em el síndrome de

burnout em personal sanitario *hispanoamericano y español*. In: **Rev. Esp. Salud Publica**, v.83, n.2, p.215-230, 2009.

GREENE, G. (1960). **A Burn-Out Case**. U.K.: Heinemann, 1960.

HOIRISCH, A. (1976) **O problema da identidade médica**. Tese para professor titular de Psicologia Médica, Faculdade de Medicina da UFRJ. 1976.

_____ (2006) Ser médico: implicações históricas e antropológicas. In: MELLO FIHO, J.(Org.) **Identidade médica implicações históricas e antropológicas**. p. 21-38. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006.

JOHNSON, W. D. K (1991) Predisposition to emotional distress and psychiatric illness among doctors: the role of unconscious and experimental factors. In: **British Journal of Medical Psychology**, v.64, p. 317-329. UK: The British Psychological Society, 1991.

JEAMMET, P.; REYNAUD, M.; CONSOLE, S. (2000) **Psicologia médica**. São Paulo: Editora Médica e Científica, 2000.

JULIEN, P. (1996) **O estranho gozo do próximo: ética e psicanálise**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1996.

KERSTEN, V. M. O Código de Hamurabi através de uma visão humanitária. Disponível em: < http://www.ambito-juridico.com.br/site/?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=4113 >

KOMPIER, M. A. J.; KRISTENSEN, T. S. As intervenções em estresse organizacional: considerações teóricas, metodológicas e práticas. **Cadernos de Psicologia Social do Trabalho** v.6, USP, dez. 2006.

KOYRÉ, A. Da influência das concepções filosóficas sobre a evolução das teorias científicas. In: **Estudos de História do Pensamento Filosófico**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1991.

LACAN, J. (1938) Os Complexos familiares na formação do indivíduo. Ensaio de análise de uma função em psicologia. In: **Outros Escritos**. Rio de Janeiro, Jorge Zahar Ed., 2003. p. 29-90.

_____ (1955-1956). **O Seminário, livro 3: as psicoses**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1988.

_____ (1956-1957) **O Seminário, livro 4: a relação de objeto**. Rio de Janeiro, Jorge Zahar Ed., 1995.

_____ (1957a) A Psicanálise e seu ensino. In: **Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1998. p. 438-460.

_____ (1957b) A Instância da Letra no inconsciente ou a razão desde Freud. In: **Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1998. p. 496-536.

_____ (1957-1958). De uma Questão Preliminar a todo tratamento possível da Psicose. In: **Escritos**. Rio de Janeiro, Jorge Zahar Ed., 1998. p. 537-590.

_____ (1957-1958) **O Seminário, livro 5: as formações do inconsciente**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1999.

_____ (1958) A Significação do Falo. In: **Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1998. p. 692-703.

_____ (1958-1959) **O desejo e sua interpretação: Seminário VI**. Produção não comercial para circulação interna da Associação Psicanalítica de Porto Alegre, a partir do texto estabelecido pela Association Freudienne Internationale, Março 2002.

_____ (1959-1960) **O Seminário, livro 7: a ética da psicanálise**. Rio de Janeiro, Jorge Zahar Ed., 1988.

_____ (1960) Subversão do Sujeito e a Dialética do Desejo no inconsciente freudiano. In: **Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1998. p. 807-842.

_____ (1960-1961/ 1992b) **O Seminário, livro 8: a transferência**. Rio de Janeiro, Jorge Zahar Ed., 1992.

_____ (1962) Kant com Sade. In: **Escritos**. Rio de Janeiro, Jorge Zahar Ed., 1998. p. 765-803.

_____ (1962-1963) **O Seminário, livro 10: a angústia**. Rio de Janeiro, Jorge Zahar Ed., 2005.

_____ (1965-1966) A ciência e a verdade. In: **Escritos**. Rio de Janeiro, Jorge Zahar Ed., 1998. p. 869-892.

_____ (1966) O Lugar da psicanálise na Medicina. In: **Opção Lacaniana. Revista Brasileira Internacional de Psicanálise**, n. 32, p. 8-14, dez. 2001.

_____ (1966-1967). **Logique du fantasme**. Seminário Inédito.

_____ (1968-1969) **O Seminário, livro 16: de um Outro ao outro**. Rio de Janeiro, Jorge Zahar Ed., 2008.

_____ (1969-1970) **O Seminário, livro 17: O avesso da psicanálise**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1992.

_____ (1971) Ato de fundação In: **Outros Escritos**. Rio de Janeiro, Jorge Zahar Ed., 2003. p. 235-247.

_____ (1971) **O Seminário, Livro 18: De um Discurso que não fosse semblante**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2009.

LAROUSSE DO BRASIL (2005) **Dicionário Larousse francês-português, português-francês, mini**. 1ª edição. São Paulo: Larousse do Brasil, 2005.

LE ROBERT MICRO (2008) **Dictionnaire d'apprentissage de la langue française**. Troisième Édition. Paris: Dictionnaires Le Robert, 2008.

LIMA, F. D.; BUUNK, A. P.; ARAÚJO, M. B. J.; CHAVES, J. G. M.; MUNIZ, D. L. O.; QUEIROZ, L. B. (2007) Síndrome de *Burnout* em residentes da Universidade Federal de Uberlândia-2004. In: **Revista Brasileira de Educação Médica**, vol.31, n.2, p. 137-146. Rio de Janeiro, May/Aug 2007. Acessível em www.scielo.br. Último acesso em 23/10/2014.

LIPOVETSKY, G. A. (2004) **Metamorfoses da cultura liberal: ética, mídia e empresa**. Porto Alegre: Sulina, 2004.

_____ (2005) **A sociedade pós-moralista: o crepúsculo do dever e a ética indolor dos novos tempos**. São Paulo.: Editora Manole, 2005.

_____ (2007) **Sociedade da Decepção**. Entrevista coordenada por Bertrand Richard. São Paulo: Manole, 2007.

MACHADO, M. L. (1997) **Os médicos no Brasil – um retrato da realidade**. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 1997.

MARQUES, R.; MENDES, A. (2005). Os Dilemas do financiamento do SUS no interior da seguridade social. In: **Economia e Sociedade**, Campinas, v.14, n.1(24), p.159-175, jan./jun. 2005.

MASLACH, C.; LEITER, M. P. (1999) **Trabalho: fonte de prazer ou desgaste**. Campinas: Papirus, 1999.

MASSON, J. M. (1986) **A correspondência completa da Sigmund Freud para Wilhelm Fliess - 1887-1904**. Rio de Janeiro: Imago, 1986.

MELEIRO, A. M. A. S. (1999) **O médico como paciente**. São Paulo: Lemos-Editorial, 1999.

MELLO FILHO, J. (2006) **A identidade médica: implicações históricas e antropológicas**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006.

MENEGAZ, F. D. L (2004) **Características da incidência do *Burnout* em pediatras de uma organização hospitalar pública**. Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Centro de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal de Santa Catarina, 85 p. 2004.

MILLER, J. –A. (1998) O sintoma como aparelho. In: **O sintoma charlatão. Textos reunidos pela Fundação do Campo Freudiano**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1998, p. 9-21.

_____ (2000) Os seis paradigmas do gozo. In: **Opção Lacaniana**, vol. 26/27, p. 87-105, abril 2000.

_____ (2004) Uma fantasia. **Conferência proferida no IV Congresso da AMP em Comandatuba**.

_____ (2006a) **La experiencia de lo real em la cura psicoanalítica**. Primeira ed. Segunda reimp. Buenos Aires: Paidós, 2006.

_____ (2006b) A era do homem sem qualidades. In: Revista eletrônica **aSEPHallus**, ano 1 n. 1, nov.2005 a abril 2006.

_____ (2008) **El partenaire-síntoma**. Primeira ed. Buenos Aires: Paidós, 2008.

_____ (2010a) **El Otro que no existe y sus comités de ética-com la colaboración de Éric Laurent**. 1ª ed. 1ª reimp. Buenos Aires: Paidós, 2010.

_____ (2010b) **Conferencias porteñas: tomo 1 Desde Lacan**. Primeira ed. Primeira reimp. Buenos Aires: Paidós, 2010.

_____; MILNER, J.C. (2006) **Você quer mesmo ser avaliado? entrevistas sobre uma máquina de impostura**. Barueri, São Paulo: Manole, 2006.

MISSENARD, A. (1994) Entre Psicanálise e Medicina: Michaël Balint. In: **A experiência Balint: história e atualidade**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1994, p.1-8.

NAVEAU, P. (2003) La psychanalyse appliquée au symptom: enjeux et problems. In: MILLER, J. (Org.) **Pertinences De La Psychanalyse Appliquée/ travaux de l'École de la Cause Freudienne réunis para l'Association du Champ Freudien**. Paris: Seuil, 2003.

NEIVA, E. R.; TRISTÃO, R. M.; OLIVEIRA, P. R. (2006) Burnout e suporte organizacional em profissionais de UTI-Neonatal. In: **Educação Profissional: Ciência e Tecnologia**. Jul-Dez. Brasília, v. 1, n.1. 2006, p. 27-37.

OLKINUORA, M.; ASP, S.; JUNTUNEN, J.; KAUTTU, K.; STRID, L. AÄRIMAA, M. (1990) Stress symptoms, burnout and suicidal thoughts. In: **Soc. Psychiatry Epideomol**. vol. 25, n.2, p. 81-86. Finnish physicians. Scand J Work Environ Health, 1990.

PEDROSA, C. (2013) Painel: Entre o desejo e a razão. In: **CFM Revista de humanidades medicas: Melhoramento humano, desafios éticos das biotecnologias**. Jan/Abril 2013, p. 44-59. Disponível em: <http://www.flip3d.com.br/web/pub/cfm/index3/index>. Último acesso em 24 de outubro de 2014.

PERLMAN, B.; & HARTMAN, E. A. (1982). Burnout: summary and future research. In: **Human Relations**, vol.35, issue 4, pp. 283-305, 1982. Disponível em www.scopus.com. Último acesso em 23.10.2014.

PIMENTEL, D. (2005) **O sonho do jaleco branco: saúde mental dos profissionais da saúde**. Aracaju: Fundação Oviedo Teixeira/Sociedade Médica de Aracaju; 2005. 226 p.

_____; VIEIRA, M. J. (2003) Pulsão, trabalho e stress. In: **Estudos de Psicanálise**, n.23, Belo Horizonte, 2003. p. 41-49.

PORTO, C. C. (1994) **Semiologia Médica**. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan.

REZENDE, J. M. (2000) **Tópicos selecionados da história da Medicina e linguagem médica**. Disponível em <http://www.jmrezende.com.br/tela.html> (Consulta feita em 23 de outubro de 2014)

RODRIGUES, A.; CAMPOS, E. P.; PARDINI, F. (2006) O *Burnout* no exercício profissional da medicina. In: **Identidade Médica**. (Org.: Júlio de Mello Filho). São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006. p. 315-369.

ROS, A. F. G. (2001) **Estudio de las fuentes de estrés laboral em medicos residentes**. Centro de Salud, Noviembre, pp. 568-572, 2001. (*Apud A saúde dos médicos do Brasil*. Brasilia: Conselho Federal de medicina, 2007.)

ROSA, G.; CARLOTTO, M. S. (2005) Síndrome de burnout e satisfação no trabalho em profissionais de uma instituição hospitalar. In: **Revista SBPH** (online) v.8, n.2, dezembro 2005. ISSN 1516-0858(2005). Disponível em: [www//pepsic.bvsalud.org/scielo](http://www.pepsic.bvsalud.org/scielo). Última consulta em 25.07.2014.

ROSSINI, A. B.; CONCATO, J. T.; BESSANE, A. A. (2003) Revisão de literatura sobre as causas da síndrome de Burnout em profissionais de enfermagem. In: **Atas do II Congresso Paranaense de Enfermagem**. Londrina, 2003.

ROUDINESCO, E.; PLON, M. (1998) **Dicionário de Psicanálise**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editora, 1998.

SALEM, J. (2002) **Hipócrates: conhecer, cuidar, amar. O juramento e outros textos**. São Paulo: Landy, 2002.

SENNETT, R. (2010) **A corrosão do caráter: as consequências pessoais do trabalho no novo capitalismo**. Rio de Janeiro: Record, 2010.

SILVA, M. M. A. (2001) **Trabalho médico e o desgaste profissional: pensando um método de investigação**. Dissertação de mestrado em medicina Preventiva e Social, apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2001. 139 p.

SCHAUFALI, W.; ENZMAMANN, D. (1998) **The burnout companion to study and practice: A critical analysis**. USA: Taylor & Francis Inc., Philadelphia. 1998. 224 p.

STEVENSON, R. L. (2011). **O médico e o monstro**. Porto Alegre: L & PM, 2011.

THEVENET, M. (2011) **Analyse du burn out chez les internes de medecine generale sur la base d'une etude comparative entre L'Ile-de-France et Le Languedoc Roussillon**. These Doctorat en Medecine, presentee et soutenue publiquement le 12 octobre 2011. Faculte de Medecine Pierre et Marie Curie, Universite Pierre et Marie Curie, Parie 6. N° 2011PA06G057. Disponível em www.urps-med-idf.org/iso_upload/THEVENET.pdf. Último acesso em 24.10.2014.

TRIGO, T. R.; TENG, C. T.; HALLAK, J. E. C. (2007) Síndrome de Burnout ou estafa profissional e os transtornos psiquiátricos. **Revista de Psiquiatria Clínica** v.34, n.5. São Paulo, 2007.

WINNICOTT, D. W. (1982) **O ambiente e os processos de maturação**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1982.

WORLD HEALTH ORGANISATION (2003) Statement on the burnout syndrome among physicians. In: **European Forum of Medical Associations. Germany**. 2003.

_____ (1992) **ICD-10 classifications of mental and behavioural disorder: Clinical descriptions and diagnostic guidelines**. Geneve: World Health Organization.

ZIMERMANN, V. B. (1992) A formação psicológica do médico. In: MELLO FILHO, J. **Psicossomática hoje**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992. p. 64-69.