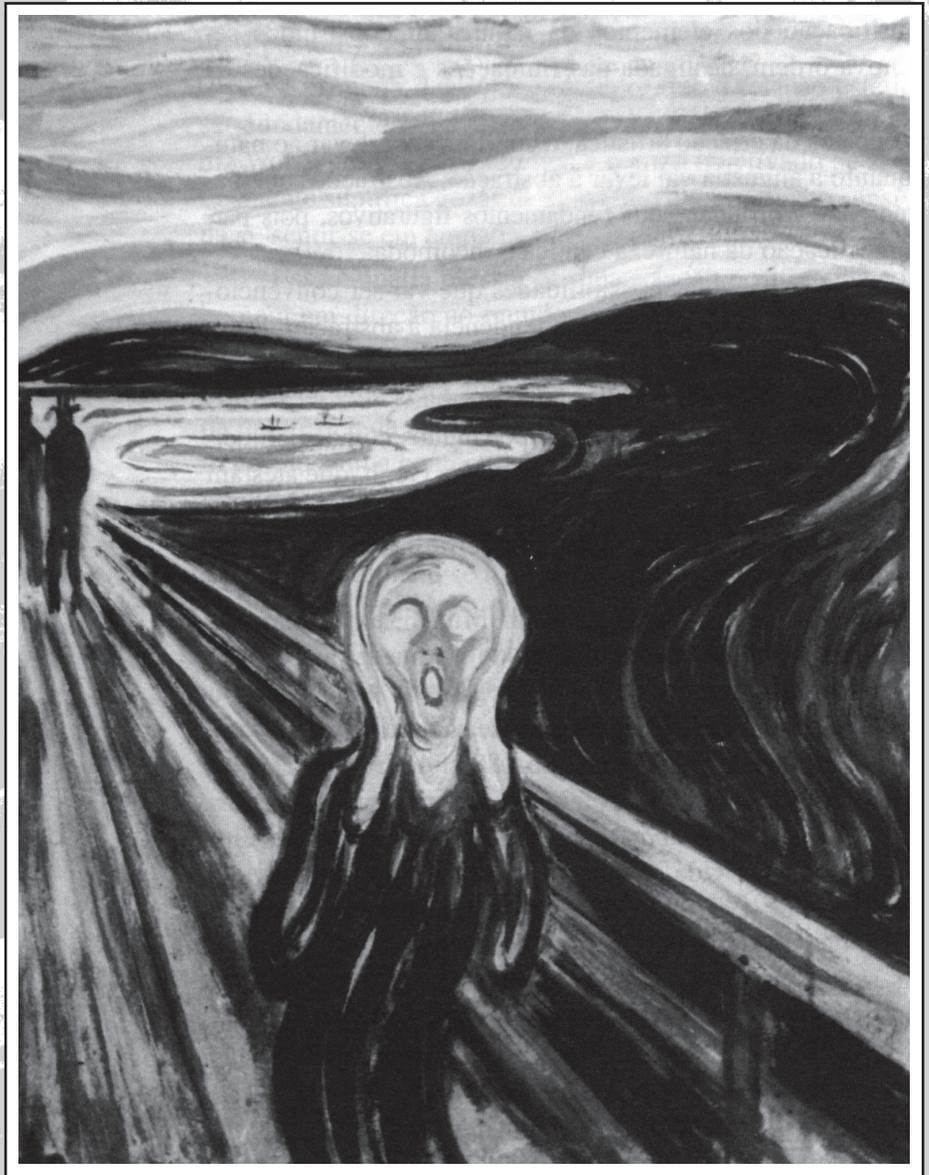
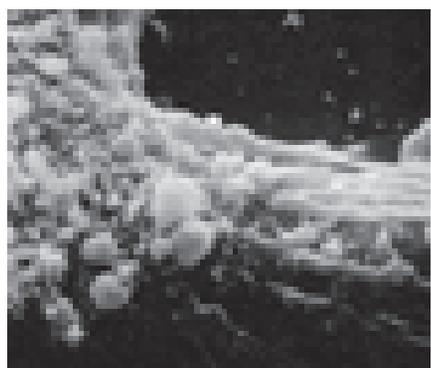


# dossiê aids



Edvard Munch,  
O Grito, 1893



RENATE MEYER SANCHES

# A relação médico-paciente sob o signo da Aids

**A** Aids veio para ficar, provavelmente, por muito tempo. E para provocar mudanças na sociedade de um modo geral, nos indivíduos em particular mas, especialmente, na medicina. Diante da gravidade do problema, o intenso investimento em pesquisas vem trazendo contribuições significativas no âmbito científico.

Se os aspectos biológicos da Aids vêm sendo investigados em profundidade, o mesmo não acontece em relação à dinâmica psicológica envolvida na relação entre o médico e seu paciente portador do vírus HIV. Esta é certamente tão complexa quanto a orgânica, já que ambos, o profissional e o doente, têm que se defrontar com algumas das questões mais carregadas de angústia e, conseqüentemente, cercadas de tabus do ser humano. Pois a Aids, ao

**RENATE MEYER SANCHES** é professora da Faculdade de Psicologia da PUC-SP, doutoranda em Psicologia Clínica na PUC-SP e membro do Laboratório de Psicopatologia Fundamental da PUC-SP.

associar sexualidade e morte, despertou na sociedade todo um conjunto de fantasmas aterrorizadores. Dentre esses, um dos que mais afetam o profissional da saúde é o da impotência, do desespero diante do inevitável, da impossibilidade de controle.

Esses fantasmas inevitavelmente marcam a relação do médico com seu paciente portador do vírus HIV. Esse paciente, defrontado com um diagnóstico que, num primeiro momento, soa como uma condenação à morte social e física, está psicolo-

ção: sabe que está diante de uma doença ainda incurável e da limitação dos recursos de que dispõe para ajudar o paciente. Tem que encarar, portanto, a própria impotência. Por outro lado, é pressionado não só pelas expectativas do paciente, como pelo lugar que historicamente lhe foi dado na sociedade.

Pode-se dizer que os antepassados profissionais do médico moderno foram os feiticeiros, os xamãs e os sacerdotes, representantes, em diferentes culturas, do



**Edvard Munch,**  
**Vampiro, 1895**

gicamente muito debilitado. Tomado pela culpa e pelo desespero, procura, no médico, a contrapartida para a sensação de perda total de controle sobre a própria vida. Diante do desamparo que essa situação provoca, tende a ter um movimento regressivo: volta a sentir-se como a criança dependente que já foi um dia (1). E busca, no médico, o substituto do pai onipotente e onisciente que desejaría ter.

O profissional com o qual esse paciente se defronta está marcado por uma contradi-

ção: sabe que está diante de uma doença ainda incurável e da limitação dos recursos de que dispõe para ajudar o paciente. Tem que encarar, portanto, a própria impotência. Por outro lado, é pressionado não só pelas expectativas do paciente, como pelo lugar que historicamente lhe foi dado na sociedade. Pode-se dizer que os antepassados profissionais do médico moderno foram os feiticeiros, os xamãs e os sacerdotes, representantes, em diferentes culturas, do

Essas representações marcam também as escolas de medicina e, conseqüentemen-

1 V. Tãkhã, *O Relacionamento Médico-Paciente*, Porto Alegre, Artes Médicas, 1988.

2 Zabarenko et alii, 1968, in Tãkhã, op. cit.

te, a formação do profissional. O estudante se defronta com duas posturas: a primeira procura educá-lo para ser aquele que deve curar, e a morte do paciente é vivida como um fracasso da medicina ou do médico. Esse “fracasso”, gerador de angústia, entretanto, muitas vezes é inevitável. Usa-se, então, um recurso muito conhecido em qualquer hospital. O sr. João que agoniza torna-se o “derrame do quarto 5”. Transformar o objeto de trabalho num órgão ou no funcionamento de um conjunto de órgãos, em detrimento da pessoa como um ser humano único, tem sido a postura privilegiada em muitas escolas de medicina como forma de evitar a angústia da perda e do fracasso (3). Procurar a objetividade e a clareza, supostamente aumentando o poder de intervenção mas abrindo mão do sujeito, é outro recurso para lidar com essa situação. Como aponta Clavreul (4), nesse caso o “desejo de saber” se sobrepõe ao “desejo de curar”. Acreditamos que essa segunda postura é uma forma corporativamente organizada de defesa frente a expectativas sociais impossíveis de realização. Tem, portanto, como qualquer defesa, sua função. Contudo, traz uma série de riscos, dentre os quais o maior é a perda da eficácia do médico diante de um paciente que o procura esperando ser ajudado. E ouvido. Mas só quem é ouvido é capaz de ouvir. E quem ouve o médico? Um profissional que lida diariamente com a dor, a impotência, a morte? Questões que atingem não só ao outro, mas que são uma ameaça também para ele. Afinal, o médico também é somente um ser humano: pode adoecer, sofrer e, certamente, algum dia morrerá.

Os dados que apresentamos aqui foram coletados em entrevistas em profundidade com portadores do vírus HIV. Enfocamos, neste trabalho, os aspectos relativos à sua vivência e à significação dada a certos procedimentos médicos e paramédicos.

“Quem me atendeu foi o dono do laboratório. Me pôs numa sala e disse: ‘Deu positivo’. Eu fiquei desesperado. Mas esta figura foi [...] superbrilhante. Veio ali na-

quela hora para me dar a tranquilidade de que eu precisava. Porque naquela hora meu mundo desabou... O camarada ficou lá, das 7 até as 10 horas da noite, conversando comigo. Ele me explicou de tudo, tudo, tudo. E foi assim extremamente leve: ‘Isso não é o fim. As coisas não são assim’. Então ele se prontificou a me dar assistência à hora que eu quisesse. E ele era patologista [...]. Simplesmente, estava fazendo aquilo ali por uma questão de humanidade, de ser humano” (Paulo).

“O primeiro contato médico que eu tive foi com o dr. Antonio, da Universidade. Fui fazer o exame e deu positivo. Pedi para fazer o confirmatório. Ele falou que não precisava, que eu era do grupo de risco, então o exame era mais do que confirmatório. Eu senti uma extrema agressão, de uma extrema violência [...]. A sensação que eu tive era de que estava condenado naquele momento, morto. Ele não teve a menor sensibilidade de acolher, ou de fazer um discurso menos agressivo” (José Roberto).

Uma mesa. Duas cadeiras. Dois indivíduos: um, angustiado, sentindo que está prestes a se afogar. Procurando desesperadamente algo para se agarrar: uma palavra de esperança. E o outro? Certamente, não está imune à angústia que paira no ar. Afinal, o que está em questão é a possibilidade de vida. Ou uma condenação à morte, da qual ele, o profissional, se torna porta-voz?

Estamos diante de uma situação extremamente difícil. Uma situação com a qual muitos médicos e paramédicos têm que se defrontar diariamente. Na qual são colocados num lugar do qual muitas vezes não têm consciência: o de intérprete. A pergunta que o paciente, no momento que recebe um resultado positivo de HIV, na realidade faz é: “Quais são as minhas chances de vida?”. E por trás dessa, há outras, implícitas, provavelmente não muito claras nem para quem as formula: “O que você, confortavelmente instalado atrás da mesa, sente em relação a mim, que estou recebendo este resultado? Eu me tornei alguém de quem você precisa se distanciar, alguém

3 P. R. Sousa, *Os Sentidos do Sintoma: Psicanálise e Gastroenterologia*, Campinas, Papirus, 1992.

4 J. Clavreul, *A Ordem Médica, Poder e Impotência do Discurso Médico*, São Paulo, Brasiliense, 1983.

que provoca asco, medo? Ou você está suficientemente próximo de mim para compartilhar minha dor, e carregá-la comigo? Posso contar com você?”.

É nesse contexto que os dois depoimentos acima relatam experiências opostas. O resultado positivo com o qual Paulo tem que se defrontar é decodificado, no primeiro momento, como uma condenação à exclusão, à degradação e à morte. O mundo ameaça desabar. Mas não desaba, pois há um outro, ali do seu lado, que é capaz de ressignificar a situação: “Isso não é o fim”. Uma “figura superbrilhante”, alguém que acende a luz da esperança onde parecia só ter restado negritude. Um médico que, ao passar ao paciente todas as informações de que dispõe, lhe diz implicitamente: “Eu te respeito como uma pessoa que merece saber, e acredito que você é capaz de entender e se utilizar da melhor forma dessas informações”. Um profissional que, ao ceder três horas do seu tempo de trabalho para essa conversa, mostra a importância que dá a esse paciente e ao seu sofrimento. E uma pessoa humana que compartilha a dor de outro ser humano, e se oferece para apoiá-lo dentro de suas possibilidades.

De outra natureza foi a experiência descrita por José Roberto, na qual ele se sentiu extremamente agredido, até mesmo violentado. Uma experiência tão traumática que levou a um ano de fechamento absoluto em si mesmo, um período de atuações mágicas. Um ano de experiências de promiscuidade nas saunas, marcado pelo desejo de atacar: a si mesmo (que corria o risco de estar se recontaminando a cada relação) e ao outro (que podia estar sendo contaminado). Se não tivesse encontrado alguém que, aliado à sua própria força de vida, o resgatasse dessa situação, certamente seu caminho para a morte teria sido muito curto.

José Roberto recebe um resultado, apresentado de forma neutra e objetiva pelo médico: “Positivo”. Ponto. Esse ponto, implícito, é decodificado pelo paciente como: “Estou condenado. Morto”. Mas José Roberto não se entrega facilmente. Ao pedir um exame confirmatório, clama deses-

peradamente por uma esperança, por algo a que se agarrar. Por uma possibilidade de apelação diante da condenação. Quando o médico lhe diz que este exame é desnecessário, já que ele pertence ao grupo de risco, ouve: “Não há esperança. Você vai morrer. E vai morrer porque merece. Afinal, você é homossexual. Além disso, se expôs. A culpa é sua. Não conte com a minha solidariedade. Você está sozinho”. Diante dessa decodificação, o que parece restar é procurar um caminho mais rápido para se destruir.

Coloquemo-nos no lugar do médico. Alguém que foi educado nas escolas de medicina e no dia-a-dia do hospital onde os dramas se sucedem, para ser objetivo (5). Para não se envolver emocionalmente, para não se deixar contaminar pela angústia. Para avaliar o órgão doente, analisar o resultado daquele exame específico. Para se proteger. É exatamente isso que o médico citado por José Roberto faz. É claro e objetivo: o resultado é positivo. As estatísticas indicam que não há necessidade de outro exame quando o paciente pertence ao grupo de risco. É isso, e somente isso, que ele pretende dizer, e acredita estar dizendo. É para isso que ele foi preparado. Mas a objetividade é ilusória, principalmente quando há tanta angústia envolvida. Uma fala que, para o médico, nada mais era que a enunciação de um fato, significou uma condenação moral, uma sentença de morte para o paciente. Num momento em que, mais do que em qualquer outro, precisava desesperadamente de alguém que o acolhesse.

“O dr. Antonio é uma gracinha, ele tentava: ‘Não, calma’ [...]. Ele ficou duas horas comigo na salinha. Ele é um cara super ocupado, de vez em quando batiam na porta [...] ele saía, atendia, voltava [...]. ‘Olha, Joana, no seu caso, não é preocupante, porque você está muito bem (isso é significativo para mim). Tenho pacientes que já duram mais de seis anos e estão bem, são pacientes assintomáticos, eu também tenho pacientes que dois meses depois desse resultado morrem. Mas tem gente que dura até seis anos” (Joana).

O médico, nesse caso, pôde dar a Joana aquilo de que ela necessitava. Explicitamente, disse-lhe que ela tinha chances: que haveria uma luta a enfrentar, uma luta que dependia em parte dela mesma. Contudo, o principal ficou nas entrelinhas: ao dizer-lhe que ela estava bem, não só afirmou que acreditava na sua capacidade de resistência física, mas demonstrou que via, nela, uma pessoa que ele, como profissional e como ser humano, considerava. Alguém

É interessante notar que o médico citado por Joana é o mesmo do episódio relatado por José Roberto. O mesmo profissional, cuja postura “objetiva” e distante em relação ao paciente homossexual foi vivida como um violento ataque por este, mostrou-se extremamente continente e sensível quando lidou com uma paciente não-pertencente aos “grupos de risco” socialmente estigmatizados. É muito difícil evitar que os preconceitos, baseados em pré-



“especial”, que merecia uma atenção adicional e diferenciada naquele momento difícil. Em termos bem concretos, o médico deu à paciente uma perspectiva realista, até pessimista (embora deva-se considerar que esse episódio ocorreu em 1990, e que de lá para cá a expectativa de vida do soropositivo vem aumentando significativamente). Mas era exatamente isso que ela necessitava.

conceitos culturalmente estabelecidos, aliados a questões pessoais de cada profissional, afetem a relação. São questões geralmente não-conscientes para os envolvidos, que, entretanto, exatamente por isso, têm uma ação mais intensa e profunda. É inevitável que determinados profissionais tenham, de início, maior dificuldade para lidar com certos pacientes que encarnam aspectos com os quais eles mesmos têm

**Munch, A Morte de Marat, 1905**

dificuldade de lidar. Isso acontece freqüentemente diante de pacientes homossexuais, principalmente travestis e drogaditos. Entretanto, se essa dificuldade puder se tornar consciente, é possível evitar que ela interfira de forma nociva na relação e, portanto, no tratamento em curso. E pode ser uma grande oportunidade para um autoquestionamento, uma transformação e, portanto, um crescimento des- se profissional.

O lugar que o sujeito imagina ocupar para o profissional com o qual está entrando em contato começa a ser situado na sala de espera e se prolonga no inquérito inicial ao qual todo suspeito de carregar o HIV é submetido:

**Munch, A Dança da Vida, 1889-1900**

“Eu não senti que ele [o médico particular] me acrescentou nada [...]. Perguntou só como eu me contaminei, sobre relações, se

tinha relação anal, e tudo [...]” (Denise). “[...] a medicina tradicional, fazendo exames, exames, exames. Abre aqui para ver se tem sarcoma, abre o ânus para ver se está degenerando. A preocupação com o ânus que degenera. Nem a posição de passivo eu tinha, ia degenerar? [...] Eu me lembro que fui fazer umas radiografias de pulmão. O radiologista virou para mim e falou: ‘Para que é isso?’ [...]. Eu tive que falar: ‘É para Aids’. Aí desabou tudo em cima de mim, ter que estar falando. Saiu forçado, arrancado, porque eu tinha que estar expondo para uma pessoa que eu estava vendo ali dois, três segundos. Então, não tinha por que estar falando” (Paulo).

Os entrevistados apontam a força de um estigma que, neste caso, é propiciado pelas características próprias da síndrome. O inquérito ao qual o paciente é submetido



muitas vezes é vivido como uma invasão da sua privacidade, um verdadeiro estupro mental. É verdade que uma investigação da vida sexual é inevitável quando se trata de Aids. Esta já é uma característica perversa do quadro. Mas creio ser importante que o médico ou paramédico esteja atento para a forma como é feito esse inquérito. Que use o tato para amenizar seu impacto, tentando se colocar no lugar do paciente. E que procure manter sob controle uma curiosidade que às vezes pode ter mais a ver com suas próprias fantasias do que com o paciente. Pois a sensação deste, como Paulo coloca tão claramente, é que algo muito íntimo está sendo arrancado, exposto, para ser execrado. Ele perde a condição de sujeito ativo, para se tornar objeto passivo de uma acusação que, tendo ou não fundamento, faz com que se sinta “suspeito”.

O poder do profissional da saúde se manifesta também na rigidez com que se prescrevem determinados tratamentos, mesmo quando há controvérsias sobre a adequação de seu uso em determinadas situações. Do ponto de vista do profissional, é uma forma de sentir um mínimo de segurança num contexto dominado pela sensação de impotência. É preciso acreditar em algo. Quanto mais dúvidas tem, mais o indivíduo se apega à crença que elegera como correta. Assim se defende da angústia provocada pelo não-saber. Para o paciente, entretanto, cria-se mais uma situação de *stress*. Fica impotente, entregue ao poder de um outro supostamente incapaz de ouvi-lo. A controvérsia em torno do uso do AZT ilustra bem essa problemática:

“Nós somos vistos como os rebeldes, porque nós resistimos a esta questão de tomar AZT. Tentamos um controle sobre nós mesmos [...]. Porque o grupo, na maioria, não tomava [...]. Um dia, a diretora do CPA marcou uma reunião e disse: ‘Se vocês continuarem fazendo isso, eu vou expulsar vocês’ [...]. Na bula do AZT indica que ele deve ser tomado com CD4 abaixo de 200. Mas há várias correntes. Uns acham que abaixo de 500 tem que tomar [...]. A última vez que passei pelo infectologista,

eu falei: ‘Pois é, eu tenho indicação há cinco anos. Um organismo tolera o AZT no máximo por dois anos. Você acha que eu viveria cinco anos se tivesse tomado? E esses três anos?’. Eu tenho medo de tomar e se desencadear outro processo. Porque ele pode dar anemia [...]. Então, eu posso vir a tomar o AZT. Mas numa situação que eu achar que devo: tive uma pneumonia, meu CD4 está abaixo de 200, é uma faixa perigosa, tudo bem [...]. O AZT é uma quimioterapia. Porque você vai tomar para prevenir se tem vários estudos dizendo que não previne porcaria nenhuma? Então, é uma questão de se posicionar. Mas aí você vai ao médico, eles viram para você: ‘Pois é, mas você está descoberto. Você vai estar assumindo isso’. Você sai dali que sai a mil. Você pensa, eu vou estar tomando, porque se eu não tomar o AZT, eu [...] sabe, porque a idéia que eles têm é que vai todo mundo descer pelo ralo mesmo” (Paulo).

O depoimento de Paulo mostra, de forma contundente, o drama que se instala para o soropositivo. O médico, do qual ele necessita para sobreviver, indica-lhe um caminho que ele considera cientificamente controverso. Precisa tomar uma medicação que possivelmente vá ajudá-lo, mas que também pode não lhe trazer benefício nenhum. Restaria só o sofrimento e a debilitação decorrentes dos efeitos colaterais. Dentre esses, enumera-se todo um conjunto de reações orgânicas, mas se esquece de um que atua com uma força enorme: o significado da droga para o sujeito.

“Aí ela [a infectologista] falou: ‘Olha, você tem que resolver se vai tomar [o AZT], porque realmente está comprovado que os riscos diminuem’ [...]. Se antes disto um médico chegasse para mim e dissesse: ‘Você tem que tomar o AZT’ é como se dissesse: ‘Você está doente’. Tanto que eu falava que não ia tomar [...]. Aí, pelo bebê, eu mudei. Eu falei: ‘Eu tomo pelo bebê. Porque eu precisando não estou’. Fiquei chocada, fiquei tão triste. Cheguei em casa, chorei, chorei, chorei... Um dia não tomei,

outro dia não tomei. Aí pensei: ‘Quanto mais eu demorar, mais risco meu bebê corre. Preciso criar corgagem’ [...]. Aí comecei a tomar. [...] Eu não tive enjoô, não tive vômito, não tive nada. Então, todas as vezes que tomo, tomo contente, porque não estou tomando para mim. Sabe, uma coisa que você toma, não faz mal para o meu estômago, não me faz nada, nada. É como se eu não tomasse” (Ana).

“Ele [um infectologista de renome internacional] pediu alguns exames, mas pediu para entrar imediatamente com o AZT. Sem aguardar os resultados. O resultado do CD4 deu 320. Portanto, não estava indicado entrar com o AZT, só abaixo de 200! [...] O que aconteceu? Eu tive uma reação brutal. Agüentei o AZT durante uma semana, e as náuseas, os vômitos e enjoôs foram assustadores. A sensação era que o AZT me intoxicava. Eu não conseguia eliminar aquilo. As minhas fezes ficaram fétidas, meu suor cheirava a AZT, a minha secreção nasal, a minha respiração, tudo. O meu suor, eu não conseguia dormir de uma noite para outra no mesmo lençol porque tudo cheirava AZT [...]. Aí liguei para ele, disse-lhe que não agüentava mais, que ia interromper o AZT. E ele falou: ‘É uma pena’. ‘Como é uma pena? Meu exame...’. Aí ele viu o meu exame, viu que estava bom [...]. Decidi que vou voltar com os meus procedimentos. Eu mesmo serei pai de mim mesmo, cuidarei de mim, e usarei cada vez mais homeopatia” (José Roberto).

Ana disse tudo: tomar o AZT, para as pessoas desse grupo, equivale a assumir que a doença venceu. Que o indivíduo não tem mais forças para enfrentá-la. Que de agora em diante só há a expectativa de um calvário, no fim do qual “se vai pelo ralo”. É como se, para eles, o AZT já tivesse a marca fétida da morte, que impregna o corpo e a alma. A discussão, do ponto de vista médico, sobre a conveniência de se tomar o AZT em tal ou qual momento da evolução do quadro é de enorme importância. Não vou entrar na polêmica, pois não estou capacitada para tal. Quero explicitar apenas que, diante das situações de impotên-

cia médica desencadeadas pela Aids, é muito compreensível a importância dada aos recursos de que se dispõe. Note-se, inclusive, que nenhum entrevistado se diz categoricamente contra o AZT: o que está em questão é o momento em que se deve começar a tomá-lo. Pois há um aspecto, de fundamental importância, que vem sendo negligenciado nessa discussão: qualquer ato humano é marcado não só pelo seu efeito físico, mas também pelo significado simbólico. E um está intimamente relacionado ao outro. Enquanto o AZT significou doença e morte para Ana, foi impossível aceitá-lo. Mas quando esse sentido se modificou, e o AZT passou a ser associado à possibilidade de preservação da vida que ela estava gerando, o medicamento deixou de ter qualquer efeito colateral. Esse aspecto precisa ser considerado pelo médico no momento em que prescreve a medicação. É uma questão a ser levada em conta na avaliação do momento mais adequado para sua indicação. Eventualmente, pode ser necessário um trabalho para mudar o sentido do medicamento para o paciente se quer obter um efeito benéfico.

José Roberto, um dos pioneiros do grupo, batalhou intensamente no sentido de ressignificar a soropositividade. Entendendo-a não como a antecâmara da morte, mas como possibilidade de uma nova vida. Um dos postulados sobre os quais o grupo se estruturou, tendo José Roberto como um dos principais estimuladores, é o poder da mente. Do bem-estar emocional para enfrentar o vírus HIV e todo o sentido destrutivo que a Aids social associa ao mesmo. Enfrentar uma pneumonia, o temor de estar entrando para a fase sintomática, foi um momento muito difícil para José Roberto. Além de todos os fantasmas ligados a essa situação, significava a ameaça de desestruturação da crença no seu poder de enfrentá-la. A prescrição do AZT, nesse contexto, era a confirmação do fracasso, da morte: algo tão fétido que impregnava tudo, que tinha que ser expulso, evacuado, vomitado. Creio que essas reações do corpo fossem uma linguagem concreta de uma recusa psicológica, dando mais “argumentos” à



parte vital de José Roberto, que respondeu inclusive através de um aumento na taxa de CD4. E levou a uma rebelião contra o médico que, de acordo com o código de José Roberto, o condenava. Alguém mais frágil psicologicamente provavelmente não teria encontrado essa força e se entregaria ao “ralo”.

Aceitar o uso de recursos alternativos propostos pelo paciente (vitaminas, ervas, chás, alimentação controlada, etc.), mesmo quando não há provas de que eles sejam fisicamente benéficos, é outra postura que, quando apresentada, melhora significativamente a relação médico-paciente. Pois significa, para esse paciente, que o profissional lhe possibilita sair do lugar da total impotência. Que não tem que ser o detentor absoluto do poder e da verdade.

Não encontro forma mais clara de dizer o essencial que a colocada nos depoimentos. O que o paciente procura num profissional da saúde é a esperança e o reconhecimento de que existe nele, sujeito, uma força de vida. Uma possibilidade de se fortalecer para enfrentar os ataques que virão, de dentro e de fora. Procura alguém que não tema chegar perto da dor e da angústia que carrega. Mas que não se contamine com ela a ponto de ficar paralisado. Que não o coloque no lugar daquele que é portador do mal. Enfim, alguém que o respeite e ouça, para ser também ouvido. Um profissional que seja, como disse Betinho, “um amigo”.

Não é certamente uma tarefa fácil para esse profissional, ele mesmo às voltas com tantas angústias e dúvidas. A tarefa é tão difícil que talvez seja quase impossível desempenhá-la sozinho. Poderia, talvez, utilizar os recursos que foram fundamentais para os nossos entrevistados: um apoio no grupo de “iguais”, um espaço para trocar experiências e compartilhar angústias. Se possível com a ajuda de profissionais que podem trazer contribuições na medida em que estão distanciados da rotina. Esses recursos podem amenizar o sofrimento e mostrar novas possibilidades para a atuação do profissional. E, com isso, melhorar significativamente a qualidade de sua relação com os pacientes e, portanto, do próprio trabalho.