

CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIHORIZONTES

Programa de Pós-graduação em Administração
Mestrado

Luana Reis Marques

O *BURNOUT* NO TRABALHO DO MÉDICO:

o caso dos profissionais que atuam no serviço de atendimento de
urgência e emergência na cidade de Belo Horizonte- MG

Belo Horizonte

2018

Luana Reis Marques

O *BURNOUT* NO TRABALHO DO MÉDICO:

o caso dos profissionais que atuam no serviço de atendimento de urgência e emergência na cidade de Belo Horizonte- MG

Dissertação apresentada ao curso de Mestrado Acadêmico em Administração do Centro Universitário Unihorizontes, como requisito parcial para a obtenção do título de mestre em Administração.

Orientador: Prof. Dr. Luiz Carlos Honório.

Área de concentração: Organização e estratégia.

Linha de pesquisa: Relações de poder e dinâmica das organizações.

Belo Horizonte

2018

Aos meus pais, Tunico e Neuza; à minha irmã Bela, pelo amor, ajuda, compreensão,
respeito e aceitação do jeito de ser.

AGRADECIMENTOS

A Deus pela iluminação diária e por guardar sempre o meu caminho.

Nesta jornada de intensa dedicação e esforço, e também de aprendizado e alegrias, tive a oportunidade de conviver com pessoas maravilhosas que me fizeram crescer como pessoa, como ser humano, como profissional. Obrigada por compartilhar esse momento comigo e terem feito esse percurso mais leve e agradável.

Ao meu orientador e amigo da família há tantos anos, Prof. Dr. Luiz Carlos Honório, obrigada pela dedicação, respeito, paciência e principalmente pelos ensinamentos e momentos de aprendizagem que tive com você.

Aos professores fantásticos que tive a honra de conviver e aprender: Prof. Dr. Reynaldo Maia Muniz, Prof. Dr. Fernando Coutinho Garcia, Prof. Dr. Antônio Luiz Marques, Prof. Dr. Luciano Zille, Prof. Dr. Alfredo Alves de Oliveira Melo, Prof^a. Dr^a. Caissa Veloso e Sousa, Prof. Dr. Gustavo Rodrigues da Cunha, Prof^a. Dr^a. Maria Elizabeth Antunes Lima, Prof. Dr. Wendel Alex Castro Silva, e às queridas secretárias do mestrado: Wania e Rachel.

À Prof^a. Dr^a. Renata Simões Guimaraes e Borges, pelo aprendizado e amizade na época que fui sua bolsista de Iniciação Científica, e pela gentileza em participar da minha banca.

Aos meus queridos amigos bolsistas, que compartilharam comigo não somente o espaço de trabalho, mas também as alegrias, comemorações, tristezas, ansiedades e desespero de final de semestre: Pedro, Aninha, Vilma, Rebeca, Aparecido, Nayara e Cristian. Vocês são amigos muito queridos.

À Prof^a. Ana Lúcia Magri Lopes, por compartilhar o espaço de trabalho e a simplicidade, ajuda, respeito e boa convivência. Você é muito especial.

Às minhas queridas amigas de turma: Luciana, Aline, Livia e Cristiane. Pela amizade, companheirismo, e ótima convivência.

À gerencia de Educação em Saúde de Belo Horizonte, por me conceder a autorização para executar a pesquisa no SAMU.

Aos médicos do SAMU, participantes dessa pesquisa, pela disponibilidade e riqueza dos relatos de suas vidas profissionais. Obrigada por confiarem no meu trabalho.

À FAPEMIG pela concessão da bolsa de mestrado, sem a qual não teria sido possível a realização deste trabalho.

E novamente aos meus amados pais Antônio Luiz (Tunico) e Neuza, e à minha irmã Bela, pela confiança, pela convivência diária, pelo amor e pelo carinho, e por termos conseguido, juntos, concretizar tantos sonhos e projetos nesses últimos dois anos. Vocês são a base e o caminho de tudo.

Às vezes, o que o impede de manifestar os seus dons e talento para a realização do seu propósito é o medo da grandeza de sua alma. Muitas vezes, o maior medo não é o de sentir dor, mas sim de ir além dela e se deparar com algo que está além dos domínios do ego e da mente, além das suas referências. Você tem medo de se mover em direção ao desconhecido, a algo que você não domina. Embora isso seja tudo o que você quer, embora seja extremamente prazeroso crescer, expandir e desenvolver sua força, você tem medo. Você tem medo de ser livre. Mas a realização do propósito da alma está intrinsecamente relacionada à liberdade.

Sri Prem Baba

RESUMO

Este trabalho se baseia nas premissas teóricas da Psicodinâmica do Trabalho e da Síndrome de *Burnout*, e tem por objetivo descrever e analisar os elementos potencialmente desencadeadores dessa Síndrome na profissão médica, na percepção dos profissionais que atuam no serviço de atendimento de urgência e emergência na cidade de Belo Horizonte/MG, Brasil. Para isso, utilizou-se de uma pesquisa descritiva de abordagem qualitativa, por meio de um estudo de caso. Participaram da pesquisa 10 médicos. Os participantes responderam a uma entrevista ancorada em um roteiro estruturado, elaborado com base na teoria da Psicodinâmica do Trabalho e no instrumento de pesquisa MBI (*Maslach Burnout Inventory*) de Maslach (1976). Os dados levantados foram submetidos à Análise de Conteúdo categorial, desenvolvida por Bardin (2016). As unidades de registro foram definidas de acordo com a teoria da Psicodinâmica do Trabalho e das três dimensões do MBI (exaustão emocional, despersonalização e baixa realização profissional). As categorias foram delimitadas a partir da análise e verificação dos temas mais recorrentes que emergiram dos depoimentos dos entrevistados. Os resultados indicam riscos de acometimento pela Síndrome de *Burnout*, decorrentes dos seguintes fatores: intensa pressão no trabalho; rotina intensa e exaustiva; imprevisibilidade do trabalho; exigência de rigor no cumprimento da escala de plantões; inadequação dos equipamentos de comunicação; condições inadequadas e inseguras para realização do trabalho; falta de segurança pública na execução do trabalho externo; insegurança pela manutenção inadequada das ambulâncias; insuficiência de recursos de trabalho. No que tange as dimensões dos elementos da Síndrome de *Burnout*, os riscos aparecem em decorrência dos seguintes fatores: demanda de grande esforço físico, emocional e relacional; sentimento de exaustão, desgaste e angústia; dificuldade em lidar com o desgaste no trabalho; recorrente ideia de abandono da profissão; absorção de sentimentos negativos que emergem do relacionamento com o paciente; medo de não conseguir fazer o que é demandado; sentimento de que a remuneração não é compatível com a expectativa e esforço profissional. Conclui-se que o exercício da profissão médica em setores de urgência e emergência é propensor ao acometimento pela síndrome de *Burnout*.

Palavras-chave: Urgência e Emergência Médica. Profissão Médica. Trabalho Médico. Síndrome de *Burnout*.

ABSTRACT

This work is based on the theoretical premises of Work Psychodynamics and Burnout Syndrome and aims to describe and analyze the potential elements of this Syndrome in the medical profession, in the perception of the professionals who work in the emergency care service in the city of Belo Horizonte / MG, Brazil. For this, we used a descriptive research of qualitative approach, through a case study. Ten physicians participated in the study. Participants responded to an interview anchored in a structured script based on the Psychodynamics of Work theory and the Maslach Burnout Inventory (MBI) by Maslach (1976). The collected data were submitted to Categorical Content Analysis, developed by Bardin (2016). The recording units were defined according to the theory of Work Psychodynamics and the three dimensions of MBI (emotional exhaustion, depersonalization and personal accomplishment). The categories were delimited from the analysis and verification of the most recurrent themes that emerged from the interviewees statements. The results indicate risks of Burnout Syndrome, due to the following factors: intense pressure at work; intense and exhaustive routine; unpredictability of work; rigorous requirement for compliance with the scale of operations; inadequate communication equipment; inadequate and unsafe conditions to carry out the work; lack of public safety in the execution of external work; insecurity by inadequate maintenance of ambulances; insufficient work resources. Regarding the dimensions of the elements of Burnout Syndrome, the risks appear due to the following factors: demand for great physical, emotional and relational effort; feeling of exhaustion, weariness and anguish; difficulty in dealing with attrition at work; recurrent idea of abandonment of the profession; absorption of negative feelings that emerge from the relationship with the patient; fear of not being able to do what is demanded; feeling that the compensation is not compatible with the professional expectation and effort. It is concluded that the practice of the medical profession in emergency departments is prone to Burnout syndrome.

Key words: Emergency Medical Service, Medical Profession, Medical Work, Burnout Syndrome.

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 – Estratégias de defesa em face do sofrimento no trabalho.....	36
QUADRO 2 – Perfil demográfico dos médicos pesquisados.....	52
QUADRO 3 – Perfil de atuação dos médicos pesquisados.....	52
QUADRO 4 – Unidades de registro e categorias do contexto de trabalho.....	53
QUADRO 5 – Unidades de Registro e categorias da Síndrome de <i>Burnout</i>	65

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- BDTD – Biblioteca Digital de Teses e Dissertações
- CFM – Conselho Federal de Medicina
- DE – Despersonalização
- EE – Exaustão Emocional
- EnANPAD – Encontro Nacional da Associação Nacional de Pós Graduação em Administração
- RP – Baixa Realização Profissional
- SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
- SB – Síndrome de *Burnout*
- SciELO – *Scientific Eletronic Libray Online*
- SUS – Sistema Único de Saúde
- TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
- USA – Unidade de Suporte Avançado
- USB – Unidade de Suporte Básico

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	12
1.1	Objetivos da pesquisa.....	18
1.1.1	Objetivo geral.....	18
1.1.2	Objetivos específicos.....	18
1.2	Justificativa.....	18
2	AMBIÊNCIA DO ESTUDO.....	20
2.1	O contexto hospitalar	20
2.2	O serviço de atendimento móvel de Urgência (SAMU).....	22
3	REFERENCIAL TEÓRICO.....	28
3.1	A centralidade do trabalho na vida do indivíduo.....	28
3.2	A psicodinâmica do trabalho segundo Dejours	30
3.3	A Síndrome de <i>Burnout</i> : considerações gerais e conceituais.....	37
3.4	As condições e o trabalho médico no contexto brasileiro.....	40
4	METODOLOGIA.....	46
4.1	Tipo, abordagem e método de pesquisa.....	46
4.2	Unidade de análise e sujeitos da pesquisa.....	47
4.3	Coleta de dados.....	47
4.4	Análise dos dados.....	49
5	ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	51
5.1	Análise dos dados demográficos.....	51
5.2	Contexto do trabalho do médico em urgência e emergência.....	53
5.2.1	Organização do trabalho.....	53
5.2.1.1	Rotina de trabalho.....	54
5.2.1.2	Exigências no ambiente de trabalho.....	54
5.2.1.3	Planejamento e cobranças.....	56
5.2.1.4	Competências requeridas.....	57
5.2.1.5	Eficiência dos meios de comunicação.....	58
5.2.1.6	Tomada de decisão.....	59
5.2.2	Condições de trabalho.....	60
5.2.2.1	Adequação do ambiente Trabalho.....	60
5.2.2.2	Sentimento de Segurança no trabalho.....	61
5.2.2.3	Qualidade e disponibilidade de recursos para o trabalho.....	61
5.2.3	Relações sócio-profissionais.....	62
5.2.3.1	Relacionamentos com a chefia.....	62
5.2.3.2	Relacionamentos com a equipe.....	62
5.2.3.3	Relacionamentos com o paciente e sua família.....	63
5.3	Elementos da Síndrome de <i>Burnout</i> no trabalho do médico em serviço de urgência e emergência.....	65
5.3.1	Exaustão emocional.....	66

5.3.1.1	Sensações diante do estímulo trabalho.....	66
5.3.1.2	Esforço no trabalho.....	67
5.3.2	Estratégias defensivas.....	68
5.3.2.1	Enfrentamento do desgaste.....	68
5.3.2.2	Abandono da profissão.....	68
5.3.3	Despersonalização.....	69
5.3.3.1	Sentimentos pelo paciente.....	69
5.3.3.2	Sentimentos em relação ao estímulo trabalho.....	70
5.3.3.3	Enfrentamento das emoções no trabalho.....	71
5.3.4	Baixa Realização Profissional.....	72
5.3.4.1	Reconhecimento pelo trabalho.....	72
5.3.4.2	Realizações e alegrias advindas da profissão.....	73
5.3.4.3	Auto avaliação profissional.....	74
5.3.4.4	Motivação no trabalho.....	75
5.3.4.5	Expectativas profissionais.....	75
5.3.4.6	Remuneração/ retorno do investimento profissional.....	76
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	79
	REFERÊNCIAS.....	86
	APENDICES	
A	– Roteiro de entrevista.....	94
B	– Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	97

1 INTRODUÇÃO

O trabalho demanda investimento de energia, dedicação e ideais desde a escolha da profissão até o resultado daquilo que se produz no trabalho. É uma forma de metamorfose da criatividade humana em produtividade. O trabalho fundamenta-se em uma transformação intencional de um produto que antes só poderia figurar-se na mente humana, e que por meio de sua exteriorização integra-se ao mundo e adquire sua própria existência (SORRATTO; OLIVIER-HECKLER, 1999).

Nesse sentido, Sorratto e Olivier-Heckler (1999) afirmam que é por meio do trabalho que o homem tem sido capaz de transformar e modificar o mundo. O trabalho, enquanto atividade criativa e de transformação, modifica tanto o mundo quanto o indivíduo que o empreende. O indivíduo se reconhece no seu trabalho. O mundo e a organização do trabalho afeta seus hábitos, seus gostos, o jeito de se vestir e o modo de se comportar. O trabalho é uma atividade que vai além da execução de tarefas. Para esses autores, o trabalho é uma forma de enobrecimento da figura humana, de desenvolvimento da sua capacidade pessoal e profissional, uma forma de acúmulo de experiências e de aprendizado.

Para Dejours (2004), além de o trabalho ser uma fonte de subsistência, ele contribui para a construção da identidade das pessoas, da sua saúde, da satisfação pessoal, e da constituição de vínculos sociais e do nível cultural.

Quando o ambiente de trabalho se caracteriza por relações sociais e profissionais insatisfatórias, não há reconhecimento da contribuição do indivíduo para o produto final do trabalho e não é fonte de desenvolvimento pessoal e profissional, ele se transforma em uma ameaça para a identidade e a saúde do trabalhador, podendo levá-lo à exaustão e ao adoecimento (MASLACH; SCHAUFELI; LEITER, 2001; GILMONTE; MORENO-JIMÉNEZ, 2007; VICENTE; OLIVEIRA; MAROCO, 2013).

Existe no mundo acadêmico, principalmente na área de Saúde do Trabalho, uma ampla discussão acerca das diversas formas de adoecimento do indivíduo resultante de sua relação com o trabalho. A Síndrome de *Burnout* (SB) se encontra nesse campo de estudos e se preocupa por meio de seus pressupostos teóricos e metodológicos em estudar a exaustão do indivíduo decorrente de um contexto de trabalho insatisfatório (MASLACH, 1976). A Síndrome de *Burnout* foi descrita

primeiramente por Freudenberger (1974), com base em uma descrição clínica de um quadro de esgotamento físico e mental com intensa irritabilidade relacionado a condições adversas de trabalho de profissionais de saúde trabalhando na área de dependência química (PARIS; HOGE, 2010).

Posteriormente a psicóloga social Christina Maslach (1976), ancorada na teoria sócio-psicológica realizou pesquisas com trabalhadores dos setores de serviços e cuidados e descreveu o *Burnout* como um fenômeno semelhante ao descrito por Freudenberger (1974). Maslach define *Burnout* como uma síndrome psicológica decorrente da reação a estressores interpessoais crônicos do trabalho (MASLACH, 1976). Angelini (2011) considera esta Síndrome como uma das formas mais graves de desgaste profissional, a qual se vivencia sentimentos de exaustão, de pressão, de frustração, de incapacidade, de sofrimento, que levam o trabalhador a sentir-se culpado por não realizar o trabalho como desejado e por levar mal-estar e estresse ao ambiente familiar. Ressalta-se ainda que a abordagem sobre a Síndrome de *Burnout* está orientada para o estudo de indivíduos que trabalham em contextos assistencialistas, tendo em vista que os indivíduos mais propensos ao acometimento da Síndrome são profissionais que trabalham cuidando de pessoas (MASLACH, 2017).

Em uma visão psicossocial, a Síndrome de *Burnout* surge em um contexto de trabalho na qual o indivíduo responde às fontes de estresse crônico, normalmente vinculado a relações interpessoais no trabalho (BIANCHI; SCHOENFELD; LAURENT, 2015).

Maslach (2017), em uma revisão do seu trabalho mantém o conceito de *Burnout* tal como em sua primeira publicação sobre o tema em 1976. Segundo a autora o conceito de *Burnout* se define como uma síndrome decorrente de um processo psicológico em resposta ao estresse laboral crônico, que aparece quando falham as estratégias de enfrentamento que o sujeito utiliza para suportar as vivências de sofrimento no trabalho. Segundo Maslach (1976), o diagnóstico da Síndrome de *Burnout* é realizado por meio de três dimensões: 1) exaustão emocional (EE); 2) despersonalização (DE); e 3) baixa realização profissional (RP).

A exaustão emocional (EE) envolve sentimentos de fadiga emocional, física e mental, falta de entusiasmo e sentimentos de impotência e inutilidade. A despersonalização (DE) se manifesta em forma de pensamentos negativos e atitude de desinteresse pelas pessoas com quem se trabalha. Aumenta-se o automatismo nas relações e o distanciamento com os colegas de trabalho e clientes. A baixa realização profissional (RP) se caracteriza pela tendência de o indivíduo se auto avaliar negativamente em relação à habilidade profissional e pela insatisfação com o ambiente profissional (MASLACH, 1976).

A exaustão emocional se apresenta como a primeira manifestação da *Síndrome de Burnout* causada pelas pressões e vivências insatisfatórias no ambiente de trabalho. Uma vez esgotado, o trabalhador sente desesperança, solidão, depressão, irritabilidade, tensão, diminuição de empatia e sensação de baixa energia ao se levantar para ir trabalhar (MASLACH, 1976). Trata-se de uma situação de exaustão e inexistência de recursos físicos e emocionais dos trabalhadores para lidar com as pressões do contexto de trabalho (HEEB; HABEREY-KNUESSI, 2014; ADRIAENSSENS; GUCHT; MAES, 2015).

Com base nos estudos de Maslach (1976), Massud e Barbosa (2007) observam que a despersonalização manifesta-se como um modo de enfrentamento da exaustão emocional no qual os trabalhadores apresentam pensamentos negativos, atitudes de desinteresse em relação ao trabalho, tratamento depreciativo com colegas e clientes. Esses trabalhadores tendem a evitar o contato com quem demanda seu serviço e atenção e passam a ser céticos em relação a sua escolha profissional e ao trabalho que executa.

Ainda segundo Massud e Barbosa (2007), a baixa realização profissional decorre da perda de confiança do profissional em sua capacidade de desempenhar seu trabalho. Nesse sentido, o indivíduo passa a fazer uma auto avaliação negativa, diminuindo sua autoestima e despertando a desconfiança nos colegas de trabalho a respeito de sua capacidade profissional. Trata-se de uma consequência natural da vivência de um trabalhador que está prestes a se exaurir no exercício de suas funções.

Essa realidade é passível de ser vivenciada por qualquer categoria ocupacional. Todavia, profissionais de áreas assistencialistas tem se revelado mais propensos à exaustão no trabalho, como é o caso dos médicos. Embora essa profissão seja historicamente reconhecida ao longo da humanidade, no Brasil, os médicos enfrentam muitas dificuldades no exercício da profissão (MASSUD; BARBOSA, 2007).

No Brasil, o processo de trabalho na área da saúde, nos últimos anos, tem sido submetido a profundas mudanças que interferem diretamente na qualidade de vida e saúde de seus profissionais e na qualidade do serviço prestado ao público receptor (BOECHAT; FERREIRA, 2014).

O exercício da medicina nos últimos vinte anos, no Brasil, tem sido alvo de diversas críticas com relação à sobrecarga de trabalho, longas jornadas com privação do sono e a negligência em relação à qualidade de vida no trabalho. Os médicos relatam que algumas de suas maiores insatisfações são a dificuldade de ter um horário fixo de trabalho, não sabendo quando terão que se ausentar de suas casas em finais de semana e dias festivos, bem como não ter hora nem ocasiões para parar de trabalhar (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2007).

A privação do sono é um elemento recorrente nas pesquisas relacionadas a médicos em todo o mundo (ASKEN; RAHAM, 1983; BUTTERFIELD, 1988). Asken e Raham (1983) apontam que, a despeito da privação de sono, os médicos realizam um desejo inconsciente, amplamente compartilhado por essa categoria profissional, de possuir habilidades e poderes que transcendem o humano, como por exemplo, trabalhar ininterruptamente por 36 horas ou mais. Esses autores ressaltam que essa ideologia é profundamente dissonante com a natureza humana pois, acreditar que uma pessoa que é mantida acordada ao longo de 36 horas ou mais possa desempenhar suas funções eficientemente é negar suas limitações humanas.

A escolha da profissão médica geralmente é feita com base em uma ideia de vocação ou simplesmente de escolha pessoal, focada no objetivo de realização profissional e pessoal, e grande retorno financeiro. Corrobora com esta escolha, a percepção da sociedade de que a profissão médica é a que possibilita maior retorno financeiro. Tal percepção traz consigo um paradoxo, uma vez que, no contexto

capitalista contemporâneo, os médicos como os demais profissionais, tem tido sua remuneração definida pelo contratante, a exemplo os governos federais e estaduais, planos de saúde e outros convênios de trabalho. Com a intenção de responder à expectativa social de que a profissão médica produz maior retorno financeiro que as demais profissões, os médicos se desdobram em múltiplas atividades e plantões, sem a garantia de um descanso anual remunerado e de uma aposentadoria digna, como ocorrem em outras profissões como juízes e políticos (BENEVIDES-PEREIRA, 2002; CARNEIRO; GOUVEIA, 2004).

Diante deste contexto, a motivação básica do presente trabalho foi compreender a vida no trabalho do médico atuante no serviço de *atendimento de urgência e emergência*, na cidade de Belo Horizonte/MG, admitindo-se que o exercício da profissão médica nesse ambiente, além dos desafios enfrentados pelos profissionais no exercício da profissão em seus diversos contextos, apresenta particularidades como, por exemplo, lidar permanentemente com situações extremas entre a vida e a morte, a pressão e sofrimento de familiares, o sofrimento e a morte dos pacientes.

A emergência hospitalar se destina a atender pacientes que necessitam de tratamento médico rápido, de eventos graves, que podem levar a morte (GODOY, 2009). Nesses setores hospitalares, a natureza do trabalho exige elevado nível de competência e desempenho dos seus profissionais, e coloca em destaque o imperativo da ação (BARROS; CARRETEIRO, 2011). Os profissionais trabalham sob elevada pressão do tempo. Essas exigências são apontadas como causadoras de estresse (AUBERT, 1993), desgaste, fadiga e depressão (FREUDENBERGER, 1980).

No âmbito hospitalar, os serviços de atendimento de urgência têm por objetivo diminuir a morbimortalidade e as sequelas incapacitantes. Para tanto, é necessário um sistema de atenção de emergência que considere recursos humanos, infraestrutura, equipamentos e materiais, de modo a assegurar uma assistência integral com qualidade adequada e contínua (AZEVEDO, 2010).

Nos hospitais, a unidade de atendimento urgência se distingue dos outros serviços por sua rotina diária e por não ter uma prática sistematizada, em função da necessidade do agir imediato do médico, sem a possibilidade de conhecimento

prévio e preciso do caso do paciente. Assim, o trabalho nesses setores é caracterizado por alta imprevisibilidade. Muitas vezes, o trabalhador deste setor desenvolve seu trabalho sem pausa para descansar e convive constantemente com situações dolorosas e chocantes, relacionadas à pacientes fisicamente lesados, mutilados e com quadro clínico instável, gerando estados de elevada tensão nos profissionais envolvidos nessas situações (GODOY, 2009).

Segundo Azevedo (2010), a violência urbana, o aumento excessivo de acidentes de trânsito e a insuficiente estruturação da rede de serviços de saúde têm contribuído para o aumento da sobrecarga dos serviços hospitalares de atendimento de urgência. Além disso, esses serviços apresentam sérias deficiências em sua organização, nas equipes, nos protocolos de triagem, na aquisição e organização dos materiais necessários, espaço físico e interdisciplinaridade no atendimento ao paciente. Observa-se também que a sobrecarga de atendimentos, a falta de informação aos usuários, a baixa remuneração e o cansaço dos profissionais pelas longas jornadas de trabalho, contribuem para o agravamento e distorções das rotinas hospitalares.

Os profissionais que atuam em serviços de atendimento de urgência devem ser capazes de tomar decisões rápidas, de elencar prioridades e de avaliar o paciente em uma abordagem integral. É fundamental a compreensão clara do conceito de prioridade no atendimento, pois, quanto menor o tempo de atendimento maior a sobrevivência de pacientes em risco iminente de morte. Soma-se a isso o desafio para que tudo funcione adequadamente em termos de qualidade dos serviços, satisfação dos usuários, uso racional de recursos e redução de riscos e danos (AZEVEDO, 2010).

A discussão sobre o contexto e a organização do trabalho médico traz reflexões e questionamentos acerca da qualidade de vida e adoecimento do médico, acreditando-se que o conjunto dos elementos até aqui delineados possam predispor o médico a se exaurir no trabalho. Então, faz-se a seguinte pergunta: **O que faz com que os médicos que atuam no serviço de urgência e emergência se tornem propensos à Síndrome de *Burnout*?**

Objetivos da pesquisa

Com a finalidade de responder a pergunta de pesquisa delimitada na introdução do presente trabalho, foram estabelecidos os seguintes objetivos:

1.1.1 Objetivo geral

Descrever e analisar os elementos potencialmente desencadeadores da Síndrome de *Burnout* na profissão médica, segundo a percepção de profissionais atuantes no serviço de atendimento de urgência e emergência na cidade de Belo Horizonte/MG.

1.1.2 Objetivos específicos

- a) Caracterizar o contexto do trabalho do médico que atua nos serviços de urgência e emergência;
- b) Identificar os elementos propensores da Síndrome de *Burnout* no trabalho do médico que atua no serviço de urgência e emergência;
- c) Identificar as estratégias utilizadas pelos médicos para lidar com a pressão e exaustão no trabalho.

1.2 Justificativa

Considera-se relevante aprofundar os estudos acadêmicos sobre o adoecimento e a incidência da Síndrome de *Burnout* em Médicos, pois por meio de uma pesquisa nas bases de dados das dissertações e artigos publicados no Brasil, constatou-se uma escassez de pesquisas em ênfase no desenvolvimento desta Síndrome em médicos que atuam em serviços de urgência.

Os trabalhos encontrados no banco de dados da Biblioteca Digital de Teses e Dissertações (BDTD), no portal da *Scientific Electronic Libray Online* (SciELO), e nos últimos trabalhos apresentados no Encontro Nacional da Associação Nacional de Pós Graduação em Administração (EnANPAD), dos últimos 5 anos, foi identificada uma farta publicação sobre o adoecimento e a incidência da Síndrome de *Burnout* em outras categorias de profissionais, a exemplo de professores, enfermeiros, fisioterapeutas e psicólogos, mas não na categoria ocupacional abordada na presente pesquisa.

Também corroborou para a produção deste trabalho a possibilidade de contribuir academicamente para a ampliação dos conhecimentos na área da Administração, mais precisamente da Saúde do Trabalho, uma vez que existe uma defasagem de pesquisas no Brasil sobre a categoria 'Médicos' articulada ao tema 'Síndrome de *Burnout*'. Quando se associa as palavras 'Médicos' e 'Síndrome de *Burnout*', no portal de periódicos da CAPES, foram encontrados apenas 14 (quatorze) trabalhos publicados em português e, ainda assim, não se referem a médicos atuantes em serviços de emergência.

Outro fator relevante que justifica a produção de trabalhos sobre o tema é a necessidade de garantir que o ambiente de trabalho dos médicos promova o desenvolvimento pessoal e profissional, bem como a saúde física e mental destes profissionais, os quais tem papel fundamental na promoção saúde e preservação da vida de outros indivíduos.

Finalmente, destaca-se a necessidade de estudos e trabalhos que contribuam para o conhecimento, tratamento e medidas de prevenção para o problema em questão. Pretende-se com este trabalho alertar os Conselhos de Medicina, os Governos Federal, Estadual e Municipal, responsáveis pelos postos de trabalho públicos dos Médicos, e os responsáveis pela gestão de pessoas dos planos de saúde e associações médicas, sobre as implicações da organização e do contexto de trabalho para o adoecimento de médicos pela Síndrome de *Burnout*.

Esta dissertação está estruturada em seis capítulos incluindo esta introdução que contextualiza o tema proposto, o problema da pesquisa, a pergunta de pesquisa, o objetivo geral, os objetivos específicos e a justificativa do estudo. O segundo capítulo aborda o referencial teórico do estudo, o qual está dividido em três seções sendo: A centralidade e a psicodinâmica do trabalho; A Síndrome de *Burnout*; O trabalho médico no Brasil. O capítulo três apresenta a ambiência do estudo. No quarto capítulo apresenta-se a metodologia utilizada, indicando o tipo, a abordagem, o método, a unidade de análise, os sujeitos de pesquisa, os procedimentos de coleta e análise dos dados. No quinto capítulo apresentam-se as conclusões e contribuições do estudo. Ao término encontram-se as referências que embasaram este estudo e, em forma de apêndice, o roteiro de entrevista para a coleta dos dados e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

2 AMBIÊNCIA DO ESTUDO

Neste capítulo contextualiza-se o trabalho do médico tanto no contexto hospitalar quanto no serviço de urgência e emergência do SAMU na cidade de Belo Horizonte.

2.1 O contexto hospitalar

Segundo o Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar (2011) um hospital é um estabelecimento que se dedica à assistência médica, podendo ter caráter estatal ou privado, de alta ou baixa complexidade, com ou sem fins lucrativos. O hospital pode ser considerado uma porta de entrada para o sistema de saúde, por meio do atendimento de urgências, e como local para os atendimentos que lhe sejam específicos e intransferíveis.

O espaço hospitalar tem sido descrito por diversos autores (PITTA, 2003; DE CARLO; BARTALOTTI; PALM, 2004), como um contexto profissional que abriga várias categorias profissionais que compõe a equipe multidisciplinar. Esses profissionais lidam com a dor física e emocional do paciente e de seus familiares, bem como com a doença e a morte. Esses profissionais vivenciam momentos dolorosos em que, muitas vezes, se sentem impotentes, na medida em que os pacientes e seus familiares depositam neles muitas expectativas que, na realidade, não podem ser realizadas. Além disso, a instituição hospitalar tem natureza econômica e social complexa. Mesmo tendo passado por grandes avanços científicos e tecnológicos sua natureza e atuação ainda são consideradas insalubres e penosas. Constitui um ambiente de permanentes contradições, produzindo experiências de prazer e sofrimento nos profissionais que nele trabalham.

O sofrimento psíquico daqueles que trabalham com a dor e a morte do ser humano decorre da própria natureza e das formas de organização desse trabalho e é evidenciado por sintomas e sinais orgânicos e psíquicos inespecíficos (PITTA, 2003). Também Lima Júnior e Ésther (2001) relatam que a situação dos hospitais é paradoxal: ao mesmo tempo em que têm como missão salvar e recuperar a saúde dos indivíduos enfermos tem pouca preocupação de promover e manter a saúde de seus profissionais.

O modelo de gestão da saúde, ancorado na abordagem taylorista, tem sido apontado como um fator que leva a diminuição do envolvimento e do compromisso dos profissionais de saúde, gerando, conseqüentemente, a perda de qualidade no atendimento ao paciente. O nível de integração dos profissionais que trabalham em hospitais também é baixo. Isso decorre, em parte, da natureza do trabalho de médicos e enfermeiros e de outros profissionais da equipe, pois cada um tem que atender, sob pressão, as demandas específicas de cada atividade. Em decorrência, médicos e enfermeiros enfrentam grande desgaste (ALVES, 1996).

Na visão de Foucault (1996), um hospital é uma organização caracterizada por grandes contradições. Por um lado encontram-se os pacientes acometidos por diferentes doenças, todos na expectativa da “cura.” Por outro, sabe-se pouco sobre seus efeitos e conseqüências. Nele as doenças podem ser atenuadas, agravadas e multiplicadas, tendo em vista sua natureza altamente insalubre. Assim, um hospital é, por excelência, um ambiente, de vivências e de sentimentos contraditórios.

Também Barbosa e Soler (2003) relatam que os hospitais são organizações insalubres em todos os sentidos, proporcionando a seus profissionais as piores condições de trabalho em relação a outros serviços e oferecendo riscos de ordem física, social, psicológica, mecânica e ergonômica, entre outras. De acordo com Dal Pai (2007), o trabalho nos hospitais é caracterizado por sobrecarga de tarefas, má organização do trabalho, insuficiência de recursos humanos e materiais, presença de usuários carentes em todos os níveis e relações interpessoais precárias ou inexistentes.

A relação médico-paciente é marcada por pressões e cobranças do paciente e seus familiares. Os profissionais de saúde se tornam fragilizados diante das demandas dos pacientes, os quais nunca estão satisfeitos com os serviços médicos prestados. Tem-se a ilusão de que a ciência e a tecnologia que estão à disposição dos hospitais pode resolver tudo. De fato, esse progresso contribuiu para que as vítimas não morram mais nas ruas, como nas epidemias antigas. Entretanto, vítimas continuam morrendo em hospitais, onde são tratadas por equipamentos altamente sofisticados e de altíssimo custo. Quando os pacientes percebem que a tecnologia não pode resolver seu problema, ele transforma sua frustração em pressão sobre os profissionais que o atende (MARTINS, 2003; DUPAS, 2006).

Assim, com todos os desafios, os profissionais de saúde, embora exerçam funções e papéis diferentes dentro das instituições hospitalares, experimentam as vivências de prazer e sofrimento no trabalho, principalmente aquelas relacionadas ao atendimento em serviços de urgência, devido às suas características de estar lidando o tempo todo com a dualidade vida e a morte.

2.2 O serviço de atendimento móvel de Urgência (SAMU)

Nos hospitais, a unidade de atendimento de urgência e emergência se distingue dos outros serviços por sua rotina diária e por não ter uma prática sistematizada, em função da necessidade de agir imediato, sem a possibilidade de conhecimento prévio e preciso do caso do paciente. Assim, o trabalho nesses setores é caracterizado por alta imprevisibilidade devido à chegada de pacientes com problemas graves a qualquer momento. Muitas vezes, o trabalhador deste setor desenvolve seu trabalho sem pausa para descansar e convive constantemente com situações dolorosas e chocantes, relacionadas a pacientes fisicamente lesados, mutilados e com um quadro clínico instável, gerando quadros de elevada tensão nos profissionais envolvidos nessas situações (GODOY, 2009).

O trabalho em urgência e emergência hospitalar é realizado dentro do paradoxo de se exigir eficácia máxima em um tempo cada vez menor (BARROS; CARRETEIRO, 2011).

A Política Nacional de Atenção às Urgências foi instituída pela Portaria 1863/GM, de setembro de 2003, para garantir a organização dos sistemas regionalizados e a universalidade, equidade e integralidade no atendimento às urgências. A necessidade de reordenar os fluxos de referência de pacientes no Sistema Único de Saúde (SUS) e de integrar os serviços de urgência hospitalar aos demais níveis de atenção, publica-se em setembro de 2004, a Portaria 1828/GM, que estabeleceu as atribuições gerais e específicas das Centrais de Regulação Médica de Urgências e o respectivo dimensionamento técnico para sua estruturação e operacionalização destas centrais (BARROS; CARRETEIRO, 2011).

Os estudos de Azevedo *et. al.*, (2010) revelam que a estruturação da rede de serviços no que se refere à atenção em urgência e emergência é insuficiente para

atender a demanda ampliada, que gera desorganização da própria unidade, baixa qualidade no atendimento e gastos desnecessários, resultando no uso pouco racional dos recursos disponíveis, o que também repercute na garantia dos direitos de cidadania, no que se refere ao acesso aos serviços de saúde.

Ainda no contexto de atendimento de urgência e emergência encontra-se o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192), que tem como objetivo chegar precocemente a vítimas em situação de urgência ou emergência, que possam levar a sofrimento, a sequelas ou mesmo à morte. Trata-se de um serviço pré-hospitalar, que visa conectar as vítimas aos recursos que elas necessitam e com a maior brevidade possível (AZEVEDO *et. al.*, 2010).

O SAMU teve seu início no Brasil por meio de um acordo bilateral entre a França, através de uma solicitação do ministério as Saúde, em que se optou pelo modelo francês de atendimento. Este modelo prevê que as viaturas de suporte avançado possuam obrigatoriamente a presença de um médico, diferentemente do modelo americano no qual os resgates são feitos primariamente por profissionais paramédicos, profissional que não existe no Brasil (AZEVEDO *et. al.*, 2010).

A criação do SAMU foi uma iniciativa de profissionais da Secretaria de Saúde, que tinham como princípios o atendimento às urgências em um âmbito pré-hospitalar, os quais seriam regulados e monitorados pela central de regulação. No início, o serviço foi operacionalizado por uma equipe de suporte avançado, porém, já se previa a necessidade de mudanças no projeto inicial. Esta equipe inicial era composta por médico, enfermeira e motorista, e conquistaram um espaço de grande importância no serviço de atendimento pré-hospitalar de urgência, que até então era desempenhado somente por profissionais do Corpo de Bombeiros. Foi nesse período que se dimensionou a real função e importância do SAMU frente à população e às autoridades competentes, tornando-se oficial o atendimento emergencial ao paciente crítico em um âmbito pré-hospitalar (LOPES; FERNANDES, 1999).

Os SAMUs são compostos por um conjunto de ambulâncias e por centrais de atendimento e regulação, e requerem profissionais e equipamentos adequados para o atendimento de urgência. O atendimento se inicia nas centrais de regulação, as

quais podem ser acionadas pelo número de telefone 192, e a partir de então o médico regulador designa a ambulância adequada para o tipo de atendimento ou presta o atendimento via telefone, orientando o solicitante como proceder na ocorrência (LOPES; FERNANDES, 1999).

No modelo Brasileiro têm-se disponível dois tipos principais de ambulâncias. As de suporte básico (USB), que contam com motorista, técnico de enfermagem e material básico para o primeiro atendimento, quando não há risco de vida. Já as unidades de suporte avançadas (USA) contam com médico, motorista e enfermeiro, e também equipamentos para cuidados intensivos nas situações de risco iminente de vida. Existem também alguns transportes alternativo que garantem o atendimento em situações não comuns, são as “ambulanchas”, para o atendimento de populações ribeirinhas; as “motolâncias”, para áreas remotas ou de tráfego intenso; e o transporte aéreo, para situações específicas (LOPES; FERNANDES, 1999).

Até o início da implantação da Central de Regulação Médica, a atividade de médico regulador era exercida pelo próprio médico da USA. Esta pratica foi mantida, ainda que funcionando de forma precária, até a definitiva implantação da Central de Regulação Médica do SAMU, um convênio firmado entre a Prefeitura Municipal e o Hospital das Clinicas da Faculdade de Medicina. Esta parceria permitiu a implantação de uma sede oficial para a Central de Regulação Médica, da forma como havia sido idealizada inicialmente: conjuntamente com o Sistema 192, o serviço de ambulâncias do Município, responsável por atender e registrar todas as chamadas telefônicas, tanto para orientações de atendimento médico quanto para o encaminhamento de ambulâncias (LOPES; FERNANDES, 1999).

Segundo Lopes e Fernandes (1999), após a implantação da Central de Regulação Médica, o médico regulador passou a ter uma função exclusiva como membro do grupo de radiotelefonia. A partir desse momento o médico assumiu função exclusiva de ouvidor e gerenciador da demanda, buscando solucionar as ocorrências da melhor forma e otimizar os recursos disponíveis. A segunda expansão do SAMU aconteceu com a inclusão do serviço de atendimento básico operado pelas ambulâncias chamadas unidades de suporte básico (USB). Para a implementação desse serviço os motoristas e auxiliares de enfermagem das viaturas foram capacitados para o atendimento pré-hospitalar, tanto por treinamento pratico quanto

teórico, com o intuito de padronizar as condutas e a integração do serviço prestado pelo SAMU.

Atualmente o SAMU é constituído conforme inicialmente idealizado, contando com a Central de Regulação Médica e suas respectivas equipes, e o Serviço de Atendimento Pré-Hospitalar e suas respectivas equipes de suporte básico e avançado, além das equipes essenciais de apoio.

Com esta estrutura, o SAMU atende aos preceitos básicos dos sistemas móveis de urgência, conforme Lopes e Fernandes (1999, p. 383) citam abaixo:

- Prestar atendimento emergencial no campo pré-hospitalar, atendimento este que responda às necessidades prementes do paciente crítico.
- Determinar a forma de melhor resposta à demanda solicitada, através de uma “regulação” de todos os chamados, obrigatoriamente realizada por um profissional médico.

Para que esses preceitos sejam seguidos, o SAMU mantém os dois serviços de atendimento coesos e interligados, organizados da seguinte maneira: a equipe de suporte avançado (USA) é composta por uma tripulação exclusiva formada por um (a) médico (a), um (a) enfermeiro (a) e um (a) motorista (a), que se revezam conforme escala de trabalho pré-determinada, garantindo 24 horas diárias de funcionamento.

A equipe da USA fica de prontidão na base operacional do SAMU e somente é enviada para atendimento quando autorizada pelo médico regulador ou pelo coordenador do SAMU. Compete ao médico regulador determinar a existência de risco à vida, e somente neste caso, as USA são encaminhadas para atendimento.

Equipe de suporte básico (USB) é constituída por um (a) auxiliar de enfermagem e um (a) motorista, que se revezam conforme escala de trabalho determinada, garantindo 24 horas diárias de funcionamento. Toda atividade desempenhada pela equipe é realizada em conjunto, sem qualquer hierarquia seus membros. Na eventualidade de se fazer necessária uma posição de autoridade esta é delegada ao auxiliar de enfermagem, considerando que por motivo de treinamento específico em enfermagem, é reconhecido como tecnicamente superior ao motorista da viatura. Esta equipe, com sua respectiva viatura, fica de prontidão nas Unidades Básicas

Distritais de Saúde, e são liberadas para atendimento mediante autorização do médico regulador ou do coordenador do SAMU. Este atendimento se resume apenas à assistência (suporte) básica de vida, não importando a patologia ou o local do atendimento, e em situação que não há risco imediato à vida. O médico regulador é quem decide se há ou não risco à vida e que tipo de equipe é enviada para o atendimento. Excepcionalmente, quando não há disponibilidade de uma USA para atendimento emergencial, uma equipe da USB é orientada a prestar atendimento no local e aguardar a equipe da USA para completar o atendimento já iniciado.

Competem à equipe de suporte básico (USB) as seguintes ações:

- Prestar atendimento a pacientes traumatizados, quaisquer que sejam as causas, após avaliação do médico regulador de que não há risco imediato à vida;
- Prestar atendimento a pacientes portadores de patologias clínicas, quaisquer que sejam as etiologias, uma vez que seja estabelecido pelo médico regulador que não há risco imediato à vida.

Equipe de regulação médica: A Central de Regulação Médica tem a função de coordenar e disponibilizar atendimento pré-hospitalar à população local. A Central de Regulação Médica é gerida integralmente pelo médico regulador e, na ausência deste, pelo seu diretor médico e/ou coordenador, e envolve as seguintes atividades principais:

- Julgar e decidir sobre a gravidade de um caso, comunicado via rádio ou telefone, disponibilizando os recursos e a orientação necessária ao atendimento a ser realizado.
- Administrar os meios disponíveis, adequando-os a prestação do atendimento solicitado.

Toda a solicitação é atendida por técnicas auxiliares e, uma vez anotada e triada, é repassada ao médico regulador para decisão. Solicitações internas, provenientes das unidades de saúde, são atendidas pelas técnicas auxiliares e repassando a ligação ao médico regulador, que regula o fluxo de atendimento conforme seu julgamento. Sempre que há necessidade de transporte de paciente/vítima até o

hospital, o médico regulador entra em contato com a equipe médica do hospital que, naquele momento, tem condições de atendimento e garante o acesso do paciente àquele centro hospitalar. Desta forma, tanto para as USA quanto para as USB, o médico regulador gerencia o fluxo de circulação entre o campo pré-hospitalar e o hospitalar.

Aspectos legais do atendimento pré-hospitalar

No Brasil, a falta de normas claras sobre o atendimento pré-hospitalar faz com que sistemas inadequados e mal estruturados sejam disponibilizados à sociedade. O Conselho Federal de Medicina (CFM) e o Ministério da Saúde vêm desenvolvendo ações de forma independente, ou conjunta, no sentido de normatizar o assunto. As normas disponíveis são todas da década de 1990. Atualmente, a Rede Brasileira de Cooperação em Emergências, entidade não oficial, se destina ao estudo das urgências/emergências no País, e em parceria com a Rede de Cooperação em Urgências do Mercosul, com a participação da Argentina, Paraguai, Uruguai, Brasil e o Chile, visam o desenvolvimento de sistemas eficientes de assistência às urgências. Estas entidades atuam como uma congregação de interesses, discutindo o assunto e auxiliando na elaboração de normas e regras gerais, visando uniformizar os serviços de atendimento médico pré-hospitalar já existentes e auxiliar na implantação de novos centros (LOPES; FERNANDES, 1999).

3 REFERENCIAL TEÓRICO

O referencial teórico da presente dissertação aborda os seguintes temas: a centralidade do trabalho na vida do indivíduo; a psicodinâmica do trabalho segundo Dejours; a síndrome de *Burnout*: considerações gerais e conceituais; as condições e o trabalho do médico no contexto brasileiro.

3.1 A centralidade do trabalho na vida do indivíduo

A atividade laboral como meio de subsistência sempre esteve presente na história humana, desde as mais antigas civilizações. Seu exercício afeta a vida dos indivíduos e o seu bem-estar. O trabalho tem sido interpretado como elemento basilar da vida, uma vez que contribui para a formação e constituição do indivíduo, bem como para sua inserção social. O trabalho é concebido ainda como um meio fundamental de sobrevivência que propicia ao trabalhador a oportunidade de provocar mudanças em seu ambiente e também de sofrê-las (MARCUSE, 1969).

Tamayo e Troccoli (2002) argumentam que é por meio do trabalho que o sujeito se fixa em âmbito social e psicológico, atingindo seus objetivos e contribuindo para com o desenvolvimento da sociedade e de si mesmo. Para Dejours (2004), o trabalho, muito além de servir como fonte de subsistência, ocupa lugar fundamental e central na vida do indivíduo, também representando um fator de inserção social. Além disso, o trabalho influencia a construção da identidade das pessoas, sua saúde, satisfação pessoal, constituição de vínculos sociais e nível cultural.

As últimas décadas têm sido marcadas por processos muito acelerados de mudanças como, por exemplo a globalização dos mercados, o crescimento da competitividade entre países e organizações, a reorganização da produção, a evolução acentuada na tecnologia de informação e a flexibilização das relações trabalho (TOLFO; PICCININI, 2007). Essas mudanças tem gerado grande impacto na natureza, organização e processos de trabalho, principalmente quanto às exigências de maior produtividade e qualidade, controle de desempenho e flexibilidade dos trabalhadores (BORGES; MARQUES, 2011). Nesse contexto, o trabalho pode aumentar seu potencial desencadeador de alienação, adoecimento físico e mental do indivíduo (MERLO, 2002) bem como afetar a construção e

reconstrução da identidade do trabalhador (MORIN, 2001; MARRA, FONSECA; MARQUES, 2014). Significa dizer que o trabalho apresenta dupla função: de contribuir para o desenvolvimento econômico e para o desenvolvimento do homem na relação que este estabelece com o mundo por meio de mecanismos concretos e abstratos (LUKÁCS, 2003).

O trabalho concreto segundo comenta Lukács (2003) está diretamente ligado a subsistência humana, apresentando caráter utilitário para a supressão de necessidades físicas e intelectuais e geração de valor de uso. Já o trabalho abstrato está associado ao esforço físico e mental despendido pelo homem para trocar o produto de sua atividade, seja de forma econômica ou não (LUKÁCS, 2003). Ambos os tipos de trabalho conferem sentido e significado ao que um indivíduo produz, porém a característica de ser concreto assume relevância para o trabalho ser considerado central na vida humana, pois a sustentação dela depende sobremaneira da propriedade utilitarista do trabalho.

Portanto, de acordo com Toledo (2006), o exercício da atividade laboral não serve apenas como meio de sustento dos indivíduos, mas também se presta a proporcionar regozijo quando o trabalhador tem a sensação de ter desempenhado suas tarefas com esmero, tendo por cumprido seu dever. É reconhecido que a forma como o trabalho está organizado seja preponderante para que as expectativas de satisfação de necessidades de um trabalhador sejam preenchidas.

Segundo Dejours (2007) a organização do trabalho é fundamental para que o indivíduo realize o seu trabalho em condições adequadas, perceba sentido no que faz, forme a sua identidade e exercite a capacidade de interagir com o outro. Esse conjunto de elementos é primordial para a saúde física e mental no exercício das funções laborais.

A psicodinâmica do trabalho, abordagem desenvolvida por Dejours (2007), busca compreender a relação homem *versus* trabalho considerando os trabalhadores como sujeitos que pensam e agem individual e coletivamente, para dar sentido ao que fazem, indo além daquilo que é prescrito pela organização do trabalho. Por essa razão a tese da centralidade do trabalho é reforçada por esta abordagem.

O contexto de trabalho é um dos fatores que interfere diretamente no estado psicológico do indivíduo e, por conseguinte, em seu bem-estar, sua qualidade de vida no trabalho e sua produtividade (HACKMAN; OLDFHAM, 1975). Entretanto, criar um ambiente de trabalho propício e cuidar para que se mantenha em vigor continua sendo um grande desafio para a gerência das organizações (BAGGIO; LIMA; KOVALESKI, 2006).

Em síntese, o trabalho, além de servir como fonte de subsistência, ocupa um lugar central na vida do indivíduo, representando um fator de inserção social, de subsistência, uma fonte de saúde e adoecimento, bem como um fator de construção e reconstrução da identidade individual. Além disso, o trabalho é uma fonte de prazer e sofrimento para o indivíduo, fenômeno este que é estudado no contexto da Psicodinâmica do Trabalho, cuja temática é discutida a seguir (DEJOURS, 2007).

3.2 A Psicodinâmica do trabalho segundo Dejours

A partir de estudos na área da Psicopatologia do Trabalho, Christophe Dejours desenvolveu, na década de 1980, uma abordagem nomeada de “Psicodinâmica do Trabalho”. No início, as pesquisas desse autor eram voltadas para as patologias mentais decorrentes do trabalho. Embora os resultados encontrados não satisfizessem as hipóteses iniciais do pesquisador, ficou evidente que o trabalho tinha potencial de fragilização do indivíduo e poderia levá-lo ao adoecimento não apenas físico, mas também mental (DEJOURS, 1998).

A partir de então esse autor passou a adotar um modelo de estudo mais dinâmico, ancorado na dimensão sócio organizacional do trabalho. Surge então a “Psicodinâmica do trabalho”, uma abordagem que contempla tanto a patologia quanto a normalidade, bem como a organização do trabalho, e as estratégias defensivas individuais e coletivas desenvolvidas pelos trabalhadores (DEJOURS, 1994).

A normalidade é resultante do equilíbrio buscado pelo indivíduo para fazer frente ao sofrimento produzido pela organização do trabalho, que pode ser tanto estruturante quanto desestruturante ou patogênica. Significa dizer que o trabalhador faz uso de estratégias individuais ou coletivas para se defender do sofrimento e evitar o

adoecimento. Portanto, a busca da normalidade não significa obrigatoriamente a presença de saúde ocupacional e nem ausência de sofrimento no trabalho, tratando-se apenas de um processo para proteger das pressões advindas da organização do trabalho (DEJOURS, 1994; DEJOURS, 2008).

Já a organização do trabalho consiste na repartição, na essência da tarefa, na hierarquização das tarefas, no estilo de supervisão adotado, nas relações de poder definidas e nos fatores de responsabilidade descritos (DEJOURS, 1998). A organização do trabalho varia de acordo com a realidade de cada organização, do modo como é conduzida e das práticas gerenciais adotadas. Esta abordagem, portanto, diz respeito à prescrição da atividade desempenhada, que juntamente com a relação que estabelece com a subjetividade do indivíduo representa os elementos centrais da psicodinâmica do trabalho (DEJOURS, 1994).

A prescrição do trabalho está associada aos elementos organizativos colocados à disposição dos trabalhadores para que executem as suas funções. Diz respeito aos elementos normatizantes e gerenciáveis que determinam o que deve ou não ser realizado pelos trabalhadores, ressaltando-se que dependendo de como são disponibilizados impossibilitam a realização do trabalho conforme prescrito. Se o que se encontra prescrito não se concretiza, mais normas são criadas para esse fim, trazendo como consequência um engessamento do indivíduo e a necessidade de que o trabalho real possa fazer frente a essa situação (DEJOURS, 2001).

O trabalho real é caracterizado pelas atividades que um trabalhador realiza no seu dia a dia ao fazer uso de seu aparato físico e psíquico para lidar com os materiais e insumos disponibilizados pelas organizações. É também o trabalho constituído pelas adaptações realizadas pelo trabalhador para que as prescrições sejam levadas a cabo. No espaço compreendido entre o trabalho prescrito e o real, o trabalhador procura preenchê-lo atuando de forma inventiva e espontânea. O sofrimento será maior quando o indivíduo experimentar menor liberdade para fazer adaptações no trabalho prescrito (DEJOURS, 1994; DEJOURS, 2001).

É importante acrescentar na discussão a ideia de que a fase de expansão do capitalismo industrial determinou o aumento da produção, gerando grande impacto nas relações de trabalho, como redução de salários, aumento da intensidade do

trabalho e da jornada de trabalho (BARROS; ANDRADE; GUIMARÃES, 2008). Além disso, foram estabelecidos sistemas rígidos de controle da mão de obra, visando assegurar maior produtividade e lucratividade (OLIVEIRA, 2001). Ainda segundo Barros, Andrade e Guimarães (2008) as organizações passaram a exigir trabalhadores com mais habilidades, flexibilidade, empenho, dinamismo, senso de equipe, iniciativa e capacidade para administrar seu próprio capital intelectual, a fim de preservar sua empregabilidade.

Para Toledo (2006), o excesso de exigências da organização sobre o indivíduo causa desarmonia entre a vida profissional e familiar, expondo o trabalhador a situações de permanente sofrimento. Segundo Dejours (1998), o sofrimento surge quando o relacionamento entre o indivíduo e a organização se aproxima de uma situação de ruptura ou bloqueio, decorrente da percepção do trabalhador de que, mesmo ele tendo investido grandes esforços intelectuais, psicológicos e afetivos no processo de aprendizagem e adaptação, não vislumbra possibilidade de evolução, e se depara com a exaustão física, emocional e psicológica. Sendo assim, observa-se que o sofrimento é um produto da dissonância percebida pelo trabalhador na sua relação com a organização.

Acrescenta-se que a Psicodinâmica do trabalho tem como objetivo elucidar as diversas alternativas e mecanismos que os trabalhadores encontram e desenvolvem para suportar as pressões emocionais, físicas e psíquicas advindas do trabalho nomeados de mecanismos de defesa (DEJOURS; ABDOUCHELI; JAYET, 1994). Nesse contexto volta-se à hipótese inicial de Christophe Dejours de que o trabalho poderia levar à doença mental. Porém, seu estudo o levou a concluir que o trabalho é fator estruturante tanto para a saúde quanto para o adoecimento mental do trabalhador (DEJOURS, 1994).

Para Dejours (1998), tanto as vivências de prazer quanto os mecanismos de defesa desenvolvidos pelos trabalhadores que sofrem no trabalho, constituem necessidades do ser humano. É importante ressaltar que a psicopatologia está pejorativamente associada a ideia de doença mental. No entanto, Christophe Dejours se apropria de algumas análises psicanalíticas de que tal termo não se refere à patologia, mas sim ao conhecimento sobre o sofrimento, assim como no título da obra de Freud (1901) “Psicopatologia da Vida Cotidiana” (KINDI, 2013).

Nesse sentido, acrescenta-se que a teoria da Psicodinâmica do Trabalho está ancorada nos princípios da clínica do trabalho e, portanto, pode ser entendida como uma forma de Psicanálise aplicada. No entanto, se opõe à psicanálise pelo fato de se interessar pelo real, o real do trabalho e a forma como ele se organiza. A Psicodinâmica do Trabalho não tem suas intervenções orientadas para o indivíduo, mas para a organização do trabalho que precisa ser modificada e as relações estabelecidas entre o indivíduo e o seu trabalho (KINDI, 2013).

A Psicodinâmica do Trabalho busca desvendar o enigma existente no modo de agir, pensar e se relacionar com o exercício do trabalho, e se fundamenta na compreensão de que é da natureza humana fazer avaliações sobre o vínculo que se estabelece com a atividade que desenvolve e a organização na qual está inserido (SANTOS, 2004).

Mendes (2007) sintetiza que, a Psicodinâmica do Trabalho envolve a análise sócio psíquica do exercício do trabalho. Ela foca na organização do referido trabalho e no entendimento da experimentação subjetiva, consistente nas vivências, como o prazer, o sofrimento, a saúde-adoecimento, os recursos de defesa e de mitigação do sofrimento. A autora sintetiza que a evolução dos estudos sobre a Psicodinâmica do Trabalho percorre três fases, conforme se segue.

Segundo Mendes (2007), na fase inicial houve a edição da obra intitulada *A loucura do trabalho: estudos da psicopatologia do trabalho*, escrita por Dejours na década de 80, abordando a procedência do sofrimento do trabalhador diante da organização do trabalho.

Na fase intermediária, Dejours (2002) publicou o trabalho intitulado *O Fator Humano*, com foco nas pesquisas em vivências de prazer e sofrimento dos trabalhadores no exercício do trabalho, bem como nas alternativas adotadas para se protegerem do sofrimento e do adoecimento vivenciados. Mendes (2007) considera que o exercício do trabalho é importante para a formação da identidade do indivíduo, seu reconhecimento e sua valorização. São esses fatores que contribuem para o gozo das vivências de prazer e a superação das de sofrimento.

A fase final teve início no ano de 1990, quando a Psicodinâmica do Trabalho atingiu o patamar de disciplina, com caráter científico, sendo capaz de esclarecer os efeitos que o exercício do trabalho provoca na subjetividade do trabalhador (MENDES, 2007). Dejours concluiu em suas pesquisas que as fases de ajustamento do trabalhador às vivências de sofrimento laboral são consideradas individuais e dinâmicas, uma vez que a reação do indivíduo às situações de prazer e sofrimento varia segundo sua capacidade psicológica, sua força psíquica, no propósito de afastar o adoecimento e atingir o prazer. O formato organizacional do trabalho e as situações de trabalho e de gerenciamento afetam o trabalhador segundo o significado que ele atribui ao exercício de seu labor (DEJOURS, 1998; MENDES, 2007).

Dejours (2001) argumenta que, a forma como os trabalhadores reagem às adversidades surgidas no exercício laboral está ligada à inconsciência, ao reagir subjetivo de cada indivíduo, bem como ao seu histórico de vida relacionado às suas vontades e necessidades, formando traços exclusivos. Neste sentido, Dejours (1994) já havia apontado que o agir dos trabalhadores em face dos problemas advindos da organização do trabalho os conduzem a mecanismos defensivos, elaborados para o enfrentamento ou a mediação do sofrimento. Portanto, os mecanismos de defesa cuidam da proteção do ego, sendo mobilizados de forma inconsciente pelos indivíduos.

Conforme Dejours e Bègue (2010) a situação de sofrimento faz com que o indivíduo promova a negação, de forma inconsciente, desenvolvendo estratégias com a finalidade de abrandar a força psicossomática que essa vivência de sofrimento lhe causaria. Dejours (1994) conceituou as estratégias de defesa como normas de conduta mentalmente criadas e dirigidas pelos trabalhadores, as quais se diversificam de acordo com as situações laborais, podendo ser elaboradas de forma individual ou coletiva.

Na forma individual, o sujeito age visando adaptar-se ao sofrimento, ofuscando a verdade, como se dela não tivesse conhecimento, concentrando-se na dedicação, na concentração e no zelo para com o trabalho, o que se constitui como estratégia imprescindível de adaptação ao sofrimento. Já as alternativas de defesa implementadas coletivamente, necessitam de fatores exteriores, mediante a

colaboração e motivação de grupos de trabalhadores em rejeição às situações de pressão no ambiente do trabalho (DEJOURS, 1994).

Mendes (2007) argumenta que as estratégias defensivas individuais ou coletivas podem ser viabilizadas por meio de transformações, convertendo a vivência de sofrimento em vivência de prazer. Uma ressignificação conferida à vivência de sofrimento, convergindo-o em prazer, possibilitará ao trabalhador atingir o equilíbrio psicológico no trabalho. Conforme coloca Mendes (1995), os recursos de defesa passam a ser adotados quando os indivíduos não têm condições de manifestar sua subjetividade, ou não tem êxito ao fazê-lo, em virtude de barreiras intrínsecas à sua personalidade ou devido a forma como o trabalho está estruturado. Para a autora, o trabalhador quando em situações de fragilidade das relações de trabalho, não consegue utilizar estratégias adequadas de defesa contra o sofrimento, se tornando incapaz de evitar o desenvolvimento de patologias laborais.

Dejours, (1994) afirmam que a adoção de estratégias defensivas pode conduzir a uma dissimulação, ofuscando o sofrimento e inibindo o combate às condições de trabalho passíveis da geração de enfermidade. Nesse sentido, Mendes e Morrone (2002), argumentam que o sujeito, diante das situações de trabalho, age permanentemente para defender-se das imposições vividas. Porém, a adoção constante de estratégias de defesa é perigosa, podendo levar à paralisação e alienação, fazendo com que o indivíduo cada dia mais se distancie do problema que deu origem ao sofrimento, o que por sua vez afasta mais a solução.

Cançado e Sant'Anna (2013), com base na literatura sobre o tema, sintetizaram as principais estratégias de defesa adotadas pelos trabalhadores para superação do sofrimento no trabalho (QUADRO 1).

Os mecanismos descritos anteriormente espelham estratégias de defesa, também chamadas de regulação, construídas regularmente pelo trabalhador para atenuar os elementos que porventura estejam resultado em sofrimento. Da mesma forma que os mecanismos de defesa, que são elaborados de forma inconsciente, as estratégias de defesa ou regulação podem ser individuais ou coletivas. Traduzindo em um exemplo a diferença entre mecanismo e estratégia de defesa, a ação consciente de se envolver com atividades religiosas em uma determinada igreja para

buscar proteção divina aos problemas advindos do trabalho pode suscitar o entendimento de que esta estratégia mobiliza o mecanismo inconsciente chamado de deslocamento, ou seja, a transferência de emoção associada a um objeto (organização) para outro (igreja), de modo que tal sentimento possa se expressar sem colocar em risco a relação que o indivíduo estabelece com o objeto. Trata-se de uma estratégia que protege o indivíduo temporariamente do sofrimento provocado pela organização, mas que não necessariamente permite a transformação ou emancipação frente a realidade provocadora do sofrimento (DEJOURS, 1994).

Quadro 1 – Estratégias de defesa em face do sofrimento no trabalho

Anulação	Utilização de palavras ou comportamentos que visam negar ou corrigir simbolicamente pensamentos, sentimentos e atos considerados inaceitáveis.
Atuação	Expressão de um desejo ou impulso inconsciente por meio da ação, evitando tomar consciência de um afeto subjacente.
Denegação	Recusa em reconhecer como seu um pensamento ou um desejo que foi anteriormente expresso conscientemente.
Deslocamento	Transferência da expressão de uma emoção associada a uma situação particular para outra situação, na qual a emoção pode ser expressa sem risco.
Formação reativa	Transformação de um comportamento, pensamento ou sentimento inaceitáveis por outros, que lhe são diametralmente opostos.
Idealização	Atribuição a si – ou ao outro – de qualidades positivas exageradas.
Intellectualização	Emprego excessivo de pensamentos abstratos ou generalizações para controlar ou minimizar sentimentos embaraçosos.
Introjeção	Passagem, de modo fantasmático, de fora para dentro, de objetivos e qualidades inerentes a esses objetivos.
Negação	O indivíduo evita a percepção de alguns aspectos dolorosos da realidade, negando dados sensoriais; a negação abole a realidade externa.
Projeção	O indivíduo atribui ao outro, pessoa ou coisa, qualidades, sentimentos e desejos que ele desdenha ou recusa em si.
Racionalização	Apresentação de explicações racionais em uma tentativa de justificar atitudes, crenças ou comportamentos que podem, de outro modo, ser inaceitáveis.
Recalque	O indivíduo expulsa da consciência desejos, pensamentos ou experiências penosas.
Recusa da realidade	O indivíduo recusa a reconhecer como reais certos aspectos exteriores dolorosos, ou certas experiências subjetivas dolorosas que, no entanto, são patentes para o outro.
Regressão	Volta a um estágio anterior de desenvolvimento para encarar um conflito.

Fonte: Cançado e Sant'Anna (2013, p. 251-252).

Finalmente, Dejours (2008) salienta que o sofrimento é inerente ao ato de trabalhar tendo em vista a soberania da organização sobre o trabalhador. Isso faz com que o trabalhador tenha que adotar permanentemente estratégias de combate a esse sofrimento para minimizar o desgaste profissional e evitar o adoecimento psíquico futuro. A síndrome de *Burnout* é uma das formas mais perturbadoras do exercício

profissional, uma vez que leva o indivíduo a se desgastar no trabalho a ponto de exaurir-se (MASLACH; SCHAUFELI, 2017). Este assunto é tratado a seguir.

3.3 A Síndrome de *Burnout*: considerações gerais e conceituais

A primeira contribuição literária sobre a Síndrome de *Burnout* foi escrita pelo Psicanalista norte americano Herbert Freudenberger em 1974, a partir de uma descrição clínica de um quadro de esgotamento físico e mental com intensa irritabilidade relacionado a condições adversas de trabalho de profissionais de saúde trabalhando na área de dependência química (FREUDENBERGER, 1974; FREUDENBERGER; RICHELSON, 1980).

A palavra *Burnout* resulta do inglês, to burn out – queimar por completo (CODO; VASQUES-MENEZES, 1999, p. 238). Assim, a síndrome de *Burnout* também é entendida como esgotamento profissional.

Considera-se essa Síndrome como uma das formas mais graves de desgaste profissional, provocado por sentimentos de exaustão, de pressão, de frustração, de incapacidade, de sofrimento, que levam o trabalhador a sentir-se culpado por não realizar o trabalho como desejado e por trazer mal-estar e estresse para a vida pessoal e familiar (ANGELINI, 2011).

Murofuse, Abranches e Napoleão (2005) consideram que a teoria da Síndrome de *Burnout* está ancorada em quatro abordagens: a clínica, a sócio psicológica, a organizacional e a sócio histórica. Porém a abordagem de maior relevância nos estudos sobre a Síndrome de *Burnout* é a sócio psicológica, a qual considera que as características de cada indivíduo se dissociam do ambiente em que ele se encontra e do trabalho que ele executa, propiciando o aparecimento de uma das características precursoras da síndrome, a ‘despersonalização’.

Posteriormente Maslach (1976), baseando-se na abordagem sócio psicológica trouxe sua primeira contribuição para o estudo da Síndrome, pesquisando trabalhadores dos setores de serviços e cuidados, nomeando de *Burnout* fenômenos semelhantes aos descritos por Freudenberger (1974). Maslach (1976) define *Burnout* como uma reação psicológica a estressores interpessoais crônicos do trabalho e seu ambiente. A autora caracterizou a síndrome em três principais

dimensões: exaustão emocional (EE), despersonalização (DE) e baixa realização profissional (RP).

A exaustão emocional é a primeira reação ao estresse ocupacional causado pelas vivências insatisfatórias do ambiente de trabalho. Uma vez esgotado, o trabalhador sente desesperança, solidão, depressão, irritabilidade, tensão, diminuição de empatia e sensação de baixa energia ao se levantar para ir trabalhar (MASLACH, 1976). Trata-se de uma ideia de exaustão e inexistência de recursos físicos e emocionais dos trabalhadores.

Benevides-Pereira (2002) conceitua exaustão emocional como ausência ou carência de energia e uma sensação de enfraquecimento emocional. Esse autor argumenta que há uma despersonalização quando o trabalhador passa a tratar os clientes, os colegas e toda a organização de forma distante e impessoal. Quando o trabalhador se encontra com baixa realização profissional, ocorre a tendência de se auto avaliar de forma negativa, sentir-se infeliz e insatisfeito com seu crescimento profissional, passando a envolver-se menos com colegas de trabalho e clientes.

A despersonalização se apresenta como uma forma de enfrentamento da exaustão emocional. Nela, os trabalhadores manifestam pensamentos negativos, atitudes de desinteresse, tratamento depreciativo e reações distantes e frias relacionadas ao trabalho, contexto, colegas e pacientes. Passam a evitar o contato com quem demanda seu serviço e atenção. Os trabalhadores se tornam céticos em relação a sua escolha profissional e ao trabalho que executa (MASSUD; BARBOSA, 2007). A despersonalização, segundo Cherniss, (1980b) é caracterizada pela sensação de alienação em relação aos outros, sendo a presença destes, muitas vezes desagradável e não desejada.

Para Massud e Barbosa (2007), a baixa realização profissional se baseia na perda de confiança do profissional em sua capacidade de desempenhar seu trabalho. Nesse sentido, o indivíduo passa a ter uma auto avaliação negativa, diminuindo assim sua auto estima e despertando nos colegas de trabalho dúvidas a respeito de sua capacidade profissional.

Segundo Codo e Vasques-Menezes (1999), indivíduos que sofrem da Síndrome de *Burnout* apresentam sintomas de desânimo e redução da vontade de realizações pessoais e profissionais, vivenciando um incômodo constante no seu dia a dia de trabalho. Para Maslach e Jackson (1981) profissões que lidam diretamente com o sofrimento de outro ser humano, como é o caso de profissionais da saúde, a exemplo de médicos, enfermeiros e psicólogos, tem maior propensão à ocorrência desta Síndrome. Maslach e Jackson (1981) acrescentam que a Síndrome de *Burnout* é uma reação à tensão emocional crônica gerada pelo contato direto e excessivo dos indivíduos com outros seres humanos, especialmente quando eles estão preocupados ou com problemas.

Argumentam Maslach e Schaufeli (2017) que a diversidade de causas, sintomas, definições e consequências têm contribuído para a confusão sobre a especificidade do *Burnout*. Em vários momentos o *Burnout* foi interpretado como tédio, estresse ocupacional, insatisfação profissional, depressão, alienação, moral baixo, ansiedade, tensão, sentimento de medo, tensão, conflito, esgotamento, pressão, nervo, tristeza, fadiga, saúde mental pobre, crise, desesperança, exaustão da vida, desesperança (COX; KUK; LEITER, 1993). Isso ocorreu devido ao fato do conceito ter sido inicialmente incorporado pelo discurso comum e não pelo discurso científico (MASLACH; SCHAUFELI, 2017).

Burnout pode ser considerado um estresse do trabalho prolongado. Segundo Selye (1967), baseando-se na perspectiva da teoria do stress, *Burnout* pode ser definido por um processo latente de erosão psicológica prolongada resultante de uma exposição ao estresse no trabalho. Segundo Brill (1984) o estresse se refere a um processo adaptativo temporário, acompanhado de sintomas físicos e mentais, enquanto o *Burnout* refere se a uma erosão da capacidade de adaptação acompanhada de um mau funcionamento pessoal crônico. Os autores argumentam que, embora o estresse tenha sido estudado como um estado e não como um processo que desenvolve ao longo do tempo, a distinção entre estresse e *Burnout* não pode ser feita com base em seus sintomas, mas com base em seu processo.

Maslach e Schaufeli, (2017) argumenta que um problema fundamental surge quando se tenta fazer uma distinção entre *Burnout* e outros conceitos. Várias perspectivas teóricas predizem que *Burnout* deveria ser analisado com base em conceitos como

depressão e insatisfação com o trabalho. O dilema está em que metodologicamente “ser diferente de” e “ser relacionado à” não são mutuamente excludentes. Então se pergunta: em que aspectos o *Burnout* pode ser diferenciado conceitualmente e empiricamente dos estados de depressão e insatisfação com o trabalho?

A esse respeito Freudenberger (1981) defende que depressão é um fenômeno mais frequentemente acompanhado por sentimento de culpa, enquanto *Burnout* geralmente ocorre em um contexto de raiva. Além disso, Freudenberger argumenta que os sintomas de *Burnout* tendem a ser relacionados com o trabalho e a situações específicas. Um estado de depressão “real” é caracterizado pela generalização dos sintomas para as situações em geral, enquanto o *Burnout* é relacionado ao trabalho.

Foi argumentado neste tópico a evolução da conceituação da Síndrome de *Burnout* por diversos autores, resultante em uma síndrome psicológica decorrente da exposição do trabalhador a estressores crônicos vivenciados no ambiente de trabalho. Essa Síndrome tem forte impacto social, profissional e financeiro para o indivíduo, as organizações e a sociedade, tendo em vista que os acometidos pela Síndrome de *Burnout* precisam de tratamento médico e psicológico, além do afastamento laboral e aposentadorias precoces.

3.4 As condições e o trabalho médico no contexto brasileiro

O médico, como diversas outras categorias profissionais, teve que se render à realidade da sociedade de consumo capitalista e vender sua força de trabalho, ainda que o valor não corresponda aos esforços e abdições inerentes à sua formação, que demandam cerca de 10 anos (PIMENTEL; ANDRADE; BARBOSA, 2004).

A escolha da profissão médica geralmente é tida por uma ideia de vocação e/ou escolha pessoal, buscando com isso realização profissional e pessoal, e melhores ganhos econômicos. Corrobora com esta escolha, a percepção da sociedade de que a profissão médica é uma das que possibilita maior retorno financeiro ao profissional que a exerce. Tal percepção traz consigo um paradoxo, uma vez que, no contexto capitalista contemporâneo, os médicos como os demais profissionais, tem tido sua remuneração definida pelo contratante, a exemplo os governos federais e estaduais, planos de saúde e outros convênios de trabalho. Com isso, na intenção de

responder à expectativa social de que a profissão médica os faz mais “ricos” que as demais profissões, eles se desdobram em múltiplas atividades e plantões, sem a garantia de um descanso anual remunerado e de uma aposentadoria digna, como ocorrem em outras profissões como juízes e políticos (BENEVIDES-PEREIRA, 2002; CARNEIRO; GOUVEIA, 2004).

Machado (1996) e Carneiro e Gouveia (2004) em levantamento de dados sobre como os médicos tem sentido e vivenciado o seu trabalho e como esta realidade tem trazido implicações para a saúde destes profissionais. Esses estudos revelam que os médicos no Brasil enfrentam uma realidade precária, uma vez que a carga horária de trabalho tem aumentado consideravelmente e o trabalho tem se tornado mais estressante devido a pacientes cada vez mais exigentes e ao acúmulo de tarefas decorrente da falta de recursos e capital humano. Pesquisas do Conselho Federal de Medicina (2007) apontam que as maiores insatisfações dos médicos são a dificuldade em ter que se ausentar de suas casas em finais de semana e dias festivos, não ter hora nem ocasiões para parar de trabalhar, ver morrer pessoas que não foi possível atender por precariedade de recursos disponíveis no trabalho.

Bennett e Plum (1996) e Salem (2002) acrescentam à ideia de escolha profissional o ditado popular que diz que a vocação para a Medicina é um ‘chamado’, uma situação na qual o indivíduo que a escolhe como profissão não mais conseguirá separar suas vidas pessoal e profissional. Bennet e Plum (1996) esclarecem dizendo que “não há profissionais de meio expediente; tendo atendido o ‘chamado’, fica-se obrigado a vivê-lo ou deixa-lo” (p.1-2).

Para além de atender ao ‘chamado’ apreende-se que ser médico significa comprometer-se e dedicar-se a passar o resto de suas vidas profissionais aprendendo e estudando com o ofício, tendo em vista que a Medicina avança notavelmente a todo tempo. Além disso, características fundamentais como caráter e humanidade são imprescindíveis ao profissional da Medicina (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2007).

Salem (2002) reforça a importância da constante atualização e dedicação ao ofício da Medicina por meio da técnica científica, ressaltando que o saber médico envolve técnica, domínio, organização que somente os práticos qualificados estão aptos a

exercer. Porém, acrescenta que o saber médico não se exime da parcela humana e tácita do ofício, que não é aprendida nem previsível e pode ser acometida por erros.

O médico tem, a cada instante de sua ação, a inquietação que coloca em dúvida a sua conduta, ainda que perpassa o rigor do método. Isso porque o método científico não supre todas as necessidades do objeto de ação do médico, o ser humano. A sensibilidade e a compaixão de quem assiste a outro ser humano são atributos essenciais, o paciente demanda a atenção e o interesse de quem o assiste (MASSUD; BARBOSA, 2007).

Conclui-se até então que as exigências do trabalho médico vão muito além do que a ciência e a metodologia ensinam no período de formação. O médico é exigido tecnicamente e emocionalmente. A competência técnica, apesar de ser parte imprescindível no processo, não contempla todo o aparato demandado desse profissional (MASSUD; BARBOSA, 2007).

No Brasil, para a formação médica, se exige um enorme esforço cognitivo, de memorização e de raciocínio. No entanto, nenhuma exigência é feita no campo da moralidade e caráter, tornando claro que, o fato de se formar em medicina não o faz um médico pleno (MASSUD; BARBOSA, 2007).

Amparada pela condição de profissão mais valorosa da humanidade, e com exigências técnicas e humanas igualmente importantes, a Medicina é considerada uma profissão sacerdotal. Este também é um sentimento disseminado socialmente, tendo em vista que as pessoas acreditam que tal profissão não pode ser exercida “sem nobreza de caráter e sem sacrifícios” (MASSUD; BARBOSA, 2007 p. 21). Os mesmos autores acrescentam que, apesar do exercício dessa profissão ser tão reconhecido socialmente, os pacientes sempre se indignam quando os médicos não correspondem à expectativa de atenção e gentileza esperadas.

Diante da expectativa social e profissional dos pacientes em relação ao médico surge uma consideração que trata da relação que o médico tem com sua profissão. A ideia de que a profissão médica é um exercício sacerdotal pode ser utilizada para a prática de exploração do trabalho médico, tendo em vista que a profissão não permite que o profissional se recuse a prestar um atendimento, ainda que ele não

receba por isso. Tal fato se torna uma fonte de sofrimento e adoecimento no trabalho (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2007; MASSUD; BARBOSA, 2007).

Carneiro e Gouveia (2004) apontam que a maioria dos médicos no Brasil tem sua renda exclusivamente advinda da Medicina. Além disso, atualmente a fonte principal de ocupação dos médicos se encontra no setor público, ao passo que em 1990 o exercício da profissão se dava, em sua maioria, em consultórios. Segundo esses autores, 85,0% dos médicos brasileiros exercem duas ou mais atividades, 55,4% exercem três ou mais atividades e 28,2% exercem quatro ou mais atividades em medicina. Esses dados revelam a sobrecarga do trabalho médico e como esses trabalhadores se esforçam para exercerem o seu ofício.

Pode-se refletir ainda sobre a dependência que os médicos têm do mercado de trabalho público. Massud e Barbosa (2007) argumentam que, além dos profissionais serem dependentes de um mercado de trabalho aviltante, o Sistema Único de Saúde (SUS) ainda é paradigmático quando se compara os baixos salários oferecidos, com o discurso da importância e nobreza do trabalho médico, o que “torna o exercício da profissão médica no Brasil uma coisa penosa e diminutiva” (MASSUD; BARBOSA, 2007 p. 23).

Apesar da dificuldade em exercer a profissão médica no Brasil, Carneiro e Gouveia (2004), ressaltam que a maioria dos médicos se sente honrada e satisfeita com a escolha profissional, e poucos são os que abandonam o trabalho para se dedicar a outra atividade.

A pesquisa de Carneiro e Gouveia (2004) revelou que o salário dos médicos aumentou ao longo do tempo, mas a jornada de trabalho desses profissionais aumentou simultaneamente. Portanto, o aumento da remuneração não se deu pelo reconhecimento ou reajuste salarial, mas pelo aumento da jornada de trabalho.

Em uma revisão da literatura sobre *Burnout* em médicos e profissionais atuantes nos departamentos de urgência (DU) realizada por Bragard, Dupuis e Fleet (2015), levantou-se 491 artigos de maior relevância sobre o assunto em diferentes continentes, os quais utilizaram instrumentos de medida validados e com mais de 75

participantes. Os autores constataram níveis moderados a altos de *Burnout*, nesses profissionais associados a condições de trabalho difíceis caracterizadas por demandas psicológicas intensas, falta de recursos e apoio insuficiente. Mesmo exercendo suas atividades nesse contexto de trabalho difícil, os médicos relataram alta satisfação com o trabalho.

Os resultados da pesquisa de Bragard, Dupuis e Fleet (2015) revelaram que o *Burnout* era altamente prevalente nos médicos atuantes nos DU: 51,5% relataram *Burnout*, conforme medido pelo *Copenhagen Burnout Inventory*; 35% dos médicos relataram *Burnout*, conforme medido pelo *Maslach Burnout Inventory* (MBI). Entre todos os médicos pesquisados, os médicos dos DU foram os que relataram os níveis mais altos de dificuldade diária. Os estudos incluídos nesta revisão mediram os fatores de estresse externos e internos. Em relação aos fatores de estresse externos, o risco elevado de *Burnout* foi associado a maiores demandas de emprego, incluindo turnos de trabalho mais longos e mais turnos noturnos. O risco elevado de *Burnout* foi associado a recursos de trabalho ruins como falta de recompensa pessoal do trabalho, colegas problemáticos, trabalho em equipe ruim, conflito trabalho-família e falta de educação contínua nos últimos 12 meses. Além disso, os médicos que tiveram responsabilidades acadêmicas e administrativas relataram menos dificuldades do que os médicos com funções exclusivamente administrativas. Os médicos podem perceber os deveres acadêmicos como medicina avançada e, portanto, como melhoria de carreira. Em termos de fatores de estresse pessoais, um alto risco de *Burnout* foi associado com baixa energia para o trabalho, fadiga e se preocupar em cometer erros no trabalho (BRAGARD; DUPUIS; FLEET, 2015).

Até aqui foram abordadas questões sobre a escolha da profissão médica e como são as condições sociais e emocionais dos médicos dentro do seu contexto de trabalho, ressaltando as possíveis vivências de prazer e sofrimento no trabalho. Ficou evidente que a carga emocional que a escolha da profissão médica carrega é considerável e desperta no indivíduo sentimentos ambivalentes: por um lado, surge o sentimento de nobreza e importância social da profissão. Por outro lado, a percepção de baixa remuneração gera sentimento de falta de reconhecimento do esforço e dedicação empregados no seu dia a dia de trabalho.

O próximo capítulo trata do percurso metodológico seguido para a realização deste trabalho.

4. METODOLOGIA

Este capítulo tem como objetivo descrever os procedimentos metodológicos que nortearam a pesquisa. Inclui-se aqui o tipo, a abordagem e o método de pesquisa; a unidade de análise e os sujeitos de pesquisa; a coleta de dados e a análise de dados.

4.1 O tipo, abordagem e método de pesquisa

O presente estudo foi elaborado sob a perspectiva metodológica da pesquisa descritiva, que segundo Collis e Hussey (2005) permite identificar e obter informações sobre as características de um determinado problema ou questão. Segundo Godoy (1995) a pesquisa descritiva propicia um melhor estudo do ambiente, pois as pessoas nele inseridas não são reduzidas a variáveis, mas consideradas como um todo. Considerando-se os argumentos desses autores concluiu-se que este modelo de pesquisa seria o mais adequado para o alcance dos objetivos da presente pesquisa. O presente estudo buscou levantar informações sobre o contexto e as práticas de trabalho da população de médicos atuantes nos serviços de urgência e emergência, localizados na cidade de Belo Horizonte, verificando suas implicações para o desencadeamento da Síndrome de *Burnout* nos profissionais pesquisados.

A abordagem qualitativa foi escolhida devido ao objetivo da pesquisa estar ancorado em uma perspectiva interpretativa, na qual há uma preocupação em analisar e compreender os dados mais profundamente, descrevendo as peculiaridades do objeto pesquisado bem como suas experiências individuais (GIL, 2008). Para Silva e Menezes (2000), a abordagem qualitativa considera a existência de uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito, o que não pode ser traduzido em números.

A compreensão dos fenômenos e dos seus significados é um pressuposto básico da pesquisa qualitativa. O ambiente natural é a fonte direta para coleta de dados e o pesquisador é o instrumento-chave desse processo (SILVA; MENEZES, 2000). A pesquisa qualitativa possibilita maior liberdade aos pesquisados para expressarem suas opiniões e percepções sobre o objeto de estudo. É ainda um tipo de pesquisa que pode ser realizada com um número reduzido de indivíduos. O foco desta

abordagem consiste em compreender o comportamento do grupo estudado. Não é sua preocupação a quantidade de participantes ou de dados coletados.

O método de pesquisa adotado foi o estudo de caso, tendo em vista que se pretendeu estudar, em profundidade, as implicações das características do contexto e do trabalho dos médicos que atuam nos serviços de urgência da cidade de Belo Horizonte para o desencadeamento da Síndrome de *Burnout*. O método do estudo de caso consiste em uma pesquisa exaustiva de um ou poucos objetos, permitindo assim a compreensão ampla e detalhada da situação (GIL, 2008). Trata-se de uma investigação empírica que analisa um fenômeno atual no seu contexto da vida real por meio de uma gama flexível de técnicas de levantamento de dados (YIN, 2005).

4.2 Unidade de análise e sujeitos da pesquisa

Segundo Godoi, Bandeira-de-Mello e Silva (2006) para se realizar um estudo de caso é necessário estabelecer a unidade de análise a fim de se delimitar as fronteiras de interesse do pesquisador. Para se delimitar a unidade de análise Alves-Mazzoti e Gewandsznajder (2004) recomendam que é necessário escolher estudar uma organização, um grupo, diferentes subgrupos em uma comunidade ou determinados indivíduos.

No presente trabalho delimitou-se como unidade de análise o conteúdo e o contexto do trabalho médico que atua há, pelo menos, um ano em atendimento de urgência e emergência, e suas implicações para o desencadeamento da Síndrome de *Burnout*. Para esse fim, foram selecionados 10 profissionais médicos que atuavam no atendimento de urgência e emergência do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) da cidade de Belo Horizonte. Foi definido o número de 10 participantes tendo em vista que segundo Thiry Cherques (2009) a saturação dos dados tende a ocorrer até a 12ª entrevista.

4.3 Coleta dos dados

Tendo em vista que a natureza e o contexto do trabalho do médico que atua em serviço de urgência e emergência envolvem tanto questões técnicas quanto subjetivas, decidiu-se pela utilização de entrevista estruturada como instrumento de coleta de dados.

Esse modelo de entrevista é representado por um roteiro de questões previamente estabelecidas, destacando as principais perguntas que deverão ser feitas. Ao utilizar esse modelo, pode-se garantir uma entrevista mais uniforme para todos os entrevistados. Além disso, cria-se um roteiro estratégico, obtendo o máximo de informações com o mínimo de perguntas e dúvidas possíveis (LAKATOS; MARCONI, 2010).

O roteiro de entrevista utilizado no presente trabalho (APENDICE A) foi estruturado em 3 (três) seções principais. A primeira seção aborda dados demográficos dos pesquisados. A segunda seção coleta dados sobre o contexto do trabalho, a qual está estruturada em três subseções que contemplam os temas: organização do trabalho, condições do trabalho e relações sócios profissionais. Esta seção foi elaborada com base na teoria da Psicodinâmica do Trabalho. A terceira seção coleta dados sobre os elementos que diagnosticam a Síndrome de *Burnout*, a qual está estruturada em quatro subseções: exaustão emocional, estratégias defensivas, despersonalização e baixa realização profissional. Esta seção foi elaborada com base no instrumento de pesquisa quantitativo MBI (*Maslach Burnout Inventory*) de Maslach (1976), que serviu de inspiração para a abordagem qualitativa na presente pesquisa.

Nesta dissertação, a entrevista foi entendida como um “evento de interação dialógica” (GODOI; MATTOS, 2006 p. 302). Para ser uma interação dialógica, a entrevista atendeu a três condições essenciais: os entrevistados puderam expressar-se de forma espontânea diante das perguntas da pesquisadora; a fragmentação e a ordem das perguntas respeitaram essa livre expressão; e a pesquisadora pôde inserir questões ou participações no diálogo, de acordo com o contexto e oportunidade. Assim, foi possível evitar o formalismo técnico das entrevistas que se transformam apenas em um instrumento de coleta de dados (GODOI; MATTOS, 2006).

Antes do início da coleta de dados foi encaminhado um pedido de anuência à Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura de Belo Horizonte, para entrevistar médicos que trabalham no SAMU/BH. Após o recebimento do documento de autorização fez-se um contato com o coordenador do SAMU solicitando sua colaboração na divulgação e motivação das equipes para aceitarem participar das

entrevistas. Nesta etapa, foi solicitado aos médicos, pelo coordenador, que aqueles que se dispusesse a participar da pesquisa, entrassem em contato com a pesquisadora por e-mail ou telefone, para esclarecimentos e agendamento das entrevistas.

As entrevistas foram realizadas em data, horário e local determinados por conveniência do entrevistado, em ambiente neutro, visando à preservação da privacidade do respondente, bem como a não interferência de demandas profissionais durante a entrevista.

Todas as entrevistas foram realizadas com o consentimento prévio dos participantes, após a leitura e compreensão do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APENDICE B) para participar da pesquisa. O tempo médio de duração das entrevistas foi de 60 minutos. As transcrições das entrevistas foram posteriormente submetidas a adaptações na ordem e na sequência lógicas das falas visando maior compreensão do que foi dito.

4.4 Análise dos dados

O tratamento e à análise dos dados obtidos por meio das entrevistas, foram realizados por meio da técnica de análise de conteúdo. Segundo Bardin (2016), a análise de conteúdo é um conjunto de técnicas para análise das comunicações que tem como objetivo obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos, a descrição do que contém nas mensagens levantadas, tanto quantitativas quanto qualitativas. Este procedimento permite a inferência de conhecimentos que se referem às condições das variáveis inferidas por meio dessas mensagens.

Segundo Bardin (2016), este método contempla três categorias de análise: temática, formal e estrutural. A categoria temática se ocupa de revelar as representações sociais da mensagem; a categoria formal busca entender as formas e o desenvolvimento dos discursos; e a categoria de análise estrutural procura elucidar os aspectos implícitos no discurso.

Para Bauer (2000), as técnicas de análise de conteúdo permitem a reconstrução de representações em duas dimensões principais, são elas:

- a) Sintática: tem seu foco nos signos e na forma como eles se inter-relacionam tanto por meio de expressão quanto de exposição, ou seja, como algo é dito ou escrito;
- b) Semântica: cujo foco recai sobre a centralidade nas relações entre signos e seu significado de senso comum, interessando-se pelo que é dito em um texto, enfim, pelos temas e valorações.

Para a presente pesquisa foi considerada a dimensão semântica, uma vez que as unidades de registro e as categorias de análise foram baseadas nas perguntas do roteiro de entrevista. Unidades de registro são agrupamentos de informações ou temas afins que servem para classificar palavras ou conjuntos de palavras de modo formal ou semântico (OLIVEIRA *et. al.*, 2003). Optando-se pelo modo semântico, as unidades de registro foram definidas *a priori* tomando por base os elementos do contexto preconizado pela Psicodinâmica do Trabalho (organização do trabalho, condições do trabalho e relações socioprofissionais) e da Síndrome de *Burnout* (exaustão emocional, despersonalização e baixa realização profissional).

As categorias de análise foram definidas a partir da análise e verificação dos temas mais recorrentes que apareceram nos depoimentos dos entrevistados, e também na teoria elaborada para a pesquisa. Foram utilizados trechos dos depoimentos dos entrevistados para ilustrar o fenômeno investigado, ressaltando-se que eles não foram considerados como provas absolutas da realidade estudada, mas uma representação de um conteúdo geral analisado.

5 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Conforme o capítulo um, foi definido como objetivo geral do presente trabalho descrever e analisar os elementos potencialmente desencadeadores da Síndrome de *Burnout* na profissão médica, segundo a percepção de profissionais atuantes no atendimento de urgência e emergência na cidade de Belo Horizonte/MG. Para isso, definiram-se também como objetivos específicos: 1) caracterizar o contexto do trabalho do médico que atua no serviço de atendimento de urgência e emergência; 2) Identificar os elementos propensores Síndrome de *Burnout* no trabalho do médico que atua no serviço de atendimento de urgência e emergência; 3) Identificar as estratégias utilizadas pelos médicos para lidar com a pressão e exaustão no trabalho.

Para o alcance desses objetivos os dados foram coletados e são analisados nos próximos tópicos levando-se em conta três dimensões do modelo conceitual da pesquisa, a saber: A primeira seção da análise trata dos dados demográficos dos pesquisados. A segunda seção da análise trata dos dados sobre o contexto do trabalho, a qual está estruturada em três subseções que contemplam os temas: organização do trabalho, condições do trabalho e relações sócios profissionais. Esta seção segue a estrutura da teoria Dejouriana da Psicodinâmica do Trabalho. A terceira seção da análise trata dos dados sobre as dimensões da Síndrome de *Burnout*, a qual está estruturada em quatro subseções: exaustão emocional, despersonalização, baixa realização profissional e as estratégias defensivas adotadas pelos pesquisados. Esta seção está ancorada no instrumento MBI (*Maslach Burnout Inventory*) de Maslach (1976), adaptado para a abordagem qualitativa da presente pesquisa.

5.1 Análise dos dados Demográficos

Conforme mostra o Quadro 2, os dados relativos ao perfil demográfico dos entrevistados apontam que, quanto ao gênero 60% dos pesquisados são mulheres e 40% são homens. A maioria dos entrevistados tem idade acima de 30 anos; possuem 1 ou mais filhos; são casados; e cursaram especialização completa (residência médica) na área que atuam.

Quadro 2 – Perfil demográfico dos médicos pesquisados

Médico	Idade	Sexo	Estado civil	Filhos	Formação
M1	54	M	Casado	2	Pós-graduação
M2	30	F	Casada	0	Pós-graduação
M3	28	F	Solteira	0	Pós-graduação
M4	34	M	Casado	1	Pós-graduação
M5	39	F	Casada	2	Pós-graduação
M6	63	F	Solteira	0	Pós-graduação
M7	44	M	Casado	1	Pós-graduação
M8	35	F	Solteira	0	Pós-graduação
M9	51	M	Casado	3	Pós-graduação
M10	32	F	Casada	1	Pós-graduação

Fonte: elaborado pela autora.

Conforme mostra o Quadro 3, relativo aos dados ocupacionais dos pesquisados os médicos possuem, além da especialidade médica em urgência e emergência, outras especialidades. Todos eles trabalham na instituição há mais de dois anos e fazem dois plantões semanais de 12h/cada, totalizando o contato de 24 horas semanais de prestação de serviço.

Quadro 3 – Perfil de atuação dos médicos pesquisados

Médico	Área de atuação	Tempo na instituição	Horas/semana no SAMU
M1	<ul style="list-style-type: none"> • UTI • Pré-hospitalar 	25 anos	24
M2	<ul style="list-style-type: none"> • Coloproctologia • Cirurgia geral • Urgência e emergência 	2 anos e 8 meses	24
M3	<ul style="list-style-type: none"> • Terapia intensiva • Urgência e emergência 	3 anos	24
M4	<ul style="list-style-type: none"> • Cirurgião 	4 anos	24
M5	<ul style="list-style-type: none"> • Urgência e emergência 	2 anos e 6 meses	24
M6	<ul style="list-style-type: none"> • Pediatra • Intervencionista e regulador 	14 anos	24
M7	<ul style="list-style-type: none"> • Cirurgia plástica 	9 anos	24
M8	<ul style="list-style-type: none"> • Urgência e emergência 	4 anos e 8 meses	24
M9	<ul style="list-style-type: none"> • Cirurgia geral 	13 anos	24
M10	<ul style="list-style-type: none"> • Cirurgia • UTI • Urgência e emergência 	6 anos	24

Fonte: elaborado pela autora.

O próximo tópico aborda a análise da segunda seção do roteiro de entrevista que trata do contexto do trabalho do médico em serviço de urgência e emergência.

5.2 Contexto do trabalho do médico em serviço de urgência e emergência

Esta seção analisa os dados sobre o contexto do trabalho dos médicos pesquisados. Conforme mostra o Quadro 4 o contexto do trabalho está delimitado em três categorias de análise: organização do trabalho, condições do trabalho e relações sócioprofissionais. Cada uma dessas unidades de registro está subdividida em várias categorias que emergiram da análise do conteúdo dos relatos das entrevistas realizadas.

Quadro 4 – Unidades de registro e categorias do contexto de trabalho

Unidades de registro	Categorias
Organização do trabalho	<ul style="list-style-type: none"> • Rotina de trabalho • Exigências no ambiente de trabalho • Planejamento e cobranças • Competências requeridas • Eficiência dos meios de comunicação • Tomada de decisão
Condições de trabalho	<ul style="list-style-type: none"> • Adequação do ambiente trabalho • Sentimento de segurança no trabalho • Qualidade e disponibilidade de recursos para o trabalho
Relações sócioprofissionais	<ul style="list-style-type: none"> • Relacionamento com a chefia • Relacionamento com a equipe • Relacionamento com o paciente e família

Fonte: elaborado pela autora.

Assim, a análise dos dados de cada unidade de registro e categoria está apresentada em um tópico específico visando, ao final do processo, apresentar uma compreensão clara e aprofundada do referido contexto de trabalho.

5.2.1 Organização do trabalho:

A análise do conteúdo dos dados relativos à unidade de registro a respeito da organização do trabalho revelou seis categorias de temas principais relativos ao contexto de trabalho dos médicos pesquisados: rotina de trabalho, exigências do ambiente de trabalho, planejamento e cobranças, competências requeridas, eficiência dos meios de comunicação e tomada de decisão, sobre os quais será dissertado a seguir.

5.2.1.1 Rotina de trabalho

Com relação a este tema a quase totalidade dos pesquisados manifestou que sua rotina de trabalho é exaustiva e intensa, e o trabalho é realizado sob muita pressão. Os relatos que se seguem sobre a intensidade e o ritmo do trabalho resumem a percepção dos entrevistados:

Ritmo de trabalho muito acelerado, não tenho tempo para descanso muito menos para alimentação adequada. Eu como quando dá tempo (E3).

O ritmo de trabalho é muito intenso, principalmente enquanto na regulação, área em que se precisa ter muita atenção e cuidado, sabendo e tendo que “garimpar” do solicitante a realidade vivida pelo nosso paciente que é intermediada (quase sempre) pelo solicitante (E6).

O ritmo é extremamente acelerado e demanda muita responsabilidade, não se tem tempo para descanso ao longo dos plantões e há uma sobrecarga de trabalho para quem está no plantão quase sempre (E10).

O ritmo de trabalho no SAMU é brusco, muito agitado e com situações inesperadas. Todos os médicos trabalham na regulação e na ambulância, porém o trabalho na ambulância é mais cansativo (E1).

O trabalho foi considerado diversificado por um número menor de entrevistados. A esse respeito registra-se:

Atualmente o meu ritmo de trabalho é bom variado pois trabalho em áreas completamente diferentes ao longo da semana. Na segunda feira estou na cirurgia, ambulatório e consultório em duas cidades diferentes (Santa Luzia e BH). Na terça-feira também estou em dois lugares diferentes ao longo do dia: no ambulatório do hospital São Francisco e na endoscopia e consultório no Hospital Vera Cruz. Na quarta-feira e no sábado no SAMU, tanto na ambulância quanto na regulação. Na quinta-feira no meu consultório particular e na sexta-feira no ambulatório. Às vezes sou chamada para alguma emergência no Domingo também (E9).

Conclui-se que o trabalho dos entrevistados é diversificado e realizado sob muita pressão, dentro de uma rotina intensa e exaustiva.

5.2.1.2 Exigências no ambiente de trabalho

A análise dos dados revelou que em termos pessoais, os entrevistados são fortemente demandados quanto as suas competências técnicas, relacional, emocional e cognitiva. As principais exigências recaem sobre a competência técnica, a competência emocional e relacional e também boa capacidade física, de concentração e muita atenção a tudo. É requerido muito cuidado com o paciente.

Além disso, é fundamental o espírito de equipe, a capacidade de tomar decisões firmes e rápidas. Tudo isso com o foco principal que é salvar vidas. Do ponto de vista administrativo eles precisam cumprir o horário rigorosamente e manter boa aparência em termos de cuidados pessoais. A esse respeito um entrevistado comenta:

Somos demandados o tempo todo, mas principalmente com competências técnica e emocional; boa aparência; cumprimento rigoroso do horário; bom estado de saúde física e mental; educação, respeito e cuidados com a equipe e com os pacientes (E5).

A esse respeito no nível de responsabilidade no trabalho, um entrevistado comenta que:

Nosso trabalho envolve muitas responsabilidades e responsabilidade alta, principalmente por realizar cirurgia e exames muito invasivos, tratar de pacientes oncológicos e trabalhar com urgência e emergência. Demanda muita atenção do médico (E2).

Sobre a capacidade de tomar decisões um entrevistado comenta:

Tanto quando estamos trabalhando na ambulância quanto no setor de regulação nosso trabalho exige muita firmeza, capacidade de decisão e raciocínio rápido, paciência e empatia (E7).

Em síntese, para realização eficiente de seu trabalho os entrevistados são altamente demandados em competência técnica, competência emocional e relacional e também necessitam de boa capacidade física e de concentração e atenção a tudo. Além disso, é primordial ter muito cuidado com o paciente, pois qualquer deslize pode levá-lo a perder a vida. Neste sentido, Massud e Barbosa (2007) já haviam argumentado que as exigências do trabalho médico vão muito além do que a ciência e a metodologia ensinam no período de formação. Segundo os autores a competência técnica, apesar de imprescindível no processo de formação, não é suficiente para responder às demandas exigidas desses profissionais. Ainda segundo esses autores, há uma deficiência na formação médica, uma vez que essa não contempla, ou contempla de forma limitada, o desenvolvimento de competências sociais e emocionais. Tal fato evidencia que fica a cargo do próprio médico desenvolvê-las durante sua atuação profissional.

5.2.1.3 Planejamento e cobranças

Em relação ao planejamento do próprio trabalho e as cobranças por parte da instituição, constatou-se que os médicos de serviços de urgência e emergência realizam seu trabalho em um contexto administrativo de planejamento frágil, com informações inadequadas e insuficientes, e precisam cumprir rigorosamente as escalas de plantões e respeitar as chefias. Por outro lado, o trabalho técnico é considerado bem organizado, o qual é realizado segundo uma rotina bem fixada em que eles tem que cumprir rigorosamente os protocolos e grades de urgências, mas também devem tomar decisões técnicas segundo seu próprio conhecimento e demandas do problema a ser resolvido. A esse respeito o comentário de um entrevistado resume esta situação:

As cobranças são muitas, precisa-se ser quase perfeito. O trabalho é exaustivo e tem que ser feito de forma a corrigir erros por meio de informações inadequadas que não são verdadeiras e muitas vezes são, inventadas pelos solicitantes, o que gera dificuldade para a execução do trabalho médico (E6).

Observa-se também falta de controle do médico sobre os eventos relacionados às demandas de trabalho. Assim, um entrevistado registra que:

Durante o plantão temos pouco planejamento, pois nunca sabemos o que vamos encontrar ou atender, mas o trabalho em si, já é bem organizado e as falhas costumam ser pontuais (E3).

Conclui-se que, em relação ao conteúdo do trabalho, os médicos de serviços de urgência e emergência realizam seu trabalho segundo uma prescrição de ações bem fixadas por meio de protocolos e grades de urgências. Porém, precisam tomar decisões técnicas segundo seu próprio conhecimento e julgamento. Segundo Dejours (2001) quando o indivíduo não tem liberdade para fazer adaptações no trabalho prescrito, o sofrimento é maior. Também Toledo (2006), argumenta que o excesso de exigência na organização do trabalho causa uma desarmonia entre a vida profissional e familiar, expondo o trabalhador a permanente situação de sofrimento.

Em relação ao ambiente administrativo, constatou-se que o planejamento das atividades é frágil, as informações são inadequadas e insuficientes, e precisam cumprir rigorosamente as escalas de plantões e respeitar as chefias. Neste sentido,

Dejours (2007) já havia apontado que a organização do trabalho é fundamental para que o indivíduo realize o seu trabalho em condições adequadas e perceba sentido no que faz. Quando esse conjunto de elementos não é encontrado, o trabalhador se torna propenso ao adoecimento. Também Hackman e Oldham (1975), argumentam que o contexto de trabalho é um dos fatores que interfere diretamente no estado psicológico do trabalhador, bem como em seu bem estar e qualidade de vida no trabalho.

5.2.1.4 Competências requeridas

Quanto às competências requeridas, os pesquisados foram unânimes em apontar que a competência técnica é primordial, embora tenha ficado implícito nos conteúdos que a competência relacional é necessária, porém se apresentando como uma competência secundária. A esse respeito um médico relata:

O que é mais importante para o nosso trabalho são as habilidades específicas: intubação e drenagem venosa, punção venosa. Habilidades comuns: relacionamento interpessoal, empatia (E4).

Outro entrevistado reforça a importância da competência técnica para a realização de seu trabalho:

Nosso trabalho é baseado em conhecimento de urgências clínica, traumáticas, psiquiátricas, pediátricas, obstétricas e saber atuar adequadamente em cada função quando estamos na ambulância; saber triar com correção quando estamos na regulação (E8).

Sobre a relevância da técnica como competência primordial para realização do trabalho médico, tal como evidenciado nesta pesquisa, Massud e Barbosa (2007) ressaltam que a competência técnica, apesar de primordial, não contempla todas as exigências demandas desses profissionais. Isso porque o método científico não supre todas as exigências do objeto de ação do médico, o ser humano.

Em contrapartida, a literatura acrescenta a demanda por parte dos pacientes de competências humanas e sociais. Segundo Massud e Barbosa (2007), a sensibilidade e a compaixão de quem assiste a outro ser humano são atributos essenciais, e o paciente demanda atenção e interesse de quem o assiste. Ainda segundo esses autores, os pacientes se sentem insatisfeitos quando os médicos não correspondem à expectativa de atenção e gentileza esperada. Nesse sentido, infere-

se que o fato de o médico ser demandado em competências não desenvolvidas em sua formação, como as competências humana e social, pode causar-lhe sentimentos de insegurança e ansiedade, bem como desgaste emocional.

5.2.1.5 Eficiência dos meios de comunicação

Com relação aos meios de comunicação disponíveis para a realização do trabalho os entrevistados foram unânimes em apontar que os equipamentos são muito velhos e ineficientes, principalmente o sistema de rádio que as vezes não funciona, fazendo com que, as vezes tem-se que utilizar o telefone particular para resolver o problema. Além disso, muitas vezes o paciente ou seu interlocutor passa informação distorcida, as vezes exagerada ou insuficiente, dificultando a tomada de decisão pelo médico que tem que decidir qual o tipo de equipe é adequada para atender a solicitação. A esse respeito um entrevistado comenta:

Os meios de comunicação poderiam ser mais eficazes, para permitir um atendimento de triagem de melhor qualidade. Hoje em dia não conseguimos identificar precisamente o grau de urgência do atendimento devido ao fato de que quem faz a ligação (solicitante) não sabe dizer ao médico o que está acontecendo em termos técnicos, e então, muitas vezes é passada uma informação distorcida, maior ou menor do que na realidade é (E3).

Sobre a precariedade instrumentos de comunicação, um entrevistado comenta o seguinte:

Utilizamos sistema de rádio, mas o sistema é muito falho porque os equipamentos são velhos e muitas vezes não funcionam quando precisamos. Às vezes temos que usar nosso celular particular. Falta telefone fixo em algumas bases de atendimento. O sistema de computação precisa ser melhorado (E9).

Sobre as dificuldades de comunicação no serviço de regulação, um entrevistado argumenta:

Na regulação usamos telefone e computador, mas o telefone apesar de ser uma forma eficiente de comunicação, é uma ferramenta inadequada de suporte para a correta avaliação do paciente e da informação dada pelo solicitante. Na ambulância usamos o rádio, mas esse é muito deficiente, pois não conseguimos ouvir as mensagens corretamente. São muitas unidades usando a mesma rede ao mesmo tempo. Ocorre muito tempo de espera porque a central fica sempre sobrecarregada (E6).

Em síntese, os meios de comunicação disponibilizados aos pesquisados são escassos, ineficientes e inadequados. Isso faz com que, além do conhecimento

técnico que esse profissionais precisam aplicar no processo de atendimento, eles são submetidos a um esforço e desgaste adicional para conseguirem realizar seu trabalho em tempo hábil. Neste sentido, conclusões semelhantes foram apontadas por Machado (1996) e Carneiro e Gouveia (2004) sobre a precariedade da realidade de trabalho dos médicos brasileiros e também por pesquisa do Conselho Federal de Medicina (2007) que identificou o sofrimento dos médicos ao ver morrer pessoas que não puderam ser atendidas devido à precariedade e a falta de recursos adequados para realização do trabalho requerido.

5.2.1.6 Tomada de decisão

A análise dos dados evidenciou que as decisões técnicas são baseadas em protocolos, no conhecimento individual, na intuição e com apoio dos colegas. Elas precisam ser rápidas e eficazes. Os pesquisados apontam que embora tenham tem pouca participação em decisões institucionais, essas são consideradas adequadas. Sobre esse tema um entrevistado comenta:

As decisões devem ser tomadas da forma mais rápida e eficaz possível, uma decisão mal tomada pode custar uma vida (E2).

Sobre o processo decisório, um entrevistado ressalta que:

São tomadas poucas decisões institucionais e quando ocorrem elas não tem um objetivo adequado. As decisões sobre o doente são tomadas com base no conhecimento técnico e na intuição do médico, levando-se também em conta uma relação solidária entre o médico e o paciente (E5).

Observa-se também a ocorrência de conflitos entre profissionais e áreas envolvidas, em relação às decisões técnicas tomadas, como expressa um entrevistado:

Temos protocolos e parcerias para respaldar nossas decisões, mas muitas vezes, temos nossas condutas interpretadas e avaliadas por pessoas que desconhecem o nosso serviço ou desconhecem as tomadas de decisão tomadas no momento agudo do caso (E6).

Em síntese, o envolvimento do médico de serviços de urgência e emergência decisões organizacionais é praticamente inexistente. Ele está essencialmente envolvido com decisões técnicas relativas ao conteúdo de sua profissão, mas, embora ela seja respaldada por procedimentos pré-definidos, ocorrem conflitos entre profissionais e setores em relação a algumas decisões tomadas. Neste sentido, é plausível inferir que um fator causador de conflito na decisão médica é a

subjetividade do profissional durante a tomada de decisão. Este argumento encontra respaldo na pesquisa de Uchôa e Camargo Jr., (2010) na qual se observou que o conflito nas decisões médicas estava relacionado ao fato de que a protocolização e a rotinização do trabalho médico não resultava em consenso das decisões tomadas. Os autores observaram que a atitude dos médicos em relação aos pacientes deixava transparecer ambivalência ou polivalência: além do uso de protocolos e/ou estudos científicos, tomavam suas decisões de forma intuitiva e pragmática, a partir de evidência clínica.

5.2.2 Condições do trabalho

Em relação a unidade de registro concernente às Condições de Trabalho emergiram da análise dos dados três categorias de análise: adequação do ambiente de trabalho, sentimento de segurança no trabalho, qualidade e disponibilidade de recursos para o trabalho.

5.2.2.1 Adequação do ambiente de trabalho

Em relação à adequação do ambiente de trabalho, a maioria dos entrevistados relatou que são bem adequados os fatores relacionados a equipes, sistematização e organização do trabalho, sistema de coordenação e gerencia. Quanto aos aspectos de inadequação constatou-se que: os alojamentos não favorecem o descanso, os materiais de trabalho e as ambulâncias são sucateados, falta local para descanso e reflexão e onde existem são muito desconfortáveis. Constatou-se também que o ambiente de trabalho é insalubre e com muito ruído. Além disso, algumas equipes são desfalcadas, tendo sido relatado também que falta apoio institucional às demandas das equipes. Os relatos que se seguem ilustram essa situação:

Os alojamentos são inadequados que não favorecem o descanso. Os materiais e as ambulâncias são sucateados (E1).

O ambiente de trabalho é muito desconfortável, sem local adequado para descanso, sem horários de descanso e reflexões (E2).

O ambiente de trabalho é caracterizado por muito barulho, falta e furos de funcionários e plantonistas, calor, falta de equipamentos adequados, falta ou manutenção ruim das ambulâncias, falta de treinamento, principalmente para iniciantes (E4).

Em síntese, a estrutura, a organização e a gestão do trabalho específico do médico

são adequadas. Porém, as condições em que o trabalho é realizado são inadequadas.

5.2.2.2 Sentimento de Segurança no trabalho

Os entrevistados foram unânimes em apontar que sentem muita insegurança por trabalhar expostos na rua e por trabalhar com ambulância sem manutenção. A esse respeito, os médicos relatam que:

O paciente tem uma segurança adequada durante o transporte, porém a equipe está exposta a muitos riscos devido aos incidentes e ao ambiente de trabalho ser na rua, dentro de ambulâncias que muitas vezes não tem manutenção (E1).

Sobre os riscos envolvidos neste trabalho, um entrevistado ressalta que:

A central do SAMU infelizmente é muito vulnerável e passível de tragédias. Em minha opinião, é apenas uma questão de tempo. Nas ruas, temos sempre o apoio da polícia militar nos casos mais suspeitos ou subitamente perigosos, porém são riscos constantes e inevitáveis (E4).

Sobre a insegurança envolvendo o médico do serviço de urgência e emergência um entrevistado aponta que:

Nossa segurança é precária. Trabalhamos dentro de veículos que muitas vezes não tem manutenção adequada, e ficamos expostos a trabalhar em um ambiente sem controle e estabilidade (E10).

Em síntese, os pesquisados consideram seu ambiente de trabalho inseguro por falta segurança publica nos locais onde precisam atender os pacientes e pelo uso de ambulâncias com manutenção inadequada. As esse respeito, Barbosa e Soler (2003) relatam que o ambiente de trabalho do médico é constituído por organizações insalubres em todos os sentidos, oferecendo riscos de ordem física, social, psicológica, mecânica e ergonômica, entre outras. Assim, o sentimento constante de insegurança no ambiente de trabalho parece um fenômeno recorrente no trabalho de médicos em serviços de urgência e emergência.

5.2.2.3 Qualidade e disponibilidade de recursos para o trabalho

Em relação à qualidade e disponibilidade de recursos de trabalho, os entrevistados, em sua totalidade, relataram que: os equipamentos são antigos e sem manutenção; falta equipamentos básicos como desfibriladores nas ambulâncias; os materiais são

insuficientes; as vezes falta medicamentos; tem-se o estritamente básico. Os relatos que se seguem ilustram essa análise:

Os instrumentos estão completamente defasados, os monitores são antigos e pesados. Nas ambulâncias básicas não tem desfibriladores (E10).

Infelizmente existe falta constante de determinados medicamentos e materiais. Mas quem sofre mais são as Unidades Básicas (UBS), que não possuem médicos e enfermeiros. Só técnicos de enfermagem. O que considero mais importante nesse momento são os DEA's - desfibriladores externos automáticos - presentes em poucas unidades (E4).

Em síntese, a quantidade e qualidade dos recursos necessários para o exercício das funções não são suficientes para atender as demandas envolvendo esses profissionais.

5.2.3 Relações sócioprofissionais

Quanto a unidade de registro associada às Relações Sócioprofissionais emergiram da análise dos dados as seguintes categorias: relacionamento com a chefia, relacionamento com a equipe, relacionamento com o paciente e família.

5.2.3.1 Relacionamento com a chefia

Os entrevistados foram concordantes em apontar que o relacionamento com suas chefias é ótimo. A esse respeito, os relatos de dois entrevistados resumem os de seus colegas:

O relacionamento com a chefia é excelente. Os chefes são muito acessíveis, compreensivos e sérios, comprometidos com a qualidade do serviço, e são muito impotentes para negociar mudanças que dependem de decisões de superiores (E8).

Relacionamento muito bom, a chefia está sempre disposta a ouvir, conhecem e acompanham o nosso trabalho, sabem das nossas dificuldades e tentam orientar e criar condições para o nosso trabalho (E10).

Além disso, os entrevistados apontam que suas chefias procuram ser transparentes, respeitadas e apoiadoras na solução dos problemas que emergem para as equipes.

5.2.3.2 Relacionamento com colegas e equipe

A percepção dominante dos entrevistados é que o relacionamento tanto entre os médicos quanto entre os médicos e os enfermeiros é excelente. Foi apontado

também que com alguns médicos e enfermeiros é mais difícil relacionar, ainda assim, o relacionamento pode ser considerado bom. Os depoimentos que se seguem resumem a percepção dos entrevistados:

A equipe no geral é bastante integrada, me sinto muito a vontade em trabalhar com eles, confio nos meus colegas. A relação é muito boa (E3).

Ótimo relacionamento com a grande maioria dos colegas, tanto médicos quanto com as enfermeiras. Acontecem alguns problemas pontuais, mas reversíveis e controláveis (E4).

No geral, o relacionamento entre colegas e equipes foi considerado adequado. Entretanto, alguns profissionais se dedicam apenas ao seu trabalho como médico, se envolvendo pouco com seus colegas.

5.2.3.3 Relacionamento com o paciente e sua família

Os relatos das entrevistas apontam que, no geral, os pesquisados conseguem manter um relacionamento adequado com o paciente e seus familiares. Entretanto, na Central de Regulação o relacionamento é mais conflitivo porque muitas solicitações são negadas por não serem diagnosticadas como urgência ou emergência. Além disso, o não atendimento gera desespero e ansiedade no paciente ou sua família. Isso torna o relacionamento muitas vezes tumultuado e agressivo. Os relatos que se seguem ilustram e resumem a percepção dos entrevistados a respeito desse tema:

Embora se procure sempre ter os melhores dos relacionamentos, muitas vezes a agressividade, o não entendimento, o desespero e a ansiedade do paciente ou da família gera um relacionamento tumultuado. Cabe ao médico saber driblar esse infortúnio (E6).

Procuro sempre ter uma boa relação com o paciente e sua família possível, e acredito que atinjo o objetivo na grande maioria dos casos, principalmente na ambulância. Na regulação o atendimento não é presencial e ocorre um grande número de negativas que temos que passar aos solicitantes. Isso torna o relacionamento pior e as vezes muito agressivo (E7).

De um modo geral, os médicos que trabalham nas unidades móveis consideram que conseguem um relacionamento adequado com os pacientes e seus familiares. Porém, os médicos que trabalham no serviço de regulação vivenciam um

relacionamento conflitivo com os solicitantes de atendimento, tendo em vista que nem toda solicitação se enquadra no perfil de atendimento de urgência. Nestes casos os solicitantes não aceitam a negativa e, às vezes, reagem de forma agressiva ao profissional que o atendeu.

Em síntese, a partir dos dados analisados sobre o contexto de trabalho, importantes considerações sobre as principais dimensões dessa categoria foram levantadas. O trabalho do médico atuante no serviço de urgência e emergência é diversificado e realizado sob muita pressão, em uma rotina intensa e exaustiva. As exigências são principalmente técnicas, mas demandam também um grande esforço físico, emocional e relacional. O trabalho é desenvolvido com base no conhecimento técnico e experiência, mas sem planejamento porque no serviço de urgência e emergência é imprevisível a complexidade dos problemas que terão que resolver. Os protocolos de atendimento e as escalas de gravidade são vistos como bem elaborados e fundamentais como instrumento de apoio as ações e decisões do médico. O ambiente administrativo prevê um rigor no cumprimento das escalas de plantão e no respeito às chefias. A competência mais requerida dos médicos é o rigor técnico, e secundariamente exigem-se também as competências humana emocional e relacional. Os meios de comunicação são avaliados como escassos, inadequados e ineficientes, gerando um esforço ainda maior para a realização do trabalho. As tomadas de decisão são estritamente técnicas e, quase sempre individuais, e são respaldadas por procedimentos pré-definidos. As vezes ocorrem conflitos entre os profissionais e setores em relação às decisões tomadas. A participação desses profissionais em decisões organizacionais é praticamente inexistente.

No que tange às condições de trabalho, observou-se que a estrutura, a organização e a gestão do trabalho do médico são adequadas, mas as condições em que o trabalho é realizado são inadequadas. Os médicos se sentem inseguros por trabalharem em ambiente externo e sem segurança pública adequada, e pela falta de manutenção adequada dos meios de transportes que utilizam como ferramenta de trabalho. Os recursos disponíveis são considerados insuficientes, ultrapassados e inadequados para cobrirem a demanda de trabalho.

No quesito relações sócios profissionais, os médicos relataram um bom

relacionamento com a chefia, o qual é caracterizado por respeito, transparência e colaboração. Em relação aos colegas do mesmo nível e a equipe o relacionamento é adequado, mas são muito reservados a ponto de não se relacionarem com a equipe. O relacionamento com o paciente e sua família é também satisfatório, mas as vezes ocorre conflito quando o médico da central de regulação informa ao solicitante que seu pedido não se caracteriza como um problema que necessita de atendimento pela unidade móvel.

5.3 Elementos da Síndrome de *Burnout* no trabalho do médico em serviço de urgência e emergência

Esta seção analisa os elementos levantados com os médicos pesquisados a respeito da síndrome de *Burnout*. Conforme mostra o Quadro 4, os elementos da síndrome de *Burnout* foram divididos em quatro unidades de registro: exaustão emocional, estratégias defensivas, despersonalização e baixa realização profissional. Essa divisão segue a estrutura de dimensões definidas por Maslach (1976). Cada uma dessas unidades de registro está subdividida em várias categorias que emergiram da análise do conteúdo dos relatos dos entrevistados.

Quadro 4 - Unidades de Registro e categorias da Síndrome de *Burnout*

Unidades de registro	Categorias
Exaustão emocional	<ul style="list-style-type: none"> • Sensações diante do estímulo trabalho • Esforço no trabalho
Estratégias defensivas	<ul style="list-style-type: none"> • Enfrentamento do desgaste • Abandono da profissão
Despersonalização	<ul style="list-style-type: none"> • Sentimentos pelo paciente • Sentimentos em relação ao estímulo trabalho • Enfrentamento das emoções no trabalho
Baixa Realização Profissional	<ul style="list-style-type: none"> • Reconhecimento pelo trabalho • Realizações e alegrias advindas da profissão • Auto avaliação profissional • Motivação no trabalho • Expectativas profissionais • Remuneração ou retorno do investimento profissional

Fonte: elaborado pela autora.

Assim, a análise dos dados de cada unidade de registro e categorias de análise está apresentada em uma seção específica visando, ao final do processo, apresentar

uma compreensão clara e aprofundada dos elementos desencadeadores da síndrome de *Burnout* em médicos que atuam no serviço de atendimento de urgência e emergência.

5.3.1 Exaustão emocional

Nesta dimensão da Síndrome de *Burnout* emergiram como categorias as sensações diante do estímulo trabalho e o esforço no trabalho.

5.3.1.1 Sensações diante do estímulo trabalho

Nesta categoria de análise abordam-se os sentimentos do médico em relação ao trabalho que ele executa, como: angústia, prazer, felicidade e sensação de dever cumprido no trabalho por poder ajudar o próximo. Constatou-se que é geral o sentimento de felicidade e prazer em poder ajudar o próximo e a sensação de dever cumprido, como se observa nas falas de três médicos entrevistados:

Tenho muito prazer e felicidade em trabalhar no SAMU. Sinto que sou capaz de ajudar as pessoas (E1).

Quando tudo corre bem, sinto que meu dever foi cumprido. Tenho a sensação de ter modificado a vida das pessoas (E9).

Sinto muito cansado, às vezes, mas satisfeito, feliz e com a sensação de dever cumprido (E4).

Porém, também foram observadas sensações negativas diante do estímulo trabalho, por exemplo, exaustão, desgaste e angústia, conforme se observa nos relatos a seguir:

Sinto cansada, porém com a sensação de dever cumprido. Algumas vezes angustiada e chateada com algumas dificuldades (E3).

Sinto muito cansada, porém satisfeita. às vezes repenso e avalio se vale a pena continuar nesta área em relação à qualidade de vida no nosso local de trabalho (E2).

As vezes sinto exaurido. O plantão de urgência do SAMU não é para qualquer pessoa. Demanda ter um perfil para poder atuar nessa profissão (E7).

A análise dos dados deste tópico revela que os pesquisados vivenciam sentimentos ambíguos de prazer e sofrimento em relação ao estímulo trabalho. A esse respeito, Carneiro e Gouveia (2004), também constataram que, apesar da dificuldade em

exercer a profissão médica no Brasil, a maioria dos médicos se sente honrada e satisfeita com a escolha profissional.

5.3.1.2 Esforço no trabalho

Esta categoria de análise se refere ao esforço físico, mental e emocional despendido pelo profissional no seu trabalho. Segundo os entrevistados o esforço mais demandado deles é o físico, principalmente quando estão em atendimento nas ambulâncias, como se observa nos relatos a seguir:

O esforço intelectual é menos demandado. Necessito é do conhecimento técnico e da experiência no trabalho. O esforço físico é muito demandado e desgastante. Às vezes temos que subir e descer morro, carregar maca com o paciente para que o atendimento seja realizado (E1).

Na ambulância, o esforço físico é intenso e muitas vezes exagerado (E2).

Também foi relatado um intenso esforço mental quando os médicos estão atuando na Central de Regulação, local este no qual o médico não tem contato direto com o paciente e tem que prestar o atendimento por meio de contato telefônico. As falas a seguir demonstram este esforço:

Na central de regulação o esforço mental é intenso somado também ao desgaste físico (E4).

Na área de regulação o esforço mental é extremamente elevado porque temos que interpretar as queixas do solicitante sem a possibilidade de um atendimento presencial (E5).

Neste tópico fica evidente que o contexto de trabalho do médico que atua na urgência e emergência é imprevisível e demanda grande esforço físico e mental. O nível de pressão por assertividade na Central de Regulação gera um desgaste psicológico intenso. O trabalho de atendimento externo nas USB e nas USA demandam intensa capacidade e disposição física. Da mesma forma, pesquisa de Godoy (2009) constatou que os médicos desenvolvem seu trabalho sem pausa para descansar e convivem com situações dolorosas e chocantes, relacionadas a pacientes fisicamente lesados, mutilados e com quadro clínico instável, gerando estado de elevada tensão. Portanto, essas características do trabalho são apontadas por Dejours (1994) e Maslach (1976) como dimensões propensoras da Síndrome de *Burnout*.

5.3.2 Estratégias defensivas

Nesta unidade de registro, as categorias evidenciam como os médicos pesquisados lidam com a possibilidade de exaustão no trabalho. Observou-se uma dualidade de sentimentos.

5.3.2.1 Enfrentamento do desgaste

Por um lado os dados revelam que os profissionais, mesmo com dificuldade, buscam diferentes formas de enfrentamento do desgaste. Alguns se ancoram em colegas, chefias, familiares e na própria reflexão e esforço pessoal. Outros praticam exercício físico. O uso estrito da racionalidade no exercício do trabalho também foi identificado. Os relatos a seguir ilustram esta situação:

Procuro conversar com colegas e com o chefe para aliviar um pouco o desgaste (E3).

Procuro ser sereno e tranquilo. Isso me ajuda muito. Consigo focar no trabalho procurando superar os problemas pessoais. Porém, muitas vezes acabo desabafando ou descontando em casa na minha intimidade, o que atrapalha muito no relacionamento com a esposa (E7).

Busco sublimar e tenho uma família estruturada que me conforta muito. Brinco com meus filhos para distrair um pouco (E4).

Tenho realizado corridas a cada dois dias para relaxar um pouco (E6).

Evito aborrecimento, tento ser racional e foco na solução do problema (E10).

Neste tópico observou-se que grande parte dos médicos tem dificuldade em encontrar estratégias para lidar com o desgaste advindo do trabalho, o que corrobora para a exaustão e adoecimento. Há também falta de suporte da instituição empregadora visando mitigar esses problemas da natureza e contexto de trabalho dos pesquisados.

5.3.2.2 Abandono da profissão

Por outro lado, uma parte dos entrevistados manifestou o desejo de abandono da profissão ou da área de urgência e emergência. Grande parte dos entrevistados relatou nunca ter pensado em desistir da profissão, ainda que haja dificuldades e

sacrifícios para exercê-la. Aqueles que pensam em desistir da profissão consideram que a demanda de trabalho é muito intensa e exaustiva, o reconhecimento é baixo, e a remuneração é inadequada. Os relatos a seguir ilustram essa argumentação:

Já pensei em desistir. A demanda é muito intensa, noites fora de casa, plantões em final de semana e feriados e baixa remuneração (E2).

Sempre penso em desistir porque falta reconhecimento profissional e salarial (E3).

Gosto muito do que eu faço, mas sempre ou quase sempre penso em desistir porque as condições de trabalho em geral deixam muito a desejar (E7).

Em síntese, observa-se a maior parte dos pesquisados não pensa em abandonar a profissão, ainda que haja dificuldades e sacrifícios para exercê-la. Os que pensam em desistir da profissão médica ainda não o fizeram porque, apesar da falta de reconhecimento, insatisfação com a remuneração, desgaste e esforço despendidos, gostam da profissão.

5.3.3 Despersonalização

Nesta unidade de registro são analisadas as categorias referentes aos sentimentos pelo paciente, sentimentos pelos estímulos do trabalho e o enfrentamento das emoções advindas do trabalho.

5.3.2.1 Sentimentos pelo paciente

A análise dos dados evidencia que os médicos procuram nutrir um sentimento afetivo, de respeito e carinho pelos pacientes. Também foram observados sentimentos como sofrimento, angústia, pena, e absorção dos problemas dos pacientes. Em relação aos sentimentos afetivos em relação aos pacientes, os entrevistados comentam:

Sinto afeto, carinho, respeito e algumas vezes pena (E1).

Muito amor e carinho é o que me move no meu trabalho (E2).

Sinto empatia, respeito, solidariedade, compaixão e carinho (E4).

Sinto satisfação em ajudar, pena de alguns, respeito (E5).

Sinto responsabilidade, gratidão. As vezes sinto pena da situação econômica

das vitimas (E10).

Em relação ao sentimento de angustia, sofrimento e tentativas de sublimação, os seguintes depoimentos ilustram a situação:

Não me permito luto. Sofro na hora e pronto (E1).

Com o passar dos anos me acostumei e consigo desligar quando termino o plantão (E2).

Algumas vezes me afetam a ponto de me deixar angustiada, porém, no geral costumo sublimar (E4).

Infelizmente, penso eu e a maioria dos médicos, acabamos absorvendo um pouco disso, o que considero importante atentar para o fato de médicos morrerem novos, ou mais novos que a média (E5).

É muito difícil lidar com esse impacto que sempre existe. Procuo entender sempre, julgar pouco, fazer o máximo que puder e rezar sempre (E9).

Impacto emocional de ver as condições sócio econômicas baixas da população mais carente e a impotência da mesma diante das doenças (E10).

Observou-se que os pesquisados reagem de forma diferente em relação aos sentimentos pelo paciente. Alguns manifestam sentimentos positivos em relação ao paciente, outros têm sentimentos que podem levar ao adoecimento emocional desse profissional, como exemplo a absorção dos problemas do paciente, angústia. Segundo Maslach e Jackson (1981), profissões que lidam diretamente com o sofrimento, como é o caso dos médicos entrevistados, tem maior propensão à Síndrome de *Burnout*. Outro sentimento apresentado pelos médicos pesquisados foi a frieza emocional, que é apontado pelos mesmos autores como uma reação à tensão emocional gerada pelo contato direto com os pacientes em situação de risco, a qual é uma característica básica do processo de despersonalização.

5.3.2.2 Sentimento em relação ao estímulo trabalho

No que se refere aos sentimentos que os médicos nutrem em relação ao trabalho, foi consensual que há satisfação e orgulho pelo trabalho que fazem, mas também há receio e medo de não conseguir fazer o que precisa.

Apesar de todos os entrevistados terem orgulho e satisfação pelo que fazem todos também apontaram pontos negativos da tarefa que realizam, como tristeza, frustração, decepção, estresse, insegurança e sentimentos ambíguos e

contraditórios ao mesmo tempo. A esse respeito os entrevistados relatam seus principais sentimentos:

Às vezes tenho medo de não conseguir fazer o que precisa. Também sinto, orgulho e felicidade de fazer o que faço (E1).

As emoções são fortes e intensas. Muita adrenalina, mas também receio e medo em determinadas ocasiões. Alegria e felicidade na maioria das vezes. Tristeza algumas vezes. Raiva algumas vezes (E5).

Alegria, incredulidade, raiva satisfação, insatisfação, duvida e certeza. Tudo depende do dia de trabalho (E8).

Algumas alegrias, muitas frustrações, algumas decepções e pouco reconhecimento (E9).

Emoções muito fortes, adrenalina ao extremo, sensação de insegurança em ambientes perigosos (E10).

O sentimento mais demonstrado pelos médicos em relação à profissão foi a satisfação e orgulho pelo seu trabalho, mas também há receio e medo de não conseguir fazer o que precisa, o que demonstra uma dualidade de sentimentos vivenciada no ambiente de trabalho.

5.3.2.3 Enfrentamento das emoções do trabalho

Esta categoria de análise aborda a forma como os médicos enfrentam as emoções que emergem no ambiente de trabalho. Neste sentido, constatou-se que a maior parte dos entrevistados tenta não levar os assuntos e problemas do trabalho para casa. Os relatos que se seguem ilustram esta situação:

Sou mais tranquilo e não levo nada para casa (E1).

Lido bem com as dificuldades e tento deixá-las no trabalho (E2).

Tento deletar essas emoções, as vezes consigo, as vezes não. Muitas vezes sinto-me exaurida e desgastada, mas tenho que entender que são os “ossos do meu ofício” (E6).

Procuro não levar os problemas do SAMU para casa e para o meu convívio familiar. Deixo o trabalho no SAMU (E7).

Foi relatado também que há um esforço para esquecer os problemas, mas que muitas vezes não se consegue. Uma entrevistada relatou que busca a terapia como forma de ajudar no enfrentamento dessas emoções, a exemplo:

Faço psicoterapia, converso com amigos e familiares (E3).

Outro entrevistado diz não conseguir enfrentar as emoções advindas do contexto de trabalho do médico que atua na urgência e emergência, e que muitas vezes acaba levando os problemas para casa e descontando na família, pois o ambiente de trabalho não permite extravasar essas emoções:

Acabo absorvendo essas emoções sem poder extravasar no trabalho, sobra para mim mesmo ou para as pessoas de convívio mais íntimo (E4).

Em síntese, a maioria dos médicos relatou lidar bem com os problemas advindos do trabalho. Porém, alguns relataram buscar ajuda com amigos, familiares ou terapeuta porque não conseguem se libertarem das emoções negativas. Essa conduta remete ao que Maslach (1976) definiu como despersonalização, na qual o médico ou profissional acometido pela síndrome de *Burnout* passa a lidar com as situações desgastantes advindas do trabalho de forma fria e impessoal, e muitas vezes desconta a exaustão adquirida no trabalho em membros da família ou pessoas do convívio social.

5.3.4 Baixa realização profissional

Nesta unidade de registro são analisados aspectos referentes à baixa realização no trabalho, e aborda os temas que emergiram das seguintes categorias: reconhecimento no trabalho, realizações e alegrias advindas da profissão, autoavaliação profissional, motivação no trabalho, expectativas profissionais e remuneração ou retorno do investimento profissional.

5.3.4.1 Reconhecimento pelo trabalho

Esta subcategoria aborda o reconhecimento que o médico que atua na urgência e emergência recebe. Pela análise dos dados observa-se que poucos entrevistados se sentem reconhecidos e valorizados socialmente pelo que fazem, como relatado pelo seguinte entrevistado:

Pessoalmente me sinto feliz em fazer o que faço. Socialmente, sinto que as pessoas reconhecem e valorizam o nosso trabalho (E1).

Foi relatado que o reconhecimento, muitas vezes, só acontece entre os próprios

médicos e que esperavam mais pela importância do trabalho que realizam. Segundo o relato dos entrevistados abaixo, o reconhecimento é quase anônimo:

Acredito não ter tanto reconhecimento no geral, esperava ter mais (E3).

O reconhecimento não é grande, pois é uma tarefa, um trabalho, sem holofotes, na maioria das vezes anônima (E4).

Muito ruim. Não somos reconhecidos pela intensidade e potencialidade de risco e dedicação que nosso trabalho exige (E8).

Acredito que o reconhecimento só existe entre os membros da equipe mesmo (E9).

Elevado reconhecimento no atendimento de rua. Reconhecimento ruim no plantão da regulação uma vez que temos que orientar sobre o não envio de ambulâncias pelo telefone e isso gera muito estresse (casos que não atendem os requisitos do atendimento por ambulâncias e só recebem uma orientação) (E10).

Observou-se que há uma insatisfação dos médicos em relação ao reconhecimento social e profissional do trabalho que desempenham. Segundo eles, o reconhecimento pelo trabalho, que demanda grande esforço e dedicação, na maioria das vezes é muito baixo, principalmente pela expectativa dos familiares e do próprio paciente não poder ser atendida em todos os casos. Eles esperavam um reconhecimento muito maior. Essa insatisfação manifestada pelos médicos pesquisados é apontada por diferentes autores (MASLACH; SCHAUFELI; LEITER, 2001; GIL-MONTE; MORENO-JIMÉNEZ, 2007; VICENTE; OLIVEIRA; MAROCO, 2013) como uma forte ameaça para a identidade e a saúde do trabalhador, podendo levá-lo à exaustão e ao adoecimento.

5.3.4.2 Realizações e alegrias advindas do trabalho

Esta categoria de análise se refere às realizações e às alegrias decorrentes da profissão e da atuação como médico da urgência e emergência. A maior parte dos entrevistados relatou se sentir realizado pessoal e profissionalmente.

Foi relatado um sentimento de alegria e realização quando conseguem salvar o paciente e também com relação ao reconhecimento dos familiares dos pacientes:

Sinto-me muito realizado e gratificado na grande maioria das vezes que vou para o plantão e que volto dele. Principalmente por ter ajudado ou contribuído pessoalmente com cada atendimento e com cada paciente, mas também com a saúde pública de maneira geral (E5).

Sinto alegria e satisfação quando percebo que fazemos a diferença naquele atendimento, na sobrevivência da pessoa. Que o paciente sobreviveu graças a nossa intervenção (E9).

Sinto reconhecimento profissional, respeito profissional, reconhecimento dos familiares de vítimas atendidas quando conseguimos salvar o paciente, reconhecimento divino (E10).

Um entrevistado diz se sentir feliz com o reconhecimento da própria família:

Fico feliz ao mostrar e dizer para meu filho de 4 anos que estou indo trabalhar na ambulância. Ter a oportunidade de salvar vidas e evitar mortes desnecessárias (E5).

Outro entrevistado se diz feliz e realizado com a remuneração que recebe:

Bastante realizado, sinto-me feliz com o que eu faço. Eu acredito que eu sou remunerado para isso (E1).

Evidenciou-se que os médicos se sentem realizados com seu trabalho, enquanto médicos, e que sentem orgulho da profissão e da tarefa de salvar vidas. Outros pesquisadores como Carneiro e Gouveia (2004) também constaram em sua pesquisa que apesar das dificuldades da prática médica no Brasil, esses profissionais se sentem honrados e satisfeitos com a escolha profissional, e afirmam que mesmo exercendo sua atividade em um contexto de trabalho difícil, se sentem satisfeitos e realizados pessoal e profissionalmente. Diante dessas constatações, infere-se que os médicos encontram uma recompensa intrínseca relacionada a prática da medicina, independentemente do contexto e das condições em que a pratica.

5.3.4.3 Auto avaliação profissional

Esta categoria de análise se refere à forma como os médicos se auto avaliam em relação à produtividade e crescimento profissional. Observou-se que há um consenso entre os médicos em se considerarem bons profissionais e perceberem um crescimento profissional e pessoal no dia a dia. Os relatos que se seguem resumem a percepção dos entrevistados:

Me auto avalio bem, apesar da minha idade tenho conseguido me desenvolver progressivamente no conhecimento e na habilidade (E1).

Acredito que todos os dias cresço um pouco mais e preciso estudar para sanar deficiências encontradas no caminho (E3).

Considero o meu desenvolvimento profissional muito bom, acima da média.

Porem, claro, abaixo de vários grandes profissionais com quem trabalho e aprendo (E7).

Conclui-se que a auto avaliação dos médicos em relação ao próprio trabalho é positiva, porém acreditam ser importante a busca por crescimento e aprendizagem diários juntamente com a equipe de trabalho e profissionais de referencia em suas áreas de atuação.

5.3.4.4 Motivação no trabalho

A análise dos dados revelou que o principal fator motivação na profissão para a maioria dos entrevistados é o amor pela profissão. O trabalho médico contém também uma motivação intrínseca, manifesta pela satisfação em salvar pessoas, ajuda-las em momentos de dificuldade e perceber o reconhecimento da família, conforme mostram os relatos a seguir:

Meus pacientes me motivam muito. Poder mudar a vida das pessoas e ajuda-las são sentimentos muito gratificantes (E1).

Para realizar o nosso trabalho é fundamental o amor pela profissão (E2).

O aprendizado com grandes profissionais, aprendizado diário com pacientes e família, a gratidão por ser tão privilegiado mas em contrapartida muita revolta pelas desigualdades. A ajuda com a saúde dos pacientes, o reconhecimentos das famílias e dos pacientes (E4).

Em síntese, o principal fator motivador na percepção dos médicos é o amor pela profissão. Segundo Carneiro e Gouveia (2004), isso remete à ideia de que a profissão médica é um ato devocional, o qual associa a ideia de um chamado divino e de que a pessoa foi escolhida por Deus para exercer esta profissão.

5.3.4.5 Expectativas profissionais

Quanto às expectativas que os médicos têm em relação à execução do trabalho e ao retorno que a profissão possibilita, a análise dos dados revelou que as expectativas que os médicos tem em relação a profissão são muito maiores do que podem ser realizadas. Alguns entrevistados relataram que esperavam ganhar mais do ganham, ter maior reconhecimento social e profissional. Os relatos que se seguem ilustram essa situação:

Nossas expectativas muito maiores do que realmente podemos alcançar. O

salario não corresponde ao trabalho que fazemos e o desgaste é muito maior do que o retorno recebido (E2).

As expectativas são muitas, porem nem sempre são alcançadas. Na maioria das vezes são frustrantes. Sempre espero melhoras no local de trabalho e no salario (E4).

Apesar de estar e me sentir muito bem atualmente na profissão, bem acima do que quando eu comecei, infelizmente estou muito aquém do que imaginava no inicio da minha profissão (E7).

Esperava ganhar bem mais e ter um reconhecimento muito maior (E9).

Conclui-se que a expectativa em relação à profissão é muito maior do que ela pode oferecer. Os médicos acreditam que os salários não são condizentes com o trabalho que realizam. Assim, sucesso profissional para esses profissionais está centrado na expectativa de elevado retorno financeiro.

5.3.4.6 Remuneração e retorno do investimento profissional

Neste tópico aborda como os médicos percebem a remuneração e o retorno sobre o na sua formação profissional. A análise dos dados revelou que a totalidade dos entrevistados considera sua remuneração muito baixa em relação ao investimento pessoal e ao esforço profissional. Relataram que a remuneração é muito ruim quando comparada a outras especialidades médicas, mas muito melhores quando comparadas a outras profissões. Os relatos a seguir ilustram esta avaliação;

A remuneração é baixa pelo que faço, mas quando me comparo com a sociedade acredito que ganho bem e tenho bastantes benefícios (E1).

A remuneração esta abaixo do esperado para o nível do trabalho e a responsabilidade e nível técnico exigido, principalmente quando comparado a outras especialidades da medicina (E4).

Muito ruim, apesar de ainda ser boa em comparação com a maioria das demais profissões (E8).

O retorno é péssimo. Não condizente com as responsabilidades e com a cobrança inerentes a nossa profissão (E10).

Observou-se uma grande insatisfação dos médicos em relação à remuneração e ao retorno sobre o investimento profissional. Evidenciou-se que apesar da profissão médica ser socialmente identificada como de elevado retorno financeiro, os profissionais da área acreditam que o salario não é condizente com o esforço, dedicação e responsabilidades exigidos na profissão.

Sintetizando os dados analisados sobre a síndrome de *Burnout*, constatou-se que o esforço físico, mental e intelectual são os principais fatores de desgaste no trabalho dos médicos pesquisados. O trabalho desses profissionais é realizado sob intensa pressão por assertividade. Os recursos ineficientes e o sentimento de insegurança levam à exaustão emocional, que é um dos elementos do diagnóstico da síndrome de *Burnout*.

Constatou-se por meio da análise que as categorias pertinentes ao estímulo no trabalho e esforço no trabalho, podem indicar a presença de exaustão emocional no exercício do trabalho dos profissionais pesquisados. Esses fatores dizem respeito às sensações de exaustão, desgaste e angústia.

Com relação às *estratégias defensivas*, constatou-se que os médicos têm dificuldade de lidar com o desgaste advindo do trabalho. Assim, eles acabam descontando na família e em pessoas do convívio pessoal. A ideia recorrente de abandono da profissão por alguns médicos também foi considerada uma estratégia defensiva. Observou-se ainda a falta de suporte da instituição empregadora no sentido de promover um ambiente de trabalho mais saudável. Os dados dessa categoria de análise sugerem que as estratégias defensivas adotadas pelos pesquisados são frágeis e indicam a propensão ao desencadeamento da síndrome de *Burnout*.

Na análise da categoria despersonalização, observou-se que os médicos nutrem um sentimento de afeto e respeito pelos pacientes, mas também absorvem os sentimentos negativos que emergem do relacionamento com o paciente e da situação em que ele se encontra. O sentimento relatado com mais frequência entre os médicos em relação à profissão foi a satisfação e orgulho pelo trabalho que fazem, mas eles também tem receio e medo de não conseguir fazer o que precisa, o que demonstra novamente uma dualidade de sentimentos vivenciada no ambiente de trabalho. Os médicos se dizem lidar bem com os problemas do trabalho, mas relatam trata-los com impessoalidade, deixando-os no trabalho ou, quando não conseguem esquecer, acabam descontando na família ou pessoas de convívio próximo.

No quesito baixa realização profissional, os médicos apontaram um descontentamento com o reconhecimento e a remuneração. Na percepção deles, as recompensas não são condizentes com o esforço e dedicação aplicados na realização do trabalho. Apesar disso, se dizem realizados pessoalmente pela tarefa de salvar vidas e que isso faz com que eles permaneçam na profissão. Todos os médicos se auto avaliam positivamente e dizem crescer pessoal e profissionalmente todos os dias. Para eles, o fator que mais motiva a permanência no trabalho é o amor pela profissão e, apesar das expectativas serem maiores que a realidade, a remuneração não condizente com a expectativa não é um fator de abandono da profissão.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este capítulo retoma os objetivos da pesquisa e descreve seus principais resultados, contribuições e limitações. Sugestões para futuras pesquisas são também apontadas.

O objetivo geral desta pesquisa foi descrever e analisar os elementos potencialmente propensores da Síndrome de *Burnout* na profissão médica, segundo a percepção de profissionais atuantes no atendimento de urgência e emergência na cidade de Belo Horizonte/MG. Para o alcance desse objetivo foram definidos os seguintes objetivos específicos:

1. Caracterizar o contexto do trabalho do médico que atua no serviço de atendimento de urgência e emergência;
2. Identificar os elementos propensores à Síndrome de *Burnout* no trabalho do médico que atua no serviço de atendimento de urgência e emergência;
3. Identificar as estratégias utilizadas pelos médicos para lidar com a pressão e exaustão no trabalho.

Quanto aos procedimentos metodológicos, realizou-se um estudo de descritivo, de abordagem qualitativa, ancorada em uma perspectiva interpretativa, que possibilitou uma análise e compreensão aprofundada do caso estudado. Delimitou-se como unidade de análise o conteúdo e o contexto do trabalho de médicos que atuam há, pelo menos, um ano em atendimento de urgência e emergência, e suas implicações para o desencadeamento da Síndrome de *Burnout*. Foram entrevistados 10 profissionais médicos que atuavam no SAMU da cidade de Belo Horizonte. O número de 10 participantes foi definido seguindo as recomendações de Thiry Cherques (2009) de que a saturação dos dados tende a ocorrer até a 12ª entrevista.

Os dados foram coletados por meio de entrevista estruturada (APENDICE A), composta de 3 (três) seções, a qual a primeira seção abordou dados demográficos dos pesquisados; a segunda seção abordou o contexto do trabalho no qual se focou a organização do trabalho, as condições do trabalho e as relações sócioprofissionais inspirada na teoria da Psicodinâmica do Trabalho. Finalmente, a terceira seção tratou dos elementos propensores à Síndrome de *Burnout*, a qual foi estruturada em

quatro subseções: exaustão emocional, estratégias defensivas, despersonalização e baixa realização profissional. Esta seção foi elaborada com base no instrumento de pesquisa quantitativo MBI (*Maslach Burnout Inventory*) de Maslach (1976), adaptado a abordagem qualitativa da presente pesquisa.

O contexto de trabalho dos médicos pesquisados foi analisado segundo três dimensões: organização do trabalho, condições de trabalho e relações sócioprofissionais.

O conteúdo dos dados relativos à unidade de registro “organização do trabalho” revelou seis categorias de temas principais relativos ao contexto de trabalho dos médicos pesquisados: rotina de trabalho, exigências do ambiente de trabalho, planejamento e cobranças, competências requeridas, eficiência dos meios de comunicação e tomada de decisão.

No tocante a Rotina de Trabalho, constatou-se que o trabalho dos entrevistados é diversificado e realizado sob muita pressão, dentro de uma rotina intensa e exaustiva.

Quanto as “Exigências do ambiente de Trabalho”, evidenciou-se que para a realização eficiente do trabalho os médicos são altamente demandados em competência técnica, competência emocional e relacional e também necessitam de boa capacidade física, concentração e atenção a tudo. Além disso, é primordial o cuidado com o paciente para não levá-lo a perder a vida.

No que se refere ao “Planejamento e Cobranças”, os médicos de serviços de urgência e emergência realizam seu trabalho segundo uma prescrição de ações bem fixadas por meio de protocolos e grades de urgência. Porém, precisam tomar decisões técnicas segundo seu próprio conhecimento e julgamento. Em relação ao ambiente administrativo, o planejamento das atividades é frágil, as informações são inadequadas e insuficientes, e precisam cumprir rigorosamente as escalas de plantões e respeitar as chefias.

Ficou evidente que para os pesquisados a competência técnica é a mais importante para a realização do trabalho com segurança e qualidade. As competências humanas, emocional e relacional são relevantes, porém secundárias em seu processo de trabalho.

A análise dos dados evidenciou que as decisões técnicas sobre os pacientes são baseadas em protocolos, no conhecimento individual, na intuição e com apoio dos colegas. Embora essas decisões sejam respaldadas por procedimentos pré-definidos, ocorrem conflitos entre profissionais e setores em relação a algumas decisões tomadas. O envolvimento desses profissionais com decisões organizacionais é praticamente inexistente.

Em relação a unidade de registro “Condições de Trabalho” emergiram da análise dos dados três categorias de análise: adequação do ambiente de trabalho, sentimento de segurança no trabalho, qualidade e disponibilidade de recursos para o trabalho.

Em relação à “Adequação do ambiente de trabalho”, constatou-se que a estrutura, a organização e a gestão do trabalho específico do médico são adequadas. Porém, as condições em que o trabalho é realizado são inadequadas.

Quanto ao “Sentimento de segurança no trabalho”, os médicos pesquisados se sentem inseguros por trabalhar em ambiente externo onde há falta de segurança pública, e por usarem equipamentos de transporte com manutenção inadequada.

Em relação à “Qualidade e disponibilidade de recursos de trabalho”, constatou-se que esses são insuficientes, ultrapassados e inadequados.

Quanto a unidade de registro “Relações Sócioprofissionais” emergiram da análise dos dados as seguintes categorias: relacionamento com a chefia, relacionamento com a equipe, relacionamento com o paciente e família.

Constatou-se que o relacionamento com suas chefias foi considerado ótimo pelos pesquisados. Além disso, as chefias procuram ser transparentes, respeitosas e apoiadoras na solução dos problemas que emergem para as equipes.

No geral, o relacionamento entre colegas e equipes foi considerado adequado. Entretanto, alguns profissionais se dedicam apenas ao seu trabalho como médico, se envolvendo pouco com seus colegas de trabalho.

Finalmente, os médicos que trabalham nas unidades móveis (ambulâncias),

consideram seu relacionamento adequado com os pacientes e seus familiares. No entanto, os médicos que trabalham na Central de Regulação vivenciam um relacionamento conflitivo com os solicitantes de atendimento, tendo em vista que nem toda solicitação se enquadram no perfil de atendimento de urgência. Nestes casos os solicitantes não aceitam a negativa e, às vezes, reagem de forma agressiva ao profissional que o atendeu.

Quanto aos elementos da Síndrome de *Burnout* no trabalho dos médicos pesquisados foram analisadas como unidades de registro, quatro dimensões sugeridas por Maslach (1976): exaustão emocional, estratégias defensivas, despersonalização e baixa realização profissional.

Cada uma dessas unidades de registro foi subdivida em várias categorias que emergiram da análise do conteúdo dos relatos das entrevistas realizadas. Assim, a análise dos dados de cada unidade de registro e categoria foi apresentada em uma seção específica, visando, ao final do processo, apresentar uma compreensão clara e aprofundada dos elementos do trabalho em urgência e emergência, que podem ser propensores à síndrome de *Burnout* nos médicos pesquisados.

Da unidade de registro “Exaustão Emocional” emergiram duas categorias de análise: sensações diante dos estímulos do trabalho e esforço despendido no trabalho. Neste sentido, os sentimentos positivos mais vivenciados pelos médicos no ambiente de trabalho é a sensação de dever cumprido e o prazer em ajudar as pessoas. Por outro lado, eles vivenciam sensações negativas advindas do trabalho como exaustão, desgaste e angústia. Constatou-se que o esforço físico é o mais demandado, principalmente quando os pesquisados estão em atendimento nas ambulâncias. O trabalho na Central de Regulação demanda um intenso esforço mental. O trabalho do médico que atua na urgência e emergência é imprevisível e apresenta dualidades que geram sofrimento ao trabalhador. Eles trabalham sob constante pressão de assertividade, gerando um intenso desgaste psicológico.

Quanto a unidade de registro “Estratégias Defensivas”, constatou-se que grande parte dos médicos tem dificuldade em encontrar estratégias para lidar com o desgaste físico, emocional e intelectual advindo do trabalho, o que corrobora para a exaustão e o adoecimento. Observou-se também que a instituição empregadora não

tem qualquer programa de suporte para auxiliar esses profissionais a superarem esse desgaste decorrente do trabalho médico. Apesar dos pesquisados relatarem que existe falta de reconhecimento, insatisfação com a remuneração, desgaste e esforço excessivo no exercício do trabalho, eles sentem amor pelo que fazem e a maioria nunca pensou em abandonar a profissão.

No que tange à unidade de registro “Despersonalização”, três categorias foram evidenciadas: sentimentos pelo paciente, sentimento em relação ao trabalho e enfrentamento das emoções do trabalho. Quanto aos sentimentos pelo paciente, constatou-se certa ambiguidade de sentimentos positivos e negativos. Por um lado sentem afeto, respeito e carinho. Por outro, sentem pena e, às vezes, absorção dos problemas dos pacientes. Quanto aos sentimentos em relação ao trabalho, todos os entrevistados relataram orgulho e satisfação pelo que fazem. Porém, relataram também sentimentos de tristeza, frustração, decepção, estresse e insegurança no exercício da profissão. Assim, a dualidade de sentimentos vivenciados no ambiente de trabalho é constante na vida desses indivíduos. Em relação ao enfrentamento das emoções do trabalho, a maioria dos pesquisados relatou que consegue separar os problemas do trabalho daqueles da sua vida social e familiar, mas alguns relataram que buscam ajuda com amigos, familiares e psicoterapeutas para superarem suas dificuldades.

Da análise dos dados referentes à unidade de registro “Baixa realização profissional” emergiram as categorias de análise: reconhecimento no trabalho, realizações e alegrias advindas da profissão, auto avaliação profissional, motivação no trabalho, expectativas profissionais, remuneração e retorno do investimento profissional.

A análise dos dados revelou que os pesquisados sentem que seu trabalho é socialmente reconhecido, mas o reconhecimento pela instituição empregadora é muito baixo, apesar do elevado esforço e dedicação que dispõem em seu trabalho. Além disso, os pacientes e seus familiares não reconhecem o esforço do médico na tentativa de prover um atendimento que, às vezes, não pode ser realizado. Apesar do reconhecimento baixo, os médicos sentem orgulho da profissão e realizados com o trabalho de salvar vidas.

A auto avaliação dos médicos em relação ao próprio trabalho é positiva, porém

acreditam ser importante a busca por crescimento e aprendizagem diários juntamente com a equipe de trabalho e profissionais de referência na sua área de especialidade.

Constatou-se também que o nível de expectativa dos médicos em relação a sua profissão é muito superior ao que a profissão oferece na prática profissional. Eles interpretam que sucesso na profissão significa elevado retorno financeiro. Neste sentido, sempre argumentam que os salários que recebem não são condizentes com o trabalho que realizam e com o investimento pessoal que fizeram na sua formação profissional.

Finalmente conclui-se que, das categorias analisadas a respeito do contexto de trabalho dos médicos pesquisados, apenas a categoria relacionamento com a chefia foi apontada como satisfatória. Em todas as demais categorias constataram-se características que foram apresentadas no referencial teórico desta pesquisa como potencialmente desencadeadoras da Síndrome de *Burnout*. Soma-se a isso que na análise das categorias referentes às dimensões da Síndrome de *Burnout*, apenas as categorias realizações e alegrias advindas da profissão, auto avaliação profissional e motivação no trabalho, foram apontadas como satisfatórias. Ainda assim, esta satisfação advém de fatores intrínsecos da profissão médica. Em relação às demais categorias, ficou evidente o elevado esforço no trabalho, a grande dificuldade em lidar com o desgaste e a pressão advindos do trabalho, a absorção de sentimentos em relação ao paciente, o sentimento de baixo reconhecimento pelo trabalho, o conflito de expectativas profissionais e a insatisfação com a remuneração e o retorno sobre o investimento na formação profissional. Portanto, a profissão médica em serviços de urgência e emergência, apresenta a maior parte das dimensões descritas por Maslach (1976) como desencadeadoras da Síndrome de *Burnout*.

Quanto à contribuição acadêmica, o presente trabalho contribui para ampliar o conhecimento sobre o contexto de trabalho e os riscos de adoecimento da categoria profissional estudada, e para reforçar os resultados de pesquisas já realizadas, formando uma base teórica e conceitual mais sólida sobre o tema pesquisado. Além disso, os resultados da pesquisa podem contribuir para a orientação de estudantes que pretendem ingressar na carreira médica, fornecendo-lhes as características tanto positivas quanto negativas da profissão que poderão vir a abraçar.

Do ponto de vista organizacional, este estudo apontou as características do contexto de trabalho que geram riscos de adoecimento físico, social e emocional aos profissionais pesquisados, como: crescentes demandas de trabalho, jornadas exaustivas de trabalho, escassez e inadequação dos recursos de trabalho, inadequação e insalubridade do ambiente de trabalho, demanda da população por atendimento rápido e eficiente. Ciente destas dimensões do trabalho dos profissionais pesquisados a instituição empregadora poderá implantar mudanças para mitigar os problemas identificados.

Quanto á contribuição social acredita-se que se as instituições empregadoras implantarem condições de trabalho adequadas para esses profissionais, os cidadãos que necessitarem dos serviços de urgência e emergência médica poderão receber um atendimento de melhor qualidade. Os profissionais da área, por sua vez, poderão desempenhar suas funções em um ambiente que preserva e previne a ocorrência de transtornos físicos, sociais e emocionais.

Observou-se como limitação da presente pesquisa o fato de, o roteiro de entrevista elaborado para atender aos objetivos da pesquisa, conter 26 perguntas o que demandou um tempo relativamente grande de participação dos entrevistados na pesquisa, o que pode ter gerado ansiedade para o fornecimento das respostas. Além disso, como a pesquisa ficou circunscrita ao contexto de uma única instituição, o SAMU/MG, os resultados não podem ser generalizados para contextos de serviços de urgência e emergência de hospitais e pronto-socorro.

Considerando o exposto anteriormente, recomenda-se que outras pesquisas sejam realizadas com médicos que atuam em serviços de urgência e emergência de hospitais públicos e privados, da capital e do interior, de modo a construir uma base conceitual mais consolidada sobre as condições de trabalho e riscos de adoecimento pela síndrome de *Burnout* da categoria profissional estudada.

REFERÊNCIAS

- ADRIAENSSENS, J.; DE GUCHT, V.; MAES, S. Determinants and prevalence of *Burnout* in emergency nurses: A systematic review of 25 years of research. **International journal of nursing studies**, Amsterdam: Elsevier. v. 52, n. 2, p. 649-661, 2015.
- ALVES-MAZZOTTI, A. J.; GEWANDSZNAJDER, F. As ciências sociais são ciências. In: ALVES-MAZZOTTI, A. J.; GEWANDSZNAJDER, F. **O método nas ciências naturais e sociais** - pesquisa quantitativa e qualitativa. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, v. 2, p. 112-128, 2004.
- ANGELINI, R. A. V. M. *Burnout*: a doença da alma na educação e sua prevenção. **Revista Psicopedagogia**, São Paulo, v.28, n.87, p.262-272, 2011.
- ASKEN, M. J.; RAHAM, D. C. Resident performance and sleep deprivation: a review. **Academic Medicine**. Arizona, v. 58, n. 5, p. 382-8, 1983.
- AUBERT, N. A neurose profissional. In: CHANLAT, J. F. (Coord.). **O indivíduo na organização**. São Paulo: Atlas, 1993.
- AZEVEDO *et. al.* Organização de serviços de emergência hospitalar: uma revisão integrativa de pesquisas. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 12, n. 4, p. 736 – 45. 2010.
- BAGGIO, L.; LIMA, I. A.; KOVALESKI, J. L. A satisfação do trabalhador na área industrial: o caso da indústria madeireira “PP”. In: ENCONTRO NACIONAL DE ENGENHARIA DE PRODUÇÃO, 26., 2006, Fortaleza. **Anais...** Rio de Janeiro: ABEPRO, 2006.
- BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa, Portugal: Edições 70 LDA, 2016.
- BARROS, A. N.; ANDRADE, C. R.; GUIMARÃES, L. V. M. O lugar do trabalho na psique dos indivíduos: luto, melancolia e auto-aniquilamento do ego. In: ENCONTRO DA ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE PÓS GRADUAÇÃO E PESQUISA EM ADMINISTRAÇÃO – EnANPAD, 23., 2008. **Anais...** Rio de Janeiro: ANPAD, 2008.
- BARROS, V. A.; CARRETEIRO, A. P. Clínicas do Trabalho: contribuições da psicossociologia no Brasil. In: BENDASSOLLI, P. F.; SOBOLL, L. A. (Orgs.). **Clínicas do trabalho**: novas perspectivas para compreensão do trabalho na atualidade. São Paulo: Atlas, 2011.
- BAUER, M. W.; GASKELL, G. (Ed.). **Qualitative researching with text, image and sound**: A practical handbook for social research. London: Sage, 2000.
- BENEVIDES-PEREIRA, A. M. T. *Burnout*: o processo de adoecer pelo trabalho. In: BENEVIDES-PEREIRA, A. M. T. (Org.) **Burnout**: quando o trabalho ameaça o bem estar do trabalho. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002.

BENNETT, J. C.; PLUM, F. **Cecil**: Tratado de Medicina Interna. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, Vol. 2. 1997.

BIANCHI, R.; SCHONFELD, I. S.; LAURENT, E. *Burnout* - depression overlap: A review. **Clinical psychology review**. Amsterdam: Elsevier. v. 36, p. 28-41, 2015.

BOECHAT, M. Á. M.; FERREIRA, M. C. Preditores individuais e organizacionais do *Burnout* em servidores públicos federais. **Psicologia, Saúde & Doenças**. Lisboa, v. 15, n. 3, p. 738-750, 2014.

BRAGARD, I.; DUPUIS, G.; FLEET, R. Quality of work life, *Burnout*, and stress in emergency department physicians: a qualitative review. **European Journal of Emergency Medicine**. Bélgica: Aartselaar, v. 22, n. 4, p. 227-234, 2015.

BRILL, P. L. The need for an operational definition of *Burnout*. **Family & Community Health: The Journal of Health Promotion & Maintenance**. USA: 6 (4), p.12-24. 1984.

BUTTERFIELD, P. S. **The stress of residency**: a review of the literature. Arch Intern Med, 1988.

CANÇADO, V. L.; SANT'ANNA, A. Mecanismos de defesa. In: MENDES, M. A.; MERLO, A. R. C.; VIEIRA, F. O. V (Orgs.). **Dicionário crítico de gestão e psicodinâmica do trabalho**. Paraná: Juruá, p. 249-254, 2013.

CARNEIRO, M. B. e GOUVEIA, V. V. (Orgs.). **O médico e o seu trabalho**. Brasília, DF: Conselho Federal de Medicina, 2004.

CHERNISS, C. **Professional Burnout in human service organizations**. Praeger Publishers, 1980.

CODO, W; VASQUES-MENEZES, I. O que é *Burnout*? In: CODO, W. (Coord.). **Educação: carinho e trabalho**. Petrópolis: Vozes, 1999.

COLLIS, J.; HUSSEY. R. **Pesquisa em administração**. São Paulo: Bookman, 2005.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Número de médicos com registros primários e ativos**. Brasília, 2007. Disponível em: < <http://www.portalmedico.org.br/index.asp?opcao=estatisticas&portal> >. Acesso em: 10 de abril de 2017.

COX, T.; KUK, G.; LEITER, M. P. *Burnout*, health, work stress, and organizational healthiness. In: SCHAUFELI, W. B.; MASLACH, C.; MAREK, T. (Eds.). **Professional Burnout: Recent Developments in Theory and Research**. Philadelphia: Taylor & Francis.1993.

DEJOURS, C. **A loucura do trabalho**: estudo de psicopatologia do trabalho. São Paulo: Cortez, 1998.

DEJOURS, C. Uma nova visão do sofrimento humano nas organizações. **A banalização da injustiça social**. 4. ed. Rio de Janeiro: FGV, 2001.

DEJOURS, C. **O fator humano**. Trad. Maria Irene S. Betiol e Maria José Tonelli. Rio de Janeiro: FGV, 2002.

DEJOURS, C. **A banalização da injustiça social**: identidade, reconhecimento e transgressão no trabalho. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2003.

DEJOURS, C. Subjetividade, trabalho e ação. **Revista Produção**, São Paulo, v. 14, n.3, p. 27- 34, set./dez. 2004.

DEJOURS, A psicodinâmica do trabalho na pós-modernidade. In: MENDES, A. M.; LIMA, S. C. C.; FACAS, E. P. (Orgs.). **Diálogos em psicodinâmica do trabalho**. Brasília: Paralelo 15, 2007.

DEJOURS, C. Addendum da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho. In: LANCMAN S.; SZNELWAR, L. I. (Orgs.). DEJOURS, C. **Da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho**. Brasília: Paralelo 15, 2008.

DEJOURS, C.; BÈGUE, F. **Suicídio e trabalho**: o que fazer? Brasília: Paralelo 15, 2010.

DEJOURS, C.; ABDOUCHELI, E.; JAYET, C. **Psicodinâmica do trabalho**: contribuições da escola dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho. São Paulo: Atlas, 1994.

DEJOURS, C.; ABOUCHELI, E. Desejo ou motivação? A interrogação psicanalítica do trabalho. In: DEJOURS, C.; ABDOUCHELI, E.; JAYET, C. **Psicodinâmica do trabalho**: contribuições da escola dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho. São Paulo: Atlas, 1994.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GIL-MONTE, P. R.; JIMÉNEZ, B. M. **El síndrome de quemarse por el trabajo (Burnout)**: grupos profesionales de riesgo. Madrid: Pirámide, 2007.

GUEDES, M. N. **Terror psicológico no trabalho**. 2 ed. São Paulo: LTR, 2004.

GUIMARÃES E BORGES, R. S.; MARQUES, A. L. Gestão da Mudança: uma alternativa para a avaliação do impacto da mudança organizacional. **Revista de Administração FACES Journal**. Belo Horizonte, v. 10, n. 1, 2011.

GODOY, A. S. Pesquisa qualitativa: tipos fundamentais. **Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v. 35, n. 3, p. 20-29, 1995.

GODOY, S. C. B. **Prazer e sofrimento do enfermeiro na relação com o trabalho**: estudo em um hospital de urgência e emergência de Belo Horizonte. 2009. Tese (Doutorado em Enfermagem) Universidade Federal de Minas Gerais,

Belo Horizonte. 2009.

GODOI, C. K.; BANDEIRA-DE-MELLO, R.; SILVA, A. B. **Pesquisa qualitativa em estudos organizacionais: paradigmas, estratégias e métodos**. São Paulo: Saraiva, v. 2, 2006.

GODOI, C. K.; MATTOS, P. L. C. L. de. Entrevista qualitativa: instrumento de pesquisa e evento dialógico. In: GODOI, C. K.; MELO, R. B. de; SILVA, A. B.. **Pesquisa Qualitativa em Estudos Organizacionais - Paradigmas, Estratégias e Métodos**. São Paulo: Saraiva, 2006.

HACKMAN, J. R.; OLDHAM, G. R. Development of the job diagnostic survey. **Journal of Applied psychology**. Washington, v. 60, n. 2, p. 159, 1975.

HEEB, J.L.; HABEREY-KNUESSI, V. Health professionals facing *Burnout*: what do we know about nursing managers? **Nursing research and practice**, New York, v. 2014, 2014.

HONÓRIO, L. C. **Cisão e privatização: impactos sobre a qualidade de vida no trabalho de uma empresa de telefonia celular**. 1998. 160 f. Dissertação (Mestrado em Administração) – Faculdade de Ciências Econômicas, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte. 1998.

KINDI, E. **Os sentidos de experiências de trabalho em tempos de flexibilização**. 2013. 122f. Dissertação (Mestrado) Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo. 2013.

LAKATOS, E.M.; MARCONI, M.A. **Metodologia científica**. 4ª Reimpressão. São Paulo: Atlas, 2010.

LANCMAN, S.; UCHIDA, S. Trabalho e subjetividade: o olhar da Psicodinâmica do Trabalho. **Cadernos de Psicologia Social do Trabalho**. São Paulo, v. 6, p. 79-90, 2003.

LEMO, A. H. C.; RODRIGUEZ, D. A.; MONTEIRO, V. C. Empregabilidade e sociedade disciplinar: uma análise do discurso do trabalho contemporâneo à luz de categorias foucaultianas. **Organizações & Sociedade**. Salvador: v. 18, n. 59, p. 587-604, 2011.

LOPES, S.L.B.; FERNANDES, R.J. A brief review of medical prehospital care. **Medicina**. v.32. Ribeirão Preto, 381-387, oct./dec. 1999.

LOURENÇO, C. D. da S.; FERREIRA, P. A.; BRITO, M. J. de. O significado do trabalho para uma executiva: a dimensão do prazer. In: ENCONTRO NACIONAL DA ASSOCIAÇÃO DOS PROGRAMAS DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO, 33., 2009, São Paulo. **Anais...** Rio de Janeiro: ANPAD, 2009.

LUKÁCS, G. **História e consciência de classe: estudos sobre a dialética marxista**. São Paulo: Martins Fontes. 2003.

LUZ, T. R. Reinterpretando valores do livre mercado: o caso Telemar-Minas. In: GARCIA, F. C.; HONÓRIO, L. C. (Coords.). **Administração, metodologia, organização, estratégia**. 2. ed. Curitiba: Juruá, 2007.

MACÊDO, K. B.; GUIMARÃES, D. C. Programas de Qualidade de Vida no Trabalho e vivências de prazer e sofrimento dos trabalhadores. *In: ENCONTRO DA ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA EM ADMINISTRAÇÃO – EnANPAD, 27., 2003. Anais...* Rio de Janeiro: ANPAD, 2003.

MACHADO, S. **O direito à proteção ao meio ambiente de trabalho no Brasil**. São Paulo: LTr, 2001.

MARRA, A. V.; FONSECA, J. A.; MARQUES, A. L. O processo de identificação organizacional ante a reforma administrativa: um estudo exploratório. **Revista de Administração Mackenzie**. São Paulo, v. 15, n. 1, p. 49, 2014.

MACHADO, M. H. **Perfil dos médicos no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ / CFM-MS / PNUD. 1996.

MARCUSE, H. **Razão e revolução: Hegel e o advento da teoria social**. Trad. Marília Barroso. Rio de Janeiro: Saga, 1969.

MASSUD, M; BARBOSA, G. A. A profissão médica e o ser médico. In: BARBOSA *et al.* (orgs.). **A saúde dos médicos no Brasil**. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2007, 220p.

MASLACH, C. Burned-out. **Human Behavior**, n. 5 (September), 1976.

MASLACH, C.; JACKSON, S. E. **MBI: Maslach Burnout inventory**. Palo Alto: Consulting Psychologist Press. 1981.

MASLACH, C. **Burnout: The cost of caring**. California: ISHK, 1982.

MASLACH, C.; SCHAUFELI, W. B. Historical and Conceptual Development of *Burnout*. In: SCHAUFELI, W. B.; MASLACH, C.; MAREK, T. (Ed.). **Professional Burnout: Recent developments in theory and research**. Taylor & Francis, 2017.

MASLACH, C.; SCHAUFELI, W. B.; LEITER, M. P. Job *Burnout*. **Annual review of psychology**, v. 52, n. 1, p. 397-422, 2001.

MENDES, A. M. B. Aspectos psicodinâmicos da relação homem-trabalho: as contribuições de C. Dejours. **Revista de Psicologia, Ciência e Profissão**, Brasília, v. 15, n. 1-3, p. 34-38, 1995.

MENDES, A. M. B. **Valores e vivências de prazer-sofrimento no contexto organizacional**. 1999. 306 f. Tese (Doutorado em Psicologia) Universidade de Brasília, Brasília, 1999.

MENDES, A. M. Da Psicodinâmica à Psicopatologia do trabalho. In: MENDES, A.

M. (Org.). **Psicodinâmica do Trabalho**: teoria, método e pesquisa. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007.

MENDES, A. M. B.; CRUZ, R. M. **Trabalho e Saúde no contexto organizacional**: vicissitudes teóricas. In: TAMAYO, A. (Org.). *Cultura e saúde nas organizações*. Porto Alegre: Artmed, 2004.

MENDES, A. M. B.; MORRONE, C. F. Vivências do prazer-sofrimento e saúde psíquica no trabalho: trajetória conceitual e empírica. In: MENDES, A. M.; BORGES, L. O; FERREIRA, M. C. (Orgs.). **Trabalho em transição, saúde em risco**. Brasília: Universidade de Brasília, 2002.

MENDES, A. M. B.; SILVA, R. R. Prazer e sofrimento no trabalho dos líderes religiosos numa organização protestante neopentecostal e noutra tradicional. **Psico-USF**, Itatiba, v. 11, n. 1, p. 103-112, jan/jun. 2006.

MENDES, A. M. Pesquisa em Psicodinâmica: a clínica do trabalho. In: MENDES, A. M. (Org.). **Psicodinâmica do trabalho**: teoria, método e pesquisas. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007.

MENDES, A. M.; MORRONE, C. F. A resignificação do sofrimento psíquico no trabalho informal. **Revista de Psicologia, Organizações e Trabalho**, Florianópolis, v. 3, n. 2, p. 91-118, 2003.

MERLO, A. R. C. Psicodinâmica do trabalho. In: JACQUES, M. G.; CODO, W. (Org.). **Saúde mental e trabalho**: leituras. Petrópolis: Vozes, 2002.

MORAES, G. T. B. **Qualidade de vida no trabalho**: um estudo sobre prazer e sofrimento em uma multinacional na cidade de Ponta Grossa - PR. 2006. 83 f. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) – Universidade Tecnológica do Paraná, Ponta Grossa, PR, 2006.

MORIN, E. Os sentidos do trabalho. **Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v. 41, n. 3, p. 8-19, jul/set. 2001.

MUROFUSE, N. T.; ABRANCHES, S. S.; NAPOLEÃO, A. A. Reflexões sobre estresse e *Burnout* e a relação com a enfermagem. **Revista Latino-Americana Enfermagem**, v.13: 255-261, 2005.

NEUENFELDT, C. S.; NOVO, L. F.; SANTOS, E. G. Qualidade de vida no trabalho sob o prisma da integração social: o relato de colaboradores de uma IES. In: COLÓQUIO INTERNACIONAL SOBRE GESTÃO UNIVERSITÁRIA NAS AMÉRICAS, 12., 2012, Vera Cruz, MEX. **Anais...** Florianópolis: UFSC, 2012.

NOGUEIRA-MARTINS, L. A.; DE MARCO, M.A.; MANENTE, M.L.F.; NOTO, J.R.S.; BIANCO, S.M. Dilemas éticos no hospital geral. **Boletim de Psiquiatria**, v. 24: 28-34. 1991.

NOVELLI, J. G. N.; FISCHER, R. M.; MAZZON, J. A. Fatores de confiança interpessoal no ambiente de trabalho. **Revista de Administração**, São Paulo, v.

41, n. 4, p. 442-452, out./dez. 2006.

OLIVEIRA, E.; ENS, R. T.; ANDRADE, D. B. S. F.; MUSSIS, C. R. Análise de conteúdo e pesquisa na área da educação. **Revista Diálogo Educacional**, v. 4, n. 9, p. 11-27, maio/ago. 2003.

OLIVEIRA, R. C. M. **A configuração da QVT no contexto de trabalho dos detetives da polícia civil metropolitana de Belo Horizonte**. Dissertação (Mestrado) – Departamento de Ciências Administrativas, Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2001.

PAGÉS, M. *et al.* **O poder das organizações**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1993.

PARIS, M.; HOGE, M. A. *Burnout in the mental health workforce: A review*. **The journal of behavioral health services & research**, v. 37, n. 4, p. 519-528, 2010.

PIMENTEL, A. J. P.; ANDRADE, E. O.; BARBOSA, G. A. **Os estudantes de Medicina e o ato médico**: Atitudes e valores que norteiam seu posicionamento. Brasília, DF: Conselho Federal de Medicina. 2004.

PINES, A.; MASLACH, C. Characteristics of staff *Burnout* in mental health settings. **Psychiatric services**, v. 29, n. 4, p. 233-237, 1978.

RODRIGUES, A. L.; GASPARINI, A. C. L. F. Perspectiva psicossocial em Psicossomática: via estresse e trabalho. In: MELLO FILHO, J. **Psicossomática hoje**. Porto Alegre: Artes Médicas, cap.10, p. 93-107. 1992.

SALEM, J. Hipócrates: Conhecer, cuidar, amar. In: **O Juramento e outros textos** Tradução de Dunia Marino Silva. São Paulo: Landy. 2002.

SANTOS, E. G.; NOVO, L. F.; TAVARES, L. F. **Do prazer ao sofrimento docente**: uma análise sob a perspectiva da Qualidade de Vida no Trabalho, em uma IFES. In: COLÓQUIO INTERNACIONAL SOBRE GESTÃO UNIVERSITÁRIA NA AMÉRICA DO SL, 10., **Anais**. Mar Del Plata: UFSC. 2010.

SANTOS, L. L. C. P. Formação de professores na cultura do desempenho. **Educação & Sociedade**. Campinas, v. 25, n. 89. p. 1149-1157, set./dez. 2004.

SELYE, H. Ischemic necrosis: prevention by stress. **Science**, v. 156, n. 3779, p. 1262-1263, 1967.

SILVA, A. B. **A vivência de conflitos entre a prática gerencial e as relações em família**. 2005. 273 f. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2005.

SILVA, E. L.; MENEZES, E. M. **Metodologia da pesquisa e elaboração de dissertação**. Florianópolis: UFSC/PPGEP/LED, 2000.

SORATTO, L; OLIVIER-HECKLER, C. Trabalho: Atividade humana por

excelência. In CODO, W. (Coord.). **Educação: carinho e trabalho**. Petrópolis: Vozes, 1999.

TAMAYO, A. (Org.). **Cultura e saúde nas organizações**. Porto Alegre: Artmed, 2004.

TAMAYO, M. R.; TRÓCCOLI, B. T. Exaustão emocional: relações com a percepção de suporte organizacional e com as estratégias de coping no trabalho. **Estudos de Psicologia**, Natal, v. 7, n. 1, p. 3746, 2002.

THIRY-CHERQUES, H. R. Saturação em pesquisa qualitativa: estimativa empírica de dimensionamento. **Revista PMKT**, v. 3, n. 2, p. 20-27, 2009.

TOLEDO, S. Carreira e identidade: reflexos das exigências mercadológicas na vida pessoal e profissional dos jovens executivos de empresas multinacionais. **Anais do Encontro Nacional da Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Administração**, 2006.

TOLFO, S. R.; PICCININI, V. Sentidos e significados do trabalho: explorando conceitos, variáveis e estudos empíricos brasileiros. **Revista Psicologia e Sociedade**, Porto Alegre, v. 19, edição especial 1, p. 38-46, 2007.

TRIGO, T. R.; TENG, C.T; HALLAK, J.E.C. Síndrome de *Burnout* ou Estafa Profissional e os transtornos psiquiátricos. **Revista de Psiquiatria Clínica**. São Paulo, v. 34, p. 223-233, 2007.

UCHÔA, S. A. C.; CAMARGO J.R.. Os protocolos e a decisão médica: medicina baseada em vivências e ou evidências?. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, p. 2241-2249, 2010.

VICENTE, C. S.; OLIVEIRA, R. A.; MAROCO, J. Análise fatorial do Inventário de *Burnout* de Maslach (MBI-HSS) em profissionais portugueses. **Psicologia, saúde & doenças**, v. 14, n. 1, p. 152-167, 2013.

YIN, R. K. **Estudo de caso**. 2. ed. São Paulo: Sage, 2005.

APÊNDICE A – Roteiro de Entrevistas

Prezado(a):

Agradeço antecipadamente pela disponibilidade em conceder a entrevista que fundamentará minha pesquisa de mestrado. Ressalto que as informações fornecidas serão utilizadas exclusivamente para fins de pesquisa acadêmica e que sua identidade será mantida em sigilo e anonimato. Os dados serão tratados em sua totalidade, sem que em nenhum momento as informações serão tratadas de forma específica.

Peço que considere exatamente o que acontece e não aquilo que seria ideal em termos de acontecimento. Responda as perguntas de forma pensando em sua vivência e experiência profissional, não se preocupando em definir as questões como certas ou erradas.

Dados sócio demográficos:

Idade:

Sexo:

Estado Civil:

Número de filhos:

Escolaridade:

Área de atuação como Médico Residente:

Tempo de atuação na presente instituição:

Carga horária de trabalho:

CONTEXTO DO TRABALHO

A1) Organização do trabalho

1 - Fale sobre o ritmo de seu trabalho na organização em que trabalha.

2 – Você pode me relatar que responsabilidades são exigidas de você para a realização do seu trabalho?

3 – O que você tem a me dizer sobre o planejamento de seu trabalho? Que cobranças são feitas neste sentido?

4 – A respeito das competências necessárias para a realização do seu trabalho, o que a organização em que atua tem requerido de você?

5 – Avalie os meios de comunicação disponibilizados pela instituição para você realizar o seu trabalho;

6 – O que você pode me contar a respeito do processo decisório da organização em que atua?

A2) Condições do trabalho:

7 – Que elementos do ambiente de trabalho você considera adequados e não adequados para a realização da sua função?

8 – Quanto à “segurança das pessoas”, (acompanhante, paciente e equipe) quais são as condições oferecidas pela organização em que trabalha?

9 - Em relação aos instrumentos e equipamentos utilizados em seu trabalho, qual é a sua opinião? E quanto à disponibilidade do material de consumo?

A3) Relações socioprofissionais:

10 – Fale-me um pouco sobre os relacionamentos que você mantém com:

- a) Chefia;
- b) Colegas e equipe (enfermeiros e médicos)
- c) Paciente/família do paciente

SÍNDROME DE *BURNOUT*

Exaustão emocional

11 - Como você se sente e pensa quando se prepara para ir trabalhar?

- 12 - Ao final de um trabalho de trabalho como você se sente?
- 13 – O que você pode me relatar a respeito do esforço que precisa desempenhar para realizar o seu trabalho?
- 14 – O que você me diria a respeito dos recursos que possui para lidar com as situações que porventura possam lhe desgastar no trabalho?
- 15 – Que estratégias você utiliza para lidar com as situações que lhe causam desgaste no trabalho?
- 16 – Alguma vez você já pensou em desistir de sua profissão? Seja “sim” ou “não”, por que razão?

Despersonalização

- 17 - Que sentimentos você nutre em relação aos pacientes que atende?
- 18 – O que você pode me relatar a respeito do impacto que os problemas dos pacientes que atende exerce sobre você?
- 19 - O que você poderia me descrever sobre as emoções que experimenta no exercício de suas funções?
- 20 - Como você lida com as emoções que derivam do seu trabalho?

Baixa realização profissional

- 21 – O que você poderia me relatar a respeito do reconhecimento que obtém com a realização do seu trabalho?
- 22 – O trabalho que executa lhe traz realizações ou gratificações? Quais são elas, por exemplo?
- 23 - Como você se autoavalia quanto ao seu desenvolvimento profissional?
- 24- Que aspectos do seu trabalho te motivam a continuar realizando a sua função?
- 25 - Você pode estabelecer um comparativo de como eram as expectativas quando você iniciou sua profissão e como elas se encontram agora?
- 26 – Atualmente, como você percebe a sua remuneração/benefícios que recebe em relação à sua atividade profissional?

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Caro Dr./ Dra.,

Gostaria de poder contar com sua colaboração para a realização da pesquisa que tem como título “O *BURNOUT* NO TRABALHO DO MÉDICO: o caso dos profissionais atuantes no atendimento emergencial em Belo Horizonte”, que será desenvolvida no Centro Universitário Unihorizontes por mim, Luana Reis Marques (luana.marques@mestrado.unihorizontes.br) (31) 99731-5995, aluna do Programa de Mestrado em Administração, da linha de pesquisa em Relações de Poder e Dinâmica das Organizações, sob a orientação do Professor Dr. Luiz Carlos Honório.

Nesta pesquisa pretende-se alcançar os seguintes objetivos: (I) Descrever e analisar os elementos potencialmente desencadeadores da Síndrome de *Burnout* na profissão médica, segundo a percepção de profissionais atuantes no atendimento emergencial na cidade de Belo Horizonte. (II) Caracterizar o contexto do trabalho médico no Brasil. (III) Identificar os elementos caracterizadores da Síndrome de *Burnout* no trabalho da categoria a ser pesquisada. (IV) Identificar as estratégias utilizadas pelos médicos para lidar com a pressão e exaustão no trabalho. Acrescento que tanto a instituição como os médicos participantes são livres para desistir de participar da pesquisa a qualquer momento sem correr o risco de discriminação ou represália por parte da pesquisadora além de não ter despesas ou ônus para participar deste estudo. Acrescento, ainda, que os dados coletados serão utilizados para publicação científica, respeitando a não identificação pessoal dos participantes segundo a Resolução do Código de Ética da pesquisa com seres humanos, Resolução 196, de 10 de outubro de 1996. Para mais informações, o telefone do comitê de ética em pesquisa do Centro Universitário Unihorizontes é (31) 3293-7000.

Atenciosamente,

Luana Reis Marques
Pesquisadora responsável
(31) 99731-5995

Colaborador ciente do Termo de consentimento Livre e Esclarecido

Eu, _____,

confirmando que fui informado (a) dos objetivos da pesquisa “O *BURNOUT* NO TRABALHO DO MÉDICO: o caso dos profissionais atuantes no atendimento emergencial em Belo Horizonte”, de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar, se assim o desejar.

Declaro que concordo em participar e que me foi dada à oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Participante

Nome: _____

Identidade: _____

Pesquisadora:

Nome: _____

Identidade: _____

Colaborador ciente do Termo de consentimento Livre e Esclarecido

Eu, _____,

confirmando que fui informado (a) dos objetivos da pesquisa “O *BURNOUT* NO TRABALHO DO MÉDICO: o caso dos profissionais atuantes no atendimento emergencial em Belo Horizonte”, de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar, se assim o desejar.

Declaro que concordo em participar e que me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Participante

Nome: _____

Identidade: _____

Pesquisadora:

Nome: _____

Identidade: _____