

EGLÉA MARIA DA CUNHA MELO

O TRABALHO DO PEDIATRA: um estudo das tarefas e das
dificuldades vivenciadas em um serviço público de urgência

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

FACULDADE DE MEDICINA

BELO HORIZONTE

Março - 2006

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

EGLÉA MARIA DA CUNHA MELO

**O TRABALHO DO PEDIATRA: um estudo das tarefas e das
dificuldades vivenciadas em um serviço público de urgência**

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em
Saúde da Criança e do Adolescente da Faculdade de
Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, como
requisito parcial à obtenção do título de Doutor em Pediatria.

Orientadora: Profa. Dra. Ada Ávila Assunção

Co-Orientador: Prof. Dr. Roberto Assis Ferreira

Belo Horizonte

2006

Melo, Egléa Maria da Cunha
M528t O trabalho do pediatra: um estudo das tarefas e das dificuldades vivenciadas em um serviço público de urgência/Egléa Maria da Cunha Melo. Belo Horizonte, 2006.
134f.
Tese.(doutorado) – Universidade Federal de Minas Gerais.
Faculdade de Medicina.
Área de concentração: Saúde da Criança e do Adolescente
Orientadora: Ada Ávila Assunção
Co-orientador: Roberto Assis Ferreira
1.Médicos/psicologia 2.Prática profissional 3.Pediatria 4.Estresse psicológico 5.Plantão médico 6.Serviços médicos de emergência/ organização & administração 7.Saúde do trabalhador I.Título

NLM: W 21
CDU: 624.23




FACULDADE DE MEDICINA
CENTRO DE PÓS-GRADUAÇÃO


Av. P. of. Alfredo Balena, 500 - sala 7099
Belo Horizonte - MG - CEP 30130-100
Fone: (31) 3248-9041 FAX: (31) 3248-9660



DECLARAÇÃO

A Comissão Examinadora abaixo assinada, composta pelos Professores Doutores: Ada Ávila Assunção, Ricardo Luiz Coltro Antunes, Leda Leal Ferreira, Soraya Almeida Belisario e Joaquim Antônio César Mota, aprovou a defesa de tese intitulada: **“O TRABALHO DO PEDIATRA: UM ESTUDO DAS TAREFAS E DAS DIFICULDADES VIVENCIADAS EM UM SERVIÇO DE URGÊNCIA”**, apresentada pela doutoranda **ÉGLEA MARIA DA CUNHA MELO** para obtenção do título de doutora em Ciências da Saúde pelo Programa de Pós Graduação em Ciências da Saúde - Área de Concentração em Saúde da Criança e do Adolescente da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, realizada em 07 de julho de 2006.


Profa. Ada Ávila Assunção
orientadora


Prof. Ricardo Luiz Coltro Antunes


Profa. Leda Leal Ferreira


Profa. Soraya Almeida Belisário


Prof. Joaquim Antônio César Mota

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE MEDICINA
PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

Reitor: Ronaldo Tadêu Pena

Vice-Reitora: Heloisa Maria Murgel Starling

Pró-reitor de Pós-graduação: Jaime Arturo Ramirez

FACULDADE DE MEDICINA

Diretor: Francisco José Penna

Vice-diretor: Tarcizo Afonso Nunes

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE – ÁREA
DE CONCENTRAÇÃO SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE**

Coordenador: Prof. Joel Alves Lamounier

Subcoordenador: Prof. Eduardo Araújo de Oliveira

Colegiado:

Prof^a Ana Cristina Simões e Silva

Prof. Eduardo Araújo de Oliveira

Prof. Francisco José Penna

Prof^a Ivani Novato Silva

Prof. Joel Alves Lamounier

Prof. Lincoln Marcelo Silveira Freire

Prof. Marco Antônio Duarte

Prof^a Regina Lunardi Rocha

Rute Maria Velasquez Santos (Representante Discente)

Ao meu pai,
Um homem bom,
Sempre disposto a ajudar.
Ensinou-me
O respeito ao outro e aos seus limites
Saudades

AGRADECIMENTOS

A construção de uma tese é uma caminhada que exige do doutorando dedicação, persistência e muita energia. A realização desse projeto não seria possível sem a contribuição de muitas pessoas.

A ajuda de familiares, colegas, amigos e orientadores foi fundamental para manter o equilíbrio entre o mundo do trabalho, do estudo e a vida pessoal. É impossível listar todos que tiveram importância nessa caminhada, no entanto, é importante salientar algumas pessoas:

Um agradecimento especial à professora Ada. A sua firmeza sempre me levou a acreditar que seria possível fazer melhor a cada passo e a buscar conhecimentos que contribuíssem para a reflexão e clareza dos objetivos.

Ao professor Roberto Assis que acreditou ser possível dar passos para um aprofundamento no conhecimento do trabalho do pediatra.

Aos médicos, sujeitos da pesquisa, e a todos os trabalhadores da urgência em pediatria, que apesar dos constrangimentos e não valorização do trabalho, continuam na batalha por assistir com qualidade as crianças agudamente enfermas.

À Helena pela ajuda na coleta dos dados e por entender a necessidade do mergulho no trabalho para a sua conclusão.

Às secretárias Rosane e Lurdinha pela cooperação.

À FHEMIG que autorizou a minha liberação na fase de redação da tese e ainda financiou a ida ao Congresso Brasileiro de Ciências Sociais para apresentação do trabalho.

À FAPEMIG pelo financiamento do estágio na Universidade Federal de Brasília no Laboratório de Ergonomia.

À professora Julia Abrahão que me aceitou como estagiária no Laboratório de Ergonomia e pelo acolhimento carinhoso recebido.

À minha mãe pela sua dedicação à família e pelo seu equilíbrio.

Aos meus irmãos pela torcida para a conclusão do trabalho.

À Leilah sempre presente nos momentos difíceis.

Às minhas filhas, Ana Luíza e Laura pela compreensão da minha ausência, muitas vezes em momentos importantes.

Ao Paulo pela cumplicidade dos finais de semana e feriados em casa, pela ajuda com as meninas e pela presença e carinho quando a barra pesava.

Aos alunos Diosésio, Henrique e Itamar que embora sem bolsa contribuíram na coleta de dados e na tradução de artigos.

À professora Betinha que se dispôs a cobrir minhas ausências no Projeto Creche das Rosinhas.

Ao professor Joaquim Antônio, sempre disponível para discussões e pela ajuda com a bibliografia.

À todos que direta ou indiretamente apoiaram e incentivaram o desafio de conhecer e pensar sobre o trabalho dos pediatras.

para que a minha mente não se embruteça,
para que no meu ser a esperança floresça,
porque, por mais ignominioso que pareça,
aprendi, antes de desvendar a farsa da cegonha,
que, mesmo que algum revés se me anteponha,
não devo sentir constrangimento ou vergonha,
de ser fruto do Vale do Jequitinhonha.

José Carlos Machado
Capelinha (Vale do Jequitinhonha)

No supermercado do trabalho
Vendo barato o meu sangue, meu suor
Meus músculos, minha cabeça...
Mas o meu tino de humano nega a entrega
prostituta

Álvaro Silveira Machado
Coronel Murta (Vale do Jequitinhonha)

RESUMO DA TESE

RESUMO DA TESE

A profissão médica tem passado por profundas modificações nos últimos anos. A literatura evidencia um grau crescente de insatisfação entre esses profissionais, incluindo os pediatras, muitas vezes com repercussões na sua saúde. Os resultados disponíveis na literatura permitem um conhecimento da morbidade entre os médicos, mas deixam lacunas no tocante ao conhecimento do trabalho, cujas exigências e condições efetivas de produção podem estar associadas ao adoecimento descrito. A demanda que originou esta pesquisa diz respeito ao cansaço e ao esgotamento relatado pelos médicos pediatras no plantão em um serviço público de urgência pediátrica em Belo Horizonte. **Objetivo** Conhecer o trabalho do pediatra e elucidar características da sua realização em plantões de urgência. **Materiais e Métodos** A investigação qualitativa e de natureza empírica foi dirigida para as situações reais de trabalho e para a escuta dos pediatras, possibilitando-lhes falar do seu trabalho, de sentimentos gerados na realização da tarefa, das dificuldades enfrentadas e de estratégias elaboradas na solução dos problemas. O trabalho realizado pelos 44 pediatras da amostra, 70% dos médicos do serviço, foi analisado através de observação direta, entrevistas coletivas e dispositivo grupal. As características da instituição e dos trabalhadores foram analisadas através de pesquisa documental e de análise de dados estatísticos. Sete desses pediatras foram observados no trabalho e outros seis se reuniram em grupo para discussão dos problemas levantados. A organização de dados se deu num processo contínuo, não linear, o qual permitiu a identificação das dificuldades vivenciadas pelos pediatras durante o plantão. **Resultados** Os pediatras

estudados estão submetidos a constrangimentos originados de distintos fatores: organização do sistema, notadamente a fragilidade dos mecanismos de referência e de contra-referência, a agressividade dos usuários, o aumento sazonal da demanda principalmente nos meses de março abril, maio e junho, o número elevado de consultas consideradas simples, o não reconhecimento pelo esforço investido no trabalho e a necessidade de internar uma criança por falta de condições sócio-econômicas e familiares. Ficou evidente que muitas das dificuldades decorrem das características do trabalho na urgência como, a necessidade de manter-se em equilíbrio mesmo diante de situações estressantes, o medo de errar e sofrer processos na justiça, o sentimento de culpa por não ter feito tudo que podia. Outras dizem respeito às dificuldades na realização do ato pediátrico como: lidar com uma terceira pessoa para obter as informações, as dificuldades do exame físico da criança. **Conclusão** A qualidade do atendimento prestado as crianças em um serviço de urgências também é afetada por fatores estruturais. As dimensões técnicas e subjetivas da atividade dos pediatras são influenciadas por fatores extrínsecos ao contexto da realização das tarefas. Ao realizar o seu trabalho nos serviços de urgência pediátrica, o médico vivencia constrangimentos que podem afetar a sua saúde. O conhecimento do trabalho permitiu sugerir pistas para a transformação das situações identificadas.

Palavras Chave: Pediatria, saúde do trabalhador, cansaço, esgotamento, sistema de saúde, qualidade em saúde.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AAP – American Academy of Pediatrics

ACEP – American College of Emergency Physicians

CMA – Canadian Medical Association

CTI – Centro de Terapia Intensiva

JHPS – Johns Hopkins Precursor's Study

MS – Ministério da Saúde

PBH – Prefeitura de Belo Horizonte

PAM – Posto de Assistência Médica

PJCQ – Physician's Job Content Questionnaire

PNAU – Política Nacional de Atenção as Urgências

PNH – Política Nacional de Humanização

RCPCH – Royal College of Pediatrics and Child Health

SBP – Sociedade Brasileira de Pediatria

SUS – Sistema Único de Saúde

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

- Figura 1 - Distribuição das consultas realizadas por mês em um serviço de urgências pediátricas, em 200477
- Figura 2 - Distribuição das consultas simples e total de consultas de acordo com o mês, em 2004.....77
- Figura 3 - Distribuição das consultas segundo as categorias estabelecidas pelo hospital, de acordo com o mês, em 2004.....78
- Figura 4 - Distribuição (%) das consultas realizadas em um serviço de urgências pediátricas, em março e em dezembro de 2004, de acordo com o tempo de espera entre a chegada ao Hospital e o início da consulta78
- Quadro 1 - Perguntas apresentadas aos sujeitos da pesquisa nas entrevistas Coletivas.....40

SUMÁRIO

1	CONSIDERAÇÕES INICIAIS	15
2	OBJETIVOS DA TESE.....	25
3	ELEMENTOS METODOLÓGICOS	27
4	ARTIGO 1 – O TRABALHO DOS PEDIATRAS EM UM SERVIÇO PÚBLICO DE URGÊNCIAS: FATORES INTERVENIENTES NA QUALIDADE DO ATENDIMENTO.....	52
4.1	Resumo	53
4.2	Abstract	54
4.3	Introdução.....	55
4.4	Sujeitos e Métodos	56
4.5	Resultados	60
4.6	Discussão e conclusão	70
4.7	Referências Bibliográficas.....	75
4.8	Figuras	77
5	ARTIGO II – A ATIVIDADE DO PEDIATRA UM ESTUDO DOS CONSTRANGIMENTOS VIVENCIADOS EM UM SERVIÇO PÚBLICO DE URGÊNCIA....	80
5.1	Resumo	81
5.2	Abstract.....	82
5.3	Introdução	83
5.4	Construindo a investigação.....	85
5.5	Desenvolvimento da pesquisa.....	86
5.6	Análise de dados	90
5.7	Resultados	91
5.8	Discussão	103
5.9	Conclusão.....	107
5.10	Bibliografia	109
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	114
7	ABSTRACT.....	127
8	ANEXOS	130

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Em pesquisa nacional recente o Conselho Federal de Medicina ¹ apontou mudanças no perfil dos médicos desde a última pesquisa realizada pela entidade ². O número de médicos aumentou significativamente, de 197 557 em 1996, para 234 554 em 2002 dos quais, 23 814 estão em Minas Gerais. O estudo evidenciou uma insatisfação entre esses profissionais o que deve ser um sinal de alerta, pois a capacidade de promover a saúde da população está, entre outras, ligadas ao bem estar dos profissionais de saúde. A necessidade de repensar a organização do plantão médico apareceu como recomendação da entidade:

Os médicos são levados às vezes a reunir mais de cinco atividades para garantir o seu sustento. Não basta apenas recomendar os números de anos e de horas a que deveriam se dedicar aos plantões; é preciso pensar em como contabiliza-los e integrá-los em uma proposta digna de plano de carreira, fixando salários dignos e limites para aposentadoria. As condições de vida e de trabalho destes profissionais demandam mais atenção; as pesquisas a este respeito são necessárias e urgentes, mas existem indícios evidentes de que algo não vai bem. Portanto, não parece absurdo conjecturar a respeito da saúde geral do médico; apenas em condições satisfatórias estes poderão ser úteis para promover a saúde da população ¹.

Nesta pesquisa viu-se, que os médicos estão pouco satisfeitos com as condições gerais de saúde da população, principalmente, o atendimento às urgências e emergências que tem sido identificado como precário. A visão dos médicos quanto ao futuro tem trazido prejuízo ao bem estar desses profissionais. Em seqüência aos resultados encontrados no Brasil foram publicados os resultados da região sudeste ³ ficando evidente nessa publicação que o pessimismo define o futuro da profissão, notadamente para os médicos de Minas Gerais.

¹ CARNEIRO, M. B. & GOUVEIA, V. V. (coord.). *O médico e o seu trabalho: aspectos metodológicos e resultados do Brasil*. Brasília: Conselho Federal de Medicina. 2004. 234p.

² MACHADO, M. H. *Os médicos no Brasil: um retrato da realidade*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 1997.

³ CARNEIRO, M. B. & GOUVEIA, V. V.; SOUZA, E. (coord.). *O médico e o seu trabalho: resultados da região Sudeste e seus estados*. 2005. 188p.

Em outra pesquisa, realizada no Brasil, pela Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP)⁴ os autores mostraram que os pediatras do setor público (81,29%) se sentem muito pouco satisfeitos. Vale lembrar que a pediatria é a especialidade com maior volume de profissionais 31 532, ou seja, em média 1 de cada 7 médicos ativos no Brasil é pediatra.

A pediatria hoje se encontra carente de evidências sobre o que vem acontecendo com o trabalho dos seus profissionais. Com frequência, encontram-se referências a uma crise na pediatria. Os médicos mineiros lançaram, em 2005, uma campanha SOS Pediatria e conclamam os pediatras a se reunirem para discutir a especialidade na atualidade⁵.

A autora desta pesquisa foi plantonista no serviço do hospital estudado por 20 anos. A convivência com colegas do serviço de urgência permitiu que identificasse muitos deles com queixas de cansaço e dores generalizadas, semelhantes as suas próprias queixas, assim como dificuldades na jornada noturna e a sensação de que custavam a desligar do trabalho, mesmo já tendo cumprido a jornada diária. As inquietações que carregava em relação ao caso pessoal e do grupo passaram a ser uma necessidade de esclarecer até que ponto o trabalho na urgência pode afetar a saúde dos pediatras plantonistas.

O trabalho de dissertação de mestrado e a imersão na Faculdade de Educação da Universidade Federal de Minas Gerais possibilitaram incursões nas ciências sociais, o que foi fundamental para contornar o objeto desta pesquisa. Na primeira aproximação da literatura, constatou-se a existência de inúmeros materiais

⁴ MACHADO, M. H.; VAZ, E. S. (coords.). *Perfil dos pediatras no Brasil: relatório final*. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Pediatria. 2001. 153p.

⁵ SINDICATO DOS MÉDICOS DE BELO HORIZONTE. SINMED-MG- Pediatras discutem problemas na especialidade. *Jornal do sindicato dos Médicos de Minas Gerais*. Belo Horizonte, p. 7, nov/dez/jan. 2006.

que tratam do trabalho no setor saúde, No entanto, as publicações sobre a atividade médica em si são escassas, bem como existem lacunas na compreensão das relações entre a atividade e a saúde dos pediatras.

O presente estudo pretende elucidar as condições de trabalho em plantões de urgência, as quais poderiam estar associadas às queixas dos pediatras.

O projeto nasceu, assim, de uma demanda por esclarecer lacunas no campo dos conhecimentos sobre as relações saúde e trabalho, o que suscitou reflexão teórico epistemológica, investigação científica e desenvolvimento conceitual, a fim de fornecer elementos para a ação, visando intervir na elaboração de políticas de proteção à saúde dos trabalhadores.

A procura de bibliografia específica permitiu o contato com vários autores, entre eles Codo ⁶, no qual se encontraram evidências para explicar o adoecimento no trabalho. O autor mostra como as professoras no Brasil apresentam um desgaste no trabalho que pode levar à exaustão, à síndrome de *burnout*. Na seqüência, foram localizados inúmeros artigos científicos tratando da prevalência de morbidade na categoria médica ^{7,8}, incluindo descrições sobre a síndrome de *burnout* que é considerada como um resultado da tensão emocional crônica, gerada a partir do contato direto e excessivo com outros seres humanos, particularmente, quando estão preocupados ou com problemas. Os estudos existentes apontam o trabalho do

⁶ CODO, W. (coord). *Educação: carinho e trabalho*. Petrópolis: Vozes; Brasília: Confederação Nacional dos Trabalhadores em Educação; Universidade de Brasília, Laboratório de Psicologia do Trabalho, 1999. 432 p.

⁷ ADÁN, J. C. M.; JIMÉNEZ, B. M.; HERRER, M. G. Desgaste profesional y salud de los profesionales médicos: revisión y propuestas de prevención. *Medicina Clínica Barcelona*, v. 123, n. 7, p. 265-270, 2004.

⁸ ASSOCIATION OF PROFESSORS OF MEDICINE. Predicting and preventing physician burnout: results from the United States and Netherlands. *The American Journal of Medicine*, v. 111, p. 170-175, 2001.

médico como estressante ^{9,10,11} e gerador de distúrbios, principalmente de ordem psicológica ¹².

Os diferentes trabalhos solicitam adaptações do sujeito em graus variados, as quais dizem respeito aos aspectos físicos (postural, muscular, motora e neurológica) e psíquicos (seleção do volumoso *input* recebido, reconhecimento visual rápido, tomada de ações instantâneas, serenidade ante situações inesperadas). Tal adaptação é conquistada, freqüentemente, a um custo físico e mental para o indivíduo e pode ter seu equilíbrio alterado, quando a exigência do ambiente de trabalho ultrapassa as condições de adaptação do sujeito.

Segundo Moreira-Filho ¹³, o que cansa os médicos é algo mais psicológico que físico. A fonte maior de suas fadigas é emocional. Num dia de trabalho as suas emoções são mobilizadas em quantidade e intensidade imensuráveis e isso os extenua.

Se o processo saúde /doença tem natureza histórica, a gênese das doenças também envolve dimensões individuais. Sob essa perspectiva analítica, ainda se constitui um desafio o desenho de pesquisas voltadas para a compreensão das relações entre saúde e trabalho. Uma das dificuldades encontradas é o caráter

⁹ CALNAM, M.; WAINWRIGHT, M. F.; WALL, B.; ALMOND, S. Mental health and stress in the workplace: the case of general practice in UK. *Social Science and Medicine*, v. 52, p. 499-507, 2001.

¹⁰ CAPLAN, R. P. Stress, anxiety, and depression in hospital consultants, general practitioners, and senior health service managers. *British Medicine Journal*, v. 309, p. 261-263, 1994.

¹¹ WHITLEY, T. W.; ALLISON, E. J. Jr. GALLERY, M. E.; HEYWORT, J.; COCKINGTON, R. A.; GAUDRY, P.; REVICK, D. A. Work related stress and depression among physicians pos graduate training in emergency medicine: an international study. *Annals of Emergency Medicine*. United Sates, v. 20, n.9, p.992-996, 1991.

¹² APPLETON, K.; HOUSE, A.; DOWELL, A. A survey of job satisfaction, sources of stress and psychological symptoms among general practitioners in Leeds. *British Journal of General Practice*, v. 48, p. 1059-1063, 1998.

¹³ MOREIRA-FILHO, A. A. *A relação médico paciente: o fundamento mais importante da prática médica* 2. ed. Belo Horizonte. Coopmed Editora Médica, 2005. 188p.

multifacetado de cada um dos pólos da relação que se pretende analisar, além da interação entre os pólos, o que solicita mais de um nível de abordagem. O conhecimento da atividade de trabalho abre uma via para a compreensão das vivências subjetivas dos trabalhadores, consideradas em certos sistemas de hipóteses, como sofrimento psíquico e adoecimento.

Além da noção de *burnout* e estresse, a literatura especializada descreve o sofrimento como uma reação inconsciente à organização do trabalho, que surge quando a representação do trabalho é penosa e existe uma discrepância entre a situação ideal e a presente, constituindo-se assim, numa mediação entre a saúde mental e as descompensações psicopatológicas. Suas manifestações sintomáticas variam desde um sentimento de insatisfação e frustração, chegando até uma angústia difusa e um profundo sentimento de culpa e impotência.

Embora vários autores tenham dedicado suas pesquisas ao conhecimento do estresse médico, o termo é polissêmico, pois diz respeito ora ao ambiente externo, ora ao estado psicológico do indivíduo ¹⁴.

Seligman-Silva ¹⁵ classifica as teorias que tentam explicar o estresse em: as que discutem o estresse fisiológico; o esgotamento profissional; a corrente voltada para o estudo da psicodinâmica do trabalho; e o modelo formulado com base no conceito de desgaste mental.

¹⁴ LINHARES, J. N. *Atividade, prazer-sofrimento e estratégias defensivas do enfermeiro: um estudo na UTI de um hospital público*. 1994. 152f. Dissertação (Mestrado em psicologia) – Instituto de Psicologia. Universidade Federal de Brasília, Brasília, 1994.

¹⁵ SELIGMAN-SILVA, E. Psicopatologia e psicodinâmica do trabalho. In: MENDES, R. (Org). Patologia do trabalho. S. P. Atheneu. 1995.

Glina e Rocha ¹⁶, ao elaborarem propostas para diminuir o estresse no trabalho, optaram por trabalhar com o conceito de Kalimo ¹⁷, que o define como uma relação de desequilíbrio entre o ambiente e o indivíduo, embora entendam que o cérebro necessita de determinado nível de estímulo do ambiente para trabalhar bem. As autoras apontam como fatores de estresse no trabalho aqueles ligados ao ambiente, à organização e ao conteúdo do trabalho, e aos fatores psicossociais.

Jacques ¹⁸, ao analisar as abordagens teórico-metodológicas em saúde/doença mental e trabalho, conclui que os trabalhos na área privilegiam os métodos quantitativos. Os estudos quantitativos utilizam-se de questionários e análises estatísticas e muitos deles associam a insatisfação no trabalho com o estresse resultante da realização das tarefas ou vice-versa.

Em vista disso, esta investigação optou, como se verá adiante, pela atividade de trabalho como unidade de análise. Reconhece-se que a relação trabalho-saúde é complexa e são muitos os fatores que a compõem. Portanto, buscou-se estudar a atividade do ser humano no trabalho porque ela é a mediação entre o homem e o que ele vai produzir ou quer modificar.

Vale lembrar que a proposição inicial de trabalhar com morbidade não foi levada adiante, uma vez que o estudo exploratório sugeriu a necessidade de se aprofundar o estudo das características do trabalho para compreender os efeitos sobre as vidas dos sujeitos.

¹⁶ GLINA, D. M. R.; ROCHA, L. E. Prevenção para a saúde mental no trabalho. In: GLINA, D.; ROCHA, L. (Orgs). *Saúde Mental no trabalho: desafios e soluções*. São Paulo: VK, 2000, p. 53-82.

¹⁷ KALIMO, R. Assessment of occupational stress. In: KARVONEN, M. & MIKHEEV, M. I. (eds) *Epidemiology of occupational health*. Copenhagen. World Health Organization, 1986. p.231-250. (WHO Regional Publications, European Series n. 20).

¹⁸ JACQUES, M. G. C. Abordagens teóricas metodológicas em saúde/doença mental & trabalho. *Psicologia & Sociedade*, v. 15, n. 1, p. 97-116, jan./jun., 2003.

A investigação foi, então, dirigida para as situações reais de trabalho e para a escuta dos pediatras, possibilitando-lhes falar do seu trabalho, de sentimentos gerados na realização da tarefa, das dificuldades enfrentadas e de estratégias implementadas visando a solução dos problemas.

O estudo do serviço de urgência e de sua inserção no Sistema Único de Saúde teve como objetivo analisar as dificuldades encontradas pelos trabalhadores para a realização de tarefas. Mostrar a distância entre o que está prescrito e o que realmente acontece no dia-a-dia do trabalho é importante para correções que possibilitem a melhoria do cuidado. Nessa direção buscou-se compreender o trabalho real e evidenciar a diferença entre ele e as condições necessárias para alcançar as metas do sistema de saúde. Procurou-se caracterizar a complexidade do ato pediátrico, na tentativa de compreender como os médicos pesquisados vivenciam constrangimentos na realização do seu trabalho, em um ambiente marcado por limitações nos acordos entre instituições, e que encontra-se tenso, por vezes gerando situações de violência.

A questão norteadora buscou identificar quais elementos do trabalho do médico pediatra, em plantões de urgência, poderiam responder pelas queixas de cansaço e esgotamento. Para investigar essa questão complexa optou-se por um desenho qualitativo, já que permite ao pesquisador um leque variado de opções, tendo sempre como horizonte a possibilidade de captar aspectos diferenciados da realidade. Ou seja, a natureza do problema explica a escolha da metodologia qualitativa, uma vez que, quando lidamos com problemas pouco explorados e conhecidos, essa parece ser a melhor forma de investigação.

A metodologia buscou na ergonomia e nas ciências sociais ferramentas para apreender elementos do trabalho do pediatra na urgência possivelmente associados às queixas de cansaço e esgotamento e será descrita à parte.

Aproximou-se da noção de constrangimento, que, segundo a tradutora de Guérin et al. ¹⁹, deriva do latim *constringere* e se refere a apertado, aperto, compressão, coação, obrigatoriedade, restrição, cerceamento, injunções.

Esta tese será apresentada na forma de dois artigos.

O artigo I intitulado **O trabalho dos pediatras em um serviço público de urgências: fatores estruturais interferindo na qualidade do atendimento** descreve fatores estruturais de um serviço público de urgência e as características que poderiam influenciar na qualidade do cuidado ofertado. Buscou-se ainda, evidenciar os aspectos da relação médico/sistema de saúde e médico/paciente no serviço estudado. Os resultados obtidos sugerem que os problemas na organização do trabalho pediátrico na urgência podem estar contribuindo para um comprometimento da qualidade do serviço e ocasionando constrangimentos a esses profissionais, com provável repercussão negativa sobre a saúde dos mesmos.

O artigo II intitulado **A atividade do pediatra: um estudo dos constrangimentos vivenciados em um serviço de urgência** apresenta componentes da atividade dos médicos pediatras, os quais podem estar associados às queixas de cansaço e esgotamento.

¹⁹ GUÉRIN, F., LAVILLE, A., DANIELLOU, F., DURAFFOURG, J. KERGUELEN, A. *Compreender o trabalho para transformá-lo – A prática da ergonomia*. São Paulo: Edgard Blucher Ltda, 2001. 200p.

Os resultados evidenciam constrangimentos aos quais são submetidos os médicos na realização das suas tarefas, apontando conflitos existentes entre a organização formal do trabalho e a atividade realizada pelos sujeitos. Os artigos possibilitarão a difusão dos resultados de forma ampla. Eles citam os problemas identificados na pesquisa e tentam fornecer pistas para a implementação de espaços de discussão entre a gestão e os sujeitos envolvidos no trabalho, visando transformar as situações de constrangimento identificadas.

OBJETIVOS

OBJETIVOS

Objetivo geral

Conhecer o trabalho dos médicos pediatras em um serviço público de urgência

Objetivos específicos

- i. Descrever as características de um hospital de urgência pediátrica (artigo I)
- ii. Identificar elementos do trabalho do médico pediatra na urgência que podem estar comprometendo a qualidade do serviço prestado (artigo I)
- iii. Descrever a atividade de trabalho dos pediatras em um serviço público de urgência e as suas características (artigo I e artigo II)
- iv. Evidenciar aspectos da organização do trabalho pediátrico em um hospital de urgência pediátrica (artigo I e artigo II)
- v. (Re)Conhecer componentes da atividade dos médicos pediatras possivelmente associados as queixas de cansaço e esgotamento (artigo II)
- vi. Fornecer pistas para implementar espaços de discussão entre os sujeitos e a gestão visando transformar as situações de constrangimentos identificadas (artigo I e artigo II)

ELEMENTOS METODOLÓGICOS

ELEMENTOS METODOLÓGICOS

Pressupostos

Mercado-Martínez ¹ ensina que a complexidade do objeto saúde obriga-nos a olhares interdisciplinares e que as iniciativas de aproximação cooperativa entre ciências sociais, epidemiologia, planejamento e clínica têm acontecido em alguns centros de pesquisa na tentativa de uma abordagem mais completa dos fenômenos. Para o autor, quanto às posturas teóricas e aos termos empregados na pesquisa qualitativa, existem múltiplas concepções, tendências, escolas tradições ou posturas. A decisão de empregar um em particular, dependerá de fatores como: o problema a investigar; os recursos disponíveis; o vínculo com determinada tradição e, mesmo, motivações de natureza social, política, ideológica ou estratégica.

Ainda constitui um desafio o desenho de pesquisas que se interessam em compreender as relações entre saúde e trabalho, por se tratar, ambos os pólos da relação, de fenômenos multifacetados em interação e que compreendem mais de um nível de análise.

Becker ², ao analisar a pesquisa nas ciências sociais, aponta a necessidade de composição de métodos, uma vez que nenhum deles abarca o todo. O autor mostra que é necessário adaptar os princípios gerais de cada método a cada situação específica com a qual se lida.

¹ MERCADO-MARTÍNEZ, F.J.; BOSI, M. L. M. Introdução; notas para um debate. In: BOSI, M. L. M.; MERCADO, F.J. [Org]. *Pesquisa qualitativa de serviços de saúde*. Petrópolis: Vozes. 2004. p. 75-98.

² BECKER, H. *Métodos de Pesquisa em Ciências Sociais*. São Paulo: Hucitec, 1994.178p.

Daniellou et al.³ admitem que toda atividade predominantemente física ou predominantemente mental exercida pelo homem tem repercussões sobre o seu estado funcional, o que implica em um custo psicofisiológico do trabalho, que pode se manifestar de maneiras diversas a curto e a médio prazo, com mudança do modo operatório, fadiga, doenças e acidentes.

A complexidade do problema investigado, que diz respeito às queixas de cansaço e exaustão após o trabalho no serviço de urgência pediátrica, justifica a escolha da abordagem qualitativa e buscou integrar diferentes técnicas de pesquisa.

Segundo Vasconcelos⁴, quando a responsabilidade sobre uma temática é admitida, aceita-se toda complexidade do tema, incluindo as diversas contribuições dos diversos campos do saber, seus aspectos pouco conhecidos, suas áreas de incerteza, as poucas pesquisas realizadas nessa área que, conseqüentemente geram reduzido conhecimento sobre ele, principalmente nos interstícios e contradições entre as diversas competências científicas, teóricas e profissionais que incidem sobre o tema.

Em vista disso, a pesquisa combinou diferentes técnicas como: análise documental, observação do trabalho, entrevista, dispositivo grupal e análise estatística.

Procurou-se compreender as dimensões concretas das situações de trabalho e identificar constrangimentos aos quais os profissionais estão submetidos e, valendo-se dos resultados da literatura sobre saúde dos médicos, analisar

³ DANIELLOU, F.; LAVILLE, A.; TEIGER, C. Ficção e realidade do trabalho operário. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, v. 17, n. 68, p. 7-13, 1989.

⁴ VASCONCELOS, E. M. *Complexidade e pesquisa interdisciplinar: epistemologia e metodologia operativa*. Petrópolis: Vozes. 2002. 343p

possíveis associações com as queixas de cansaço constantemente relatadas pelos participantes.

A preocupação é com o que acontece no dia a dia dos pediatras ao desempenharem as suas tarefas, quais as dificuldades que enfrentam, as estratégias utilizadas para minimizar os constrangimentos resultantes do trabalho.

O campo de interesse é voltado para os problemas vividos e sentidos pela população em estudo (Almeida-Filho ⁵).

A presente pesquisa referencia-se em Vasconcelos ⁴, que admite existir diferentes concepções no campo da pesquisa qualitativa e posiciona-se como pertencente ao grupo que apresenta uma perspectiva crítica e que busca desvelar o sentido das experiências humanas. Reconhece, contudo, que o sofrimento, a dor, a angústia e qualquer processo de significação são também produto e manifestação de condições objetivas e estruturais em que vivem os coletivos humanos.

A abordagem nesta pesquisa é eminentemente empírica. A natureza do objeto justificou a abordagem qualitativa neste estudo.

Utilizou-se da análise do trabalho, ou seja, da análise das condições concretas de realização das atividades dos pediatras por meio da observação do trabalho e do confronto destes dados com outros obtidos através de entrevistas, visando abordar a subjetividade e a intersubjetividade dos trabalhadores.

Os ensinamentos da ergonomia contribuíram para a abordagem do trabalho dos pediatras. Nessa perspectiva, o trabalho é o ponto de partida para a

⁵ ALMEIDA-FILHO, N. *A Ciência da Saúde*. São Paulo: Hucitec, 2000. 245p.

compreensão do homem e de tudo aquilo que o caracteriza como especificamente humano.

A ergonomia objetiva estudar a atividade do ser humano no trabalho porque ela é a mediação entre o homem e o que ele vai produzir ou quer modificar. É nessa atividade que se dá o encontro dos determinantes internos: o homem, sua idade, sua formação e o seu estado de saúde; e os determinantes externos: o ambiente, fisicamente definido, com as suas regras e fatos concretos, e a organização da atividade, com as suas regras implícitas ou explícitas, impostas, que definem a divisão das tarefas e as relações entre os diferentes atores sociais.

O estudo resgata as situações reais de trabalho como recomenda a análise ergonômica do trabalho (AET) ⁶, a qual busca aproximar-se das dificuldades encontradas em cada ambiente particular, pressupondo que existam conflitos entre a racionalidade do sistema e a racionalidade operatória. Baseando-se na observação direta dos sujeitos em situação de trabalho, coleta dados referentes aos ritmos, distribuição formal e informal das tarefas, horários, escalas, formas de concepção e de realização do trabalho (ou trabalhos prescrito e real), modos operatórios e habilidades exigidas.

A análise ergonômica do trabalho marcou o processo investigatório do estudo, sendo, no entanto, necessária a utilização de outras técnicas próprias das ciências sociais para auxiliar a compreensão do fenômeno estudado. O desafio foi apreender as dimensões concretas da situação de trabalho e explicitar alguns de

⁶ GUÉRIN, F., LAVILLE, A., DANIELLOU, F., DURAFFOURG, J.; KERGUELEN, A. *Compreender o trabalho para transformá-lo – A prática da ergonomia*. São Paulo: Edgard Blucher Ltda, 2001. 200p

seus efeitos sobre o indivíduo, assim como dar voz aos médicos para falarem do seu trabalho.

LIMA ⁷ afirma que, sem um conhecimento em profundidade da atividade de trabalho, torna-se impossível compreender adequadamente as vivências subjetivas dos trabalhadores, não sendo possível objetivar tais vivências.

Mercado-Martínez & Bosi ¹ ao discorrer sobre a pesquisa qualitativa, afirmam acreditar ser mais adequado um modelo circular de investigação (em espiral), coerente com uma concepção dialética do processo de investigação ou de construção do conhecimento, no qual as etapas não necessariamente se seguem linearmente, exigindo, permanentemente, uma postura flexível tanto do processo em seu conjunto como na seqüência de passos a seguir.

Portanto, neste estudo, adotou-se um modelo em espiral, no qual as etapas do processo de investigação não seguem um padrão rígido e predeterminado, mas reproduz uma abordagem flexível, tanto no processo em seu conjunto como na seqüência de passos a seguir ⁸.

Porém, para fins de melhor compreensão do caminho percorrido, dividiu-se o estudo em três momentos, denominados: fase preliminar, fase um e fase dois.

Serão descritos os procedimentos de coleta de dados e em seguida será explicitado o que ocorreu em cada uma das fases.

⁷ LIMA, M. E. A.; ASSUNÇÃO, A. A.; FRANCISCO, J. M. S. D. Esboço de uma crítica à especulação no campo da saúde mental e trabalho. In: JAQUES, M. G.; CODO, W. *Saúde mental e trabalho: leituras*. Petrópolis: vozes, 2002. Partell, cap.2, p. 50-81.

⁸ ALVES-MAZZOTTI, A. J.; GEWANDSZNAJDER, F. *O método nas ciências naturais e sociais: pesquisa quantitativa e qualitativa*. São Paulo : Pioneira, 1998. 203 p.

1. Procedimentos de coleta de dados

Na coleta de dado foram utilizadas diferentes técnicas: observações do trabalho, entrevistas coletivas e entrevistas de auto-confrontação e dispositivos grupais.

1.1 Observação do trabalho

A observação dá acesso a uma ampla gama de dados, inclusive os tipos de dados cuja existência o investigador pode não ter previsto no momento em que começou a estudar. A observação de campo possibilita o contato pessoal e estreito com o fenômeno pesquisado e a ergonomia tem obtido resultados interessantes, quando a perspectiva de análise tem como objetivo o estudo do trabalho. As observações sistemáticas favoreceram a percepção direta dos fenômenos de interesse.

O risco de provocar alterações no comportamento dos indivíduos observados foi atenuado por meio da permanência prolongada da pesquisadora no campo, a qual procurou uma aproximação com os sujeitos, a fim de apresentar os objetivos pretendidos e estabelecer elos de confiança, como sugerido em Assunção & Lima^{9,4}.

⁹ ASSUNÇÃO, A. A.; LIMA, F. P. A. A contribuição da ergonomia para a identificação, redução e eliminação da nocividade do trabalho. In: MENDES, R (Org.). *Patologia do trabalho*. 2. ed. São Paulo: Ateneu, 2003. p. 1767-1789.

Na observação, foram adotados os princípios teóricos e metodológicos da escola francesa da ergonomia da atividade, a qual considera a distinção entre “o que” foi estabelecido para os trabalhadores executarem e “como” eles respondem às exigências do trabalho. Objetivou-se conhecer as atividades de trabalho ou dos trabalhadores a partir da observação de todos os comportamentos – perceptivo, motor ou de comunicação GUÉRIN et al. ⁶.

1.2 Entrevistas

A utilização de entrevistas como técnica traz importantes contribuições, sendo que, por meio delas, obtêm-se dados objetivos e subjetivos. Segundo Vasconcelos ⁴, a entrevista é especialmente adequada para obter informações sobre o que as pessoas ou grupo sabem, acreditam, esperam, sentem e desejam fazer, fazem ou fizeram, bem como suas justificativas ou representações a respeito dos temas abordados.

As entrevistas evidenciam dados que, quando analisados, acrescentam conhecimentos sobre o trabalho e fornecem ainda elementos para a análise dos efeitos que a organização, o conteúdo, as condições, as relações do trabalho podem provocar, segundo a perspectiva do sujeito, sobre a saúde física e mental e sobre a qualidade de vida. As entrevistas podem evidenciar as pressões psicológicas que os sujeitos sofrem no trabalho.

As estratégias e habilidades desenvolvidas pelos sujeitos para o enfrentamento das situações de trabalho podem ser evidenciadas através da narrativa de trabalho. A relação entre o mundo subjetivo e os fatos sociais deve ser

buscada, pois permite uma visão aprofundada da influência dos processos psíquicos e das condições histórico-sociais que determinam uma existência.

1.3 Entrevistas de auto-confrontação

Uma vez que a atividade não pode ser reduzida ao que se consegue observar ⁹, a etapa da autoconfrontação dos resultados das entrevistas e observações é uma estratégia que busca na palavra livre do trabalhador compreender os sentidos que ele próprio imprime aos resultados obtidos pelo pesquisador. As entrevistas de autoconfrontação mostram ser instrumento fundamental, quando se procura explicitar as razões dos comportamentos e atitudes do trabalhador frente às situações de trabalho ^{3,6,10}.

Entrevistou-se cada um dos profissionais selecionados, confrontando-se, também a sessão de observação das atividades, os registros produzidos pelos mesmos durante as práticas acompanhadas, buscando colocar em evidência os elementos críticos da atividade e o esclarecimento quanto aos procedimentos adotados. As entrevistas ocorreram durante o trabalho, principalmente nos intervalos entre um e outro atendimento.

Após a organização inicial dos dados das observações e das verbalizações, voltava-se aos pediatras, buscando validar as informações computadas pelo pesquisador. Por exemplo: 'você disse que não manda o menino

¹⁰ LIMA, F. P. A. A formação em ergonomia: reflexões sobre algumas experiências de ensino da metodologia de análise ergonômica do trabalho. In: KIEFER, C.; FAGÁ, I.; SAMPAIO, M. R. *Trabalho, Educação e Saúde*. Vitória. Fundacentro, 2000.

para casa quando desconfia da mãe, o que você quis dizer? Quando você desconfia da mãe? O que o leva a desconfiar que a mãe não vai cuidar bem?

Durante as entrevistas de autoconfrontação e as observações, as verbalizações dos trabalhadores mostraram ser elemento importante na elaboração do material. Guérin et al. ⁶ mostram que existem duas grandes modalidades de verbalizações em relação à atividade: as verbalizações simultâneas, realizadas durante o decorrer do trabalho, e as verbalizações consecutivas, realizadas depois. Lançou-se mão dessas formas de análise da atividade, em alguns momentos das verbalizações simultâneas, em outros das consecutivas.

1.4 Dispositivos grupais

Como orienta Vasconcelos ⁴ formado o grupo, um moderador estimula a discussão, baseando em um roteiro com temas pré-selecionados. Após os encontros o material deve ser organizado e analisado, e o próximo encontro preparado, tendo em vista, os resultados do encontro anterior e os objetivos a serem alcançados.

2. Fase preliminar: Aproximação do problema (*cansaço*)

O primeiro momento foi um estudo exploratório para ajuste e definição dos instrumentos. Os sujeitos estudados e a direção do hospital, após o conhecimento dos objetivos da pesquisa, concordaram em participar e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais e pelo Comitê de Ética do hospital.

2.1 Instrumentos mobilizados

- 1 • Estudo Bibliográfico.
- 2 •Análise de documentos: pesquisa nos sistemas de registro da instituição.
- 3 •Observações globais do trabalho – três.
- 4 •Entrevistas de auto-confrontação – três.
- 5 . Entrevistas individuais – três.

Foram realizadas entrevistas com a direção, com a chefia da enfermagem do serviço estudado e com a chefia do departamento pessoal. Posteriormente foram realizadas observações globais do trabalho de três pediatras e feitas entrevistas com dois médicos, buscando-se compreender o trabalho, a divisão de tarefas na unidade e os problemas cotidianos.

Os dados demográficos (sexo, idade, vínculo, tempo na instituição) foram obtidos junto ao Departamento de Pessoal, que disponibilizou as fichas do seu arquivo. As causas das licenças médicas foram conseguidas no serviço de saúde do trabalhador da instituição.

O convite foi feito buscando obter uma amostra representativa dos participantes em relação às equipes, ao tempo na instituição e ao tipo de vínculo.

A metodologia na fase preliminar envolveu os seguintes aspectos: análise da demanda, exploração do funcionamento da Instituição, estudo das características da população e análise global do trabalho.

2.2 Análise da demanda

Na fase preliminar procedeu-se a análise das queixas de dores e cansaço e de exaustão após o plantão, relatadas pelos pediatras sendo essa o marco inicial do estudo. Foi considerada a possibilidade de avaliar a morbidade do grupo de pediatras estudados para compreensão do fenômeno. No entanto, após estudar a instituição, revisar a literatura e com os estudos de análise do trabalho, conclui-se que, para entender essa realidade, seria necessário mergulhar na atividade desses trabalhadores, tentando compreendê-la, assim como explicitar como o trabalho está organizado nesse serviço. A demanda foi assim reformulada, passando a ser: **a necessidade de compreender os determinantes organizacionais e as exigências da natureza da tarefa que podem explicar as queixas de cansaço e esgotamento.**

2.3 Exploração do funcionamento institucional

Esse momento buscou conhecer a instituição que emprega o trabalho médico, sobretudo as características organizacionais e especificidades de funcionamento, através de pesquisa em documentos institucionais, sistemas informatizados, entrevistas não-estruturadas com dirigentes e com os pediatras. Foram construídos fluxos dos atendimentos, elaborado esquemas do espaço físico e levantamento da capacidade de atendimento da instituição, assim como foi estudada a hierarquia no hospital. As características do serviço foram apontadas, destacando-se, dentre elas, as relações do hospital com o SUS, principalmente com a rede

básica de saúde. O fluxo do paciente foi mostrado com descrições e esquemas. A relação do serviço com outros setores do hospital foi descrita e analisada.

2.4 Estudo das características da população trabalhadora

Foi realizada uma pesquisa nos sistemas de registro da instituição, no serviço de pessoal e no serviço de saúde do trabalhador.

Além disso, a idade, o sexo, o tipo de vínculo, anos de trabalho na instituição, absenteísmo dos médicos e suas causas foram estudados.

2.5 Análise global do trabalho

O objetivo dessa primeira etapa foi construir um pré-diagnóstico, para formulação de hipóteses iniciais.

A observação do desenvolvimento da tarefa em situações de trabalho foi feita, com o intuito de obter o primeiro desenho das atividades realizadas pelos médicos no ambulatório de urgência e emergência. Os procedimentos iniciais consistiram no acompanhamento da atividade de trabalho de três pediatras.

Após análise os dados, eles foram apresentados aos profissionais visando: validar as informações coletadas com a realidade por eles vivenciada, confrontar o trabalho prescrito com o trabalho real e para dar aos profissionais a oportunidade de falar sobre sua atividade. Foram explorados aspectos tais como: organização do trabalho, mudanças ocorridas na organização do trabalho, condições

físicas de trabalho, relação com os pacientes, relacionamentos na equipe, relações com outros serviços de saúde do SUS (Sistema Único de Saúde), entre outros.

Cumpridas essas etapas, elaborou-se a(s) hipótese(s) para as evidências encontradas e reflexões foram provisoriamente construídas, considerando as indagações que alimentavam o objetivo definido de estudar analiticamente o trabalho do pediatra. Foram, então, elaborados protocolos de observação do trabalho, com a finalidade de subsidiar as observações sistemáticas da atividade e orientar as entrevistas coletivas.

3. Fase I análise do trabalho-organização do trabalho-descrição da tarefa: componentes e dificuldades

3.1 Instrumentos mobilizados

3.1.1 Entrevistas coletivas

3.1.2 1 Entrevistas de autoconfrontação

3.1.3 Observação sistemática do trabalho

3.1.1 Entrevistas coletivas

As entrevistas coletivas ocorreram na sala de conforto médico. Cada encontro ocorreu após a ida da pesquisadora ao local do plantão, visando apresentar a pesquisa, o termo de consentimento e convidar para a sessão coletiva que durava em torno de 30 minutos, tendo sido realizada em um dos intervalos de atendimento.

As sete entrevistas coletivas foram feitas uma por cada equipe, no período de segunda-feira a domingo, com duração de 30 minutos cada. Aconteceram nos intervalos dos atendimentos abordando: percepção do profissional quanto a seu

lugar institucional, às competências e às exigências da atividade pediátrica e a sua relação com o paciente. O número de médicos presentes nas entrevistas variou de seis (em cinco encontros) a sete médicos (em dois encontros).

Os entrevistados foram selecionados a partir dos seguintes critérios: disposição para falar sobre o trabalho na equipe e da organização do trabalho na porta de entrada, disponibilidade para a conversa, estar há mais, ou menos tempo na equipe, ser efetivo ou ter vínculo temporário com a instituição.

Elas foram guiadas, como sugere Vasconcelos ³, por uma lista de perguntas, visando obter informações, apreender o que os pediatras sabem, esperam fazer, fazem ou fizeram, bem como suas justificativas ou representações a respeito do trabalho no hospital e do cansaço que relatam constantemente, beneficiando-se, no entender de Mercado-Martinez & Bosi ¹ da interação entre os participantes para a explicitação dos componentes do fenômeno social em questão. As perguntas que guiaram a entrevista são as relacionadas no QUADRO 1.

QUADRO 1

Perguntas apresentadas aos sujeitos da pesquisa

A quais fatores vocês atribuem o fato de estarem cansados após o trabalho?
O que vocês consideram mais cansativo?
O que é bom no trabalho?
O que é ruim?
Como se sentem antes do plantão?
Como se sentem depois do plantão?
Relatem algum caso especial que exigiu muito de vocês.
Quais são as soluções para os problemas detectados?
Como é a divisão do trabalho?

As entrevistas não foram gravadas. A pesquisadora anotava as falas dos médicos e confrontava os resultados posteriormente.

Foram respeitados os relatos espontâneos dos sentimentos gerados diante dos seus pacientes: *Sabe aquele menino?... Aquela mãe me irritou....O que não agüento é...*

3.1.2 Entrevistas de auto-confrontação

A medida que o material ia sendo produzido e analisado, voltava-se aos pediatras que haviam participado na construção do dado para confrontação do mesmo.

3.1.3 Observação sistemática do trabalho

A partir da fase preliminar, elaborou-se categorias que serviram de matriz para a observação sistemática do trabalho. A seleção dos temas considerou o critério de repetição e de relevância ao analisar os dados produzidos. Novos sujeitos foram incorporados ao estudo. Foram elaborados os parâmetros e componentes da matriz da observação sistemática e, a seguir, iniciou-se a fase um, que se caracterizou pelo acompanhamento, a partir da matriz construída, do desenvolvimento da(s) tarefa(s) no desempenho do trabalho médico, sendo que foram observados quatro pediatras nessa fase.

O plantão noturno, o atendimento da emergência (crianças com risco de vida imediato) e os casos que são internados passaram a ser observados.

As verbalizações que os pediatras produzem ao realizarem as tarefas mostraram a importância que podem adquirir em uma pesquisa, trazendo para o estudo, além do conhecimento da objetividade, a importância de se dar voz aos sujeitos. Assim, a subjetividade de cada um adquire significado para a pesquisa que consegue chegar à interioridade desses sujeitos.

Ficou claro que o momento da emergência é carregado de muita tensão e que exige do pediatra atenção redobrada, devendo o pesquisador ter o cuidado de não interromper o trabalho, pois, segundos de desatenção podem significar quebra no pensamento do médico.

Foram acompanhados quatro pediatras em horários alternados e de equipes diferentes. As variáveis observadas durante o trabalho do pediatra foram: duração da tarefa, interrupções, tempo de duração da consulta, tempo de operações de escrita da receita e de anotações no prontuário, tempo consagrado ao acadêmico de medicina presente nas entrevistas e tempo dedicado aos acompanhantes e às crianças.

A análise sistemática do trabalho envolveu os seguintes passos:

- 1- Realização de observação do trabalho em situações específicas decorrentes das categorias selecionadas para estudo, a partir da matriz de observação construída;
- 2- Entrevista com cada um dos profissionais selecionados, confrontando-a com a sessão de observação das atividades e com os registros gerados durante as práticas acompanhadas, buscando, junto a esses profissionais, a evidenciação dos elementos críticos componentes da atividade e o esclarecimento quanto aos procedimentos adotados.

Os sujeitos foram definidos durante o processo de investigação, tendo por critério a intenção de aprofundar o conhecimento sobre o perfil da organização do trabalho no serviço e as características da atividade desenvolvida, buscando-se contemplar, ao máximo, a diversidade entre eles e as modulações decorrentes de suas características sobre os *modus operandis*.

A fase preliminar da pesquisa permitiu que algumas situações do trabalho dos pediatras no ambulatório de urgência e emergência fossem escolhidas para observação, pois ficou evidente que exigem muito esforço dos médicos.

3.1.3.1 Situações a observar

Situações de risco para a criança e para o pediatra.

O momento da decisão por internação.

A chegada e os procedimentos realizados na emergência.

O horário mais difícil de 18 às 23 horas.

Os dias de aumento da demanda.

Optou-se, ainda, por observar as situações nas quais ocorre a cooperação entre os pediatras, por entendê-la como uma forma de organização desenvolvida pelos médicos para enfrentar as adversidades do trabalho.

Cada uma das sessões de observação durou quatro horas. Cada pediatra foi acompanhado nas consultas, durante os deslocamentos até a enfermaria ou serviço social e na sala de conforto durante os intervalos dos atendimentos.

Foram registradas as verbalizações dirigidas ao paciente e ao acompanhante, e vice-versa, e ao pesquisador (verbalização simultânea), na forma

em que ocorreram, permitindo-se identificação de comportamentos não-intencionais ou inconscientes e explorar tópicos que os trabalhadores dificilmente apresentariam fora do contexto temporal-espacial da situação de trabalho ¹¹.

3.1.3.2 Observação de situações especiais

Foram observados dois atendimentos a crianças gravemente enfermas, um caso de asma grave com insuficiência respiratória importante e um caso de convulsão.

4. Fase II: Aprofundando a compreensão do trabalho

4.1 Instrumentos mobilizados

4.1.1 Dispositivo grupal.

4.1.2 Análise de dados estatísticos.

4.1.1 Os dispositivos grupais

No tocante ao grupo, mantendo o critério da heterogeneidade dos sujeitos, onze pediatras foram convidados, seis participaram das quatro sessões semanais realizadas às quintas-feiras, em 2004, fora do horário de trabalho. Os cinco pediatras restantes alegaram incompatibilidade horária.

¹¹ ABRAHÃO, J. I. Ergonomia. Modelos, métodos e técnicas. In: 2º CONGRESSO LATINOAMERICANO e 6º SEMINÁRIO BRASILEIRO DE ERGONOMIA, 1993. Brasília. Anais... Florianópolis. Abergó/Fundacentro; 1993.

Foram estudadas, as representações dos pediatras referentes ao trabalho realizado e seus determinantes no nível da organização do sistema de saúde e das regras do hospital, procurando-se entender as fontes de cansaço aventadas nas etapas anteriores da pesquisa.

Na primeira reunião, foram apresentados os objetivos da pesquisa e o modo de funcionamento do grupo. Os resultados colhidos nas primeiras fases da pesquisa relativos aos constrangimentos do trabalho e efeitos a eles associados foram apresentados como sendo o núcleo das discussões. Duas pesquisadoras participaram do grupo, assim como um acadêmico, bolsista de pesquisa, que auxiliou nas anotações. Após cada encontro, os pesquisadores organizavam o material registrado, procediam a uma análise flutuante do conteúdo e programavam o encontro seguinte. Por vezes, houve necessidade de os participantes ou de os pesquisadores retomarem os temas discutidos anteriormente. Ao todo, realizaram-se quatro encontros de 50 minutos, em local e horário agendados com cada um dos participantes.

4.1.2 Pesquisa documental e dados quantitativos

As informações sobre a produção do serviço foram colhidos de documentos e boletins estatísticos existentes nos arquivos do hospital.

Foram estudados os documentos elaborados pela direção no planejamento para 2004 e 2005, o Relatório do Fórum de Discussão do Ambulatório de Urgência e Emergências ocorrido em junho de 2003, e o Relatório de Auditoria realizada no hospital pelo Conselho Regional de Medicina em 2004, como decorrência de solicitação do Ministério Público.

Tomou-se o ano de 2004 como referência para a análise estatística da produção do serviço. Os quadros existentes no boletim estatístico de 2004, que diziam respeito à idade dos pacientes atendidos e internados, tipo de atendimento, número de consultas por mês e no ano, procedência das crianças e nosologia prevalente foram analisados.

O tempo de espera para consulta não estava disponível, foi, então, tomado o mês de março e dezembro de 2004 para levantamento dos dados, sendo o mês de março o que teve o maior número de consultas (11 131) e dezembro (6 539) um dos meses de menor atendimento só superado por julho (6 295) o mês de menor número de atendimentos. Foram analisadas 517 fichas de atendimento do mês de março, escolhidas aleatoriamente e 310 do mês de dezembro. Depois de reunidas as fichas de atendimento de acordo com o registro da hora de chegada do paciente ao hospital, selecionou-se a primeira, a vigésima e, a seguir, os seus múltiplos.

5. Análise dos dados

5.1 Procedimentos de análise, tratamento e sistematização dos dados

A organização dos dados é um processo continuado, no qual se procura identificar dimensões, categorias, tendências, padrões, relações, desvendando-lhes o significado. É um processo complexo, não-linear, que implica um trabalho de redução, organização e interpretações dos dados que se inicia já na fase exploratória e acompanha toda a investigação.

À medida que os dados são coletados, o pesquisador vai procurando identificar temas e relações, construindo interpretações, gerando novas questões ou aperfeiçoando as anteriores, o que por sua vez, leva-o a buscar novos dados, complementares ou mais específicos, que testem suas interpretações, num processo de sintonia fina que vai até a análise final⁸.

A organização dos dados das entrevistas e das observações foi um processo continuado, no qual buscou-se identificar as dimensões das dificuldades enfrentadas pelos pediatras durante o plantão no hospital, as quais foram relatadas e observadas ao longo da pesquisa, desvendando-lhes o significado que os próprios pediatras lhes atribuíram. Essa organização implicou um processo complexo, não-linear, com etapas de redução, organização e interpretações dos dados iniciados já na fase exploratória e que acompanhou toda a investigação.

À medida que os dados foram sendo organizados, procedeu-se a uma leitura flutuante. Apareceram em destaque, devido à recorrência e à relevância, as influências fortes das regras oriundas do sistema de saúde e aquelas que dizem respeito ao ato pediátrico. Aventou-se a hipótese de existência de conflitos entre as regras do trabalho derivadas da organização e os preceitos da pediatria, gerando as questões que foram apresentadas aos médicos.

Buscou-se apreender as seguintes variáveis: conteúdo das entrevistas dirigidas pelo pediatra ao acompanhante, a abordagem da criança, a orientação final e o detalhamento da prescrição, os registros no prontuário, o conteúdo das comunicações com os outros atores presentes no plantão.

Utilizou-se a recomendação de Turato ¹², que faz um refinamento da técnica de análise de conteúdo com vistas à proposta de análise para o método clínico-qualitativo. O autor sugere:

1 - Etapa das leituras flutuantes para impregnação do discurso

Nessas etapas, ocorre o contato com os documentos a analisar e o conhecimento do texto deixando-se invadir por impressões e orientações ¹³, fazendo com que, pouco a pouco, o alvo da leitura vá ganhando clareza para nossa consciência.

2 - Caracterização de tópicos emergentes segundo critérios de relevância e de repetição.

O autor propõe que o processo de categorização ocorra dentro de dois critérios principais: o de repetição e o de relevância dos pontos constantes no discurso dos entrevistados.

Numa etapa subsequente, os resultados extraídos de uma primeira análise foram tratados a partir da pauta de temas que sobressaíram da leitura flutuante dos discursos dos sujeitos e das verbalizações colhidas em situação e em autoconfrontação: (1) meios materiais necessários ao tratamento (leitos disponíveis, fluxo dos pacientes para outros serviços desejados); (2) demanda (aglomeração do serviço); (3) gravidade do caso; (4) conduta do acompanhante para com o médico.

¹² TURATO, E.R. Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas. 2 ed. Petrópolis: Vozes. 2003. 685p.

¹³ BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70. 1995.

As entrevistas foram organizadas e impressas. Procedeu-se a uma leitura detalhada do material que foi codificado com base nos objetivos e conceitos centrais do estudo. O resultado foi impresso e nova leitura detalhada foi realizada. A análise relacionando as situações de trabalho serviu para identificar as dificuldades e habilidades necessárias à realização da tarefa.

Diante dos dados, passou-se a descrever padrões de regularidade que pudessem responder à questão inicial e a outras surgidas durante o estudo como: como os pediatras enfrentam as dificuldades encontradas na realização das tarefas, como enfrentam o período de alta demanda, por que são contra a classificação de risco em pediatria, por que acontecem atritos entre os médicos de diferentes setores do hospital.

As categorias identificadas após análise do material extraído na fase preliminar e na fase I foram:

1. Pressão temporal, sendo que o que está em jogo é uma vida humana.
2. Resolução de problemas.
3. A dimensão coletiva do trabalho.
4. A decisão por internar.
5. Insatisfações.
6. Descontrole do médico.
7. Descontrole do acompanhante.

Na análise, fez-se uma tentativa, visando articular vários níveis analíticos e diferentes áreas do conhecimento, a saber (1) nível genérico sócio-econômico / sociologia do trabalho; (2) nível concreto sócio econômico/ administração e (3) gestão do sistema e serviços de saúde.

Os elementos extraídos das entrevistas coletivas foram classificados por diferenciação. Destacaram-se os temas: organização do sistema de saúde, organização do trabalho no hospital e a tríade pediatra-paciente-acompanhante. Os temas medo de errar, medo de processos na justiça, incerteza quanto as condutas de internar ou não, culpa, revolta e não reconhecimento do trabalho foram recorrentes.

Os sentimentos em destaque e que apareceram nos discursos dos pediatras durante as discussões foram: (A) medo de errar; (B) medo de processo na justiça (C) angústia em face ao marcante caráter de incerteza da atividade; (D) culpa pela incapacidade de auto-referenciamento; (E) revolta pela precariedade de vida da maioria dos pacientes, pelas insuficiências do sistema de saúde, e pelo não-reconhecimento do investimento mobilizado em seu trabalho.

6. Apresentação e discussão dos resultados junto aos médicos participantes

Em dezembro de 2004, ocorreu uma reunião para a análise dos resultados. Uma cópia preliminar do relatório de pesquisa foi entregue aos médicos pesquisados uma semana antes da reunião, sendo solicitado que discutissem entre si e levassem dúvidas e sugestões à reunião. A reunião durou uma hora. As dúvidas foram esclarecidas, sugestões foram acatadas e os médicos foram convidados a opinar, discutir com os colegas e informados de que a pesquisadora estaria aceitando sugestões até fevereiro de 2005 para as modificações necessárias.

ARTIGO 1

O TRABALHO DOS PEDIATRAS EM UM SERVIÇO PÚBLICO DE URGÊNCIA: FATORES INTERVENIENTES NA QUALIDADE DO ATENDIMENTO.

Egléa Maria da Cunha Melo ¹

Ada Ávila Assunção ²

Roberto Assis Ferreira ³

1 – Professora do Departamento de Pediatria da Faculdade de Medicina da UFMG. Pediatra. Doutora em Ciências da Saúde.

2 - Professora do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais. Professora do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Medicina da UFMG. Doutora em Ergonomia. Médica do trabalho. Pesquisadora do CNPq.

3 - Professor do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde / Saúde da Criança e do Adolescente da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais. Professor do Departamento de Pediatria da Faculdade de Medicina da UFMG. Pediatra. Doutor em Ciências da Saúde.

Endereço para correspondência:

Egléa Maria da Cunha Melo

Av. Alfredo Balena, 190 / 4 ° andar

Faculdade de Medicina – UFMG

30310-100 Belo Horizonte

egleamelo@uol.com.br

O TRABALHO DOS PEDIATRAS EM UM SERVIÇO PÚBLICO DE URGÊNCIA: FATORES INTERVENIENTES NA QUALIDADE DO ATENDIMENTO.

RESUMO

Este estudo qualitativo de base empírica apresenta as condições materiais e organizacionais do trabalho dos pediatras em um serviço público de urgência, com vistas a identificar fatores que estejam interferindo no atendimento. Realizou-se um estudo do trabalho por meio de entrevistas coletivas e observações diretas da atividade. Os resultados foram tratados de maneira articulada aos dados estatísticos e históricos obtidos de uma pesquisa documental. Foram entrevistados 44 médicos pertencentes a sete equipes de pediatras, entre os quais sete pediatras foram observados em situação real de trabalho buscando analisar a atividade realizada. Viu-se que a fragilidade do sistema de referência e contra-referência é fator determinante do volume de atendimentos, assim como a sazonalidade das doenças respiratórias e as dificuldades da atenção básica para realização de exames. O ambiente marcado pela aglomeração de pacientes gera pressão temporal com interferências diretas sobre o ato pediátrico praticado. O pediatra ao procurar fornecer um atendimento de qualidade para a criança leva em conta diversos fatores que diferem da gravidade da doença e do quadro clínico da criança. Assim, as condições socioeconômicas da criança, da família, o grau de compreensão e desprendimento do acompanhante e a idade são levados em conta quando o pediatra decide internar uma criança.

Palavras-chave: Pediatria, saúde do trabalhador, trabalho médico, urgência, cansaço, sistema de saúde.

PEDIATRICIAN'S WORK IN URGENT PUBLIC SERVICE: FACTORS INTERFERING IN THE CARE

ABSTRACT

This empirical qualitative study presents the material and organizational conditions of the pediatricians work in a public service of pediatric urgencies, aiming at identifying factors that are interfering with the care. An analysis of the work, by means of collective interviews and direct observation of the activities, was made. The results were treated in an articulate manner to the statistic and historical data obtained from a documental research. It was interviewed 44 doctors belonging to seven pediatrician teams, among which seven pediatricians were observed in real situation of work in an attempt to analyze the activity performed. It was perceived that the fragility of the reference and counter-reference system, as well as the breathing conditions seasonality and the difficulties of basic attention for the exams performance are determining factors of the amount of cares. The environment marked by the agglomeration of patients creates temporal pressure with direct interferences on the pediatric act performed. The social-economic conditions of the child and the family, the degree of understanding, the companion unattachment and the age are taken into consideration when the pediatrician decides to admit a child.

Key-words: Pediatrics, worker health, medical work, urgencies, fatigue, health system.

INTRODUÇÃO

A estrutura do sistema de saúde e o cuidado ao paciente pediátrico

Embora a mortalidade infantil pós-natal venha decrescendo no Brasil, ainda persiste em níveis acima do desejado. No país, morrem crianças por óbitos evitáveis atribuídos às condições socioeconômicas das famílias, ao acesso e à qualidade da assistência à gestante e à criança ^{1,2,3,4}.

As doenças infectocontagiosas, entre elas a pneumonia e a diarreia ligadas a desnutrição, são as principais causas de óbitos pós-natais ². Muitos óbitos aconteceram após a procura aos serviços de urgência por mais de uma vez com a mesma doença que ocasionou a morte ⁵. Na grande maioria dos casos, os óbitos podem ser evitados, se houver garantia de tratamento precoce. Em muitos países as políticas de saúde, buscam organizar a atenção à saúde das crianças com ênfase no cuidado primário e nas medidas educativas ^{6,17}

No entanto, as metas de descentralização e hierarquização no atendimento têm obtido êxito menor do que o esperado, pois persiste a alta demanda por atendimentos nos serviços de urgências ^{4,7,8}. A superlotação freqüente dos serviços de urgências evidencia as dificuldades do sistema em atingir as metas de universalidade, igualdade e descentralização do acesso à atenção à saúde. Aos efeitos dos obstáculos para oferta de serviços, da fragilidade do sistema de referência e contra-referência e das precárias condições socioeconômicas das crianças e de suas famílias, soma-se a precariedade dos recursos disponíveis nos serviços de saúde ^{4,9}, os quais, no conjunto, constituem desafios para alcançar a meta de 'saúde para todos'.

Os serviços de urgência do SUS (Sistema Único de Saúde) destinados às crianças gravemente enfermas são também freqüentados por crianças com doenças mais simples e as famílias os utilizam como porta de entrada ao sistema^{4,9,10}, provocando elevada procura pelos serviços e interferindo no atendimento aos pacientes agudos, que são obrigados a enfrentar filas, muitas vezes com quadros graves.

Este estudo objetivou descrever fatores intervenientes no atendimento pediátrico, principalmente, aqueles fatores ligados ao processo de trabalho em um serviço de urgência e à organização do sistema de saúde.

Sujeitos e Métodos

A natureza do objeto justificou a abordagem qualitativa neste estudo de base empírica, utilizando-se de uma combinação de diferentes técnicas de investigação a fim de compreender o funcionamento e as situações de trabalho.

Foi estudado um ambulatório de urgência pertencente a um hospital público de pediatria. O serviço é formado por dois setores: (1) o ambulatório propriamente dito destinado ao fluxo de pacientes que são atendidos nos consultórios; (2) a unidade de observação. O corpo clínico é formado por 62 pediatras que trabalham em equipes. A maioria, 59% (37), é composta por mulheres. Um número significativo de médicos, 44 (71%), tem mais de 45 anos, sendo que 44% (27) estão no serviço há mais de 20 anos. A jornada atual do médico é de 12 horas e praticam 12 horas extras semanais.

Participaram do estudo 44 médicos pediatras (70% do universo). A idade dos sujeitos pesquisados variou de 30 a 66 anos, sendo que 30 médicos (68%) encontravam-se na faixa de 45 e 55 anos, e 27 tinham mais de dez anos

trabalhando no serviço. Dos sujeitos estudados, 25 eram mulheres e 19 homens. Quanto ao tipo de vínculo, 31 eram efetivos e treze tinham vínculo temporário com a instituição.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais e pelo Comitê de Ética do hospital. Os sujeitos estudados e a direção concordaram em participar e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido. A seleção dos participantes ocorreu por livre adesão.

As entrevistas coletivas

Em 2003, foram entrevistados quarenta e quatro médicos, abrangendo as sete equipes de plantão existentes. Cada entrevista realizada na sala de conforto médico durou 30 minutos. Elas foram guiadas pelos temas que surgiram na fase exploratória caracterizada por observações abertas (sem roteiro prévio) e entrevistas simultâneas durante o atendimento dos pacientes pelos pediatras. Os temas diziam respeito às queixas de cansaço, à percepção do trabalho e seus reflexos sobre o humor do pediatra, as dificuldades e situações extremas vivenciadas durante o plantão. Procurou-se fazer emergir possíveis associações entre os sentimentos referidos e as características gerais do trabalho, com ênfase nos aspectos organizacionais do serviço e do sistema de saúde.

As observações do trabalho

Entre os médicos entrevistados em 2003, sete foram observados no trabalho ainda naquele ano. Foram adotados os princípios teóricos e metodológicos da escola da ergonomia da atividade, a qual considera a distinção entre “o que” foi estabelecido para os trabalhadores executarem e “como” eles respondem às exigências do trabalho ¹¹.

Uma vez que a atividade não pode ser reduzida ao que se consegue observar, a etapa da autoconfrontação dos resultados das entrevistas e observações, estratégia que busca na palavra livre do trabalhador compreender os sentidos que ele próprio imprime aos resultados obtidos pelo pesquisador ¹², permitiu aceder aos aspectos não-objetiváveis do trabalho.

O risco de provocar alterações no comportamento dos indivíduos observados foi atenuado pela permanência prolongada da pesquisadora no campo, a qual procurou uma aproximação com os sujeitos a fim de apresentar os objetivos pretendidos e estabelecer elos de confiança, como propõem Assunção & Lima (2003)¹² e Vasconcelos (2002)¹³.

Cada uma das sessões de observação durou quatro horas. O pediatra foi acompanhado nas consultas, durante os deslocamentos até a enfermaria ou serviço social e na sala de conforto em momento de pausa entre um atendimento e outro, quando era possível.

Foram registradas as verbalizações dirigidas ao paciente e ao acompanhante, e vice-versa, e ao pesquisador (verbalização simultânea), na forma em que ocorreram permitindo identificar comportamentos não-intencionais ou inconscientes e explorar tópicos que os trabalhadores dificilmente apresentariam fora do contexto temporal-espacial da situação de trabalho, conforme salientam Assunção & Lima (2003) ¹²

Pesquisa documental e dados quantitativos

As informações sobre o histórico da instituição e a produção de consultas foram colhidas dos documentos e boletins estatísticos existentes nos arquivos do hospital. Os dados demográficos foram obtidos junto ao departamento de pessoal, que disponibilizou as fichas do seu arquivo.

Foram estudados os documentos elaborados pela direção no planejamento para 2004 e 2005, o relatório do Fórum de Discussão do Ambulatório de Urgência e Emergências ocorrido em junho de 2003, o relatório do Conselho Regional de Medicina resultante de auditoria ocorrida no hospital em 2004. Informações complementares foram buscadas junto a funcionários de diferentes setores quando se fizeram necessárias.

Tomou-se o ano de 2004 como referência. Foram analisados os quadros existentes no boletim estatístico de 2004, que diziam respeito à idade dos pacientes atendidos e internados, tipo de atendimento, número de consultas por mês e no ano, procedência das crianças e nosologia prevalente.

O tempo de espera para consulta não estava disponível nos boletins do hospital, foi, então, tomado o mês de março e dezembro para levantamento dos dados diretamente nas fichas dos pacientes atendidos. Foram analisadas 517 (4,6%) fichas de atendimento do mês de março, escolhidas aleatoriamente, e 310 (4,9%) do mês de dezembro. Depois de reunidas as fichas, de acordo com o registro da hora de chegada do paciente ao hospital, selecionou-se a primeira, a vigésima e, a seguir, os seus múltiplos. O material reunido permitiu confeccionar os dados que foram apresentados.

Procedimentos de análise, tratamento e sistematização dos dados

Os registros das verbalizações e dos comportamentos observados foram analisados buscando apreender as seguintes variáveis: conteúdo das entrevistas dirigidas pelo pediatra ao acompanhante, a abordagem da criança, a orientação final e o detalhamento da prescrição, os registros no prontuário, o conteúdo das comunicações com os outros atores presentes no plantão.

Os resultados preliminares das observações globais foram apresentados aos profissionais visando permitir a fala livre dos sujeitos e, assim, autoconfrontar as informações coletadas com a vivência subjetiva e confrontar o trabalho prescrito com o trabalho real, seguindo o método de Guérin et al. (2001) ¹¹.

Numa etapa subsequente, os resultados extraídos de uma primeira análise foram tratados a partir de uma segunda pauta de temas que sobressaíram da leitura flutuante dos discursos dos sujeitos e das verbalizações colhidas em situação e em autoconfrontação: (1) meios materiais necessários ao tratamento (leitos disponíveis, fluxo dos pacientes para outros serviços desejados); (2) demanda (aglomeração do serviço); (3) gravidade do caso; (4) conduta do acompanhante para com o médico.

Resultados

O paradoxo entre a missão do hospital, a demanda dos usuários e o julgamento do pediatra

No plano prescrito, aos médicos plantonistas cabe atender a demanda e assistir criança que chega ao serviço de urgência em estado grave até a sua estabilização, reavaliando e acompanhando as crianças em observação fora do leito e assistindo os casos semi-internados no período noturno. Em torno de 71% das

internações no hospital estudado referem-se a crianças entre um mês e quatro anos, embora sejam atendidas todas as crianças até a idade de 12 anos. Paralelamente, cumpre-se também a função de formação dos acadêmicos de medicina.

Em 2004, foram realizadas 91 551 consultas, com uma média mensal de 7 629 consultas e média diária de 254. O mês de julho contou com o menor número de atendimentos e março, o mês com o maior número sendo que nesse mês a média diária de consultas chegou a 371 (FIG. 1).

O perfil da demanda atendida suscita discussão, pois, apesar da vocação do serviço em atender os casos agudos, quase a metade dos atendimentos em todos os meses de 2004 diz respeito a procedimentos básicos que seriam destinados à atenção primária, pois são consultas simples, nas quais a criança é atendida e não necessita de nenhum procedimento ou medicação retornando para casa. São atendidas crianças de Belo Horizonte e da região metropolitana.

Existe um paradoxo entre um serviço constantemente lotado, a julgar pela aglomeração de crianças e de seus acompanhantes na sala de espera, e o registro de 732 crianças em 2004, consideradas sadias pelo médico atendente; e de 50% de casos considerados como consultas simples (FIG. 2), que, em tese, seriam demandas para o cuidado primário.

Tanto as estatísticas quanto os resultados das entrevistas denotam a heterogeneidade dos atendimentos a qual não estaria coerente com a vocação do serviço, que, no modelo vigente, foi idealizado como referência para casos agudos. O tipo de consultas atendidas revela a característica do serviço em atender casos agudos, conforme sua missão, mas também de acolher casos não urgentes. A importância em destacar essa característica deve-se ao volume excessivo de

crianças aguardando por atendimento em determinadas épocas do ano com efeitos sobre a qualidade do atendimento que estaria ameaçada ao deixar aguardando na fila uma criança que deveria ser acolhida de imediato.

Por um outro lado, para a implantação da triagem classificatória de risco nos serviços tipo porta aberta, conforme recomendação do Ministério da Saúde ¹⁸, o hospital planeja adequação de área física, treinamentos e estratégias para vencer resistências, principalmente por parte dos médicos que afirmam ser arriscado devolver as crianças consideradas sem risco ao centro de saúde, uma vez que o atendimento nesses locais não será garantido para o mesmo dia ou para o dia seguinte. Alegam temer que alguma criança possa ter o quadro agravado nas 24 horas após a avaliação. Segundo eles a possibilidade de isso acontecer diz respeito, principalmente, às crianças muito pequenas, às menores de um ano de idade.

Muitas crianças recebem medicação (soro, aerosolterapia) fora do leito enquanto outras aguardam resultado de exames. FIGURA 3

Viu-se que o tempo de espera por resultados de exame é fator gerador de tensão principalmente para acompanhantes cansados e com longo tempo de permanência no serviço

Aqui tem um problema, a mãe que entra não sai até a conclusão porque eles têm medo dela fugir sem uma solução para o caso e dar algum problema. Às vezes a gente pede exame e demora seis horas, eu fico transtornada porque acho que a mãe teria direito de sair e voltar... Não tem o que comer, isso me causa estresse. Tenho dó da mãe (Pediatra 12, entrevista).

No estudo o volume de atendimentos parece estar ligado a insatisfação dos médicos com o trabalho, esses relataram perceber prejuízo na qualidade do atendimento quando a demanda aumenta:

A gente, no final da tarde, início da noite, já não raciocina muito bem... tenho muito medo de deixar passar alguma coisa que não dei conta de ver. Já vi menino internar, o pessoal examina e não percebe a pneumonia na hora, um tempo depois o outro médico vem examina e faz o diagnóstico. (Pediatra 7, entrevista).

Os dados obtidos permitem explicar a grande demanda pelo serviço em cinco grupos de determinantes: sazonalidade do perfil epidemiológico, fatores ligados à fragilidade do sistema de referência e contra-referência, especificidade do serviço, fatores ligados à conduta do pediatra e fatores ligados aos usuários, os quais serão apresentados a seguir.

A) Fatores epidemiológicos

A superlotação é sazonal, e no caso estudado, acontece nos meses de março a junho quando ocorre maior prevalência de crises respiratórias na população-alvo, que exigem observação por algumas horas, principalmente os casos de asma e broncoespasmo que totalizaram 15 637 (17%) crianças atendidas em 2004. Essa observação é feita fora do leito, sendo que o hospital não tem uma área específica para essas crianças, as quais ficam nos corredores aumentando o fluxo de acompanhantes e crianças, criando um clima propício à irritabilidade dos profissionais e de acompanhantes.

B) A fragilidade do sistema de referência e contra-referência.

Segundo as definições da gestão, os casos oncológicos e cirúrgicos devem ser encaminhados para serviços específicos. Em realidade, o fluxo é difícil o que piora nos períodos de pico, dada a escassez de leitos nos hospitais contratados pelo SUS e a recusa dos hospitais privados em aceitar casos complexos: *existe uma animosidade, ninguém tem disponibilidade para receber os nossos pacientes* (Pediatra 10, entrevista).

Os casos cirúrgicos também geram angústia, quando não foi possível garantir o encaminhamento da criança atendida. Um médico que estava deixando o plantão pela manhã desabafa:

Não dormi nada no meu horário de descanso porque fiquei preocupado com o menino do leito um da semi-internação, que é uma criança com apendicite, não consegui transferir para cirurgia. Informaram que o médico do outro hospital tem que dar a vaga, mas ele fala para não mandar porque eles estão lotados. (Pediatria 8, entrevista).

Os pediatras recebem as crianças de outros serviços e informam que não tentam transferir crianças com quadros neurológicos, por exemplo, paralisia cerebral, mesmo se o hospital estiver lotado, porque já sabem: os outros hospitais não aceitam.

Casos mais complexos ou que vão demandar um tempo maior de internação não são aceitos pelos outros serviços. Uma médica adverte o pessoal da portaria responsável pela internação após solicitar vaga para internar uma criança de três meses com bronquiolite:

Não adianta vocês pedirem vaga para ela na central da prefeitura, podem deixar aqui no hospital, porque eles vão perguntar a idade e o diagnóstico e vão negar. Eles sabem que uma bronquiolite em uma criança, tão pequena pode complicar. Eu poderia falar que o diagnóstico é asma e aí eles aceitam, mas não vou fazer isso porque sei que eles vão devolver a criança. (Pediatria 10, observação direta).

C) Características do serviço

Além dos fatores epidemiológicos contribuem para o fenômeno algumas características da estrutura do hospital. Como dito anteriormente, o acesso livre e aberto ao serviço viabiliza a chegada concomitante de crianças em estado grave e crianças com problemas pertinentes aos cuidados do tipo primário.

A tentativa de implantar um sistema de triagem não obteve sucesso, pois, segundo os pediatras, é difícil ter segurança em encaminhar para o centro de saúde,

mesmo aquela criança cujo quadro, ao primeiro atendimento, não evidenciou uma urgência.

A insegurança quanto à qualidade da assistência prestada no nível básico da atenção, como se vê em: *as mães contam que trazem os filhos aqui porque o médico do Programa de Saúde da Família não entende muito de criança* (Pediatra 10, observação do trabalho), explicaria o afluxo de pacientes ao serviço de urgência. Tanto as mães quanto os próprios médicos sentem-se inseguros de encaminhar as crianças para a atenção básica, pois reproduzem a cultura que procura por um atendimento com densidade tecnológica ou suspeitam da demora e da inconsistência do atendimento praticado por profissionais que não são pediatras: *na hora da urgência, a mãe corre para o local que ela sabe que resolve.*

A definição do que é urgência em pediatria é um tema em aberto, porque os motivos que levam os acompanhantes das crianças a procurarem os serviços de urgência são muito variados e dependem da ansiedade dos pais, da experiência anterior com alguma perda, das facilidades de locomoção, da recusa em aceitar o médico de família para o atendimento das crianças:

Eu trago aqui porque sei que vai ser feito a medicação, ela vai ser reavaliada, se precisar vai fazer RX. Quando levo no posto, além de ter que esperar, eles não resolvem. Agora mesmo, cheguei aqui às quatro horas, ela fez nebulização, três vezes, fez RX e está bem melhor. São nove horas e já vou voltar para casa. (verbalização da mãe durante a observação da consulta)

A localização do hospital, no cruzamento de vias de circulação dos ônibus vindos de quase toda a cidade e região metropolitana, também conta no afluxo de pacientes que, em outras cidades da região, têm mais facilidade para se dirigirem à capital do que ao centro de saúde de seu distrito.

D) Fatores ligados à tomada de decisão do pediatra

Como relatado acima, o pediatra não segue sem julgamento algumas regras do serviço e do sistema de saúde no tocante ao modelo de descentralização e hierarquização do cuidado e, ao invés de encaminhar os casos que teoricamente deveriam ser atendidos em outros serviços, deixam as crianças com quadros clínicos mais graves internados no próprio hospital, e, no período de alta demanda, quando não há leito para internação ou ambulância disponível, é freqüente a criança ficar aguardando na maca em um corredor do serviço, hipersolicitando a vigilância dos pediatras.

Conta, também, na decisão do pediatra em internar ou não a criança, a sua avaliação sobre as condições socioeconômicas e culturais da mãe para implementar o cuidado necessário: *Quando desconfio que a mãe não vai cuidar bem, não mando para casa em hipótese alguma.* (Pediatra 19, observação do trabalho)

A evolução de um quadro estável para uma crise grave pode se dar muito rapidamente. Sabendo disso e diante da incerteza da garantia do atendimento no centro de saúde próximo à moradia do paciente, os médicos optam por deixar a criança na observação:

Fico inseguro para dar alta, quando imagino como é a casa dessas crianças, o menino ainda chiando, penso vai chegar lá e voltar em poucas horas. (Pediatra 23, entrevista).

Sei lá se ele passa mal à noite e a mãe não tem para onde correr... se ele piorar de repente e a mãe não tiver como trazer. (Pediatra 2, observação do trabalho)

O volume de atendimentos perturba os tempos necessários ao ato pediátrico

No tocante ao trabalho que os pediatras desenvolvem no contexto descrito, é justo avaliar a discrepância entre o número oficial de consultas produzidas e o número praticado. Quando a equipe está completa, são chamadas para atendimento de 21 a 24 crianças por hora, sendo três a quatro para cada médico no período do

estudo. Essa taxa, mesmo sendo aceita como adequada, não reflete a carga de trabalho, pois o atendimento a uma criança pode necessitar de mais tempo ou consultas subseqüentes, enquanto ela aguarda observação fora do leito, além de inúmeros procedimentos a depender do seu estado, criando gargalos nos outros atendimentos. As crianças com broncoespasmo podem necessitar de duas a três reavaliações para permitir ao médico decidir sobre a internação ou alta.

É freqüente a mobilização de dois ou mais médicos na unidade de observação visando o cuidado às crianças muito graves. Nesses casos, haverá acúmulo na fila de espera pelo atendimento. Se há demora na estabilização da criança os médicos mobilizados pela criança em estado grave não atendem consultas em um ou dois horários ocasionando diminuição na quantidade de profissionais para o atendimento da demanda. Como o número de atendimentos por hora depende do número de médicos na equipe, os colegas às vezes, redistribuem os pacientes destinados ao médico que está ajudando no atendimento da emergência.

O tempo de espera pelo atendimento

O tempo de espera pelo atendimento pode variar muito, relacionando-se estreitamente com a demanda quantitativa e qualitativa das consultadas efetivadas. Viu-se que nos períodos de alta demanda, um paciente pode esperar até sete horas (FIG. 4), gerando um quadro de angústia, desconforto e irritabilidade nos usuários, cuja face mais visível é a freqüência de agressões físicas e verbais e processos contra erros médicos.

O tempo de espera é proporcional ao número de crianças que procuram o serviço. No mês de março de 2004, o mês de maior demanda no ano, 27,3% dos

pacientes esperaram de 1h01 a 2 horas para o início da consulta; em dezembro, a porcentagem de pacientes foi de 22,3%. Em março, 20% dos pacientes esperaram de 2h01 a 3 horas; sendo que em dezembro a porcentagem de espera nessa faixa foi de 10%. Viu-se ainda, que 15,7% dos pacientes em março e apenas 1% em dezembro esperaram de 3h01 a 4 horas aguardando o atendimento. Mais de 11% dos pacientes atendidos em março esperaram mais de 4 horas para serem atendidos, sendo que, em dezembro, essa porcentagem cai para 0,3% (FIG. 4).

O serviço de urgência do hospital tem suas regras para priorização das crianças que chegam à procura de assistência. As crianças encaminhadas de outros serviços ou aquelas que, durante a espera, esboçaram sinais de gravidade percebidos pelo pessoal da portaria ou pelos acompanhantes, têm prioridade no atendimento. Essa conduta do serviço é bastante delicada nos dias atuais, pois diante das declarações de saúde para todos e igualdade de acesso torna-se inaceitável a espera prolongada, e os acompanhantes descontentes tornam-se, por vezes, violentos, quando percebem que outra criança teve prioridade no atendimento.

A espera pelo resultado de exames solicitados é um fator que, segundo os médicos, contribui para o prolongamento da permanência da criança no hospital e aumenta a irritabilidade dos seus acompanhantes.

- **Escutar, decidir e orientar sob pressão temporal**

Outro componente da atividade do pediatra em plantões de urgência o qual poderia explicar o cansaço relatado pelos sujeitos é a necessidade de tomar decisões rápidas e, ao mesmo tempo, colher informações essenciais para o seu raciocínio em um curto espaço de tempo, o que exige dele capacidade de fazer as

perguntas certas e dirigir a entrevista com o acompanhante para obter os dados objetivos. As intervenções rápidas são necessárias, por exemplo, para os casos de choque hipovolêmico ou séptico e insuficiência respiratória grave e suas repercussões.

Por outro lado, chegam crianças cujos acompanhantes necessitam de orientações detalhadas, as quais solicitam estratégias educativas essenciais para a resolubilidade dos casos, como mudança de dieta ou um caso simples de virose, por exemplo. Assim o contato com os acompanhantes das crianças exige disponibilidade dos pediatras. Tome-se como exemplo o extrato de uma verbalização do pediatra:

Sabe, mãe, isto é uma virose, a febre dura de três a quatro dias. Você deve evitar dar muito remédio. Pode ser que tenha diarreia, aí você deve dar soro. Se a criança estiver bem, é só dar remédio para febre e muito líquido, pode ser chazinho. (Pediatra 10, observação do trabalho)

Os tempos do serviço são imperfeitos para escutar a mãe. Evidencia-se um conflito entre o tempo para o pediatra agir e o tempo para a mãe compreender o que está sendo solicitado. O médico necessita dar conta de administrar variáveis que podem interferir na qualidade do atendimento:

É preciso estar calmo, se você apavora o acompanhante pode se descontrolar e necessitar acompanhamento de profissionais, como psicólogo, que o serviço não disponibiliza. (Pediatra 16, entrevista)

As mães, quando estão se sentindo culpadas, têm necessidade de justificar o seu comportamento no curso do adoecimento do seu filho. Uma criança que chega com um grau de dificuldade respiratória importante, ao médico interessa principalmente saber o tipo e o horário que o medicamento foi ministrado, e a duração daquele quadro. As respostas a essas perguntas nem sempre virão na clareza e velocidade necessárias para o raciocínio e tomada de decisão do pediatra, pois a mãe precisa explicar que expôs a criança ao relento na noite anterior, apesar de ter garantido um bom agasalho:

Quando vejo uma mãe gritando, faço esforço para não achar que é histeria e que a criança de fato está grave, mas sei que muitas vezes tem algo por trás do grito sendo a culpa fator muito presente. (Pediatra 24, entrevista)

Os casos especiais solicitam capacidade em escutar, decidir e agir. Muitas vezes o acompanhante não entende as perguntas feitas e eles têm que explicar novamente. Este ato torna-se complexo, uma vez que a mãe precisa de tempo para expressar as suas angústias, justificar o seu comportamento e assimilar uma orientação:

Eu pergunto uma coisa e a mãe me responde outra completamente diferente, não sei se não ouviu ou se não entendeu, é preciso muita paciência. (Pediatra 25, observação do trabalho).

Discussão

Os autores ^{14, 15, 16} identificam a eficácia das unidades de observação nos serviços de atendimento a crianças agudamente enfermas, sugerindo que tais unidades aumentam a qualidade do cuidado prestado às crianças. As unidades de observação podem reduzir os prejuízos provocados pelo ato de mandar para casa uma criança com um distúrbio sério. No entanto, no ambulatório estudado a organização do serviço não acomoda as necessidades da unidade de observação, por exemplo, o seu efetivo, gerando gargalo no fluxo de atendimento às consultas, quando um médico se desloca do ambulatório para ajudar o colega que está na unidade de observação.

As crianças agudamente enfermas muitas vezes podem ser medicadas e observadas fora do leito, outras permanecem um tempo maior no hospital aguardando exames. Esses procedimento evitam internações desnecessárias, no entanto é preciso garantir um mínimo de conforto a elas e aos seus acompanhantes e agilidade nos resultados de exames.

Os médicos estudados ressentem-se de assistir crianças que deveriam estar sendo atendidas no cuidado primário expressando uma preocupação com as crianças mais graves que também chegam necessitando de um cuidado que não está disponível em outros níveis do sistema. Os profissionais estudados demonstram um esforço em atender a quem chega, seguindo o princípio do sistema de garantir o acesso. Reconhecem as necessidades das crianças em estado grave que solicitam maior tempo de atendimento, muitas vezes, em equipe.

Kovacs et al. (2005) ⁴ salientam o prejuízo na qualidade do atendimento prestado na urgência para onde se dirigem ao mesmo tempo casos que necessitam atendimentos imediato e casos mais simples que poderiam esperar. Os autores explicam que os pacientes que necessitam atendimento rápido vão esperar e aqueles que demandam cuidado primário, por exemplo orientação geral, terão atendimentos pontuais restritos às queixas, o que comprometerá a integralidade da assistência. A procura do serviço de urgência foi atribuída à densidade tecnológica dos serviços, o que evidencia a necessidade de tecnologia que permita a resolução da grande maioria dos casos como disponibilidade para Raio x, urina rotina, exames de sangue mais solicitados, etc.

O *Royal College of Paediatrics and Child Health* ¹⁷, após uma revisão sobre o cuidado das crianças na comunidade, no Reino Unido, lançou um documento, no qual sugere um modelo de oferta de serviços com acesso rápido para as crianças que necessitam cuidados urgentes. Craft (2004) ⁸ comenta o documento e antevê, no Reino Unido, cada localidade tendo uma unidade de observação, funcionando durante o dia, mas sem pacientes internados no período noturno.

Convém, no entanto, lembrar que existe uma contradição dessas propostas com as necessidades de internação. Zebrack, Kadish e Nelson (2005)¹⁵ estudaram uma unidade de observação pediátrica em um hospital nos Estados Unidos. Os autores mostraram que os pacientes em observação internam mais à tarde e começo da noite, o que foi confirmado pelos médicos pesquisados neste estudo.

Kovacks et al. (2005)⁴ procuraram conhecer o tipo de acesso às ações básicas de saúde que o grupo de crianças atendidas em cinco serviços de urgência tinham na rede de saúde de Recife e concluíram que a hierarquização não depende dos desejos dos técnicos, mas da possibilidade de o sistema conhecer as características dos atendimentos e dos usuários.

A triagem classificatória de risco nas portas de entrada do sistema de saúde que atendem urgência tem sido implementada, recomendada pelo Ministério da Saúde do Brasil¹⁸, principalmente no atendimento ao adulto, no entanto, nos serviços que atendem pediatria a implantação tem sido realizada com mais cuidado, provavelmente levando-se em conta entre outros fatores, como aqueles alegados pelos pediatras estudados, por exemplo, a dificuldade de estabelecer o que é urgência em pediatria e a fragilidade das crianças muito pequenas.

Os resultados das pesquisas orientam uma interlocução entre os serviços que atendem a comunidade e aqueles organizados para o atendimento aos casos agudos. Reading et al. (2002)¹⁹ organizaram grupos focais com pediatras do cuidado primário, para entender a dificuldade em recrutar pediatras para trabalhar na comunidade e concluíram que a ruptura existente entre cuidado primário e os serviços de atendimento ao agudo só será resolvida quando os treinamentos

capacitem os pediatras, para o atendimento, tanto no cuidado primário, quanto para os serviços de atendimento do agudo.

Zebrac, Kadish e Nelson (2005) ¹⁵, examinando os registros dos pacientes admitidos na unidade de agosto de 1999 a julho de 2001, encontraram um aumento de crianças que necessitam observação no inverno e uma demanda elevada por internações nesse período. Tanto no estudo dos autores, como na presente pesquisa, o número de crianças com quadro simples de virose é elevado. O cuidado a essas crianças demanda disponibilidade do médico, pois, mesmo sendo de resolução simples, demandam orientações detalhadas, conforme evidenciado nas observações do trabalho médico realizadas. Essa característica é associada à sentimentos negativos pelos estudos já realizados. Por exemplo, Grieves (1997) ²⁰, ao procurar identificar causas de desânimo entre os médicos generalistas no Reino Unido, encontrou que 46% dos médicos estavam frustrados com as consultas consideradas triviais, aos quais são fonte de desencanto dos médicos com a profissão. Na amostra estudada não foi possível explorar este tipo de sentimento, o que deverá suscitar investigações futuras.

O tempo de espera para consulta mostrou ser fonte de tensão. Magalhães et al. (1989) ⁹ mostraram que, quando o cliente decide procurar o serviço de emergência, já chega com a idéia da necessidade de um atendimento rápido e qualquer espera pode trazer muita angústia.

Franco (2001) ²¹, estudando o processo de decisão dos médicos que atendiam em centro de saúde da rede municipal de Campinas, colocou em evidência que, se o processo de atenção a criança for colocado em posição central na organização do serviço, haverá uma melhora na qualidade do cuidado prestado. Os

fatores que são levados em conta na tomada de decisão dos pediatras na urgência ultrapassam a competência técnica. A rede de fatores implicada na decisão necessita melhor compreensão.

A qualidade da atenção à saúde pode ser avaliada nas suas dimensões objetivas, as quais se referem ao mensurável, portanto, com força de generalização, por exemplo, duração da espera e número de atendimentos, sendo ambos indicadores de custo-benefício na assistência à saúde. Contudo, as dimensões subjetivas também fazem parte das propostas de avaliação da qualidade em saúde. A abordagem metodológica adotada neste estudo mostrou-se adequada para os objetivos traçados e poderá ser utilizada em futuras investigações visando aprofundar o conhecimento sobre as dimensões subjetivas e objetivas do trabalho.

Uma estratégia de gestão dos sistemas de saúde centrada nas dificuldades vivenciadas pelos trabalhadores em saúde pode abrir vias para a elaboração de políticas menos superficiais, visando garantir o acesso e a qualidade dos serviços. Sob esse prisma, os resultados sugerem incorporar parâmetros como a subjetividade na administração dos recursos humanos dos sistemas de saúde, visto que, no desenvolvimento do trabalho, a dimensão técnica de como e por que fazer articula-se a componentes subjetivos de percepção, afeto e esforço em contornar as dificuldades determinadas por fatores extrínsecos à atividade.

Referências Bibliográficas

- 1 - Szwarcwald CL, Leal MC, Jourdan AMF. Mortalidade infantil: o custo social do desenvolvimento brasileiro. In: Leal MC, Sabrosa PC, Rodrigues RH, Buss PM, organizadores. Saúde ambiente e desenvolvimento. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco; 1992. p. 251-278.
- 2 - França E, Souza JM de, Guimarães MDC, Goulart EMA, Colosimo E, Antunes CM de F. Associação entre fatores sócio-econômicos e mortalidade infantil por diarreia, pneumonia e desnutrição em região metropolitana do Sudeste do Brasil: um estudo caso-controle. Caderno Saúde Pública, Rio de Janeiro 2001; 17(6):1437-1447.
- 3 - Goulart LMHF, Somorriba MG, Xavier CC. A percepção das mães sobre o óbito infantil: uma investigação além dos números. Caderno Saúde Pública, Rio de Janeiro 2005; 21(3):715-723
- 4 - Kovacs MH, Feliciano KVO, Sarinho SW, Veras AAC. Acessibilidade às ações básicas entre crianças atendidas em serviço de pronto-socorro. Jornal de Pediatria, Rio de Janeiro 2005; 81(3):251-258.
- 5 - Hadad S, França E, Uchôa E. Mortes infantis por causas evitáveis e qualidade dos serviços de saúde: um estudo da percepção materna da doença e do atendimento à criança doente. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro 2002; 18(6):1519-1527.
- 6 - Katz M, Rubino A, Collier J, Rosen J, Ehrich JHH. Demography of pediatric primary care in Europe: delivery of care and training. Pediatrics 2002; 109(5):788-796.
- 7 - Cecílio LCO. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA, orgs. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: Abrasco; 2001. p.113-126.
- 8 - Craft A. Out of hours care. Archives of Diseases in Childhood 2004; 89:112-113.
- 9 - Magalhães AMM, Paskulin LMG, Martins NGR, Silva SC. Implantação de um sistema de triagem em Unidades de emergência. Revista HCPA 1989; 9:182-7.
- 10 - Luo Xuemei, Liu G, Frush K, Hey LA. Children's health insurance status and emergency department utilization in the United states. Pediatrics 2003; 112:314-319.

11 - Guérin F, Laville A, Daniellou F, Duraffourg J, Kerguelen A. Compreender o trabalho para transformá-lo – A Prática da Ergonomia. São Paulo: Ed. Edgard Blucher Ltda, 2001; 200p.

12 - Assunção AA, Lima FPA. A contribuição da ergonomia para a identificação, redução e eliminação da nocividade do trabalho. In: René Mendes (Org.). Patologia do trabalho. 2 ed. Rio de Janeiro: Atheneu; 2003. p.1767-1789.

13 - Vasconcelos, E.M. Complexidade e pesquisa interdisciplinar: epistemologia e metodologia operativa. Petrópolis: Vozes; 2002.

14 - Rentz AC, Kadish HA, Nelson DS. Physician satisfaction with a pediatric observation unit administered by pediatric emergency medicine physicians. *Pediatric Emergency Care* 2004; 20(7):430-432.

15 - Zebrack M, Kadish H, Nelson D. Uma unidade pediátrica de observação híbrida: uma análise de 6477 pacientes. *Pediatrics* 2005, 115:535-42.

16 – ACEP American College of Emergency Physicians. Management of Observation Units. 1994.<http://www.acep.org/webportal> (acessado junho/2006)

17 - Royal College of Pediatrics and Child Health. Strengthening the care of children in the community. London: RCPCH, 2002.

18 - Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção às Urgências. Brasília; 2004. (Série E. Legislação de Saúde).

19 - Reading R, SurrIDGE H, Steel S, Sansome A. The recruitment and training crisis in community paediatrics: what do registrars think? *Child Care Health & Development* 2002; 28(4):289-294.

20- Grieves S. Measuring morale – does practice area deprivation affect doctors' well-being? *British Journal of Practice* 1997; 47:547-552.

21 – Franco SC. A qualidade possível: o pediatra e o processo de decisão médica nos serviços públicos de saúde [Tese de doutorado] . Campinas: Faculdade de Medicina, Universidade Estadual de Campinas; 2001.

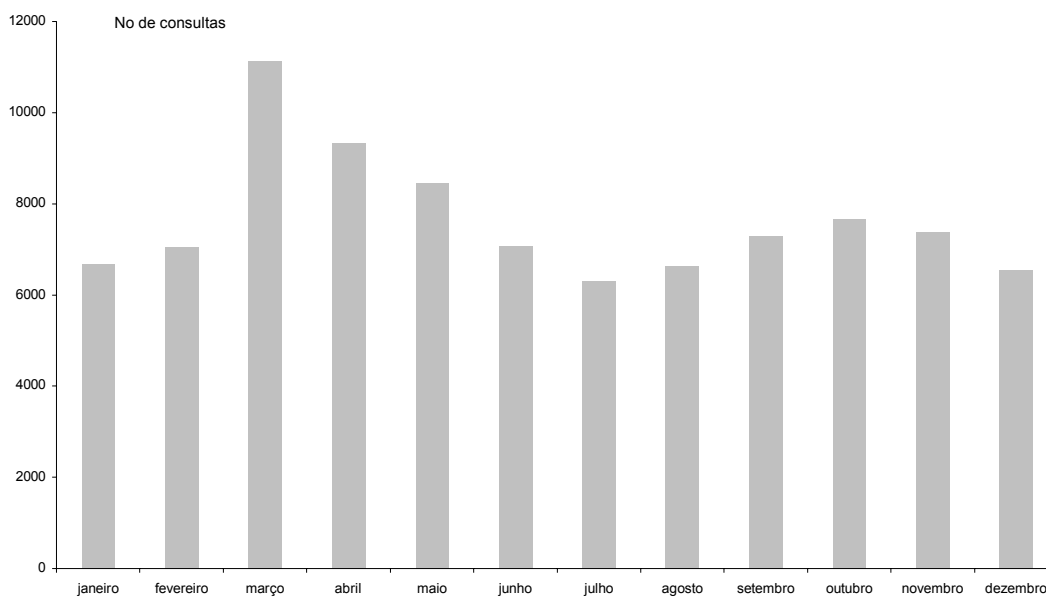


FIGURA 1 – Distribuição das consultas realizadas por mês em um serviço de urgências pediátricas, em 2004.

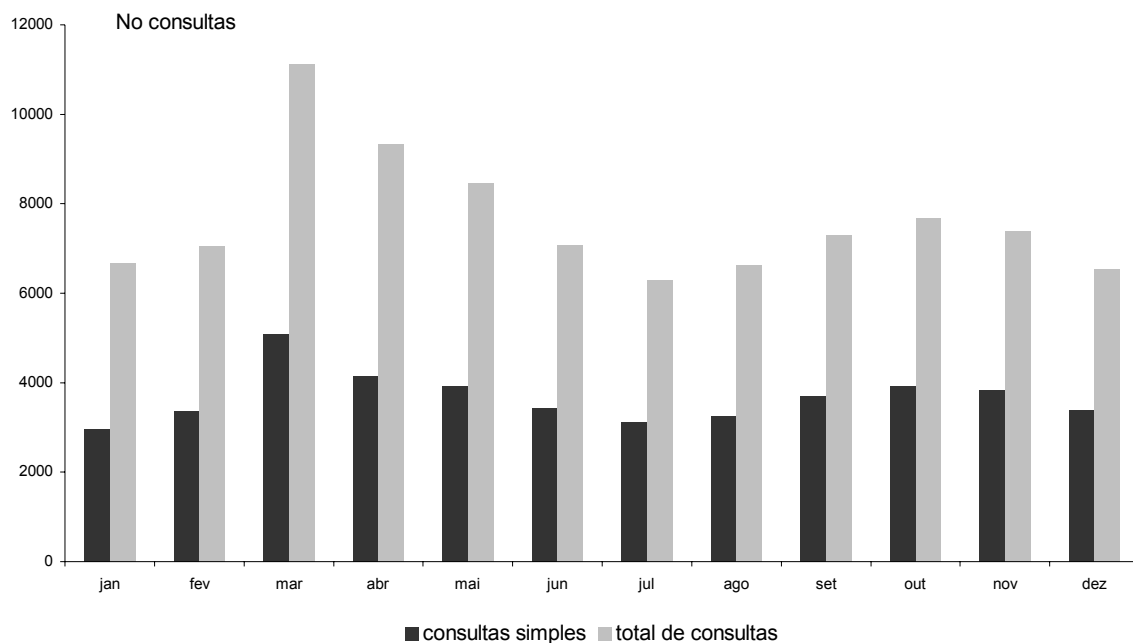


FIGURA 2 – Distribuição das consultas simples e total de consultas de acordo com o mês, em 2004.

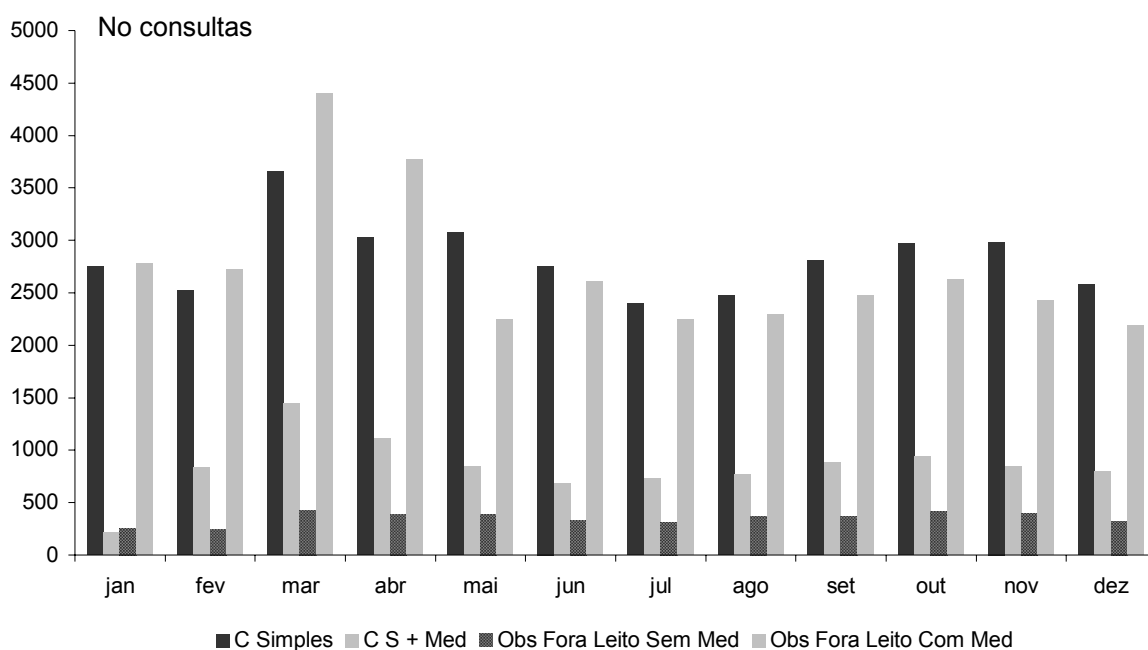


FIGURA 3 – Distribuição das consultas segundo as categorias estabelecidas pelo hospital, de acordo com o mês, em 2004.

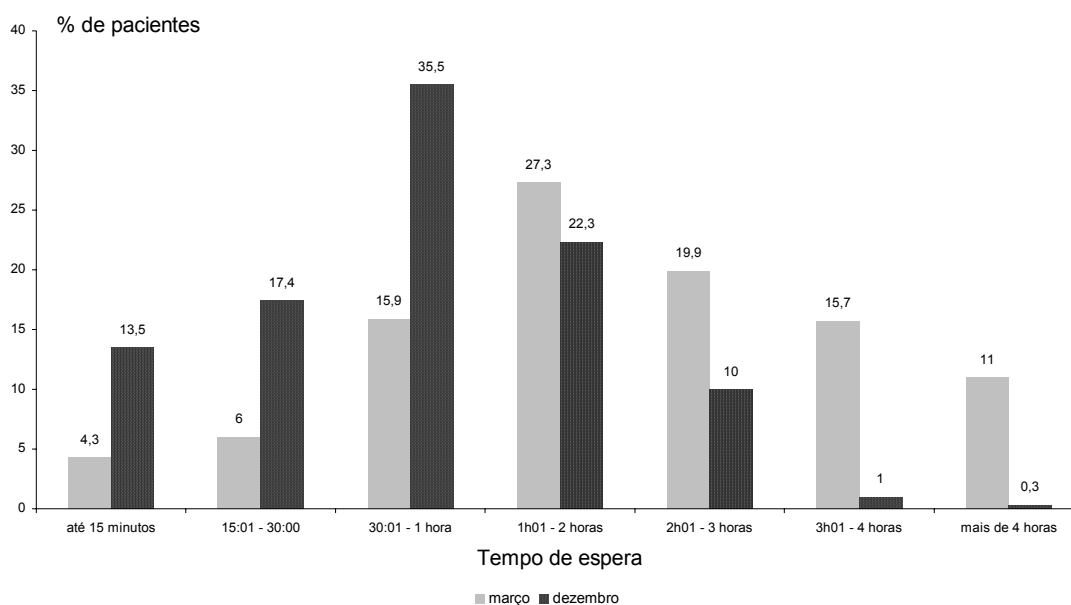


FIGURA 4– Distribuição (%) das consultas realizadas em um serviço de urgências pediátricas, em março e em dezembro de 2004, de acordo com o tempo de espera entre a chegada ao Hospital e o início da consulta.

ARTIGO 2

**A ATIVIDADE DO PEDIATRA: UM ESTUDO DOS CONSTRANGIMENTOS VIVENCIADOS
EM UM SERVIÇO DE URGÊNCIA**

Egléa Maria da Cunha Melo ¹

Ada Ávila Assunção ²

Roberto Assis Ferreira ³

1 - Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde / Saúde da Criança e do Adolescente da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais. Professora do Departamento de Pediatria da Faculdade de Medicina da UFMG. Pediatra. Mestre em Educação.

2 - Professora do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais. Médica do trabalho. Doutora em Ergonomia. Pesquisadora do CNPq.

3 - Professor do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde / Saúde da Criança e do Adolescente da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais. Professor do Departamento de Pediatria da Faculdade de Medicina da UFMG. Pediatra. Doutor em Ciências da Saúde.

Endereço para correspondência:

Egléa Maria da Cunha Melo

Av. Alfredo Balena 190 / 4 ° andar

Faculdade de Medicina – UFMG

30310-100 Belo Horizonte

egleamelo@uol.com.br

A ATIVIDADE DO PEDIATRA: UM ESTUDO DOS CONSTRANGIMENTOS VIVENCIADOS EM UM SERVIÇO DE URGÊNCIA

RESUMO

As queixas de cansaço e exaustão de médicos que trabalham em um hospital público de urgências pediátricas são a base deste estudo qualitativo que integra diferentes técnicas com interesse voltado para os problemas vividos e sentidos pelos participantes em situação de trabalho. Foram selecionados 44 participantes de um universo de 62 pediatras. A investigação combinou três técnicas de pesquisa. Os resultados das entrevistas coletivas e das observações diretas do trabalho colocaram em evidência temas recorrentes e relevantes que foram aprofundados na técnica de grupo. A organização dos dados referentes ao conteúdo dos discursos dos pediatras foi um processo continuado, no qual identificaram-se as dimensões das dificuldades enfrentadas pelos sujeitos durante o plantão no hospital, desvendando o significado que os próprios pediatras lhes atribuíram. Viu-se que o volume e a natureza dos atendimentos favorecem o cansaço e as vivências de sentimentos negativos como medo de errar, medo de processos na justiça, angústia, culpa e revolta diante das situações precárias dos pacientes. Ao final autores citam as recomendações de estudos presentes na literatura que visam transformar situações de trabalho semelhantes àquelas evidenciadas por esta pesquisa.

Palavras-chave: trabalho médico, saúde do trabalhador, constrangimentos, sistema de saúde, pediatria.

PEDIATRICIAN'S ACTIVITY: A STUDY OF THE CONSTRAINTS EXPERIENCED IN A URGENT SERVICE

ABSTRACT

The fatigue and exhaustion complaints of doctors, who work in pediatric urgencies of a public hospital, are the basis of this qualitative study that comprises different techniques with focus on the problems lived and felt by the participants. In this article the difficulties and constraints experienced in work situations are presented. It was selected 44 participants in a universe of 62 pediatricians. The investigation combined three research techniques. The results of the collective interviews and direct observations of the work made evident recurrent and relevant issues deepened in the group technique. Data organization relative to the contents of the pediatricians speech was a continued process, where it was identified the dimensions of the difficulties faced by the pediatricians during hospital duty, unveiling the meaning that the pediatricians themselves have imputed them. It was observed that the amount and the nature of the cares further the fatigue and the experience of negative feelings, like fear of making a mistake, fear of law suits, anguish, guilt and revolt before the precarious situation of the patients. The authors quote the study recommendations present in literature that aim at transforming work situations similar to those pointed out by this research.

Key-words: medical work, worker health, constraints, health system, pediatrics.

INTRODUÇÃO

A profissão médica, no Brasil, sofreu modificações nos últimos anos (Machado, 1997; Schaiber, 1993), entre elas, as mudanças do estatuto de trabalhador autônomo para trabalhador assalariado (Nardi & Tittoni, 1998; Carneiro & Gouveia, 2004). Paralelamente, ocorre e continua ocorrendo uma série de transformações no contexto da realização do ato médico, dificultando o exercício da profissão, sendo freqüente encontrar nos estabelecimentos de saúde contratos de trabalho flexíveis ou temporários; médicos se deparam com as expectativas superestimadas dos pacientes face à estrutura frágil do sistema; e enfrentam dificuldades em construir um vínculo com o paciente que transita de médico em médico (Machado, 1997; Fuerweker, 1998).

Neste contexto, a pesquisa de Machado (1997) coloca em evidência que em torno de 80% dos médicos brasileiros consideram a sua atividade como desgastante e atribuem o fenômeno aos seguintes fatores: excesso de trabalho, múltiplos empregos, baixa remuneração, más condições de trabalho, alta responsabilidade profissional, dificuldades na relação com os pacientes, cobrança da população e perda da autonomia.

Nota-se o crescente interesse das pesquisas nos últimos anos sobre os fatores associados à insatisfação no trabalho médico (Abgail, 2004; Appleton, House & Dowell, 1998; Frank, 1999; Johson et al., 1995). As mutações na profissão e o excesso de trabalho seriam fonte de estresse (Mawardi, 1979; Murray 2001). A intensificação do fenômeno tem provocado debates no meio médico, sendo marcantes as recomendações da Associação Médica do Canadá (CMA, 1998) para o controle do estresse no trabalho.

No âmbito dos serviços de urgência, os médicos desgastados e estressados teriam maior risco para doenças psiquiátricas não psicóticas, como, depressão, ansiedade e burnout (APM, 2001; Nogueira-Martins, 2003; Stanton & Caanwent, 2003; Whitley, 1991; Willcock, 2004). O aumento de burnout entre médicos atualmente é uma preocupação para os gestores (Adán, Jiménez & Herrer, 2004).

Arnetz (2001) apresenta trabalhos que mostram estatísticas de morbidade e mortalidade entre os médicos e identifica os estressores que os profissionais encontram no trabalho, destacando as mudanças ocorridas na profissão nos últimos anos. O autor propõe um modelo para indicar fatores preditivos de um trabalho saudável. Conclui que, para alcançar alta qualidade no trabalho, os médicos necessitam estar bem na vida profissional e privada.

O campo de estudo desta pesquisa é um hospital público que atende urgências pediátricas em Belo Horizonte. Costa (2005) estudando médicos que trabalham em serviços de urgência nessa cidade identificou características que dizem respeito ao trabalho dos sujeitos em estudo. Por exemplo, no estudo da autora, 43% dos médicos trabalham mais de 60 horas por semana, 48% entre 40 e 60 horas por semana, e apenas 9% até 40 horas semanais. Além dos múltiplos vínculos de trabalho, os médicos acumulam plantões noturnos entre dois períodos diurnos de trabalho.

Este artigo apresenta elementos da atividade de trabalho dos pediatras com destaque para as dificuldades e para os constrangimentos vivenciados em situação de trabalho. Vale lembrar que a noção de constrangimento largamente utilizada por autores da ergonomia da atividade é oriunda do latim *constringere*,

fazendo referência a apertado, aperto, compressão, obrigatoriedade, restrição, cerceamento, injunções (Guérin, 2001), e mostra-se útil para a problemática apresentada a seguir.

CONSTRUINDO A INVESTIGAÇÃO

A complexidade do problema investigado que diz respeito às queixas de cansaço e exaustão após o trabalho justifica a escolha da abordagem qualitativa que buscou integrar diferentes técnicas, haja vista o campo de interesse que é voltado para os problemas vividos e sentidos pela população em estudo (Almeida-Filho, 2000). Procurou-se compreender as dimensões concretas da situação de trabalho e identificar constrangimentos aos quais os profissionais estão submetidos e, valendo-se dos resultados da literatura sobre saúde dos médicos, analisar possíveis associações com as queixas de cansaço constantemente relatadas pelos participantes.

Período, sujeitos do estudo e cuidados éticos

O serviço de urgência estudado conta com 62 médicos, entre os quais 44 (70%) participaram do estudo. A idade dos sujeitos pesquisados variou de 30 a 66 anos, sendo que 30 médicos (68%) encontravam-se na faixa de 45 e 55 anos e 27 tinham mais de dez anos no serviço. Dos sujeitos estudados, 25 eram mulheres e 19 homens. Quanto ao tipo de vínculo, 31 eram efetivos e treze tinham vínculo temporário com a instituição.

Os médicos da amostra trabalham na porta de entrada em regime de plantões de 12 e 24 horas. O hospital atende exclusivamente aos pacientes pediátricos do SUS (Sistema Único de Saúde) sendo referência para casos clínicos

agudos de urgência para Belo Horizonte e sua região metropolitana, e também para os casos complexos de clínica pediátrica encaminhados de cidades de todo o Estado.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais e pelo Comitê de Ética do hospital. Os sujeitos estudados e a direção após o conhecimento dos objetivos da pesquisa concordaram em participar e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido. A seleção dos participantes ocorreu por livre adesão após o convite que procurou obter uma amostra representativa dos participantes em relação às equipes, ao tempo na instituição e ao tipo de vínculo.

DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA

As técnicas utilizadas na pesquisa

A pesquisa foi realizada em três fases: preliminar, fase I e fase II, as quais empregaram três técnicas qualitativas distintas, a saber: entrevistas coletivas, observação do trabalho, e dispositivo grupal. Os resultados foram analisados de maneira articulada. Adotou-se um modelo em espiral no qual as etapas do processo de investigação não seguem um padrão rígido e predeterminado, mas reproduz uma abordagem flexível tanto no processo em seu conjunto como na seqüência de passos a seguir (Mercado-Martinez & Bosi, 2004; Alves-Mazzotti & Gewandsznajder, 1998).

Em 2003 sete equipes de plantão foram entrevistadas, totalizando quarenta e quatro médicos e sete pediatras deste conjunto foram observados no

trabalho. Em 2004 foi organizado um grupo para compreender melhor os resultados obtidos.

As sete entrevistas coletivas, foram feitas uma por cada equipe, no período de segunda-feira a domingo. Tiveram duração de 30 minutos e ocorreram na sala de conforto médico no intervalo dos atendimentos. Cada encontro ocorreu após a ida da pesquisadora ao local do plantão, visando apresentar a pesquisa, o termo de consentimento e convidar para a sessão coletiva.

Elas foram guiadas, como sugere Vasconcelos (2002), por uma lista de perguntas, visando obter informações, apreender o que os pediatras sabem, esperam fazer, fazem ou fizeram, bem como suas justificativas ou representações a respeito do trabalho no hospital e do cansaço que eles relatam constantemente, beneficiando-se, no entender de Mercado-Martinez & Bosi (2004) da interação entre os participantes para a explicitação dos componentes do fenômeno social em questão.

O número de médicos presentes nas entrevistas variou de seis (em cinco encontros) a sete médicos (em dois encontros). As entrevistas não foram gravadas. A partir das perguntas (QUADRO 1), as respostas foram escritas manualmente. Foram respeitados os relatos espontâneos dos sentimentos gerados diante dos seus pacientes: *Sabe aquele menino?... Aquela mãe me irritou....O que não agüento é...*

No tocante ao grupo, mantendo o critério da heterogeneidade dos sujeitos de acordo com os parâmetros listados, onze pediatras foram convidados, seis participaram das quatro sessões semanais realizadas às quintas feiras, em 2004, fora do horário de trabalho. Os cinco pediatras restantes alegaram incompatibilidade horária.

As observações do trabalho

Entre os médicos entrevistados em 2003, sete foram observados no trabalho ainda nesse ano, garantindo-se uma amostra representativa das equipes, da faixa etária e dos contratos de trabalho existentes no universo dos sujeitos.

Foram adotados os princípios teóricos e metodológicos da escola francesa da ergonomia da atividade, que considera a distinção entre “o que” foi estabelecido para os trabalhadores executarem e “como” eles respondem às exigências do trabalho (Abrahão, 1993). Objetivou-se conhecer as atividades dos trabalhadores a partir da observação de todos os comportamentos – perceptivo, motor ou de comunicação (Guérin et al., 2001). Uma vez que a atividade não pode ser reduzida ao que se consegue observar (Assunção & Lima, 2003), a etapa da autoconfrontação dos resultados das entrevistas e observações, estratégia que busca na palavra livre do trabalhador compreender os sentidos que ele próprio imprime aos resultados obtidos pelo pesquisador, permitiu aceder aos aspectos não-objetiváveis do trabalho.

As observações sistemáticas favoreceram a percepção direta dos fenômenos de interesse. O risco de provocar alterações no comportamento dos indivíduos observados foi atenuado por meio da permanência prolongada da pesquisadora no campo a qual procurou uma aproximação com os sujeitos, a fim de apresentar os objetivos pretendidos e estabelecer elos de confiança, como sugerido em Assunção & Lima (2003) e Vasconcelos (2002).

Cada uma das sessões de observação durou quatro horas. Cada pediatra foi acompanhado nas consultas, durante os deslocamentos até a enfermaria ou serviço social e na sala de conforto durante os intervalos dos atendimentos.

Foram registradas as verbalizações dirigidas ao paciente e ao acompanhante, e vice-versa, e ao pesquisador (verbalização simultânea), na forma em que ocorreram, permitindo-se a identificação de comportamentos não-intencionais ou inconscientes e explorar tópicos que os trabalhadores dificilmente apresentariam fora do contexto temporal-espacial da situação de trabalho (Assunção & Lima, 2003; Abrahão, 2002).

Os dispositivos grupais

Foram estudadas as representações dos pediatras referentes às características do trabalho identificados nas etapas anteriores e seus determinantes no nível da organização do sistema de saúde e das regras do hospital, procurando-se entender as fontes de cansaço aventadas pelos sujeitos, utilizando-se a técnica de grupo nos moldes proposto por Vasconcelos (2002).

Na primeira reunião, foram apresentados os objetivos da pesquisa e o modo de funcionamento do grupo. Os resultados colhidos nas primeiras fases da pesquisa relativos aos constrangimentos do trabalho e efeitos a eles associados foram apresentados como sendo o núcleo das discussões. Duas pesquisadoras participaram do grupo, assim como um acadêmico bolsista de pesquisa que auxiliou nas anotações. Após cada encontro, os pesquisadores organizavam o material registrado, procediam a uma análise flutuante do conteúdo e programavam o encontro seguinte. Por vezes, houve necessidade de os participantes ou de os pesquisadores retomarem os temas discutidos anteriormente. Ao todo, realizaram-se quatro encontros de 50 minutos, em local e horário agendados com cada um dos participantes.

ANÁLISE DOS DADOS

A organização dos dados das entrevistas e das observações foi um processo continuado, no qual buscou-se identificar as dimensões das dificuldades enfrentadas pelos pediatras durante o plantão no hospital, as quais foram relatadas e observadas ao longo da pesquisa, desvendando-lhes o significado que os próprios pediatras lhes atribuíram. Essa organização implicou um processo complexo, não-linear, com etapas de redução, organização e interpretações dos dados iniciados já na fase exploratória e que acompanhou toda a investigação. À medida que os dados foram sendo organizados, procedeu-se a uma leitura flutuante dos resultados. Apareceram em destaque devido à recorrência e à relevância, as influências fortes das regras oriundas do sistema de saúde como pactuação, universalização, hierarquização e aquelas que dizem respeito à missão do hospital na assistência às crianças agudamente enfermas. Aventou-se a hipótese de existência de conflitos entre as regras do trabalho derivadas da organização e os preceitos da pediatria, gerando as questões que foram apresentadas aos grupos (QUADRO 1).

QUADRO 1

Perguntas apresentadas aos sujeitos da pesquisa

A quais fatores vocês atribuem o fato de estarem cansados após o trabalho?
O que vocês consideram mais cansativo?
O que é bom no trabalho?
O que é ruim?
Como se sentem antes do plantão?
Como se sentem depois do plantão?
Relatem algum caso especial que exigiu muito de vocês.
Quais são as soluções para os problemas detectados?
Como é a divisão do trabalho?

O tratamento e a apresentação dos dados

Os elementos extraídos das entrevistas coletivas foram classificados por diferenciação, como sugerem Bardin (1995) e Turato (2003). Destacaram-se os temas: organização do sistema de saúde, organização do trabalho no hospital e a tríade pediatra-paciente-acompanhante.

Os sentimentos em destaque e que apareceram nos discursos dos pediatras durante as discussões foram: (A) medo de errar; (B) angústia em face aos riscos devido a incerteza da atividade; (C) culpa pelas atitudes auto-referenciadas; e (D) revolta pela precariedade de vida da maioria dos pacientes e pelas insuficiências do sistema de saúde e pelo não-reconhecimento do investimento mobilizado em seu trabalho.

Nos depoimentos descritos a seguir, são indicados: o pediatra, tendo sido atribuído um número a cada um deles, a situação em que foi colhida a fala (observação do trabalho ou entrevistas ou grupo).

RESULTADOS

Fatores que originam constrangimentos e os sentimentos decorrentes

- **As dificuldades de acesso ao sistema e a agressividade dos usuários geram constrangimentos para o profissional**

O hospital estudado funciona como a última solução para muitas crianças que buscam cuidado nos serviços de saúde. Muitas vezes, a família já procurou vários locais e foi sendo encaminhada de um lugar a outro, o que faz com que as pessoas cheguem ansiosas ao serviço. Como é o médico o contato mais próximo com o usuário ele fica exposto às demonstrações de insatisfação. A esse respeito, o

conteúdo dos depoimentos colhidos é forte: *estou cansada de ser maltratada por este povo. Eles não têm mais respeito com a gente. Já chegam nervosos, jogam na gente toda raiva que têm do sistema de saúde.* (Pediatra 5, entrevista).

Um pediatra tenta compreender a irritação dos acompanhantes: *O problema é que a mulher acorda cedo, apanha do marido, pega ônibus, chega aqui sem paciência.* (Pediatra 2, grupo). No entanto, ele confirma as queixas das colegas quanto à agressividade crescente: *Eu atendo, eu resolvo, mas parece que existe uma agressividade latente*(Pediatra 2, grupo). A colega completa: *o problema não é com a gente, é com o sistema* (Pediatra 14, grupo).

- **A natureza flutuante das consultas e a exigência percebida pelo pediatra em manter-se sob equilíbrio emocional**

As mudanças nos diferentes níveis da organização humana estão refletindo no conteúdo das tarefas. Do profissional é requerida habilidade para manejar os casos de crianças vítimas de abuso sexual ou de outros maus tratos, o que exige conhecimento de legislação específica, assim como uma sensibilidade para lidar com as situações embaraçosas e delicadas. Os pediatras enfatizam os impasses vivenciados: *é muito desagradável envolver com policial e ficar envolvido emocionalmente* (Pediatra 1, grupo).

Mas o que parece ser grave emocionalmente para os pediatras, nos casos de abuso sexual, é o fato de a mãe, depois de todos os exames realizados, retirar a queixa policial e retornar a criança para casa, onde ficará em contato com o autor do crime. Para os pediatras, não é possível ignorar tal conduta porque ficam vendo o futuro daquela vítima sem nada poder fazer.

Os médicos dizem ter a impressão de que são constantemente cobrados e que não podem esboçar os sentimentos e o cansaço diante do custo psíquico dos atendimentos. Diante do questionamento do que acham mais difícil na profissão uma pediatra aponta: *Para mim é a pré-definição que o médico tem que estar sempre de bom humor (Pediatra 9, grupo)*. Outra colega completa: *A idéia é que o médico não faz xixi, não faz cocô (Pediatra 7, grupo)*.

O trabalho do médico é muito heterogêneo, pois os pacientes a que atendem têm características pessoais muito diversas entre si e diferentes níveis sociocultural e intelectual. Num mesmo dia, e, às vezes em um mesmo consultório, podem atender uma mãe com dificuldade para se expressar e a uma outra capaz de dar detalhes e de usar a mesma linguagem que eles. Os médicos se vêem obrigados a adotar, em cada caso, atitudes diferentes e, a cada vez, usar um modo específico de diagnosticar, informar e orientar.

A superlotação do serviço é percebida como uma pressão constante: *o pior é ver a fila que se forma. Você vê a fila na janela e as fichas na mesa. (Pediatra 11, grupo)*. A fila estressa, gerando um clima de hostilidade, às vezes, chegando às vias de fato com atos de agressão física e psicológica dos pacientes em direção aos médicos, quando não culminam em processos judiciais.

Os pediatras afirmam que um plantão exige preparo, sendo fundamental estarem descansados e completamente disponíveis para escutar e abordar a criança e o seu acompanhante, procurando evitar o erro, a culpa e a agressividade do público: *Hoje uma mãe que queria ser atendida logo aprontou um escândalo. Começou a gritar que era um direito constitucional (Pediatra 12, grupo)*. A plantonista de uma equipe conta como se prepara:

Domingo à noite não saio, procuro dormir cedo porque vou pegar plantão na segunda feira... A gente chega no plantão e fala: seja o que Deus quiser. Geralmente venho preparada, não deixo para fazer nada no dia do plantão... A única coisa que sei quando chego no plantão é que vou trabalhar muito. (Pediatra 1, grupo)

- **A angústia, o cansaço e o medo de errar**

São constantes as manifestações de medo de não dar conta do trabalho devido ao cansaço, principalmente, depois de várias horas de trabalho e o estado constante de alerta a que se encontram. O volume e a natureza dos atendimentos no dia favorecem o cansaço, que é reconhecido como fator de risco, pois compromete a qualidade do atendimento:

Quando estou muito cansada, paro um pouco, vou dar uma volta, tenho muito medo de deixar passar alguma coisa que não dei conta de ver. Já vi menino internar, o pessoal examina e não percebe a pneumonia na hora, um tempo depois o outro médico vem examina e faz o diagnóstico. (Pediatra 7, entrevistado)

O excesso de atendimentos em relação ao efetivo é fonte de preocupação, principalmente no período de alta demanda, *você interna o menino e supõe que vai fazer a micro que você prescreve e não faz* (Pediatra 1, entrevista). Se o médico pedir RX (raio x) ou quaisquer outros exames, terá que avaliar aquela criança até resolver o problema: mandar para casa, colocar na semi-internação, internar no serviço ou em outro hospital. O ambiente aglomerado e tenso propicia condições para erros ou esquecimentos, como lembra uma pediatra entrevistada:

É complicado, quando muito cheio não tem enfermeira para todas as crianças. O menino está grave, e você assinou. Se a enfermeira não fez a medicação, o que tem de concreto é a sua assinatura na papeleta e na prescrição (Pediatra 1, grupo).

Algumas estratégias para cercar o erro são implementadas, principalmente no período noturno, por exemplo, prescrever micronebulização e não aerosolterapia com espaçador. A médica explica que na micronebulização a enfermeira coloca a

medicação no aparelho e a mãe o segura, ao passo que o uso do espaçador exige a enfermeira na aplicação, demandando um profissional para a realização do procedimento o que pode segundo os médicos atrasar a medicação.

Uma pediatra entrevistada conta que prepara uma lista com os nomes dos meninos para não esquecer quem foi encaminhado para a semi-internação e que pode ficar aguardando horas, a depender da calma do acompanhante, sem medicação e sem monitoramento.

Os médicos temem os casos para os quais eles não têm solução, por exemplo, para os casos cirúrgicos ou oncológicos que não fazem parte da missão do hospital. Mas o que fazer, se a criança em estado grave chega do interior já tendo percorrido vários locais? Entre a norma do sistema e os preceitos da pediatria, nota-se uma situação geradora de angústia, cujo relato abaixo reproduzido é um bom exemplo:

É muito fácil falar, mas quem estava atendendo a menina que estava branca igual cera, taquipneica era eu e não pude soltar a coitada da mãe na rua porque ela já tinha ido a vários locais inclusive no hospital que é referência para oncologia e falaram que não tinham vaga. (Pediatra 1, grupo)

Os casos cirúrgicos também geram angústia, quando não foi possível garantir o encaminhamento da criança atendida. Um médico que estava deixando o plantão no sábado pela manhã desabafa o seu cansaço:

Não dormi nada no meu horário de descanso porque fiquei preocupado com o menino do leito um que é uma criança com apendicite, não consegui transferir para cirurgia. Informaram que o médico do outro hospital tem que dar a vaga mas ele fala para não mandar porque eles estão lotados. Vou passar o caso para o colega e sugerir que ele mande a criança. Aqui é que não pode ficar, não operamos e não vamos resolver o caso da criança. (Pediatra 8, entrevista)

Em uma das situações observadas, viu-se o médico diante de uma criança portadora de válvula de derivação ventrículo peritoneal, a qual estava obstruída e

necessitava de cirurgia de urgência e o médico conseguiu a vaga depois de 8 horas da primeira tentativa.

O ambiente psicossocial no hospital estudado não atenua os efeitos dos fatores ansiogênicos desencadeados durante o contato com o paciente. A angústia é uma nuvem que paira sobre todos nesse ambiente e é expressa de diferentes formas, pois, no cotidiano dos plantões, existe uma incerteza quanto à gravidade dos próximos pacientes, como se vê em:

O problema do plantão é que você não sabe os próximos casos, você não sabe se vai cair uma emergência para você, então fica sempre a incerteza e é como se você estivesse em alerta todo o tempo. (Pediatra 17, observado)

Medo de sofrer processos na justiça

O número de processos contra os médicos tem aumentado e, na maioria das vezes, não seria necessário o desgaste intenso que um processo dessa natureza causa ao profissional, porque, em grande parte, as acusações são infundadas. Como ilustra o caso a seguir.

Existia um processo na justiça contra um determinado profissional quando um segundo médico foi acusado no processo por ter prescrito dipirona para a criança. Essa acusação se deu porque o delegado que apurava a denúncia viu a prescrição do segundo médico na ficha e não viu anotações de exame feito pelo mesmo (o exame havia sido feito e anotado pelo primeiro médico que assistiu a criança). O segundo médico foi chamado a depor porque, segundo o delegado ele receitou uma medicação sem examinar a criança. Por mais que esse médico explicasse que a medicação foi prescrita no intervalo das observações feitas pelo colega e que só fez a prescrição para ganhar tempo, porque enquanto a criança

aguardava o RX solicitado pelo colega a temperatura subiu e a enfermagem solicitou ao segundo médico a prescrição do antitérmico devido ao fato do outro médico estar ocupado atendendo outra criança, ele não aceitou a alegação e o médico foi acusado respondendo processo na justiça e no Conselho Regional de Medicina, sendo necessário procurar o sindicato para orientação, consultar advogados e passou um período de muito estresse.

Os médicos informam que, até então, quando uma criança chegava com temperatura acima de 38,5 graus eles receitavam e examinavam logo depois, desde que não fosse constatada gravidade pela enfermagem. Afirmam que adotavam essa rotina, porque a febre alta interfere no resultado do exame clínico, perturbando a expressão dos sintomas fundamentais para a avaliação da gravidade, pois em estado febril exacerba-se a sintomatologia.

Atualmente, devido a esse processo na justiça e devido à lei do ato médico, eles não receitam mais o antitérmico sem examinar a criança. A enfermagem tem se queixado porque o fluxo do atendimento fica perturbado. A criança entra na fila para o atendimento, é constatado a febre mas, a criança não está grave para ser priorizada, o único procedimento é o banho para abaixar a febre até que a criança seja atendida pelo médico quando será prescrito o antitérmico.

Outro componente externo responsável por tantos processos contra médico é a facilidade dos meios que o responsável pela criança encontra para desencadear tais processos, sem que sobre ele recaiam penalidades, nos casos de denúncias sem fundamentos. Os médicos destacam a desvalorização do trabalho como uma das principais causas do seu descontentamento. Nos seus dizeres:

Ninguém valoriza o que a gente faz, todo mundo acha que ficamos enrolando, o que dizem é que a gente folga, mas temos que folgar mesmo, porque, se não, não agüentamos. (Pediatra 10, entrevista)

As ameaças na justiça e os enfrentamentos relatados somados à lida com as situações extremas descritas explicariam, pelo menos em parte, o cansaço cada vez maior relatado pelos pediatras: *Eu saía mais disposta a fazer outras coisas há alguns anos atrás* (Pediatra 7, grupo).

- **Os sentimentos de culpa, ansiedade e revolta**

Junto ao medo, surge outro sentimento negativo que é a culpa principalmente após um óbito. Com freqüência eles dizem ter a sensação de que poderiam ter feito mais, ou pelo menos terem dedicado mais tempo com a criança:

Às vezes a gente tem que ficar de olho na enfermagem, porque, se está muito cheio, elas não percebem a piora da criança. (Pediatra 12, grupo)

Diante de um óbito, os médicos sempre se perguntam se não teriam deixado de tentar uma terapêutica que pudesse ter obtido sucesso. Uma médica comenta com as colegas:

Sabe aquele menino que morreu no último plantão na semi-internação à noite? Ele não me sai da cabeça, só fico enxergando o menino borbulhando, cheio de secreções. Fico pensando que, se ele não tivesse mamado, provavelmente não teria morrido porque não teria aspirado. (Pediatra 15, entrevista)

A colega que ajudou no atendimento da parada cardíaca dessa criança confirma que também ficou se sentindo culpada, porque ela devia ter insistido e conferido se a mãe não estava dando a dieta e explica: *Eu sugeri a mãe não dar a mamadeira, mas não escrevi na papeleta* (Pediatra 19, entrevista). Era um caso de osteogênese imperfeita grave e a criança estava internada com pneumonia e parece ter aspirado líquido após a mamada.

Já aconteceu de o médico afirmar o diagnóstico de pneumonia no dia seguinte à internação e o pediatra que viu a criança pela primeira vez ficar se

perguntando: *Será que o menino já tinha ausculta de pneumonia ontem e eu não vi?*

(Pediatra 15, entrevista).

Um médico afirma ter experimentado a sensação de alívio com um caso atendido:

Quando o acadêmico me disse que a menina chocou logo pensei: será que esta criança estava chocando quando chegou e eu não vi?... Conversei com a médica da enfermagem... a criança havia chocado algumas horas após subir, fiquei muito aliviado. (Pediatra 16, entrevista)

Do conteúdo das entrevistas notam-se, às vezes, culpa, outras vezes revolta, sendo emblemática a situação de um pediatra que, ao chegar encharcado de chuva, observa a presença de mães esperando com a roupa seca. O depoimento colhido é cercado por uma certa revolta:

A chuva me pegou, cheguei toda molhada. Quando passei pelas mães que haviam chegado ao hospital naquele momento, reparei que elas estavam sequinhas. A sala de espera estava lotada, nem a chuva molha esse povo, como pode pegar ônibus, andar um bom pedaço e não molhar? (Pediatra 18, entrevista)

Os atritos com os acompanhantes das crianças são freqüentes e de conteúdo variado. Os médicos relataram a cena do colega que entrou na sala de conforto com as mãos na cabeça e gritando: *O que eu estou fazendo com a minha vida? O que eu estou fazendo aqui?* (Entrevista coletiva com equipe X) após ter insistido com o pai que se recusava a internar a criança com diagnóstico confirmado de pneumonia.

Tive que chamar a polícia outro dia. Estava examinando o menino e ele batendo na mãe, falei para ela não deixar ele fazer aquilo que, quando ele crescer, vai bater para valer e ela não vai dar conta de detê-lo. A mulher saiu gritando que eu estava mandando ela bater no filho. (Pediatra 3, entrevista)

A análise das situações permeadas por sentimentos de culpa coloca em evidência um sentimento de onipotência, como manter-se em vigília constante e não ter necessidade de repouso, como se vê em:

Nem quando vou para casa desligo. Já aconteceu de ser minha folga e eu ir para casa preocupada com determinada criança, fico em casa pensando: será que vão lembrar de olhar a criança outra vez? E se não olharem? Às vezes ligo para o hospital assim que chego em casa para lembrar os colegas de reavaliarem o menino. (Pediatra 16, entrevista)

Em outros momentos, viu-se revelar um aparente sentimento de onipotência quando problemas ligados à estrutura do sistema de saúde foram evocados para si, reforçando o sentimento de culpa. Por exemplo, no caso do pediatra que não conseguiu transferir uma criança grave para o CTI (Centro de Tratamento Intensivo), desabafando:

A gente assume culpa que não é nossa. Quando eu não consigo mandar um menino para o CTI por falta de vaga, fico pensando que a culpa é minha, que não posso deixar o menino morrer, quando, na verdade, a culpa não é nossa. É muito sério ter que dar conta de tudo. (Pediatra 12, grupo)

- **Receio da fúria do usuário**

Os médicos com frequência se queixam que a cada dia os acompanhantes das crianças chegam mais *nervosos* ao hospital:

Sabe o que mais me deixa aborrecida aqui? É o desrespeito que os pais têm com a gente. Eles nos tratam como se fôssemos incompetentes, qualquer coisa que você diz, eles se aborrecem. Não era assim, parece que está cada dia pior. (Pediatra 5, entrevista)

A polícia tem sido chamada com frequência pelos usuários ao hospital. Segundo os médicos quando os acompanhantes estão cansados, ansiosos, com raiva, eles não compreendem as justificativas da priorização de alguns casos e exigem prioridade, independente do caso da criança que acompanham ser urgência ou não:

Avaliei o menino e disse: ele não tem nada de urgente, pode esperar, a senhora vai ser atendida respeitando a ordem de chegada. Mas ela chamou a polícia. Pedimos até o número da ocorrência porque, depois, ela resolve abrir um processo. (Pediatra 13, entrevista)

A presença dos policiais no plantão é motivo de muita tensão e aumenta o sentimento do não reconhecimento pelo trabalho, principalmente para os profissionais envolvidos no conflito.

Sabe que até chorei outro dia quando a mãe chamou a polícia para mim quando não liberei a criança? O exame não estava pronto. Fiquei surpreso pensando: será que é para mim que ela está falando tanto desaforo? (Pediatria 13, entrevista)

Os pediatras lembram que na urgência dos hospitais privados também existe espera pelo atendimento, no entanto o ambiente não é tenso como no serviço em estudo.

Engraçado que nos hospitais privados o povo espera e não reclama tanto. Aqui querem ser atendidos logo que chegam. (Pediatria 14, grupo)

- **O sentimento de não-reconhecimento e a compensação pelo esforço investido**

Algo presente no discurso dos médicos entrevistados é o sentimento de não reconhecimento pelo trabalho realizado: *Quando tudo está bem, ninguém lembra do médico. Médico e polícia, só quando a coisa está feia* (Pediatria 2, grupo).

O outro completa:

Em um curso que fiz elaborei um trabalho sobre ética e mostrei que o governo vai para a televisão fazer propaganda e, em momento algum, ele diz quem fez o trabalho foi o servidor, não fala que foi o servidor que cumpriu a meta. Ele fala o governo fez isto, aquilo. Ele fez? (Pediatria 14, grupo)

A duração de 12 ou 24 horas do plantão nem sempre permite ao profissional ver o resultado do seu trabalho. Eles relatam que o médico internista por acompanhar a criança na enfermaria, vai ao hospital todos os dias e consegue ver os resultados positivos de sua intervenção; ao contrário do plantonista, que não estabelece vínculos duradouros com o seu paciente, ficando privado do reconhecimento do “outro” pelo trabalho executado.

No grupo, quando foram questionados sobre a permanência naquele hospital apesar do sofrimento relatado, os próprios sujeitos pesquisados explicitam a dinâmica da subjetividade investida no trabalho:

A gente sempre fala do trabalho como sofrimento, mas tem o prazer, quando fala de trabalho, se trabalhamos com a idéia de prazer, até ajuda a diminuir o sofrimento. (Pediatra 14, grupo)

Na seqüência lembram de uma médica que não voltou depois do primeiro plantão quando tentou reverter uma crise de asma grave e a criança não reagia. Diante do quadro, a colega se desorientou e chorou. Para o entrevistado, ela não estava preparada.

Existem problemas ligados à organização do plantão que geram constrangimentos no controle da qualidade do atendimento pelo próprio pediatra. Há um revezamento de horários para o repouso durante a madrugada que, se por um lado, garante minimamente o repouso necessário, por outro, compromete a avaliação continuada da criança internada e sobrecarrega os colegas que ficam em vigília e exacerba os sentimentos gerados.

Foram notados os aspectos organizacionais positivos e compensadores dos efeitos psicológicos indesejados. Por exemplo, os participantes percebem a ausência aparente de hierarquia como um traço positivo da organização. Os pediatras comparam o hospital a outras instituições onde trabalham, nas quais os passos são vigiados pela hierarquia: *Aqui não, não tem gente vigiando a minha consulta, as minhas receitas. Aqui é um lugar que você até relaxa* (Pediatra 2, grupo).

Somam-se positivamente os efeitos do ambiente acadêmico *Aqui você aprende até sem querer* (Pediatra 14, grupo), cuja marca é o questionamento, o

acesso constante à literatura e os procedimentos originais e inovadores, que facilitam o trabalho. O ambiente acadêmico é percebido como um forte elemento compensador dos problemas enfrentados e da precariedade das condições no trabalho.

DISCUSSÃO

Os constrangimentos vivenciados pelos sujeitos estudados estão associados às condições de trabalho, as quais foram identificadas em outros estudos como fatores de risco para a insatisfação no trabalho (Murray, 2001; Johson, 1995; Bertran, 1990), com destaque para o nível de controle do sistema sobre a atividade médica (Frank, 1999). Os estudos apontam que a insatisfação pode interferir na qualidade do trabalho realizado, assim como produzir efeitos negativos sobre a saúde dos sujeitos (Nogueira Martins, 2003; Wiley et al., 2002; Arnetz, 2001).

Firfth-Cozens & Greenhalgh (1997), no Reino Unido, estudaram o ponto de vista dos médicos, quanto à interferência dos sintomas de estresse no cuidado ao paciente. Foram distribuídos questionários aos médicos que deviam relatar eventos nos quais houve falha no cuidado e se atribuíam tal falha ao estresse. As causas do estresse foram categorizadas, assim como os seus efeitos sobre os profissionais. Mais da metade dos incidentes ocorridos no trabalho foi relacionada ao cansaço, e 28% à pressão no trabalho. Foi evidenciado que depressão também influencia negativamente no cuidado prestado. Os autores chamam atenção para a necessidade de diminuir as horas trabalhadas e a privação do sono, para que os médicos possam prestar um cuidado de qualidade.

Na pesquisa conduzida por Calnan (2001), encontrou-se que alta demanda, baixo controle e baixo suporte social estão associados ao estresse ocupacional e podem ter efeitos nocivos sobre a saúde.

No estudo realizado os aspectos compensadores como controle diminuído, quando comparado a outras instituições, e autonomia para agir nas situações, evocam o modelo de Karasek e sua teoria, que explica os riscos psicossociais, tendo como base quatro pontos: demanda, autonomia, controle e suporte social (Karasek, 1979). No caso estudado, a alta demanda é acompanhada de autocontrole e autonomia, apesar de baixo suporte social. Os médicos permanecem no serviço de urgência do hospital durante anos o que pode ser explicado pelas características citadas. No entanto não se podem negar os problemas evidenciados, uma vez que eles impregnam os discursos dos pediatras que se queixam fortemente das situações. Dejours (1994) alerta para a gravidade dos problemas de saúde mental no trabalho, quando os traços de sofrimento aparecem nas falas dos sujeitos.

McCue (1982) descreve os efeitos do estresse sobre os médicos e suas práticas. O autor coloca em evidência os estressores intrínsecos à profissão, seus efeitos sobre os médicos e as dificuldades desses profissionais para lidar com o estresse.

A literatura é rica em estudos que tentam associar estresse, insatisfação e prejuízo à saúde dos médicos. Em síntese, o aumento da insatisfação está associado ao estresse no trabalho que, por sua vez, constitui-se fonte de adoecimento dos sujeitos (Abgail, 2004; Arnetz, 2001; Wiley et al., 2002; Nogueira Martins, 2003;).

No Jornal Britânico de Medicina (BMJ), o tema *médicos infelizes* aparece com frequência, (Stanton & Caanwent, 2003); o que é convergente com a noção de *estado de vida contrariado*, cunhada por Machado (2002). Segundo os autores, os médicos tristes acabam adoecendo, especialmente quando a organização do trabalho é “insuportável”, sendo freqüentes na categoria a depressão, o alcoolismo e a ansiedade, que foram associados à aposentadoria precoce dos sujeitos acometidos. Vale lembrar que a prevalência de sintomas somáticos foi associada, em outro estudo, à duração da jornada semanal dos médicos (Baldwin, Dodd & Wrate, 1997).

O aumento da expectativa dos usuários nos serviços de saúde tem trazido constrangimentos aos profissionais. A idéia dos direitos do cidadão está divulgada, mas a população não assimilou as suas responsabilidades quanto ao bem público. Se existe o serviço de saúde com porta aberta 24 horas, exigem ser atendidos imediatamente, mesmo se o caso não for urgência. Esse fator pode estar na origem de muitos episódios de violência nas portas de entrada do serviço de saúde e seria mais um fator a aumentar o estresse entre os médicos (CMA, 1998).

A violência nos locais de trabalho tem preocupado gestores e associações de classe e aumenta a cada dia. Schnieden já propunha, em 1993, a organização de grupo para discutir a violência contra médicos e Grant em 1995, chamava a atenção para o fato de que os médicos que estão na linha de frente na emergência são mais propensos a serem vítimas de violência. Os autores propõem treinamentos para os médicos aprenderem a identificar possíveis agressores e aprenderem a lidar com situações embaraçosas e chamam atenção para a questão que a agressão sofrida por um médico pode trazer conseqüências desastrosas para a sua saúde mental.

Santos-Júnior & Dias (2004) fazem uma vasta revisão da literatura sobre violência no trabalho nos serviços de saúde, e, ao final, concluem que se trata de um fenômeno complexo com uma gama de determinantes.

Lipton & Everly (2002) apresentam as recomendações de um painel organizado em 2000 pela Associação Americana de Psicologia, realizado com o objetivo de consensuar necessidades de saúde mental para os profissionais e usuários dos serviços de emergência pediátrica. Dentre elas, enfatizam a necessidade da organização de serviços de apoio psicológicos para profissionais e usuários da urgência pediátrica, considerando as características desse ambiente de trabalho.

As associações de classe têm organizado serviços de atenção à saúde física e mental dos médicos, face à conscientização da vulnerabilidade desses profissionais para o adoecimento. Nogueira Martins (2004) mostra a importância do Programa de Atenção à Saúde e Qualidade de Vida do Médico coordenado pelo Conselho Federal de Medicina e aponta os problemas em saúde mental que estes profissionais apresentam, chamando atenção para a alta prevalência de suicídio, depressão, uso de substâncias psicoativas, estresse, burnout e disfunções profissionais entre os médicos.

Os resultados da literatura e os debates no seio da categoria médica influenciaram a elaboração de recomendações para modificações dos ambientes de trabalho e formação específica para o manejo do estresse e promoção da saúde (Arnetz, 2001; Canadian Medical Association, 1998). A Associação Médica Canadense recomenda que os médicos estreitem os laços com os usuários e que procurem compreender a comunidade onde trabalham. O não desligar do trabalho,

foi descrito como fator estressante, baseado nisso, a Associação recomenda aos médicos desenvolver condições para a vida em família e para o lazer, a fim de diminuir o estresse em suas vidas.

Nessa direção, notar que o Conselho Federal de Medicina, com apoio da Associação Médica Brasileira e das associações de especialidade, criaram o Programa de Atenção à Qualidade de Vida do Médico.

Por fim, no Jornal da Associação Médica de Minas Gerais, Caldeira (2006) descreve o que denominou de *síndrome do médico processado* e mostra o sofrimento dos médicos que foram processados, muitas vezes injustamente segundo o autor, confirmando os resultados apresentados.

CONCLUSÃO

Este artigo focalizou o trabalho em um serviço público de urgências pediátricas, no qual os profissionais se queixam de cansaço. O médico atende casos variados que exigem dele posturas diversificadas, muitas vezes, em um curto espaço de tempo. Mas tendo conhecimento dessa realidade, pode-se planejar o atendimento, o efetivo, projetar algumas especializações internas para aqueles casos sabidamente difíceis, recorrentes, e que demandam cuidado particular, por exemplo, as emergências, ou seja, crianças com risco imediato de morte. Entre os limites do estudo do serviço de urgência médica pediátrica nota-se a ausência dos casos de trauma e dos casos cirúrgicos na amostra analisada.

A análise direta do trabalho permitiu uma aproximação dos sujeitos, dando a eles a oportunidade para falar do seu trabalho, das suas dificuldades e do

prazer na realização das tarefas. A permanência da pesquisadora no campo por um período extenso possibilitou a quebra do embaraço, que pode acontecer nas primeiras entrevistas e observações. Como a pesquisadora trabalhou por 20 anos no serviço o acesso a documentos e aos locais de trabalho também foi facilitado.

Os resultados permitem afirmar que o tipo de consulta não obedece aquilo que o médico sabe ser fundamental para uma boa prática médica, o que pode explicar em parte a frustração, cansaço, desânimo, sentimentos e sensações que aparecem constantemente nos relatos e que, em outra pesquisa, poderiam ser objeto de uma análise psicológica. Finalizando o trabalho do pediatra possui características peculiares, ele tem que lidar com a criança, com a mãe e com demais familiares sob uma carga emocional muitas vezes além do suportável e que, no caso específico dos serviços de urgência em pediatria existe uma exigência para que esse profissional dê conta de situações complexas, sendo que, para tanto, usa recursos que não estão ainda bem esclarecidos carregados de nuances que precisam ser desveladas, para que seja possível propor alternativas que minimize o sofrimento desses médicos.

Referências

- Abgail, Z. (2004). Dissatisfaction with medical practice. *The New England Journal of Medicine*, 350(1), 69-75.
- Abrahão, J. I. (1993). Ergonomia: modelo, métodos e técnicas. In: *Segundo Congresso LatinoAmericano, Sexto Seminário Brasileiro de Ergonomia*. Brasília. Mimeografado.
- Abrahão, J. I. (2002). As transformações do trabalho e desafios teórico-metodológicos na ergonomia. *Estudos de Psicologia*, 7, 745-752.
- Adán, J. C. M., Jiménez, B. M., & Herrero, M. G. (2004). Desgaste profesional y salud de los profesionales médicos: revisión y propuestas de prevención. *Medicina Clínica Barcelona*, 123(7), 265-270.
- Almeida-Filho, N. (2000). *A ciência da saúde*. São Paulo: Hucitec.
- Alves-Mazzotti, A. J., & Gewandsznajder, F. (1998). *O método nas ciências naturais e sociais: pesquisa quantitativa e qualitativa*. São Paulo: Pioneira.
- Appleton, K., House, A., & Dowell, A. (1998). A survey of job satisfaction, sources of stress and psychological symptoms among general practitioners in Leeds. *British Journal of General Practice*, 48, 1059-1063.
- Arnetz, B. B. (2001). Psychosocial challenges facing physicians of today. *Social Science & Medicine*, 52, 203-213.
- Association of Professors of Medicine – APM (2001). Predicting and preventing physician burnout: results from the United States and Netherlands. *The American Journal of Medicine*, 111, 170-175.
- Assunção, A. A., & Lima, F. P. A. (2003). A contribuição da ergonomia para a identificação, redução e eliminação da nocividade do trabalho. In René Mendes (Org.). *Patologia do trabalho*. 2 ed. Rio de Janeiro: Atheneu. 1767-1789.
- Baldwin, P. J., Dodd, M., & Wrate, R. W. (1997). Young doctors' health-I How do working conditions affect attitudes, health and performance? *Social Science & Medicine*, 45(1), 35-40.
- Bardin, L. (1995). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Bertram, D. A., Hershey, C. O., Opila, D. A., & Quirin, O. (1990). A measure of physician mental work load in internal medicine ambulatory care clinics. *Medical Care*, 28(5), 458-466.
- Caldeira J. A. (2006) Síndrome do médico processado. *Jornal da Associação Médica de Minas Gerais*. fev. mar. p.11

Calnan, M., Wainwright, M. F., Wall, B., & Almond, S. (2001). Mental health and stress in the workplace: the case of general practice in UK. *Social Science and Medicine*, 52, 499-507.

Canadian Medical Association - CMA (1998). *Canadian Medical Association Journal*, 158(9), 1191-1195.

Carneiro, M. B., & Gouveia, V. V. (coord.). (2004). *O médico e o seu trabalho: aspectos metodológicos e resultados do Brasil*. Brasília: Conselho Federal de Medicina.

Costa, E. B. (2005). *O médico, seu trabalho, sua doença*. [monografia]. Belo Horizonte: Universidade Gama Filho/RJ Universidade Unimed/BH.

Dejours, C. (1994). A carga psíquica do trabalho In: Dejours, C.; Abdoucheli, E.; & Jayet, C. *Psicodinâmica do trabalho: contribuições da Escola Dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho*. Coordenação Betiol, M.I.S. Tradução Betiol, M.I.S. et al. (pp. 21-32). São Paulo: Atlas.

Feuerweker, L. C. M. (1998). A crise da Saúde. In *Mudanças na educação médica & residência médica no Brasil*. São Paulo: Hucitec / Rede Unida.

Firth-Cozens J, Greenhalgh J. (1997). Doctors' perceptions of the link between stress and lowered clinical care. *Social. Science. Medicine*. England U K.. v. 44, n.7, p. 1017-1022.

Frank, E., McMurray, J.E., Linzer, M., & Elon L. (1999). Career Satisfaction of Us Women Physicians. *Archives of Internal Medicine*, 159,1417-1426.

Grant D. (1995). US report on violence in the medical workplace may hold lessons for Canadian MDs. *Canadian Medical Association Journal*, 15(3), 11, 1651.

Guérin, F., Laville, A., Daniellou, F., Duraffourg, J. & Kerguelen, A. (2001). *Compreender o trabalho para transformá-lo – A prática da ergonomia*. São Paulo: Edgard Blucher Ltda.

Johnson, J. F., Hall, E. M., Ford, D. E., Mead, L. A., Levine, D. M., Wang, N.Y., & Klag, M. J. (1995). The Psychosocial work environment of physicians: the impact of demands and resources on job dissatisfaction and psychiatric distress in a longitudinal study of Johns Hopkins Medical School Graduates. *Journal Occupational Environmental Medicine*, 37(9), 1151-1159.

Karasek, R. A. (1979). Job demands, job decision latitude, and mental strain: Implications for job redesign. *Administrative Science Quarterly*, 24, 285-308.

Lipton, H.; & Everly, G. S. (2002). Mental health needs for providers of emergency medical service for children (EMSC): a report of a consensus panel. *Prehospital Emergency Care*, 6(1), 15-21.

Machado, M. H. (1997). *Os médicos no Brasil: um retrato da realidade*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.

Machado, M. H. (2002). Gestão pública e ética no trabalho. In *Política de Recursos Humanos em saúde* (pp. 119-126). Brasília, Seminário Internacional, Ministério da Saúde/OPAS/OMS.

Mawardi, B. H. (1979). Satisfactions, dissatisfactions, and causes of stress in medical practice. *Journal American Medical Association*, 241(14), 1483-1486.

Mercado-Martinez, F.J., & Bosi, M. L. M. (2004). Introdução; notas para um debate. In Bosi, M.L.M. & Mercado, F.J. [Org]. *Pesquisa qualitativa de serviços de saúde*. Petrópolis: Vozes. 75-98.

McCue JD. The effects of stress on physicians and their medical practice. 1982. *New England Journal Medicine*; 306:458-463.

Murray, A., Montgomery, J. E., Chang, H., Rogers, W. H, Inui, T., & Safran, D. G. (2001). Doctor discontent: a comparison of physician satisfaction in different delivery system settings, 1986 and 1997. *The Journal of General Internal Medicine*, 16(7), 452-459.

Nardi, H. C., & Tittoni, J. (1998). Saúde Medicina e Trabalho – reflexões sobre a atividade médica em tempos de globalização e reestruturação do trabalho e das políticas de saúde. In: Agosto, F,M; Peixoto, R; Bordin, R. *Riscos da prática médica*. Porto alegre: Dacasa. 67-78

Nogueira-Martins, A. L. (2003). Saúde mental dos profissionais de saúde. *Revista Brasileira de Medicina do Trabalho*, 1(1), 59-68.

Nogueira-Martins, A. L. (2004). A saúde do médico. Disponível em: <www.portalmedico.org.br>.

Santos-Júnior, E. A., Dias, E. C. (2004). Violência no trabalho: uma revisão da literatura. *Revista Brasileira de Medicina do Trabalho*, 2(1), 36-54.

Schnieden V.; Maguire J.; & Bate A. (1993). Learning to cope with violence in the workplace. *Bristish Medicine Journal*, 307, 65.

Schraiber, L. B. (1993). *O médico e seu trabalho: Limites da liberdade*. São Paulo: Hucitec.

Stanton, J., & Caanwent, W. (2003). How many doctors are sick? *Bristish Medicine Journal*, 326, 7391.

Turato, E. R. (2003). Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas. 2 ed. Petrópolis: Vozes.

Vasconcelos, E. M. (2002). *Complexidade e pesquisa interdisciplinar: epistemologia e metodologia operativa*. Petrópolis: Vozes.

Whitley, T. W., Allison Jr., E. J., Gallery, M. E., Heywort, J., Cockington, R. A., Gaudry, P., & Revick, D. A. (1991). Work related stress and depression among physicians posgraduate training in emergency medicine: an international study. *Annals of Emergency. Medicine*, 20(9), 992-996.

Wiley, J. F., Fuchs, S., Brotherton, S. E., Burke, G., Cull, W. L., Friday, J., Simon, H., Jewett, E. A., & Mulvey, H. (2002). A comparison of pediatric emergency medicine and general emergency medicine physicians' practice patterns: results from the Future of Pediatric Education, II Survey of Sections Project. *Pediatric Emergency Care*, 18(3), 15-18.

Willcock, S. M., Daly, M.G., Tennant, C. C., & Allard, B.J. (2004). Burnout and psychiatric morbidity in new medical graduates. *The Medical Journal of Australia*, 181(7), 357-360.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O médico foi visto por muitos anos como detentor do controle sobre o seu trabalho e exercendo uma profissão com grande poder. No entanto as modificações ocorridas no mundo do trabalho atingiram também o trabalho médico e assim como outros trabalhadores o médico sofre os efeitos da precarização do trabalho.

O assalariamento, os vínculos precários, o multi-emprego, os baixos salários, a perda do *status quo*, são reflexos das modificações que trouxeram como consequência entre outros prejuízos, a perda da autonomia e da criatividade, a intensificação da jornada de trabalho. Estas características somadas as peculiaridades do trabalho médico como: contato intenso com a dor, o sofrimento, a morte tornam esse trabalho potencialmente gerador de morbidades, desgaste profissional e sofrimento psíquico^{1,2,3,4,5,6}.

Os médicos dentre eles os pediatras são profissionais com forte adesão a carreira, apesar de 77,61% se sentirem desgastados, 78,72% informam estar satisfeitos com a escolha da especialidade numa pesquisa de âmbito nacional feita recentemente⁷.

¹ SCHARAIBER, Lilia. B. *O médico e seu Trabalho*: Limites da Liberdade. São Paulo: Hucitec. 1993. 229p.

² PITTA, A. M. *Hospital dor e Morte como ofício*. 4. ed. São Paulo: Hucitec, 1999. 200p.

³ SILVA, M. M. A. *Trabalho médico e o desgaste profissional: pensando um método de investigação*. 2001. 186f Dissertação (Mestrado em Saúde coletiva) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2001.

⁴ SPICKARD, A.; GABBE S. G.; JOHN, F.; CHRISTENSEN J. F. Mid-Career Burnout in Generalist e Specialist Physicians. *The Journal of the American Medical Association* 2002; 288:1447-1450.

⁵ NOGUEIRA-MARTINS, L. A. Saúde mental dos profissionais de saúde. *Revista Brasileira de Medicina do Trabalho*, Belo Horizonte, v. 1, n.1, p. 56-68, 2003.

⁶ MOREIRA-FILHO, A. A. *A relação médico paciente: o fundamento mais importante da prática médica* 2. ed. Belo Horizonte. Coopmed Editora Médica, 2005. 188p.

⁷ MACHADO, M. H.; VAZ, E. S. (coords.). *Perfil dos pediatras no Brasil: relatório final*. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Pediatria. 2001. 153p.

A literatura descreve um grau de insatisfação e estresse entre os médicos e os autores reconhecem que as conseqüências desses fatores podem afetar a qualidade do cuidado prestado. De um lado, o aumento da insatisfação está associado ao estresse no trabalho, que pode constituir-se em fonte de adoecimento dos sujeitos, o que tem sido estudado pelas investigações epidemiológicas as quais apresentam a prevalência das doenças mentais ligadas à insatisfação e ao cansaço, elementos relacionados aos aspectos citados do trabalho e confirmados pelos resultados obtidos nesta pesquisa.

Dentre as causas das doenças relacionadas ao trabalho médico, estão aquelas que se colocam dentro do processo e da organização do trabalho, quais sejam: ritmo e intensidade do trabalho, imposição de normas, conteúdo das tarefas, hierarquização rígida, ausência de participação no planejamento das atividades, divisão de tarefas, perda de autonomia e do controle pelo trabalhador sobre o processo de trabalho, chefias autoritárias³.

Os resultados disponíveis na literatura permitem um conhecimento da morbidade entre os médicos, mas deixam lacunas no tocante ao conhecimento do trabalho, cujas exigências e condições efetivas de produção poderiam estar associadas ao adoecimento descrito.

As expectativas aumentadas dos usuários na atualidade são fontes freqüentes de violência no ambiente de trabalho^{8,9}. A noção de cidadania foi difundida e incorporada pela população. No entanto, evidencia-se uma expectativa muito grande dos usuários em relação aos serviços de saúde, sem um

⁸ SCHNIEDEN, V.; MAGUIRE, J. B. Learning to cope with violence in the workplace. *British Medicine Journal* 1993;07:65.

⁹ SANTOS-JÚNIOR, E.A., DIAS, E. C. Violência no trabalho: uma revisão da literatura. *Revista Brasileira de Medicina do Trabalho*. Belo Horizonte. v. 2, n.1, p.36-54.

conhecimento dos limites e das propostas desse serviço, alterando o padrão de exigência dos usuários para o qual as condições efetivas dos serviços indicam necessidade de mudanças.

São muitos os determinantes das dificuldades encontradas pelos médicos para desenvolver as suas tarefas nos serviços de urgência. Muitos desses serviços estão ligados a um hospital e fazem parte dessa organização. Vários autores têm feito um exercício para compreender a dinâmica das organizações em saúde e concluíram que essas são organizações profissionais nas quais o trabalho profissional é altamente especializado, complexo, de difícil mensuração ¹⁰ e possuem espaços sociais heterogêneos nos quais interagem diferentes grupos e papéis ¹¹.

Diante da complexidade das organizações profissionais, DUSSAULT ¹² propõe que as organizações nos serviços de saúde devam buscar ações descentralizadoras e flexíveis.

Essa pesquisa analisou como o trabalho na urgência pediátrica se desenvolve, quais são as suas características e os seus possíveis efeitos sobre o trabalhador pediatra. Tendo o trabalho como categoria central, os fenômenos de saúde são analisados sob o marco-teórico das relações complexas entre atividade

¹⁰ AZEVEDO, C. S. Liderança e processos intersubjetivos em organizações públicas de saúde. Rio de Janeiro. *Ciênc. Saúde coletiva, Rio de Janeiro*, v. 7, n.2, p. 349-372.

¹¹ FARIAS, L. O.; VAITSMAN, J. Interação e conflito entre categorias profissionais em organizações hospitalares públicas. *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 18, n. 5, p.1229 -1241. 2002.

¹² DUSSAULT, G. A gestão dos services públicos de saúde: características e exigências. *Revista da Administração Pública*. Rio de Janeiro, v. 26, n. 2.p.8-19. 1992.

de trabalho, exposição aos riscos e seus determinantes. Nessa direção, a organização do trabalho é analisada a fim de identificar a margem existente para o pediatra poder implementar modos operatórios e evitar a exposição ao fator de risco.

Compreender o que ocorre no cotidiano do trabalho médico é imperativo se o objetivo é propor mudanças para transformar o trabalho.

A hipótese desenvolvida fez conhecer as condições materiais e organizacionais do trabalho, o tipo de relações que os indivíduos estabelecem no ambiente estudado, o sentido que atribuem às atividades que realizam, as pressões psicológicas que sofrem no trabalho e as suas possíveis conseqüências sobre a saúde. Tais fatores constituíram-se o núcleo da análise dos dados obtidos da investigação qualitativa e de natureza empírica, destacando-se os constrangimentos vivenciados pelos sujeitos do estudo. Graças à análise das verbalizações obtidas durante as observações diretas do trabalho dos pediatras, das entrevistas coletivas e das sessões de grupo, foi possível apresentar fatores relacionados aos problemas descritos, como os ligados à organização do trabalho e os decorrentes das características do ato pediátrico na urgência.

A metodologia utilizada mostrou-se útil ao articular técnicas das ciências sociais e da escola francesa de ergonomia, a fim de analisar o trabalho dos pediatras na urgência. A investigação não foi linear, ao contrário, o processo favoreceu idas e vindas entre uma etapa e outra da pesquisa, analisando temas recorrentes que surgiam e convocando outras técnicas de coleta e de análise para o aprofundamento necessário, como a análise de dados quantitativos e documentais.

As incursões na ergonomia foram fundamentais para a compreensão da relação do pediatra com o trabalho. Como lembra Abrahão ¹³, a necessidade de se reconhecer a premissa ética da primazia do homem sobre o trabalho, posto que um dado trabalho pode se adaptar ao homem, mas nem todos os homens podem se adaptar a um dado trabalho, mostrou-se profícua no desenho investigatório.

A metodologia utilizada permitiu uma aproximação dos sujeitos, dando a eles a oportunidade de falar do trabalho e de dificuldades encontradas na realização de suas tarefas. Permitiu, ainda, uma análise da organização do trabalho, apontando focos possíveis de serem futuramente aprofundados, assim como evidenciou dificuldades dos profissionais em lidar com sensações derivadas das situações de trabalho na pediatria e, especificamente, no trabalho na urgência.

Os resultados evidenciaram que a origem de muitos constrangimentos vivenciados pelos pediatras está na organização do trabalho, intra e extra-institucionalmente. As dificuldades no ajuste entre serviços do Sistema Único de Saúde foram apresentadas, quando os médicos estavam diante de crianças com doenças para as quais o hospital pesquisado não tinha solução, assim como para as crianças com casos agudos ou não, que demandavam atendimento em cuidado primário. A Política Nacional de Atenção às Urgências ¹⁴ recomenda um grau eficiente de articulação entre os vários níveis do cuidado. No entanto, os pediatras ressentem-se da não-existência de um fluxo eficiente e confiável entre os diferentes serviços.

¹³ ABRAHÃO, J. I. Ergonomia. Modelos, métodos e técnicas. In: 2º CONGRESSO LATINOAMERICANO e 6º SEMINÁRIO BRASILEIRO DE ERGONOMIA, 1993. Brasília. *Anais...* Florianópolis. Abergó/Fundacentro; 1993

¹⁴ BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Atenção às Urgências*, (2004). Brasília. (Série E. Legislação de Saúde). 236p.

Certas dificuldades encontradas na realização das tarefas devem-se às características específicas do ato pediátrico e do ato pediátrico na urgência. O fato de o pediatra lidar com uma terceira pessoa no encontro com o seu paciente, os acompanhantes, muitas vezes ansiosos, com sentimento de culpa, diante de um distúrbio agudo na criança, tensiona a relação, trazendo conseqüências que exigem energia especial desses médicos para lidar com as situações concretas. Assim, dos pediatras na urgência são exigidas competências, para promover um cuidado com qualidade, as quais ultrapassam as competências adquiridas na escola médica, tema que escapou aos objetivos desta pesquisa.

No estudo, os pediatras chamam atenção para as especificidades do atendimento a criança agudamente enferma, a qual exige cuidados freqüentes, tanto dos profissionais de saúde quanto dos seus responsáveis. No Brasil, ainda acontecem óbitos que poderiam ser evitados em crianças, principalmente devido às doenças do aparelho respiratório, doenças infecciosas e diarreia. Muitas crianças procuraram o serviço de saúde antes do óbito e foram encaminhadas para casa, apresentando, no domicílio, um desfecho não imaginado pelo médico que a atendeu anteriormente.

Fica evidente a importância das unidades de observação em pediatria para os casos agudos. Observar a criança por algumas horas permite ao médico maior segurança na sua conduta, isto é, indicar a ida da criança para casa, onde o cuidado deve ser continuado, ou internando a criança, quando isso não é possível. Entretanto, viu-se que embora a internação deva ser evitada, dados os efeitos psicológicos que acarreta, entre outros, fatores socioeconômicos da família e o grau

de confiança que o médico deposita nos responsáveis modulam a decisão da alta hospitalar.

O ambiente da consulta que os médicos realizam nos serviços de urgência pediátrica não acomoda os preceitos da prática médica, conforme esperam e desejam os médicos, principalmente no que diz respeito ao tempo com o paciente, o que explica, em parte, a frustração, o cansaço e o desencanto desses profissionais com o trabalho. No estudo, ficou evidente que o trabalho na urgência pediátrica exige, dos médicos, posturas variadas, muitas vezes, em um curto espaço de tempo. As sensações evidenciadas pelos médicos, como medo de errar e culpa após um óbito, também podem explicar um certo grau de infelicidade entre os pediatras estudados.

Por outro lado, viu-se que a atividade do atendimento pediátrico em plantões de urgência comporta especificidades que não foram ainda elucidadas. O médico tem que mobilizar suas energias para lidar com o usuário, o que faz com que ele utilize conhecimentos adquiridos anteriormente, mas selecionando-os para aquele caso específico ¹⁵.

O trabalho do pediatra possui características peculiares, ele lida com a criança, com a mãe e familiares sob uma carga emocional, muitas vezes além do suportável, e que, no caso específico dos serviços de urgência em pediatria, existe uma exigência para que esse profissional dê conta de situações complexas, sendo que, para tanto, usa recursos que não estão ainda bem esclarecidos, carregados de nuances que precisam ser identificadas em futuras investigações, para que seja

¹⁵ TITON, J. A. *A consulta médica: análise dos elementos que a compõem*. Curitiba: Scientia et Labor, 1988. 63 p.

possível propor alternativas que minimizem o sofrimento e o adoecimento descritos na literatura.

As associações de classes preocupadas com o adoecimento dos médicos têm proposto a organização de serviços de atenção à saúde física e mental específicos para grupos de médicos ¹⁶.

A atividade exige, ainda, que o pediatra seja capaz de mobilizar aptidões emocionais, como capacidades para entender o acompanhante e a criança¹⁷. Assim, o atendimento das crianças que procuram um serviço de urgência está longe de mobilizar, como já explicitado, somente os conhecimentos formalizados do médico, exigindo dele capacidades na área física, cognitiva e psicológica.

O hospital estudado assiste somente aos casos clínicos de urgência, ficando o trauma e os casos cirúrgicos fora da competência da instituição estudada. Os serviços de urgência que atendem ao trauma infantil podem comportar outros constrangimentos não evidenciados no serviço estudado.

A amostra foi composta por um número significativo de médico com mais de 45 anos de idade e com mais de 10 anos na instituição, o que poderia amenizar as conseqüências do trabalho sobre o profissional, uma vez que foi evidenciado um grau de autonomia e flexibilidade no trabalho. No caso estudado, a alta demanda é acompanhada de autocontrole e autonomia, apesar de baixo suporte social.

Falar sobre constrangimentos e adoecimento pode suscitar nos médicos defesas uma vez que esses profissionais apresentam dificuldade em admitir que

¹⁶ NOGUEIRA-MARTINS, A. L. *A saúde do médico*. 2004. Disponível em www.portalmedico.org.br. Acesso em: 22 de fevereiro de 2006.

¹⁷ TODRES, D; EARLE Jr., MORRIS; JELLINEK, M. S.; Facilitando a comunicação: o médico e a família na Unidade de Tratamento Intensivo Pediátrico. *Clínicas Pediátricas da América do Norte*, Rio de Janeiro, v. 6, p.1421-1430, 1994.

estão doentes. As pesquisas que colocam em evidência mecanismos de defesa que contribuem para proteção à saúde dos profissionais diante dos riscos identificados devem ser estimuladas. Merece menção o fato da autora ocupar, atualmente, cargo de chefia o que pode ter inibido os médicos ao falarem das relações com a direção.

Quanto às pesquisas que poderão ser desenvolvidas cita-se entre outras pesquisas que contribuam para, subsidiar políticas públicas que tenham, em suas bases, a preocupação da melhoria do cuidado dispensado às crianças e aos seus familiares, sem dispensar a elaboração de ações específicas destinadas a vigiar a saúde dos profissionais responsáveis pela assistência.

A pesquisa do Conselho Federal de Medicina¹⁸ mostrou uma significativa redução dos médicos que trabalham em prontos socorros e nos PAMs (posto de assistência médica). Deve-se encorajar pesquisas que permitam compreender esse fenômeno, pois os gestores se queixam de não conseguir contratar médicos para as urgências principalmente clínicos gerais e pediatras.

Os resultados obtidos suscitam a pertinência de estudos dirigidos não somente ao conhecimento do perfil de morbidade, mas que tenham como questões fundadoras as dificuldades encontradas pelos pediatras em situação real de trabalho.

Quanto às recomendações para a melhoria dos serviços de urgência em pediatria e para diminuição do sofrimento gerado nesse trabalho, pode-se classificar em recomendações para os recursos humanos, a organização e a gestão.

¹⁸ CARNEIRO, M.B. & GOUVEIA, V.V. (coord.). *O médico e o seu trabalho: aspectos metodológicos e resultados do Brasil*. Brasília: Conselho Federal de Medicina. 2004. 234p.

Quanto aos recursos humanos

Fomentar meios para garantir salários dignos e jornadas menos estafantes. O regime de plantão pode ser pauta de discussão como sugere o Conselho Federal de Medicina ¹⁸.

As declarações de *saúde para todos* poderão incluir nas agendas institucionais programas visando à formação dos profissionais da urgência em pediatria, principalmente para os médicos e para o pessoal da enfermagem, tendo como núcleo as habilidades requeridas em situações reais de lida com populações específicas e suas necessidades particulares. Nessa linha, são desejáveis mecanismos de avaliação de satisfação dos usuários e dos profissionais com o serviço e com o cuidado oferecido, desenvolvendo mecanismos ágeis de ajustes, sempre que se fizerem necessários.

Características intrinsecamente humanas, tais como relacionamento interpessoal; adaptação às adversidades do trabalho e capacidade cognitiva de assimilação seletiva; são necessárias ao exercício da profissão e à exigência de contínua formação. Assim procura-se estimular e organizar espaços que permitam ao trabalhador em saúde falar das suas dificuldades e sofrimentos no trabalho, proporcionando a troca de experiências entre os diferentes setores do serviço. Conhecer o que o outro faz é essencial se o objetivo é a valorização do trabalho.

Para amenizar a grande demanda dos serviços de urgência, a formação dos trabalhadores da rede básica deve incluir conhecimentos para o cuidado às crianças agudamente enfermas, mas que não necessitam cuidados complexos.

Os mecanismos de formação dos profissionais que atuam na urgência e emergência necessitam de programas mais freqüentes e eficientes, proporcionando segurança e diminuindo o estresse desses atendimentos. Os conteúdos montados tendo como base a escuta aos profissionais sobre as suas dificuldades e necessidades poderão alcançar maior êxito.

Quanto à organização

Os resultados sugerem incorporar parâmetros como a subjetividade na administração dos recursos humanos dos sistemas de saúde.

O acolhimento de risco às crianças nas portas de entrada do sistema deve ser discutido e implantado com segurança desde que garantido um sistema de referência e contra-referência eficiente.

É necessário implantar protocolos que garantam qualidade e agilidade nos atendimentos.

A relação cordial e respeitosa entre os diversos setores do hospital e entre os diferentes serviços do SUS se alcançada promoveria encontros entre as diferentes organizações, possibilitando a troca de informações e de conhecimento entre os diferentes profissionais. A discussão da violência nos serviços de saúde configura-se um problema de relevância social. Esforços no sentido de mobilizar as instituições para discutir o tema e propor soluções poderiam trazer contribuições de grande valor.

O estabelecimento de critérios para Unidades que funcionarão 24 horas de forma que o atendimento aos casos agudos no período noturno seja garantido, pode contribuir para que o atendimento das crianças possa ser feito em locais mais

próximos da sua moradia e pode evitar a peregrinação que algumas crianças fazem para serem atendidas no período noturno.

A responsabilização com o período de alta demanda, como os meses de março, abril, maio e junho, dividida entre os diferentes serviços e os diferentes municípios, deixando os serviços mais complexos para o atendimento das crianças mais graves, contribuiria para a diminuição do risco de crianças graves esperarem horas pelo atendimento.

Quanto à gestão

Uma revisão na forma de pagamento às instituições pelos serviços prestados às crianças deveria levar em conta os benefícios reais que o cuidado proporcionou. Condutas que contribuem para diminuir a internação, como as observações fora do leito seriam estimuladas com o objetivo de melhorar a qualidade do cuidado ofertado.

É necessário buscar novas formas de gestão, nas quais, se procura resgatar a autonomia, a liberdade, a responsabilidade do trabalhador e o vínculo e o compromisso deste com o usuário. É importante tomar como questão central a construção da motivação do trabalhador em saúde e eleger esse como indivíduo-sujeito, tornando a transformação das relações de trabalho um desafio que permite a cada um desempenhar o seu papel autonomamente, dentro de um projeto coletivo, porém dentro de um contrato público que pautar pela defesa da vida do usuário como principal objetivo estratégico¹⁹.

¹⁹ MERHY, E. E. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecno-assistencial em defesa da vida. In: Cecílio, L. C. O (Org.). *Inventando a mudança na saúde*. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1994. p. 117-185.

ABSTRACT

ABSTRACT

Medical profession has undergone deep modifications for the past years. Literature gives evidence of an increasing dissatisfaction degree among these professionals, pediatricians included, often times with reflections on their health. The results available in literature provide knowledge of morbidity among doctors, but leave gaps as to the understanding of the work, whose demands and effective production conditions may be associated to the sickening described. The demand that originated this research refers to the fatigue and exhaustion reported by the pediatricians on duty in the pediatric urgent care of a public service in Belo Horizonte.

Purpose To know pediatricians' work and to elucidate the characteristics of its performance in urgent care services. **Materials and Method** The qualitative and empirical investigation was oriented to real work situations and to listening pediatricians, enabling them to talk about their work, the feelings generated in the performance of the task, the difficulties faced, and strategies elaborated in the solution of the problems. The work performed by the 44 pediatricians of the sample, 70% of the doctors of the service, was analyzed by means of direct observation, collective interviews and group arrangement. The institution and the workers' characteristics were analyzed by means of documental research and statistic data analysis. Seven of these pediatricians were observed at work and six others were gathered in a group to discuss the problems raised. Data organization was made in continuous process, not linear, which allowed the identification of the difficulties experienced by pediatricians while on duty. **Results** The studied pediatricians are subject to constraints derived from distinct factors: system organization, notably the

fragility of the reference and counter-reference mechanisms, users' aggressiveness, seasonal increase of demand, specially in the months of March, April and May and June, large number of care services considered simple, non recognition for the effort engaged in the work and the need to admit a child due to lack of social, economical and family conditions. It was clear that many of the difficulties are due to the characteristics of work at the urgency like: the need of remaining balanced even before stressing situations, the fear of making mistakes and be sued, the feeling of guilty for not having done everything he could. Others concern the difficulty in the performance of the pediatric act like: dealing with a third person to obtain the information, the difficulties of the child's physical examination. **Conclusion** The quality of the care service given to children in an urgent service is also affected by structural factors. The technical and subjective dimensions of pediatricians' activities are influenced by factors extrinsic to the context of the tasks performance. When performing their work in pediatric urgent services, the doctor experiences constraints that may affect his health. The understanding of the work allowed suggesting clues for the transformation of the identified situations.

Key-words: Pediatrics, worker health, fatigue, exhaustion, health system, quality in health.

ANEXO I

Projeto de Pesquisa

EGLÉA MARIA DA CUNHA MELO

**O TRABALHO DO PEDIATRA: um estudo das tarefas e das
dificuldades vivenciadas em um serviço de urgência**

Belo Horizonte
2002

EGLÉA MARIA DA CUNHA MELO

O TRABALHO DO PEDIATRA: um estudo das tarefas e das dificuldades vivenciadas em um serviço público de urgência

Projeto de pesquisa apresentado como requisito parcial para obtenção de título de doutor em Medicina junto ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente de Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais

Belo Horizonte
2002

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	5
2	OBJETIVOS	13
2.1	Objetivo geral.....	13
2.2	Objetivos específicos	13
3	METODOLOGIA	14
3.1	Fases e procedimentos	16
3.1.1	Fase preliminar - Aproximação do campo	16
3.1.2	Fase um - Análise global do trabalho	17
3.1.3	Fase dois - Análise sistemática do trabalho.....	18
3.1.4	Análise dos resultados	20
3.1.5	Apresentação e discussão	21
3.1.6	Elaboração do relatório final da pesquisa.....	21
3.1.7	Redação e encaminhamento para publicação de 3 artigos científicos.....	21
3.1.8	Divulgação dos resultados.....	22
4	ANÁLISE CRÍTICA DOS POSSÍVEIS RISCOS E BENEFÍCIOS	22
5	LOCAL DA PESQUISA	22
6	ORÇAMENTO	23
7	DECLARAÇÃO DE QUE OS RESULTADOS SERÃO TORNADOS PÚBLICOS	23
8	CARACTERÍSTICAS DA POPULAÇÃO A ESTUDAR	24
9	DESCRIÇÃO DOS MÉTODOS QUE POSSAM AFETAR OS SUJEITOS	24
10	IDENTIFICAÇÃO DAS FONTES DE MATERIAL PARA A PESQUISA	25
11	DESCRIÇÃO DO PLANO DE RECRUTAMENTO DOS INDIVÍDUOS	25
12	CRONOGRAMA	27
	COMPROMISSO DO PESQUISADOR	28
	REFERÊNCIAS	29

INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

A SBP (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2001) apresentou dados de pesquisa feita recentemente na qual mostrou que o pediatra hoje é, em sua maioria, mulher (59,80%), jovem (84,91% tem menos de 50 anos), trabalha no serviço público, acumulando também o consultório, com um ou dois plantões em clínica particular e ganhando 40% menos do que os homens pediatras. Uma grande parte desses profissionais (78,72%) está satisfeita com a profissão, a despeito de considerarem-na desgastante (77,61%). A jornada semanal de trabalho é extensa. A maioria dos profissionais trabalha 20 horas no consultório, 30 horas no setor público e até 20 horas no setor privado, perfazendo um total de até 70 horas semanais.

A literatura sobre a atividade médica mostra uma prevalência importante de depressão, estresse, alcoolismo, tabagismo, abuso de drogas, tentativas de suicídio e outros distúrbios psicológicos. Tais comportamentos, vistos pela própria ótica médica, podem ser encarados como sintomas de sofrimento e desajustamento, ao ritmo e às condições de vida impostas pela sua atividade (FIRTH-COZENS e GREENHALGH, 1997; MAWARDI, 1979).

Características intrinsecamente humanas, tais como: relacionamento interpessoal, adaptação às adversidades do trabalho e capacidade cognitiva de assimilação seletiva, necessárias ao exercício da profissão e à absorção de parte do enorme montante de informações produzido todo o tempo, podem ser estudadas e compreendidas, a fim de se proporem mudanças relativas à reconstrução do fazer médico e à reconquista do bem-estar e da satisfação pessoal desse profissional.

As características do trabalho médico já foram abordadas por vários autores quanto às suas especificidades. O fato de médico ter que compreender a família e suas angústias, associado à dificuldade da criança em dizer o que sente, aliados aos aspectos emocionais envolvidos nessa relação são alguns dos fatores apontados (PERNETA, 1980). Soma-se a isso o fato de que a vida profissional coloca para os médicos desafios para os quais a escola não forneceu subsídios orientadores das condutas pertinentes.

Para além das exigências físicas e cognitivas, a medicina como atividade profissional apresenta certos riscos a ela inerentes, sendo, por natureza uma fonte geradora de ansiedade, uma vez que, em seu cotidiano, os médicos testemunham com frequência cenas que não são vistas usualmente por outros profissionais (NOGUEIRA-MARTINS, 2002).

Além da própria natureza de sua atividade, a organização dos serviços de saúde e as condições de trabalho existentes expõem os profissionais a trabalhos em horários intermináveis e anacrônicos, somados ao excesso de vigília. Tais fatores acabam por perturbar a capacidade de atenção e os trabalhos que exigem atividades cognitivas interferem também na vida pessoal e nos papéis de pai e mãe, cônjuge ou dona de casa (COGGINS *et al.*; 1994).

As dificuldades originadas das condições de trabalho inadequadas são intensificadas pelas incoerências na formação. Estudos como o de FERREIRA (2000) apontam um dos problemas enfrentados pelos médicos: a idealização que o estudante faz da profissão. O autor mostrou que grande parte deles sonha com o atendimento em consultório e com a prática da medicina liberal.

Para além das exigências físicas e cognitivas, a medicina como atividade profissional apresenta certos riscos a ela relacionados, sendo por natureza uma

fonte geradora de ansiedade, uma vez que, em seu cotidiano, os médicos testemunham com frequência cenas que não são vistas usualmente por outros profissionais (NOGUEIRA-MARTINS, 2002). Esse aspecto estressante da medicina vem acentuando-se atualmente devido ao aumento da rotatividade dos pacientes que passam pelas mãos do profissional médico, às expectativas superestimadas dos mesmos e às precárias condições encontradas em muitos serviços de emergência no setor público. Tais fatos levariam a uma franca hostilidade por parte dos pacientes e de suas famílias.

O NAPREME (Núcleo de Assistência e Pesquisa da Residência Médica), criado após um surto de suicídios em 1996 na UNIFESP¹, quando dois médicos residentes e dois jovens médicos formados há menos de 10 anos se mataram, tem permitido observações importantes. Os estudos desse núcleo mostraram que os fatores principais que levam ao estresse na residência são: medo de cometer erros, fadiga, cansaço, falta de orientação, pressão constante, plantão noturno, excessivo controle por parte dos supervisores, exigências internas (ser um médico que não falha), falta de tempo para lazer, família, amigos e necessidades pessoais.

É no contexto da precarização do setor saúde que se situa hoje a atividade profissional médica. A insegurança e a falta de vínculos na relação médico-paciente, bem como as imposições de mercado sobre a prática clínica, acabam por enfraquecer o profissional, vulnerável às mais diversas críticas e assombrado permanentemente por processos de “erro médico”.

A importância da história clínica e do exame físico (e, portanto, do contato do pediatra com o acompanhante e com a criança, do interesse por sua fala)

¹ UNIFESP/EPM – Universidade Federal de São Paulo - Escola Paulista de Medicina,

encontra-se diminuída atualmente. A forma atual de organização da prática acaba por desqualificar essa relação e torna tensa a individualização que a consulta propiciaria. Pode-se dizer que essa quebra da relação de confiança e intimidade figura como elemento concreto de ameaça ao lugar social conquistado tanto pelos médicos como pela medicina (FEUERWEKER, 1998).

A fratura das estruturas sociais e dos valores fundamentais do homem desvia para o pediatra a escuta das queixas que se dirigiriam para outras instâncias da organização social. A gerência dos conflitos oriundos da medicalização da sociedade em situações adversas e precárias, bem como do volume de atendimentos, da falta de material e dos recursos insuficientes, tanto no setor público quanto no setor privado, pode estar na origem de vários problemas relatados pelos médicos.

A literatura evidencia as estratégias desenvolvidas pelos sujeitos para enfrentar os constrangimentos das tarefas e também as possíveis defesas elaboradas para a preservação do equilíbrio mental. Sabe-se dos efeitos nocivos do não reconhecimento pelo investimento no trabalho sobre a saúde (DEJOURS, 1992).

O trabalho médico, principalmente aquele exercido no hospital, requer a mobilização de habilidades motoras, visuais e cognitivas que demandam um nível de atenção, destreza e automatismo próprios. Frequentemente, ao profissional são exigidas tomadas rápidas de decisões e serenidade diante das situações inesperadas. O êxito pode significar custo físico e mental elevados que explicaria as queixas de esgotamento e de cansaço.

Acredita-se que o trabalho dos médicos pediatras na urgência, a sua organização e as características da atividade desenvolvida por eles levam-nos a constrangimentos, com prejuízos a sua saúde.

Para Rosa (1991), a carência dos serviços de saúde, o controle do número de consultas pelo critério de produtividade, o tempo reduzido do atendimento, o processo de massificação, a baixa remuneração e a desqualificação do trabalho médico são fatores que contribuem para a emergência de um novo perfil profissional, marcado pelas jornadas de múltiplos empregos e proletarização progressiva.

Os estudos científicos mostram uma prevalência importante de depressão, estresse, alcoolismo, tabagismo, abuso de drogas, tentativas de suicídio e outros distúrbios psicológicos (NAPREME, 2002). No conjunto tais dados sugerem a associação com o sofrimento no trabalho e os seus efeitos na esfera de vida fora do trabalho.

A doença adquirida no trabalho é camuflada e mistificada por várias concepções falsas, mas com legitimidade científica, que buscam precisamente negar qualquer nexos causal com o trabalho (LIMA, 1998). Já foram descritos os custos da atividade sobre a saúde dos sujeitos. Por exemplo, sabe-se dos distúrbios físicos ou psicológicos resultantes das tentativas de reajustamento às exigências excessivas, como também das doenças causadas pela própria inadaptação do sujeito ao trabalho, entre professores, profissionais da indústria de processo contínuo, enfermeiro, juizes, residentes médicos, auxiliares de enfermagem (MATOS, 1994; ASSUNÇÃO *et al.*, 2001; CODO, 1999; NOGUEIRA-MARTINS, 1998; LUZ e ASSUNÇÃO, 2001).

O prejuízo do trabalho com exigências excessivas sobre a saúde dos sujeitos já foi evidenciado em diferentes estudos (MIRANDA *et al.*, 2002; DEJOURS,1994).

As exigências da profissão acentuam-se atualmente, pois são raras as situações nas quais é possível construir um vínculo com o paciente. As especializações técnicas acabam fazendo com que os pacientes sejam atendidos por vários médicos. As expectativas superestimadas dos pacientes e as precárias condições encontradas em muitos serviços de emergência no setor público geram um ambiente bastante conflituoso para o médico, que se sente hiper-solicitado. No conjunto, a situação descrita explica o descontentamento dos pacientes e de seus familiares, sendo freqüentes as demonstrações de hostilidade com o médico no cotidiano dos serviços.

A organização dos serviços de saúde e as condições de trabalho existentes expõem os profissionais a trabalhos em horários intermináveis e anacrônicos, somados ao excesso de vigília. Esses fatores acabam por perturbar a capacidade de atenção e os trabalhos que exigem atividades cognitivas interferem também na vida pessoal e nos papéis de pai e mãe, cônjuge ou dona de casa. Para além das exigências físicas e cognitivas, sublinha-se a natureza ansiogênica das atividades exercidas pelos médicos que, em seu cotidiano, testemunham cenas que não são vistas usualmente por outros profissionais.

Além da própria natureza de sua atividade, as dificuldades originadas das condições de trabalho inadequadas são intensificadas pelas incoerências na formação, pois a vida profissional coloca para o médico desafios para os quais a escola não forneceu subsídios que possam orientar as condutas pertinentes. A grande maioria dos jovens médicos passa a ter trabalho assalariado assim que

chegam ao mercado de trabalho e não têm controle sobre o processo de trabalho. Enquanto na escola atendiam sob a lógica do ensino, a seguir passam a trabalhar sob outra lógica, isto é, serão submetidos a um processo educativo institucional que, segundo Luz (1986), vai moldando suas atitudes, cristalizando e reproduzindo as relações sociais vigentes.

É imprescindível um conhecimento sistemático da atividade do médico pediatra plantonista no que diz respeito às suas características físicas, cognitivas e psicológicas. O trabalho do pediatra possui características peculiares: lidar com a criança, com a mãe e familiares sob uma carga emocional muitas vezes além do suportável e, no caso específico dos serviços de urgência, uma exigência para que esse profissional dê conta de situações complexas, sendo que, para alcançar esses objetivos, chega a utilizar recursos que não estão ainda bem esclarecidos, convocando investigações que visem à elaboração de medidas para minimizar o sofrimento dos sujeitos.

A presente pesquisa pretende identificar elementos não conhecidos ou pouco descritos sobre o trabalho dos pediatras em plantões de urgência, que poderiam estar acarretando sobrecarga física e emocional aos profissionais. O trabalho médico vem experimentando nos últimos anos profundas modificações, dado a crescente incorporação tecnológica à estrutura do sistema de saúde. Pretende-se, com essa pesquisa, portanto, responder às seguintes questões: o trabalho desses médicos a serem estudados, plantonistas da urgência e emergência leva a um risco de adoecimento desses profissionais? Existiriam riscos específicos originados do exercício profissional do pediatra?

É preciso construir subsídios para averiguar quais seriam os fatores que envolvem o trabalho do pediatra que poderiam estar levando-se esses ao

adoecimento ou a se sentirem demasiadamente cansados e desmotivados. A pesquisa propõe estudar o trabalho dos pediatras em um Serviço de Urgência em um hospital público de Belo Horizonte. Os elementos da organização do trabalho e as características das atividades desenvolvidas serão apresentados.

Os resultados subsidiarão uma proposta de mudança na organização dos processos de trabalho do Ambulatório de Urgência e Emergência com o objetivo de transformar a nocividade do trabalho. A investigação terá como eixo os métodos e conceitos da escola francesa de ergonomia.

2. OBJETIVOS

O tema eleito para esta investigação foi o trabalho médico, com ênfase no trabalho do médico pediatra em plantões de urgência.

A questão norteadora busca identificar quais elementos do trabalho do médico pediatra, em plantões de urgência, poderiam ser associados às queixas de cansaço e esgotamento.

2.1 Objetivo geral

O objetivo geral desta pesquisa é conhecer as condições materiais e organizacionais do trabalho e a relação que os indivíduos estabelecem entre si e com a estrutura organizacional.

2.2 Objetivos específicos

Os objetivos específicos a serem atingidos com esta pesquisa são:

a) descrever a atividade do trabalho do pediatra em plantões de urgência de suas características;

b) destacar os fatores técnico-organizacionais da instituição, identificando pontos onde ocorrem conflitos;

c) evidenciar aspectos da relação médico-paciente, médico-empresa, médico-sistema de saúde, médico-outros profissionais, que podem estar contribuindo para possíveis efeitos sobre a saúde dos médicos.

d) fornecer elementos que subsidiem a elaboração de políticas locais voltadas para o desenvolvimento de mecanismos gerenciais de trabalho, com a finalidade de otimizar competências, distribuir responsabilidades, possibilitar espaços para os médicos desenvolverem estratégias que possam amenizar os efeitos do trabalho.

3. METODOLOGIA

Ainda constitui um desafio o desenho de pesquisas que se interessam em compreender as relações entre saúde e trabalho, por se tratarem ambos os pólos, da relação de fenômenos multifacetados em interação e que compreendem mais de um nível de análise. A estratégia adotada é a análise ergonômica do trabalho (AET). O desafio é apreender as dimensões concretas da situação de trabalho e explicitar alguns de seus efeitos sobre o indivíduo.

A AET pretende aproximar-se das dificuldades encontradas em cada ambiente particular, pressupondo que existam conflitos entre a racionalidade do sistema e a racionalidade operatória. Analisando o que existe de particular em uma

atividade determinada de trabalho e como ela se estrutura no cotidiano, a ergonomia propõe elaborar elementos para transformar a relação homem/sistema e proporcionar condições de conforto e saúde para quem executa. A ergonomia objetiva estudar a atividade do ser humano no trabalho, porque ela é a mediação entre o homem e o que ele vai produzir ou quer modificar. É nessa atividade que se dá o encontro dos determinantes internos, que são: o homem, sua idade e formação e o seu estado de saúde; e os determinantes externos: o ambiente, fisicamente definido, com as suas regras e fatos concretos, e a organização da atividade, com as suas regras implícitas ou explícitas, impostas, que definem a divisão das tarefas e as relações entre os diferentes atores sociais.

A abordagem nesta pesquisa é eminentemente empírica. Baseia-se na análise ergonômica do trabalho, ou seja, na análise das condições concretas de realização das atividades dos pediatras, por meio da observação do trabalho e do confronto desses dados com outros obtidos através de entrevistas, visando abordar a subjetividade e a intersubjetividade dos trabalhadores.

O pressuposto é o trabalho como ponto de partida para a compreensão do homem e de tudo aquilo que o caracteriza como especificamente humano. Como afirma Lima (2002), sem um conhecimento em profundidade da atividade de trabalho, torna-se impossível compreender adequadamente as vivências subjetivas dos trabalhadores, não sendo possível objetivar tais vivências. O estudo resgata as situações reais de trabalho, com a proposta de tornar os resultados da primeira aproximação da situação de trabalho o ponto de partida de um processo que visa, fundamentalmente, ao acesso às vivências subjetivas e intersubjetivas, além, é claro, de sua objetivação.

Ao se lançar mão da AET, diversos instrumentos são mobilizados, como: observações globais e sistemáticas do trabalho, entrevistas individuais e coletivas. Além disso, recorre-se a todo tipo de documentação sobre o tema estudado; dados estatísticos obtidos junto a sindicatos e entidades representativas dos trabalhadores, serviços médicos especializados ou outras instituições voltadas para o estudo da saúde ocupacional. A AET, baseando-se na observação direta dos sujeitos em situação de trabalho busca coletar dados referentes aos ritmos, distribuição formal e informal das tarefas, horários, escalas, formas de concepção e de realização do trabalho (ou trabalhos prescrito e real), modos operatórios e habilidades exigidas.

3.1 Fases e procedimentos

A pesquisa será desenvolvida em três fases. A fase preliminar será um estudo para aproximação do campo. As fases um e dois envolverão a análise do trabalho do médico pediatra.

3.1.1 Fase preliminar: Aproximação do campo

A aproximação do campo será um estudo exploratório para ajuste e definição dos instrumentos. A metodologia na fase preliminar envolverá os seguintes aspectos: análise da demanda, exploração do funcionamento da Instituição e estudo das características da população.

a) Análise da demanda

Esta etapa da fase preliminar visará conhecer as queixas e problemas dos pediatras. Será desenvolvida por meio de pesquisa documental e bibliográfica, e de contatos com a Sociedade Brasileira de Pediatria e a Sociedade Mineira de Pediatria, entrevista com a direção da instituição e com duas pediatras.

b) Exploração do funcionamento institucional

Este momento buscará conhecer a instituição que emprega o trabalho médico, sobretudo as características organizacionais e especificidades de funcionamento, utilizando-se de pesquisa em documentos institucionais, sistemas informatizados, entrevistas não estruturadas com dirigentes e ex-dirigentes da unidade e com os pediatras, bem como exposição de motivos e objetivos da pesquisa junto às instâncias de comando da instituição.

c) Estudo das características da população trabalhadora

Integração de uma pesquisa nos sistemas de registro da instituição no serviço de pessoal e no serviço de saúde do trabalhador.

3.1.2 Fase um: Análise global do trabalho

Após a fase inicial do projeto, serão realizadas observações globais das tarefas e entrevistas, para a compreensão do trabalho dos pediatras, da divisão de tarefas na unidade e dos problemas cotidianos. O objetivo será construir um pré-diagnóstico, que possibilitará a formulação de hipóteses iniciais. Tais observações seguirão de entrevistas para confrontar o trabalho prescrito com o trabalho real e dar aos profissionais a oportunidade de falar sobre sua atividade. Serão explorados

aspectos tais como: organização do trabalho, mudanças ocorridas na organização do trabalho, condições físicas de trabalho, presença de ruídos, relação com os pacientes, relacionamentos na equipe, entre outros.

Observação do trabalho

Será acompanhado o trabalho de cinco pediatras em horários alternados e de equipes diferentes.

As variáveis observadas durante a jornada o trabalho do pediatra serão: duração da tarefa, interrupções, tempo de duração da consulta, de operações de escrita da receita e de anotações no prontuário, o tempo destinado ao acadêmico de medicina presente, entrevistas com os acompanhantes e com as crianças.

Entrevistas

Serão realizadas entrevistas coletivas de 15 minutos de duração com 12 médicos, cada uma com quatro médicos nos intervalos dos atendimentos, abordando: percepção do profissional quanto a seu lugar institucional, as competências e as exigências da atividade pediátrica e a sua relação com o paciente.

Os entrevistados serão selecionados com base nos seguintes critérios: disposição para falar sobre o trabalho na equipe e da organização do trabalho na porta de entrada.

Abordagem dos sujeitos selecionados

Serão expostos os motivos da pesquisa e formalizado o consentimento individual. As entrevistas coletivas serão no intervalo dos atendimentos e com agendamento prévio, não serão gravadas. A pesquisadora anotará as verbalizações dos médicos e confrontará os resultados de suas observações.

3.1.3 Fase dois: Análise sistemática do trabalho

O pré-diagnóstico elaborado na fase um servirá de orientação para a elaboração de um plano de observação sistemática das condições reais de trabalhos. Serão eleitas as categorias de análise. Definidos, os parâmetros e os componentes dessa matriz, será iniciada a fase dois, a qual se caracterizará pela observação a partir do plano de trabalho, do desenvolvimento das tarefas definidas como caracterizadoras do trabalho médico e de entrevistas coletivas para complementação das informações e confrontações de dados.

As entrevistas permitirão aos sujeitos falar do trabalho que desempenham, das dificuldades, das insatisfações, do prazer e do sofrimento no exercício de sua profissão.

Observações do trabalho

Serão realizadas seis sessões de observação do trabalho, a partir do plano de observação construído, privilegiando-se as descrições das dificuldades enfrentadas pelos médicos na realização da tarefa.

Cada resultado da observação será confrontado com os profissionais participantes, buscando colocar em evidência os elementos críticos da atividade e o

esclarecimento quanto aos procedimentos adotados. As entrevistas ocorrerão durante o trabalho, principalmente nos intervalos entre um e outro atendimento.

Grupo de discussão

Um grupo de pediatras será eleito para discussão, a qual terá como eixo orientador o trabalho dos pediatras no Serviço de Urgência. Os sujeitos serão incentivados a falar sobre a atividade, os problemas enfrentados e os sentimentos que experimentam frente aos constrangimentos que porventura surjam.

Serão previamente acordados o dia e o local com cada um dos entrevistados, e se firmará um compromisso na tentativa de cumprimento do horário, devido às limitações de tempo. Os encontros terão a duração de 50 minutos. As quatro reuniões serão realizadas sempre no mesmo local às 17 horas.

Serão convidados inicialmente 11 pediatras. Os critérios de seleção dos sujeitos serão: pertencer a equipes diferentes, possuir tipo de vínculo diferenciado com a instituição, tempo no hospital e idade. A participação dos médicos indicados pela equipe será buscada.

As reuniões não serão gravadas, mas anotadas, organizadas e analisadas a seguir.

3.1.4 Análise dos resultados

A organização dos dados é um processo continuado, no qual se procura identificar dimensões, categorias, tendências, padrões, relações, desvendando-lhes o significado. É um processo complexo, não linear, que implica um trabalho de

redução, organização e interpretações dos dados que se inicia já na fase exploratória e acompanha toda a investigação. À medida que os dados são coletados, o pesquisador vai procurando identificar temas e relações, construindo interpretações, gerando novas questões ou aperfeiçoando as anteriores, o que, por sua vez, o leva a buscar novos dados, complementares ou mais específicos, que testem suas interpretações, num processo de sintonia fina que vai até a análise final (ALVES-MAZZOTTI e GEWANDSZNNAJDER, 1998).

Na análise será feita uma tentativa visando articular vários níveis analíticos e diferentes áreas do conhecimento, a saber: (1) nível genérico sócio-econômico/Sociologia do Trabalho e (2) nível concreto sócio-econômico/Administração e Gestão do Sistema e Serviços de Saúde.

3.1.5 Apresentação e discussão dos resultados junto aos médicos participantes.

Será agendada, junto aos médicos, a apresentação do relatório em outubro de 2004 com os primeiros resultados da pesquisa. Aos participantes será dado o direito de sugerir inclusão ou retirada de qualquer afirmativa que não julgarem pertinente ao trabalho.

3.1.6 Elaboração do relatório final da pesquisa

O trabalho será elaborado como relatório para defesa da tese.

3.1.7 Redação e encaminhamento para publicação de três artigos científicos

Um artigo servirá para apresentar uma revisão bibliográfica, tendo como objeto o trabalho do pediatra, o segundo abordará as características do trabalho do pediatra em Pronto Atendimento. O terceiro construirá uma proposta visando à transformação da organização do trabalho nos serviços de urgência de Pediatria, com o objetivo de diminuir as tensões no trabalho e ocasionar melhora no atendimento aos usuários.

3.1.8 Divulgação dos resultados

Os artigos de revisão bibliográfica e aquele que tratará do trabalho do pediatra e suas especificidades, deverão ser encaminhado para publicação ainda em 2005. O artigo que abordará a organização do trabalho nos Prontos Atendimentos será encaminhado para publicação em 2006.

Posteriormente, será realizada a defesa da tese.

4. Análise crítica dos possíveis riscos e benefícios

Esta pesquisa não provoca riscos aos sujeitos estudados uma vez que todos estarão livres para negar ou aceitar a participação. Além disso, o anonimato será garantido.

Explicitação dos critérios de interromper ou suspender a pesquisa

A pesquisa será interrompida caso algum sujeito manifeste o desejo de não colaborar na coleta de dados.

5. Local da pesquisa

A pesquisa será desenvolvida no Centro Geral de Pediatria, hospital público pertencente à Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais. As entrevistas ocorrerão na sala de conforto médico, no Centro de Estudo, nas salas de aula. A preferência será para o local disponível no momento, de tal forma a não atrapalhar o andamento das atividades do hospital. As observações do trabalho ocorrerão no Ambulatório de Urgência e Emergência e nos consultórios, nas enfermarias de semi-internação e na sala de conforto médico. As reuniões para apresentação dos resultados ocorrerão no auditório do hospital e nas salas de aula.

6. Orçamento

Será tentado financiamento junto à FAPEMIG (Fundação de Amparo à pesquisa do Estado de Minas Gerais).

Explicitação de existência ou não de acordo preexistente quanto à propriedade das informações geradas.

Não há acordo preexistente quanto à propriedade das informações geradas.

7. Declaração de que os resultados da pesquisa serão tornados públicos, sejam eles favoráveis ou não, e declaração sobre destinação de resultados

Os resultados da pesquisa serão encaminhados para divulgação em publicações científicas afeitas ao tema, e publicações de instituições públicas de saúde. Entretanto, resultados parciais deste estudo poderão vir a ser divulgados em vários congressos e eventos científicos, em nível municipal, estadual e nacional, à medida que forem sendo gerados.

O material colhido na estratégia qualitativa será mantido na Pós-Graduação da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais.

8. Características da população a estudar

A pesquisa será realizada com os médicos do Serviço de Urgência do Centro Geral de Pediatria.

Serão sessenta e dois médicos, com faixa etária entre 30 a 66 anos, dos quais 35 são mulheres e 24 homens.

Os médicos poderão possuir vínculos empregatícios variados, como contrato administrativo, serem efetivos ou terem vínculo com a Secretaria do Estado de Minas Gerais.

9. Descrição dos métodos que possam afetar diretamente os sujeitos da pesquisa

As entrevistas e os grupos de discussão serão previamente agendados. A pesquisa e os objetivos serão explicitados, a possibilidade de não colaborar com estudo, a qualquer momento, será apresentada, assim como a garantia do anonimato. Será esclarecido que os resultados serão disponibilizados ao público.

As gravações das entrevistas acontecerão com a concordância dos entrevistados. Para as entrevistas coletivas será usado um roteiro como orientação. O enfoque nos temas abordados será o trabalho desenvolvido pelos pediatras, como eles fazem para realizar a tarefa, os constrangimentos sentidos por eles e as possibilidades de mudanças que apontam.

A discussão nos grupos terá como tema principal as dificuldades na realização das tarefas e os sentimentos gerados no trabalho.

As observações do trabalho serão realizadas com o consentimento do médico, cujo termo de consentimento será assinado pelo participante.

10. Identificação das fontes de material para a pesquisa

Os dados conseguidos serão usados para a conclusão do trabalho desenvolvido no doutorado da pesquisadora, assim como nos artigos a serem publicados. São eles decorrentes principalmente de observações do trabalho dos pediatras e das entrevistas.

Os dados demográficos sobre os pediatras serão obtidos no serviço pessoal da instituição.

11. Descrição do plano de recrutamento de indivíduos e os procedimentos a serem seguidos

A pesquisa será explicitada para todos os pediatras do serviço. E em seguida, será convidado um médico de cada uma das sete equipes e do setor de semi-internação para a observação do trabalho e para os grupos de discussão. Na medida do possível, serão incluídos médicos com idades diferentes, tempo de instituição diversificado, assim como pediatras com vínculos diferenciados. A participação contemplará critérios de disponibilidade, de interesse pela pesquisa, bem como o de indicação dos colegas.

A todos os participantes será esclarecida a finalidade da pesquisa e todos assinarão o termo de consentimento livre e esclarecido.

Descrição de quaisquer riscos, com avaliação de sua possibilidade e gravidade

A pesquisadora responsável pelo estudo é diretora clínica do hospital, respondendo junto ao Conselho Regional de Medicina na instituição, o que fortalece a necessidade de defesa dos pediatras.

A pesquisa visa apontar novas formas de organização do trabalho. A instituição hoje tem a preocupação de buscar formas de melhorias na gestão, sendo pouco provável que possa haver problemas com o estudo.

Medidas para proteção ou minimização de quaisquer riscos eventuais

O nome dos médicos não constará nos resultados.

A direção está ciente de que o objetivo da pesquisa é poder contribuir para uma melhor forma de organização do trabalho, com a finalidade de diminuir as tensões às quais os médicos se submetem no trabalho, possibilitando uma melhoria do atendimento ao usuário. Uma cópia do projeto será encaminhada ao Conselho Regional de Medicina.

Previsão de ressarcimento de gastos

Não há previsão de ressarcimento de gastos.

13. Compromisso do Pesquisador

Aos médicos pediatras e outros profissionais envolvidos, será informada a importância da pesquisa, seus objetivos, segurança na sua condução, garantia de sigilo dos dados. Após as informações necessárias, solicitar-se-á um documento denominado “Consentimento Livre e Esclarecido” para a participação na pesquisa, de acordo com as Diretrizes Internacionais para a Pesquisa Biomédica em Seres Humanos, organizadas pelo Conselho de Organizações Internacionais de Ciências Médicas (CIOMS) em colaboração com a Organização Mundial de Saúde (OMS, 1992), contemplando também a Resolução 196/96 e as determinações Complementares do Conselho Nacional de Saúde - Ministério da Saúde – BRASIL (BRASIL, 1996).

O consentimento livre e esclarecido, como expressão e garantia da autonomia dos sujeitos de pesquisa à medida que exige a garantia de liberdade, de esclarecimento e de respeito diante da vulnerabilidade dos sujeitos, foi cuidadosamente elaborado baseado nos seguintes itens:

- Justificativa, objetivos e procedimentos da pesquisa.
- Garantia de esclarecimentos antes e durante a pesquisa.
- Liberdade para o sujeito abandonar a pesquisa a qualquer momento, sem qualquer prejuízo pessoal.
- Garantia do sigilo.
- Identificação do responsável por informações posteriores, durante o decorrer da pesquisa e após a sua conclusão (nome, endereço e telefone para contato).
- Os sujeitos recrutados para participarem da pesquisa terão em torno de 3 a 4 dias para decidir sua participação, e assinar o documento de consentimento.

REFERÊNCIAS

ALVES-MAZZOTTI, A. J.; GEWANDSZNAJDER, F. *O método nas ciências naturais e sociais: pesquisa quantitativa e qualitativa*. São Paulo: Pioneira, 1998. 203 p.

ASSUNÇÃO, A. A. *Bases e Propostas para a rede saúde e Trabalho*. Belo Horizonte. Faculdade de Medicina da UFMG, 2001. 13 p. Mimeografado.

BECKER, H. *Métodos de Pesquisa em Ciências Sociais*. São Paulo: Hucitec, 1994. 178 p.

BEHRMAN, R. E. O campo da pediatria. In: BEHRMAN, R. E. *Tratado de Pediatria*. 14 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1994. v.1. p. 1-5.

BERTRAM, D. A.; HERSHEY, C. O.; OPILA, D. A.; QUIRIN, O. A measure of physician mental work load in internal medicine ambulatory care clinics. *Medical Care*. 1990. v. 28, n. 5, p. 458-66.

AZEVEDO, M. A profissão sob risco. In: AGOSTO, F. M.; PEIXOTO, R.; BORDIN, R. *Riscos da Prática Médica*. Porto Alegre: Dacasa, 1998. p. 79 -92.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Conselho Nacional de Saúde. *Resolução nº196 de out*. 1996. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília. Ministério da Saúde, 1996.

CLARK, D.C.; SALAZAR-GRUESCO, E.; GLABER, P.; FAWCETT J. Predictors of depression during the first six months of internship. *American Journal Psychiatry*, v.141; n.9, p. 1095-1098, 1984.

CODO, W. (coord.). *Educação: carinho e trabalho*. Petrópolis: Vozes, Brasília: Confederação Nacional dos Trabalhadores em Educação; Universidade de Brasília, Laboratório de Psicologia do Trabalho, 1999. 432 p.

COGGINS, R. S.; ROSEKIND, M. R.; BUCCINO, K. R. Relationship of day versus night sleep to physician performance and mood. *Annals of Emergency Medicine*. v. 24, n. 5., p. 928-34, 1994.

DANIELLOU, F. L.; TEIGER, C. Ficção e realidade do trabalho operário. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, [s.l.], v. 17, n. 68, p. 7-13, 1989.

DEJOURS, C. As estratégias defensivas. In: *A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho*. São Paulo: Cortez-Oboré, 1992. cap. 1, p. 27-47.

DEJOURS, C. A carga psíquica do trabalho. In: ABDOUCHELI, E.; DEJOURS, C.; JAYET, C. *Psicodinâmica do trabalho*. São Paulo: Altas, 1994. cap. 1, p. 21-32.

DEMO, P. *Metodologia Científica em Ciências Sociais*. São Paulo: Atlas AS, 1995. 293 p.

DINIZ, R. L.; GUIMARÃES, I. B. M. *Problematização ergonômica: O caso do anestesiolgista do Hospital de Clínicas de Porto Alegre*: ABERGO, 1999. CD-ROOM.

FERREIRA, R. A.; PERET- FILHO, L. A.; GOULART, E. M. A.; VALADÃO, M. M. A. O Estudante de medicina da Universidade Federal de Minas Gerais: perfil e tendências. *Revista da Associação Médica Brasileira*, v. 46, n. 3, p. 218-223. 2000.

FEUERWEKER, Laura C. M. A crise da Saúde. In: *Mudanças na Educação Médica & Residência Médica no Brasil*. São Paulo: Hucitec / Rede Unida, 1998. P. 39-50.

FIRTH-COZENS, J.; GREENHALGH, J. Doctors' perceptions of the link between stress and lowered clinical care. *Social Science Medicine*. v. 44, n. 7, p. 1017-1022, 1997.

FIGUEIREDO, L. M. H. F. *"Depois que Forma Muda"*: estudo da relação médico-paciente no âmbito da prática docente-assistencial na Faculdade de Medicina-UFMG. 1992. 310 f. Dissertação (Mestrado em Educação) - Faculdade de Educação, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 1992.

FRANCO, S. C. *A Qualidade Possível: o pediatra e o processo de decisão médica nos serviços públicos de saúde*. 2001. 249 p. (Doutorado em Pediatria) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas. 2001

FRANK, E.; MCMURRAY, J. E.; LINZER, M.; ELON, L. Career satisfaction of US women physicians. *Archives Internal Medicine*, v. 159, p. 1417-1426. 1999.

GUÉRIN, F.; LAVILLE, A.; DANIELLOU, F.; DURAFFOURG, J.; KERGUELEN, A. *Compreender o trabalho para transformá-lo – a prática da ergonomia*. São Paulo: Edgard Blucher Ltda, 2001, 200 p.

KUENZO, A. Z. *Pedagogia da Fábrica: as relações de trabalho e a educação do trabalhador*. São Paulo: Cortez & Autores Associados, 1986.

LIMA, F. P. A. Noções de Organização do trabalho. In: OLIVEIRA, A. C. R. (Org.). *Manual Prático de LER: lesões por esforços repetitivos*. Belo Horizonte: Editora Health, 1998. p. 167-190.

LIMA, F. P. A. A formação em ergonomia: reflexões sobre algumas experiências de ensino da metodologia de análise ergonômica do trabalho. In: Kiefer C. FAGÁ. I. SAMPAIO, M. R. *Trabalho, Educação e Saúde*. Vitória. Fundacentro, 2000.

LIMA, M. E. A.; ASSUNÇÃO, A. A.; FRANCISCO, J. M. S. D. Aprisionado pelos ponteiros de um relógio: o caso de um transtorno mental desencadeado no trabalho. In: JAQUES, M. G.; CODO, W. *Saúde mental e trabalho: leituras*. Petrópolis: Vozes, 2002. Parte II, cap. 2, p. 209-246.

LUZ, M. G; ASSUNÇÃO, A. A. O componente afetivo da atividade da enfermagem: o caso do banco de leite humano. *Revista Mineira de Enfermagem*. v. 5, p. 13-19, 2001.

LUZ, M. T. *As Instituições médicas no Brasil*. 3.ed. Rio de Janeiro: Graal. 1986. 295 p.

MACHADO, M. H. Macro-micro: os novos desafios da sociologia e os efeitos no campo da saúde. In: CANESQUI, A. M. (org). *Dilemas e desafios das ciências sociais na saúde coletiva*. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec, 1995. p. 83-93.

MATOS, D. G. *O trabalho do enfermeiro de centro cirúrgico: um estudo sob a ótica da ergonomia*. 1994. 159 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social) – Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília, Brasília. 1994.

MAWARDI, BH. Satisfaction, dissatisfactions and causes of stress in medical practice. *Journal American Medicine Academy*, v. 241, p. 1483-1486, 1979.

MCMURRAY, J. E. Doctors' daughter. *Annals of Internal Medicine*., v.1 31, n. 3, p. 222-224.

MIRANDA, M. A.; REZENDE, M. C. V.; ASSUNÇÃO, A. A. As condições de trabalho no setor de reprografia: o caso do judiciário. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ERGONOMIA, 12., 2002, Recife. [Anais eletrônicos...] Recife: ABERGO, 2002. 1CD-ROM.

MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo-Rio de Janeiro:Hucitec-Abrasco, 1992. 269 p.

NAPREME *Os Fundamentos para a criação do serviço e o relato da experiência de um ano*. In: NAPREME: Núcleo de Assistência e Pesquisa em Residência Médica. UNIFESP / Escola Paulista de Medicina. Disponível em: <<http://www.unifesp.br/dpsiq/images/napreme.htm>> acessado em: 19 fev.2002.

NOGUEIRA-MARTINS L.A.; OBARA, C. S.; MACEDO, P. C. M.; SCHENKMAN, S.; CÍTERO, V. A. NAPREME *Os Fundamentos para a criação do serviço e o relato da experiência de um ano*. Documentos Cedem, São Paulo, v. 2, n. 5, p. 5-17, 1998.

NOGUEIRA-MARTINS L.A. Os fundamentos para a criação do serviço e o relato da experiência de um ano. Disponível em www.unifesp.br/dpsiq/grupos/napreme/html/77. Acessado em 13 de janeiro 2002.

PERNETTA, C. *Semiologia Pediátrica*. 4 ed. Rio de Janeiro: Interamericana, 1980. 310 p.

OLIVEIRA, D. A . *Educação Básica. Gestão do Trabalho e da Pobreza*. Petrópolis: Vozes, 2000, 360 p.

REUBEN DB. Depressive symptoms in medical house officers. *Archives of Internal Medicine*. v. 145, p. 286-288, 1985.

ROSA, M. L. G. D. C. Medicina e exclusão. *Saúde em Debate*. Londrina, n. 31, p.37-42, 1991.

SANTOS, M. *Território e sociedade: Entrevista com Milton Santos*. Entrevistadores: Odete Seabra; Mônica de Carvalho; José Corrêa Leite. 2 ed. São Paulo: Perseu Abramo, 2000.

SCHARAIBER, Lilia. B. *O médico e seu Trabalho: Limites da Liberdade*. São Paulo: Hucitec. 1993. 229 p

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. *Perfil dos pediatras no Brasil*. Rio de Janeiro. Sociedade Brasileira de pediatria. Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde, 2001. 153 p. Relatório.

SMITH-COGGINS, R.; ROSEKIND, M. R.; HURD, S.; BUCCINO, K. R. Relationship of day versus night sleep to physicians performance and mood. *Annals of Emergency Medicine*, v. 25, p. 928-934, 1994.

UFMG

Universidade Federal de Minas Gerais
Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG - COEP

Parecer nº. ETIC 386/04

Interessada: Profa. Dra. Ada Ávila Assunção
Faculdade de Medicina - UFMG

DECISÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – COEP, aprovou no dia 23 de fevereiro de 2005, o projeto de pesquisa intitulado « **O Trabalho de Pediatra: Um Estudo das Tarefas e das Dificuldades Vivenciadas em um Serviço de Urgência**» bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido do referido projeto.

O relatório final ou parcial deverá ser encaminhado ao COEP um ano após o início do projeto.


Profa. Dra. Maria Elena de Lima Perez Garcia
Presidente do COEP/UFMG

CARTA CONVITE E TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O TRABALHO DOS PEDIATRAS: um estudo das tarefas e dificuldades vivenciadas em um serviço de urgência

Senhor (a) Médico (a) Plantonista

Por que a pesquisa e quem participa?

Essa pesquisa surgiu da necessidade de estudar os médicos pediatras em plantões de urgência. Estudos têm apontado a necessidade de um esforço para a compreensão do trabalho dos médicos com a finalidade de explicitar os elementos geradores de dificuldades e constrangimentos no trabalho.

Estamos convidando V. S^a para participar como sujeito da pesquisa, solicitando-lhe que participe dos grupos de discussão assim como de entrevistas que se fizerem necessárias e que permitam o acompanhamento do seu trabalho para observação. Os trabalhos serão feitos com dia e hora marcados e serão gravados sempre que possível. As anotações daquilo que for observado e das entrevistas não gravadas serão feitas e posteriormente confrontada com os sujeitos pesquisados.

V, S^a foi selecionado tendo como critérios: idade, tempo de trabalho na instituição, pertencer a equipes diferentes, disponibilidade para o estudo e indicação de colegas médicos do ambulatório.

O que será realizado

Serão realizadas análises das situações reais de trabalho, através da observação direta da atividade (acompanhamento de parte de um dia de trabalho).

Serão realizadas entrevistas coletivas abordando o trabalho no Pronto Atendimento.

Serão realizados grupos para discussão dos aspectos do trabalho que os sujeitos julgarem pertinentes.

Após a realização dos referidos procedimentos metodológicos, será feita a análise do material coletado que será discutida e confrontada com os participantes.

Posteriormente, os resultados serão apresentados a comunidade científica, na forma de documento escrito (tese de doutorado e artigos para publicação), com anuência dos participantes da pesquisa.

Quem é o responsável pela pesquisa

A pesquisa será conduzida pela médica Egléa Maria da Cunha Melo, doutoranda vinculada ao Programa de Pós-Graduação em Pediatria, da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, sob a orientação da Prof^a Dr^a Ada Ávila Assunção, do Departamento de Medicina Preventiva e Social e do Prof. Dr. Roberto Assis Ferreira, do Departamento de Pediatria da Faculdade de Medicina da mesma Universidade. Para esclarecimentos adicionais, entrar em contato com a autora da pesquisa Egléa Maria da Cunha Melo, pelos telefones: 96422950 ou 32832950.

Quais os benefícios da pesquisa?

A sua participação é importante porque estará contribuindo para melhorar o conhecimento científico sobre a natureza específica do trabalho pediátrico em plantões de urgência, fornecendo possivelmente, elementos que possam subsidiar a avaliação do trabalho e que podem vir a ser ferramentas para proposições de melhoria do trabalho.

Os participantes podem se retirar da pesquisa quando queiram

A participação dos médicos na pesquisa é totalmente voluntária, não cabendo nenhuma forma de remuneração. Os profissionais escolhidos podem se recusar a manter a colaboração para a pesquisa, podendo dela se retirar em qualquer etapa do processo.

A pesquisa é ética e cientificamente consistente?

Esta pesquisa segue a metodologia científica, com a utilização de técnicas validadas. O projeto de pesquisa apresenta os principais autores no assunto e as obras mais pertinentes à problemática levantada, Além disso, a pesquisa é de

interesse dos sujeitos conforme os mesmos vêm demonstrando nos contatos feitos pela pesquisadora.

Os sujeitos serão convidados, informados do objetivo da pesquisa e terão tempo para refletir sobre sua adesão. A não participação de algum dos sujeitos escolhidos não implicará em nenhuma consequência funcional dentro da instituição. Tampouco os resultados servirão para orientar qualquer sistema de avaliação de desempenho institucional. A pesquisadora se compromete ainda, antes de inserir os resultados em seu documento científico, a confrontá-los com os sujeitos envolvidos.

O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da FHEMIG (Fundação Hospitalar de Minas Gerais) e a Pós Graduação em Pediatria da Faculdade de Medicina da UFMG. Os dados coletados serão registrados de forma a não permitir a identificação posterior do participante por pessoa alheias à pesquisa. Apesar da garantia do anonimato, a pesquisa terá seus resultados apresentados e divulgados a público, inclusive através de artigos científicos.

Esse documento por mim lido e firmado, serve para todos os efeitos legais, como meu consentimento livre e esclarecido para participar da referida pesquisa.

Nome do Médico (a):

Assinatura:

Belo Horizonte, _____ de _____ de 2004.

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)