UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas
Programa de Pós-Graduação em Psicologia
MESTRADO EM PSICOLOGIA

MÁRCIA OLIVEIRA STAFFA TIRONI

A SÍNDROME DE BURNOUT EM MÉDICOS PEDIATRAS:
UM ESTUDO EM DUAS ORGANIZAÇÕES HOSPITALARES

Salvador
2005

Livros Grátis

http://www.livrosgratis.com.br

Milhares de livros grátis para download.

MÁRCIA OLIVEIRA STAFFA TIRONI

A SÍNDROME DE BURNOUT EM MÉDICOS PEDIATRAS: UM ESTUDO EM DUAS ORGANIZAÇÕES HOSPITALARES

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação do Departamento de Psicologia da Universidade Federal da Bahia, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Orientadora: Profª Dra. Sônia Regina Pereira Fernandes

Salvador
2005

T597 Tironi, Márcia Oliveira Staffa.
A síndrome de *burnout* em médicos pediatras: um estudo em duas organizações hospitalares/ Márcia Oliveira Staffa Tironi. - 2005.
147f.: il.

Orientador: Profª Dra. Sônia Regina Pereira Fernandes
Dissertação (mestrado) – Universidade Federal da Bahia
Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, 2005.

1. Síndrome de *Burnout* 2. Saúde do Trabalhador 3 Trabalho Médico. I. Fernandes, Sônia Regina Pereira. II. Universidade Federal da Bahia. III. Título.

CDD: 158.7

Ficha catalográfica elaborada pela Bibliotecária Eliete Costa de Souza Brito CRB5/998

A SÍNDROME DO BURNOUT EM MÉDICOS PEDIATRAS:
UM ESTUDO EM DUAS ORGANIZAÇÕES HOSPITALARES

MÁRCIA OLIVEIRA STAFFA TIRONI

Dissertação aprovada como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Psicologia, Universidade Federal da Bahia, pela seguinte Banca Examinadora:

_____

Profª Drª Sônia Regina Pereira Fernandes
(Orientadora)

_____

Prof Dr Antonio Virgílio Bittencourt Bastos

_____

Profª Drª Maria Thereza Ávila Dantas Coelho

Salvador, 26 de Outubro de 2005.

Aos meus filhos, *Lara* e *Igor*, por terem me inspirado neste desafio e compreendido os momentos em que precisei estar ausente durante a realização do mestrado.

A *Tironi* meu marido, pelo grande amor que sempre me dedicou, pela paciência em me esperar e pelos momentos em que me incentivou a continuar e a concluir este trabalho.

Aos meus pais *Mary e Nelson*, por terem sido sempre o meu “porto seguro”, a minha referência e um exemplo de vida e de valores éticos e morais.

Aos meus *sogros*, *irmãos*, *cunhados* e *sobrinhos*, pelo apoio e cuidado com que compreenderam a minha impossibilidade de estar presente, em vários eventos importantes, da vida familiar.

AGRADECIMENTOS

À *Sônia Regina Fernandes*, que antes de ser minha orientadora, sempre foi uma referência pessoal e profissional, uma grande amiga e incentivadora, pelas orientações seguras, efetivas e afetivas, sem a qual este trabalho não teria sido possível.

À *Sônia Vicente*, que com a sua escuta privilegiada e constante, me ajudou a refletir e vivenciar com menos sofrimento os momentos de angústia e dúvidas, que acredito fazerem parte do processo de crescimento de quem escolhe realizar um mestrado.

A *Antonio Virgilio Bastos*, meu professor e primeiro orientador de pesquisa como bolsista de iniciação científica, por ter me despertado o interesse pela pesquisa e continuar sendo para mim uma referência profissional.

Aos *professores do Mestrado*, pela dedicação em construir um programa de qualidade, em especial a *Ana Cecília Bastos*, *Antonio Marcos Chaves* e *Marcos Emanoel Pereira*, pela segurança e disponibilidade com que conduziram as disciplinas e a *Sônia Gondim*, pelas importantes contribuições nas qualificações.

Aos meus *colegas* do Mestrado, por compartilharem tanto os momentos de dúvidas, desafios e ansiedades, quanto as conquistas e realizações, sempre com muito bom humor.

Às amigas e colegas *Azenilda Pimentel* e *Walkyria Camarotti*, pelos momentos que compartilhamos no Mestrado.

À *Fabiana Esteves* que de uma relação espontânea e sincera me acolheu como uma verdadeira madrinha. Obrigada “dinda” pela sua dedicação, disponibilidade, segurança e incentivo em todos os momentos.

Às duas *organizações hospitalares* que confiaram no meu trabalho e me possibilitaram o acesso aos pediatras que geraram os dados desta pesquisa.

Aos *pediatras*, que puderam abrir um tempo dentro de suas agendas já tão sobrecarregadas, aceitando o desafio de refletir e buscar a compreensão sobre a repercussão do exercício profissional na saúde psíquica dos médicos.
À grande amiga *Olívia Bustani*, que acompanhou e incentivou a minha escolha desde o início, sempre me lembrando o quanto eu já tinha caminhado e o pouco que faltava.

Ao amigo *Edson Moreira Júnior*, que acreditou no meu trabalho, se disponibilizando e prestando significativa e fundamental ajuda para a concretização deste estudo.

A *Raimundo Neves*, incansável trabalhador das estatísticas, meu “anjo da guarda”, pela sua tranqüilidade e constante disponibilidade, com quem aprendi, muito além de números e de suas correlações.

Ao casal *Ana Cristina Passos* e *Igor Menezes*, amigos e colaboradores, pela constante disponibilidade e por estarem sempre torcendo para que eu concretizasse este desafio.

À *Eliete Brito*, pela sua disponibilidade e à *Nícia Padilha*, pelo cuidado e dedicação com que me ajudou a apresentar e organizar os dados deste estudo.

Aos amigos *Guida Almeida*, *Sônia Bahia* e *Carlos Linhares*, pela torcida e incentivo.

Aos *amigos do Hospital Aliança*, com os quais aprendi e compartilhei 15 anos da minha trajetória profissional, em especial a *Graça Seixas* e *Cristina Soares*, que puderam compreender e me apoiar neste momento de transição em minha vida profissional.

Ao amigo *Antonio Nascimento*, que não está mais entre nós, deixando o vazio e a saudade com sua partida tão precoce, pela amizade, acolhimento, exemplo, sensatez e disponibilidade constante.

Aos médicos do Hospital Aliança, com quem muito aprendi e pude desenvolver sensibilidade em relação às questões relevantes do exercício profissional da medicina, as quais me inspiraram a aprofundar esta temática, a minha gratidão.

Aos *novos amigos*, das duas universidades onde trabalho: FBDC e UNIFACS, pelo acolhimento e confiança com que me receberam.

Aos *meus alunos* da FBDC e UNIFACS que me fizeram descobrir a vocação para ensinar e foram fundamentais para que a mudança na minha trajetória profissional se efetivasse.

Tecendo a manhã

Um galo sozinho não tece uma manhã:
ele precisará sempre de outros galos.
De um que apanhe esse grito que ele
e o lance a outro; de um outro galo
que apanhe o grito que um galo antes
e o lance a outro; e de outros galos
que com muitos outros galos se cruzem
os fios de sol de seus gritos de galo,
para que a manhã, desde uma teia tênue,
se vá tecendo, entre todos os galos.

E se encorpando em tela, entre todos,
se erguendo tenda, onde entrem todos
se entretendo para todos, no toldo
(a manhã) que plana livre de armação.
A manhã, toldo de um tecido tão aéreo
que, tecido, se eleva por si: luz balão.

João Cabral de Melo Neto
Antologia Poética. 3 ed. Rio de Janeiro: José Olympio.1975. p.17.

RESUMO

A síndrome de *burnout* (esgotamento profissional) é desenvolvida em resposta à exposição prolongada aos fatores interpessoais no trabalho. A concepção sócio-psicológica sobre a síndrome evidencia a existência de fatores multidimensionais: a exaustão emocional - *sensação de esgotamento tanto físico como mental*, a despersonalização - *tratamento negativo, cínico, frio e impessoal com os usuários de seus serviços* e a reduzida realização pessoal - *declínio do sentimento de competência e produtividade no trabalho*. Os estudos têm evidenciado que as categorias profissionais com maior vulnerabilidade para o desenvolvimento da síndrome são: profissionais de saúde, professores e policiais. Este estudo teve como objetivo analisar a síndrome de *burnout* a partir de variáveis individuais e organizacionais entre os médicos pediatras. **Método:** estudo descritivo de corte transversal, envolvendo predominantemente análises dos aspectos da dimensão quantitativa, apesar de ter incorporado também alguns aspectos da dimensão qualitativa. Os dados foram coletados através da auto-aplicação de um questionário que além das características pessoais e funcionais, investigou a percepção do trabalhador sobre aspectos do processo de trabalho e a saúde psíquica. Para construção do instrumento, incorporou-se parte do instrumento utilizado por Esteves (2004) para a investigação das variáveis: cargas de trabalho, controle sobre o trabalho e reconhecimento e a Escala de Categorização do *Burnout* (ECB) desenvolvida e validada no Brasil por Tamayo & Tróccoli (2002), para investigação do *burnout.* Os dados foram submetidos a análises exploratórias, descritivas, estatísticas inferenciais e de confiabilidade e, posteriormente, análise de regressão múltipla hierárquica. **Participantes:** o estudo incorporou 59 participantes, trabalhadores médicos que atuam na área de pediatria de duas organizações, tendo sido contemplados 76% (n=38) da organização A e 80,76% (n=21) da organização B. **Resultados:** possibilitaram confirmar as hipóteses deste estudo. Neste sentido, os participantes que tiveram altas cargas de trabalho, reduzido grau de controle sobre o trabalho e reduzido grau de reconhecimento, tiveram níveis altos nos fatores da síndrome de *burnout* (*exaustão emocional*, *desumanização* e *decepção*). Verificou-se correlação dos aspectos do processo de trabalho e características pessoais e funcionais com os três fatores da síndrome de *burnout*, tendo sido identificados como preditores: idade e cargas de trabalho para o fator *exaustão emocional*; controle sobre o trabalho para o fator *desumanização*; e, controle sobre o trabalho e reconhecimento para o fator *decepção*. Finalmente, este estudo aponta para a necessidade de novos estudos, prioritariamente longitudinais, para investigação desta síndrome na categoria profissional de médicos.

Palavras-Chave: Síndrome de *Burnout*; Saúde do Trabalhador; Trabalho Médico.

ABSTRACT

The *burnout* syndrome (professional breakdown) is developed in answer to prolonging exposition to interpersonal factors at jobs. The social and psychological conception over this syndrome makes it clear the occurring multidimensional factors, such as: emotional exhaustion – *a physical and mental weakness sensation*, the despersonalization - *providing negative, cynical, cold and impersonal services to the users* and reduced personal accomplishment - *a sense of declining in productivity and ability for work*. Studies have proved that professional categories with larger vulnerability to develop this syndrome are: health service providers, teachers and police. The present study intends to analyze the *burnout* syndrome among pediatric medical doctors from the individual and organizational variables. **Method:** A transversal profile descriptive study, mostly engaging some analysis on the quantitative dimension aspects, in spite of having included some qualitative aspects as well. The data was collected through an auto-applied questionnaire that searched beyond personal and functional characteristics, including the individuals at work, under the work processes and psychic health aspects. In order to bring forth the instrument, we have added part of the instrument as it was used by Esteves (2004) in searching the variables: working burden, controlling over work and work recognition and the Category Scale of the *Burnout* (ECB – CSB), as developed and validated in Brazil by Tamayo & Tróccoli (2002) in *Burnout* research. **Participants:** Data were submitted to exploratory, descriptive, inferent and reliable statistic analysis, and furthermore to a hierarchy multiple regression analysis. This study has included 59 participants, medical doctors working in the field of pediatrics in two organizations: 84% (n=38) at organization A and 80.76% (n=21) from organization B. **Results:** the results made it possible to confirm the hypothesis on this study. Under these conditions, the participants who had high work burden, plus a reduced degree of control over work and reduced degree of recognition showed high levels in the factors for the *burnout* syndrome (*emotional exhaustion, deshumanization* and *deception*). We found correlation between the aspects of the work process and the personal and functional characteristics within the three factors of the *burnout* syndrome, having identified as predictors: age and work burden for the *emotional exhaustion* factor; control over work for the *deshumanization* factor; and control over work and recognition for the *deception* factor. Last, this study points out the need of new priority longitudinal searches, aiming to understand more about this syndrome within professional medical doctor category.

Keywords: *Burnout* Syndrome; Service Health Providers; Medical Jobs.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Modelo de Golembiewski, Munzerider & Carter, 1983..... 33

Figura 2 – Modelo de Fases de Golembiewski, Munzerider & Carter, 1983..... 33

Figura 3 – Modelo de Leiter, 1993..... 34

Figura 4 – Modelo de Processo de Quatro Etapas do *burnout* (Büssing & Glasser, 2000)..... 35

Figura 5 – Diagrama do estudo..... 48

Figura 6 – Imagem do pediatra (n=59)..... 67

Figura 7 – Imagem do pediatra na Organização A (n=38)..... 70

Figura 8 – Imagem do paciente na Organização A (n=38)..... 71

Figura 9 – Imagem do pediatra na Organização B (n=21)..... 73

Figura 10 – Imagem do paciente na Organização B (n=21)..... 74

Figura 11 – Gráfico da distribuição percentual dos aspectos do processo de trabalho nos níveis baixo e alto..... 78

Figura 12 – Gráfico da distribuição percentual dos fatores da síndrome de *burnout* nos níveis baixo e alto..... 81

Figura 13 – Gráfico de comparação entre as médias dos aspectos do trabalho e faixa etária..... 83

Figura 14 – Gráfico de comparação entre as médias dos aspectos do trabalho e sexo..... 84

Figura 15 – Gráfico de comparação entre as médias dos aspectos do trabalho e tempo de formado..... 85

Figura 16 – Gráfico de comparação entre as médias dos aspectos do trabalho e carga horária semanal..... 86

Figura 17 – Gráfico de comparação entre as médias dos aspectos do trabalho e tempo de trabalho na organização..... 87

Figura 18 – Gráfico de comparação entre as médias dos fatores da síndrome de *burnout* e faixa etária..... 89

Figura 19 – Gráfico de comparação entre as médias dos fatores da síndrome de *burnout* e sexo..... 90

Figura 20 – Gráfico de comparação entre as médias dos fatores da síndrome de *burnout* e tempo de formado..... 91

Figura 21 – Gráfico de comparação entre as médias dos fatores da síndrome de *burnout* e carga horária semanal..... 92

Figura 22 – Gráfico de comparação entre as médias dos fatores da síndrome de *burnout* e tempo de trabalho na organização..... 93

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Percentagem de trabalhadores das Organizações A e B participantes do estudo..... 51

Tabela 2 – Distribuição percentual dos participantes por características pessoais..... 61

Tabela 3 – Distribuição percentual dos participantes por características funcionais..... 63

Tabela 4 – Distribuição percentual dos participantes por características funcionais vinculadas à organização..... 64

Tabela 5 – Média dos aspectos do processo de trabalho médico..... 76

Tabela 6 – Média dos fatores da síndrome de *burnout*..... 80

Tabela 7 – Coeficientes de correlação entre os aspectos do trabalho e características pessoais e funcionais..... 88

Tabela 8 – Coeficientes de correlação entre os fatores da síndrome de *burnout* e características pessoais e funcionais..... 94

Tabela 9 – Comparação entre as médias dos fatores da síndrome de *burnout* e o aspecto controle sobre o trabalho nos níveis baixo e alto..... 95

Tabela 10 – Comparação entre as médias dos fatores da síndrome de *burnout* e o aspecto cargas de trabalho nos níveis baixo e alto..... 96

Tabela 11 – Comparação entre as médias dos fatores da síndrome de *burnout* e o aspecto reconhecimento nos níveis baixo e alto..... 97

Tabela 12 – Coeficientes de correlação entre os fatores da síndrome de *burnout* e os aspectos do trabalho médico..... 98

Tabela 13 – Distribuição dos participantes do estudo (n/%) entre os fatores da síndrome de *burnout* nos níveis baixo e alto e os aspectos do processo de trabalho nos níveis baixo e alto..... 100

Tabela 14 – Regressão linear múltipla para os fatores da síndrome de *burnout (n=59)* 104

SUMÁRIO

RESUMO ix
ABSTRACT x
INTRODUÇÃO 1
1. O TRABALHO MÉDICO E A SAÚDE PSÍQUICA 8
1.1. REPERCUSSÕES DAS MUDANÇAS DO TRABALHO NOS TRABALHADORES 9
1.2. O TRABALHO MÉDICO NA ATUALIDADE 15
1.2.1. O trabalho médico em organizações hospitalares 18
1.2.2. A pediatria como especialidade médica em organizações hospitalares 21
1.2.3. O trabalho médico e a saúde psíquica 23
2. SÍNDROME DE *BURNOUT* 26
2.1. CONSIDERAÇÕES SOBRE A SÍNDROME DE *BURNOUT* 27
2.2. HISTÓRICO DO CONCEITO 29
2.3. AS ABORDAGENS TEÓRICAS SOBRE O *BURNOUT* 30
2.4. MODELOS TEÓRICOS DE DESENVOLVIMENTO DO *BURNOUT* 32
2.4.1. Modelo de Golembiewski, Munzerider & Carter (1983) 32
2.4.2. Modelo de Leiter (1993) 34
2.4.2. Modelo de Büssing & Glasser (2000) 35
2.5. PRINCIPAIS SINTOMAS APRESENTADOS NO PROCESSO DE *BURNOUT* 36
2.6. PRINCIPAIS VARIÁVEIS DESENCADEADORAS DO *BURNOUT* 37
2.7. MENSURAÇÃO DO *BURNOUT* 38
2.7.1. Maslach Burnout Inventory – MBI (Maslach & Jackson, 1986; Maslach, Jackson & Leiter, 1996) 38
2.7.2. Escala de Caracterização doBurnout – ECB (Tamayo, 2002) 39
2.8. PREVENÇÃO E INTERVENÇÃO NO *BURNOUT* 40
3. DELIMITAÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO E MÉTODO DE INVESTIGAÇÃO 42
3.1. DELIMITAÇÃO DO OBJETO 43
3.2. OBJETIVOS 45
3.3. HIPÓTESES 46
3.4. DIAGRAMA DO ESTUDO 47
3.5. VARIÁVEIS DO ESTUDO 48
3.6. ESTRATÉGIAS METODOLÓGICAS DA PESQUISA 50
3.6.1. Definição do estudo 50
3.6.2. Contexto do estudo 51
3.6.3. Participantes 51

3.6.4. Instrumento 52
3.6.5. Coleta de dados 56
3.6.6. Análise de dados 56
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO 59
4.1. DADOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS DOS PARTICIPANTES DO ESTUDO 60
4.1.1. Características pessoais 60
4.1.2. Características funcionais 62
4.2. O CONTEXTO DE INVESTIGAÇÃO - organizações e profissionais 66
4.3. ASPECTOS DO PROCESSO DE TRABALHO MÉDICO 75
4.4. SÍNDROME DE *BURNOUT* 79
4.5. COMPARAÇÃO ENTRE MÉDIAS 82
4.5.1. Comparação entre médias com relação aos aspectos do processo de trabalho 82
4.5.2. Comparação entre médias com relação aos fatores da síndrome de burnout 88
4.5.3. Comparação entre médias dos aspectos do processo de trabalho médico e dos fatores da síndrome de burnout 94
4.6. FATORES DA SÍNDROME DE *BURNOUT:* distribuição dos participantes 99
4.7. REGRESSÃO LINEAR MÚLTIPLA PARA OS FATORES DA SÍNDROME DE *BURNOUT* 102
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS 106
REFERÊNCIAS 112
ANEXOS 119
Anexo 1 – Maslach Burnout Inventory – General Survey 120
Anexo 2 – Escala de Categorização do Burnout 121
Anexo 3 – Caracterização das Organizações 122
Anexo 4 – Cartaz de Divulgação da Pesquisa 125
Anexo 5 – Termo de Consentimento Informado 126
Anexo 6 – Instrumento de Pesquisa 127

INTRODUÇÃO

Este estudo se insere no campo do Trabalho e Saúde Psíquica e adota como temática central a Síndrome de *burnout*[1], buscando investigar a influência dos aspectos do trabalho médico na saúde psíquica de seus trabalhadores. Esta temática, apesar de estar sendo investigada principalmente nos últimos dez anos, ainda não tem uma forte tradição no Brasil, o que faz com que algumas agendas de pesquisa apontem para a necessidade de realização de um maior número de investigações, notadamente através de estudos longitudinais.

Apoiados na premissa de que o *burnout* só pode ser compreendido a parir da relação indivíduo-trabalho/organização, os estudos desta natureza investigam variáveis que envolvem a percepção dos participantes sobre aspectos da sua organização e do seu trabalho e a relação entre as características individuais e o contexto de trabalho (Tamayo, 1997 e 2002; Codo, 1999; Rodrigues, 2000; Mendes, 2002; Pereira, 2002; Menegaz, 2004).

É a partir da interação que o indivíduo estabelece com o seu trabalho, da sua vivência na construção da sua trajetória laboral, que as variáveis de trabalho podem se configurar como fonte de gratificação ou como fonte de estresse. Para este estudo foram escolhidas as variáveis referentes ao processo de trabalho médico e à síndrome de *burnout* para investigação desta interação indivíduo-organização na categoria médica. Busca-se analisar o que mudou neste contexto de trabalho e quais as conseqüências destas mudanças para os médicos.

---

[1] Síndrome de *burnout* – síndrome de esgotamento profissional

A importância do estudo da relação indivíduo-trabalho/organização é compartilhada por vários autores que inclusive ressaltam a necessidade de enfatizar mais as questões vinculadas ao ambiente organizacional do que a características dos indivíduos quando do desencadeamento de desajustes físicos e emocionais dos trabalhadores (Maslach & Leiter, 1999). Isto por que já foram identificados atualmente inúmeros casos de adoecimento que são decorrentes ou desencadeados pelo contato do trabalhador com o contexto e o processo de trabalho.

No caso da síndrome de *burnout*, este pode ser considerado "um dos fenômenos típicos decorrentes do desequilíbrio no vínculo indivíduo – trabalho/ organização" (Tamayo, 2002, p.1). Esta constatação aponta para a necessidade de uma investigação empírica do fenômeno, em virtude da sua manifestação ocorrer com um dado contexto de trabalho.

Esta síndrome, descrita através de várias concepções (clínica, sócio-psicológica, organizacional, sócio-histórica), atinge muito claramente as categorias ocupacionais cujo trabalho implica em intenso contato com pessoas em atividades vinculadas à proteção e ao cuidado e são, inevitavelmente, mediadas pela afetividade. Os estudos (Maslach, 1998; Codo, 1999; Tamayo, 2002; Pereira, 2002) assinalam profissionais de saúde, da educação e de segurança (os policiais) como as categorias mais vulneráveis, apesar de existir uma tendência de investigação do fenômeno em outras categorias profissionais.

Dentre os profissionais de saúde, destaca-se no presente estudo o papel do médico, um trabalhador que historicamente atuou como autônomo e tinha um certo *status* social e vem experimentando a necessidade cada vez maior de vinculação a organizações

hospitalares e de re-planejamento do seu papel nestas organizações. Assim, esta vinculação interfere na identidade profissional, antes pautada na principal característica da medicina, a de prática liberal. O interesse desta investigação repousa justamente na relação do trabalhador médico com as organizações hospitalares, investigando o tipo de vínculo, as condições de trabalho, o controle sobre o trabalho, o grau de reconhecimento, as cargas físicas e psíquicas. Estas organizações hospitalares ao lado de disponibilizarem recursos tecnológicos e estruturais também exercem influência na relação deste trabalhador com os usuários de seus serviços.

A necessidade de vinculação à organização hospitalar para o exercício da profissão médica faz com que este trabalhador tenha que lidar com uma série de novas condições, como: necessidade de submissão aos valores, normas e protocolos de atendimento adotados pelas organizações empregadoras; atuação sob pressão de tempo e produtividade; trabalho em regime de plantão ou turnos variados; convivência com limitações em relação às condições de trabalho, à disponibilidade de equipamentos e/ou recursos humanos; vários vínculos de trabalho para fazer frente à baixa remuneração; necessidade de adaptação e convivência com diferentes contextos de trabalho, entre outras. Tudo isto pode refletir na qualidade dos serviços prestados e na saúde do trabalhador médico desencadeando entre outras conseqüências o estresse psíquico.

Neste sentido, este profissional precisa compreender e apropriar-se do contexto a que está submetido no cotidiano do seu trabalho e estar atento às cargas (físicas e psíquicas) inerentes à sua atuação como a tensão emocional, o sentimento de impotência e a pressão frente à luta constante com o sofrimento, a dor e a morte. Entendemos que somente pela apreensão e elaboração destas questões é possível identificar atitudes

individuais e coletivas destes trabalhadores, que garantam o equilíbrio necessário para lidar com esta realidade.

A escolha deste tema é fruto da minha experiência profissional durante 15 anos como psicóloga da área de gestão de pessoas de uma organização hospitalar, onde desenvolvia trabalhos de acompanhamento de grupos de profissionais da área de saúde, em especial os médicos. A partir desta experiência foram formuladas questões ligadas ao exercício da medicina, principalmente quanto às cargas psicossociais vinculadas a atuação profissional e do quanto o trabalho nesta área interfere na saúde psíquica do trabalhador.

A identificação do segmento de trabalhadores médicos pediatras e da Pediatria como área a ser investigada neste estudo utilizou como critério, além da experiência profissional da pesquisadora, o nível de exigência a que estes trabalhadores estão submetidos. Atender à criança enferma exige profissionais que além serem altamente qualificados e competentes, também tenham sensibilidade para lidar com questões que extrapolam o papel prescrito: tratar de um paciente que pode não exercer satisfatoriamente o seu papel de informante. Além destes aspectos, ter que lidar com o significado da doença da criança que está apenas no início de sua vida e ter que acolher e atuar como suporte para a família que se desorganiza com a doença da criança.

Este estudo se justifica pela importância da profissão médica para os usuários de seus serviços, pelos diversos fatores de estresse a que estes profissionais estão submetidos em seu cotidiano de trabalho e pela escassez de estudos desta natureza com esta categoria profissional e visa analisar a síndrome de *burnout* a partir de variáveis individuais e organizacionais, que permitam uma visão desse fenômeno. Além de ter

como foco de atenção, as características pessoais do indivíduo e o seu vínculo profissional com os usuários dos seus serviços, incorpora-se também a forma como os trabalhadores percebem e avaliam a organização e as condições do trabalho médico na organização onde atuam.

Assim, este estudo pretende analisar a relação entre o processo de trabalho médico (organização e condições de trabalho) e a ocorrência da síndrome do *burnout*, buscando de forma específica:

- Investigar a percepção do médico pediatra sobre aspectos do seu processo de trabalho, a saber: controle sobre o trabalho, cargas de trabalho e reconhecimento;
- Avaliar a intensidade dos fatores da síndrome de *burnout*: (exaustão emocional, despersonalização e reduzida realização pessoal) entre os médicos pediatras;
- Explorar a relação entre a percepção do médico pediatra sobre os aspectos do seu trabalho e os fatores da síndrome de *burnout*.

Este trabalho está estruturado em cinco capítulos:

O primeiro capítulo analisa o trabalho médico e a saúde psíquica e os aspectos que compõem o processo de trabalho médico na atualidade e o vínculo destes trabalhadores com as organizações hospitalares, apresentando o contexto onde a pesquisa foi realizada.

O segundo capítulo analisa as perspectivas teóricas sobre a síndrome de *burnout*, seus modelos de desenvolvimento, sintomas, variáveis desencadeadoras e mensuração. Conclui-se este capítulo com a prevenção e intervenção na síndrome de *burnout*.

O terceiro capítulo apresenta a delimitação do objeto de estudo, o modelo do trabalho empírico, as hipóteses, os procedimentos adotados em cada etapa da pesquisa, as variáveis, a coleta, o tratamento e a análise dos dados.

O quarto capítulo se constitui da apresentação e discussão dos resultados obtidos, considerando o contexto das organizações investigadas e dos participantes, correlacionando estes resultados com as variáveis estudadas, recorrendo também à literatura pertinente sobre o tema e os resultados obtidos em outros estudos semelhantes.

O quinto e último capítulo traz as considerações finais, indicando os principais achados, as contribuições e relevância deste estudo, os limites encontrados e sugestões de uma agenda de realização de outros estudos com a categoria profissional do médico.

1. O TRABALHO MÉDICO E A SAÚDE PSÍQUICA

Este capítulo apresenta a revisão de literatura acerca do trabalho médico na atualidade, caracterizando-o a partir das mudanças ocorridas na sociedade e das suas repercussões na saúde psíquica deste trabalhador, buscando estabelecer uma correlação entre os aspectos do processo de trabalho médico e a saúde psíquica.

1.1. REPERCUSSÕES DAS MUDANÇAS DO TRABALHO NOS TRABALHADORES

O trabalho ocupa um papel importante na vida das pessoas, sendo inclusive a área da vida que, na maioria das vezes, recebe o maior investimento de tempo das pessoas. Assim, a esfera do trabalho tem implicações em outras esferas da vida do indivíduo, podendo até influenciar o planejamento, entre outros aspectos, da época para o casamento e o nascimento de filhos. Portanto, o bem-estar do trabalhador depende do equilíbrio entre o que ele busca em termos de realização profissional e a realidade efetivamente experimentada, que pode ser vivenciada através da maior ou menor integração entre trabalho e extra-trabalho no cotidiano pessoal e profissional do trabalhador.

A relação do homem com o trabalho vem mudando ao longo da história, sofrendo influência de fatores que independem do seu controle, principalmente no que diz respeito à inserção das novas tecnologias. Este aspecto é foco de atenção de vários estudos, pautados na importância de se compreender a repercussão desta mudança na vida laboral e psicossocial do trabalhador. Deve-se considerar que esta relação do trabalhador com o seu ambiente de trabalho pode se traduzir em situações das mais variadas, desde experiências realizadoras, até as mais frustrantes e sem gratificação.

Sem risco de menosprezar as características individuais do trabalhador, podemos dizer que a organização, a política e prática de gestão de pessoas, assumem um papel preponderante na forma como o trabalhador se relaciona com o trabalho, já que atua como um palco onde se desenrolam todas as questões vinculadas ao exercício profissional, tais como, relações e estrutura de poder, condições de trabalho, tecnologia, valores e crenças (Pimenta, 2001; Mendes & Morone, 2002; Tamayo, 2002).

As transformações ocorridas no mundo do trabalho em relação à tecnologia, gestão de pessoas e competências do trabalhador, criaram uma nova configuração, impondo ao trabalhador novas modalidades de relação com o trabalho. Esta nova configuração foi influenciada principalmente: pela expansão do setor de serviços, que impõe a necessidade de que as organizações atendam aos atuais requisitos de qualidade; pela flexibilidade, que trouxe novas formas de contratação de trabalhadores; e pela exigência de qualificação dos trabalhadores, com responsabilidade compartilhada entre empregados e empregadores (Ferreira et al., 1999; Nogueira et al., 1999; Veloso et al., 1999; Pimenta, 2001).

Com relação ao setor de serviços, onde as organizações hospitalares estão inseridas, podemos fazer uma comparação com o setor industrial utilizando como analogia a diferença entre um filme e uma peça de teatro. No primeiro existe a possibilidade de edição, cortes, novas filmagens antes que o produto final seja exibido aos expectadores. No segundo a exibição acontece no momento da produção, implicando em uma competência do ator (trabalhador), que desenvolve o seu trabalho na presença e em constante interação com os usuários de seus serviços. Esta diferença entre estes dois segmentos ressalta a importância da questão da competência, fundamental para se

compreender a relação do trabalhador com o seu trabalho no setor de serviços, rompe com o trabalho prescrito e mostra que “a competência profissional não pode mais ser enclausurada em definições prévias de tarefas a executar em um posto de trabalho” (Zarifian, 2001). Existe sim, uma dependência explícita do conhecimento e competência do trabalhador para determinar o desempenho final da organização.

Ainda segundo Zarifian (2001), a atividade humana no trabalho é permeada por eventos, ou seja, o imprevisto, o inesperado, o que supera a capacidade de auto-regulagem do processo industrial, fazendo com que a competência profissional advenha da possibilidade de lidar com estes eventos. A experiência, nestes casos, não vem da repetição de atividade e sim, do confronto com os diversos eventos, da análise crítica e sistemática e da antecipação preventiva desses eventos.

Em relação à flexibilidade, o mercado de trabalho, na perspectiva de Harvey (1996), foi reestruturado a partir principalmente da sua volatilidade, do aumento da competição e do estreitamento da margem de lucro. Isto impôs regimes e contratos de trabalho mais flexíveis, inaugurando novas possibilidades de vinculação como: trabalho autônomo, tercerizado, cooperativado e até subcontratações. Como conseqüência, a relação do trabalhador com as organizações onde desenvolvem o seu trabalho também mudou, já que estes novos contratos possibilitaram a vinculação do trabalhador com várias organizações. No caso da área médica, Nascimento Sobrinho (2004) ressalta que as cooperativas de trabalho surgiram como uma demanda dos empregadores, da iniciativa pública ou privada, motivados pela possibilidade de diminuir custos trabalhistas e se constituem hoje em uma possibilidade importante de vinculação do trabalhador médico.

Além da flexibilidade exigida para a inserção e permanência no mercado de trabalho, percebe-se a valorização da qualificação, da competência e da especialização, fazendo com que o trabalhador busque esta qualificação como forma de se manter competitivo. O acesso à informação e ao conhecimento que possibilita a tomada de decisões rápidas pode ser considerado hoje como um diferencial competitivo para os trabalhadores e as organizações. Neste sentido, o saber se torna uma mercadoria passível de troca, com grande valor agregado (Harvey, 1996).

A partir destas considerações (Nascimento Sobrinho, 2004; Zarifian, 2001; Harvey, 1996), ficam evidentes os impactos das mudanças no mundo do trabalho para o trabalhador. Este precisa buscar atualização contínua, usar a criatividade, descobrir novos caminhos e envolver-se com seu objeto de trabalho para fazer frente à concorrência. Tudo isto ainda pode funcionar como mais uma sobrecarga para o trabalhador.

Segundo Mendes e Morrone (2002)

> A organização do trabalho exerce influências multidimensionadas no funcionamento psíquico dos trabalhadores. Tais influências podem ser positivas ou negativas, dependendo do confronto entre as características da personalidade e a margem de liberdade admitida pelo modelo de organização vigente que permite ou não a transformação da realidade do trabalho. p.28.

Os estudos de Maslach & Leiter (1999) em relação ao desgaste físico e emocional dos trabalhadores, indicam fatores que são mais vinculados aos vários aspectos da vida organizacional do que mesmo ligadas ao próprio indivíduo. Estas causas de desequilíbrio se localizam no ambiente organizacional em seis aspectos da organização,

a saber: excesso de trabalho, falta de controle, remuneração insuficiente, colapso da união, ausência de eqüidade e valores conflitantes.

Estes seis aspectos da organização apontados por Maslach & Leiter (1999), estão relacionados ao trabalho e às novas exigências ao trabalhador e podem ser compreendidos como: **excesso de trabalho** - indicação mais óbvia de desequilíbrio entre o indivíduo e a organização onde trabalha. Refere-se à relação entre a produtividade e o tempo. Quando a sobrecarga não é um fator situacional ou sazonal e assume um sentido freqüente, os trabalhadores estarão ainda mais sujeitos ao desgaste; **reduzido controle sobre o trabalho** - falta de autonomia para o estabelecimento de prioridades e forma de gerenciamento do seu trabalho. Isto pode acontecer através de formas rígidas de desenvolvimento e monitoramento do trabalho ou de condições adversas; **falta de reconhecimento** - pode se traduzir em falta de retorno financeiro, de prestígio e de segurança, como também pela desqualificação da importância do desenvolvimento daquele trabalho e o desejo de fazê-lo bem; **colapso da união** - dificuldades de relacionamento com os outros no local de trabalho, podendo ser grave, já que o trabalho em grupo é quase que a única atuação possível atualmente, e ficando mais evidente nos ambientes de trabalho onde as situações de conflito são crônicas e mal resolvidas; **falta de eqüidade** - pode ser percebida quando existe desigualdade de tratamento entre os trabalhadores quanto à remuneração, cargas de trabalho, possibilidades de promoção, acesso às informações, entre outros; **conflito de valores** - desequilíbrio entre as exigências do trabalho e os princípios pessoais dos trabalhadores. Nesta situação o trabalhador pode ver-se obrigado, por força da atividade que desempenha, a fazer coisas com as quais não concorda e que não faria se tivesse escolha.

Estes fatos podem contribuir para o aumento do desgaste do trabalhador, ressaltando a importância da investigação do contexto organizacional onde o trabalhador desenvolve as suas atividades profissionais para o diagnóstico de disfunções na saúde física e psíquica destes trabalhadores.

Outra questão importante a ser observada nas organizações, além dos aspectos mencionados, é a forma de gestão do trabalho adotada. Sabemos que, a partir das transformações ocorridas no mundo do trabalho a relação do homem com o seu trabalho e com outros homens dentro do trabalho também se transformaram significativamente, implicando na necessidade de se ter novos desenhos organizacionais. As estratégias de gestão possibilitam que as organizações, através da definição da forma de desenvolvimento das atividades, condições e organização do trabalho e estrutura organizacional, alcancem os seus objetivos. Estas estratégias sofrem influência de fatores externos, provenientes do contexto onde a organização está inserida, além de questões internas, que dizem respeito às escolhas e possibilidades da organização (Chanlat, 1997).

O gerenciamento do trabalho na atualidade tem se configurado na utilização de estratégias diversificadas, buscando o aproveitamento do potencial dos trabalhadores e consequentemente aumentando a produtividade das organizações, que terão assim, maiores condições de fazer frente ao mercado competitivo no qual se inserem. Chanlat (1997) descreve quatro estratégias de gerenciamento que podem ser identificadas nas organizações atuais: *tayloriana ou neotayloriana* (caracterizada pela fragmentação do trabalho); *tecnoburocrática* (divisão do trabalho, normas e regulamentações, valorização de técnicos e especialistas, centralização do poder); *baseada na excelência*

(busca da melhoria contínua); e *participativa* (autonomia dos trabalhadores). Estas estratégias repercutem nos trabalhadores, influenciando a saúde psicossocial e percepção destes sobre o trabalho que realizam.

Esta repercussão torna-se danosa na medida em que o trabalhador: não receba *feedback* sobre o trabalho realizado; experimente, ao mesmo tempo, várias estratégias de gestão, por vezes contraditórias; esteja submetido a uma estratégia de gestão em que o discurso não coincide com a prática cotidiana da organização, entre outros. Ressalta-se, portanto, a necessidade da análise empírica dos contextos organizacionais em que os trabalhadores desenvolvem o seu trabalho, para compreensão desta repercussão.

1.2. O TRABALHO MÉDICO NA ATUALIDADE

Nas últimas décadas, a área médica vem sofrendo grandes transformações com a incorporação dos avanços tecnológicos e científicos, com inegáveis resultados para o desenvolvimento da medicina. Estes avanços aumentaram, de forma significativa, a capacidade da prevenção, diagnóstico e tratamento das enfermidades, possibilitando a medicina uma maior qualidade no seu campo de atuação. Ao mesmo tempo, trouxe o aumento da complexidade no exercício da profissão médica, que passa agora a ter um forte amparo na tecnologia. Ainda sobre os avanços tecnológicos, Millan (1999) afirma que “se por um lado eles são úteis e importantes, por outro podem ser mal-utilizados, tornando-se um escudo que afasta o médico de seu paciente” (pág. 40).

Nascimento Sobrinho (2004) afirma que “o trabalho médico na atualidade, apresenta-se tensionado, entre uma dimensão social-relacional e uma dimensão científica-tecnológica”. A valorização e o nível de exigência da dimensão científico-tecnológica fazem com que o trabalhador médico necessite dedicar muito tempo a esta dimensão como forma de se manter atualizado, muitas vezes em detrimento do investimento na dimensão social-relacional que possibilitaria uma maior sensibilidade em relação às necessidades do paciente e sua família.

Outra questão emergente é a imposição de revisão na identidade do trabalhador médico que, para fazer frente ao nível de complexidade atingido pelo conhecimento e pela prática da medicina, precisou rever o seu processo de trabalho. Schraiber (1993) quando aborda a questão da incorporação tecnológica na área médica, faz a seguinte consideração:

> (...) do ponto de vista da organização dos serviços, de um lado o conteúdo técnico do trabalho individual diferencia-se e multiplica-se nas especialidades médicas. De outro lado, transforma-se a base do trabalho: de princípio estruturador apoiado no exercício isolado de consultório, para unidades de serviço, fundadas no trabalho hospitalar ou em clínicas ambulatoriais, tendo por conformação típica o trabalho coletivo. Trabalho, cuja composição qualitativa e quantitativa diferencia-se em padrões diversos na dependência da organização empresarial das instituições. P.131.

Surgem, neste sentido, dois aspectos importantes no trabalho médico. O primeiro é a necessidade da especialização, já que este avanço científico e tecnológico dificultou a absorção, para o profissional, de todos os conhecimentos, técnicas e procedimentos disponíveis. O segundo, o trabalho médico vinculado a organizações hospitalares, onde, embora os recursos tecnológicos e estruturais possam estar disponíveis, este trabalhador

fica submetido ao modelo de gestão adotado pela organização, seja do setor público ou privado.

Com relação à especialização, se de um lado esta estratégia mantém sob controle o conhecimento, por outro também o fragmenta e cria práticas profissionais altamente específicas. Esta fragmentação aliada ao uso de alta tecnologia, com custos elevadíssimos, cria a necessidade de vinculação do trabalhador médico a instituições que, além de terem maior possibilidade financeira de investimento em tecnologia e equipamentos, também dispõem no seu quadro funcional de especialistas diversos que são necessários à complementação do conhecimento (Donnangelo, 1975; Schraiber, 1993; Machado, 1997).

O exercício da medicina dentro da organização hospitalar impôs ao trabalhador médico a revisão da organização do seu processo de trabalho, pela necessidade da racionalização (financeira e organizacional) vigente nas organizações atuais e também pelo processo de trabalho hospitalar, que envolve, além da intervenção médica, outras intervenções complementares realizadas por outros profissionais especializados (Graça, 2003).

A necessidade de vinculação a organizações hospitalares se deve, entre outros fatores, ao aumento da complexidade da maioria dos procedimentos médicos e da infra-estrutura necessária para a execução dos mesmos, fazendo com que o trabalhador médico precise recorrer a instituições mais complexas para realizar o seu trabalho. Sob esta perspectiva Gorayeb (2003) analisa:

> O que entra em jogo como novidade nos tempos atuais são justamente os procedimentos e recursos disponibilizados à prática da medicina para diagnósticos e alguns tratamentos que muitas vezes não pertencem ao próprio médico e são oferecidos por terceiros que obrigatoriamente passam a protagonizar a cena médica. Gorayeb (2003) pg 103.

Analisando a definição abaixo, sobre a ocupação do médico, transcrita da Classificação Brasileira de Ocupações, 2002, chama a atenção, a autonomia atribuída a esta categoria profissional e cabe a reflexão sobre em que medida a vinculação destes trabalhadores (formados para trabalharem como profissionais liberais) às organizações hospitalares pode ser produtora de sofrimento para este trabalhador.

> O médico é um profissional que exerce suas funções em setores cujas atividades referem-se à saúde e serviços sociais, ensino, pesquisa e desenvolvimento; de modo geral atuam como autônomos; trabalham sem supervisão; organizam-se individualmente e em equipes de trabalho; desenvolvem as atividades em ambientes fechados, em horários de trabalho irregulares; podem trabalhar em posições desconfortáveis durante longos períodos e, devido à natureza e nível de responsabilidade próprio da função, podem estar sujeitos a estresse ocupacional constante. Em algumas ocupações os profissionais podem estar sujeitos à ação de materiais tóxicos, radioativos e biológicos. CBO (2002).

Esta mudança de papel e de *status* da categoria profissional médica pode ser observada nos dias atuais e o seu impacto percebido em seus trabalhadores.

1.2.1. O trabalho médico em organizações hospitalares

Segundo Foucault (1979), até o século XVIII, o hospital era essencialmente uma instituição de assistência aos pobres, que destacava a separação e exclusão. Era também um instrumento de transformação espiritual de quem trabalhava nele de forma

caritativa, onde a função do médico não aparecia. Nesta época a formação do médico se dava fora da instituição hospitalar, como se fossem duas correntes distintas – a médica e a hospitalar. Somente em meados do século XVIII, por necessidades econômicas e pela preocupação de anular os efeitos nocivos do hospital, é que se iniciou a sua medicalização através da disciplina e da reformulação dos seus espaços e fluxos. O hospital começa a se organizar em torno do papel do médico que assume, neste sentido, um importante papel técnico.

Enquanto instituição e organização, numa análise comparativa entre diferentes contextos históricos, o hospital: tem uma missão ou finalidade própria; é um local de trabalho de diversos grupos *socioprofissionais* diretamente ligados ao processo de prestação de cuidados ou em funções de apoio ou gestão; tem um sistema de poder e autoridade, embora diferente de outras organizações, dada a importância e o peso do seu *staff* profissional; tem um sistema técnico e organizacional de trabalho, sendo que seu objeto de trabalho são os seres humanos; tem uma cultura muito própria ligada às questões da vida e da morte, às diferentes representações sociais da saúde / doença e às próprias ideologias e estratégias profissionais (Graça, 2003).

Quanto ao seu funcionamento as organizações hospitalares se caracterizam pela prestação de serviços essenciais e precisam, portanto, funcionar diuturnamente implicando na necessidade dos profissionais trabalharem em regime de plantões. Além disso, este modelo de trabalho tem como conseqüências a baixa remuneração e a multiplicidade de vínculos dos trabalhadores, a fim de estruturar uma renda mínima para sobrevivência. Tal prática potencializa a ação de fatores que danificam a integridade física e psíquica dos trabalhadores (Pitta, 2003).

Ao analisar as questões inerentes ao trabalho e subjetividade, Silva (1998), indica que a hegemonia médica e movimentos de resistência a esta hegemonia, com a instalação de corporativismos vários, fazem parte da realidade das organizações hospitalares modernas. O hospital se organiza em serviços ou departamentos que preservam as identidades em um processo de trabalho parcelado, que reproduz as características da organização do trabalho industrial, naturalizado como único possível. Este corporativismo - expresso na competição entre as diversas profissões presentes no hospital – se oculta no discurso do "trabalho em equipe" considerado como a prática necessária e indispensável à consecução dos objetivos do hospital.

Bahia (1999), trazendo as reflexões de Mintzberg e Glouberman (1992) sobre a questão do gerenciamento interno das instituições hospitalares, afirma que existem quatro mundos essenciais dentro do hospital: o *mundo da cura* (pertencente aos médicos), o *mundo do cuidado* (pertencente à enfermagem), o *mundo do controle* (pertencente aos administradores) e o *mundo da comunidade* (onde se localizam os representantes da comunidade, da junta diretiva) e acrescenta um quinto, o *mundo do paciente, do doente*.

Para cada um destes mundos os autores levantam as características, as peculiaridades e os objetos representativos, como: o ***mundo da cura***, como sendo o cerne da prática médica, assegurada pelo saber especializado e pelo uso da tecnologia, representado pelo *bisturi*; o ***mundo do cuidado***, reforçado pelo compromisso de manutenção cotidiana dos serviços aos pacientes, para o qual o corpo de enfermagem dedica intensamente o seu tempo, representado pela *tesoura* e pelas *agulhas*; o ***mundo do controle*** tende a operar segundo o modelo burocrático, buscando assegurar e distribuir recursos através do

controle das despesas e gastos, representado pelo *machado*; o ***mundo da comunidade***, tendo como principal preocupação fazer com que o sistema se responsabilize pelas necessidades da comunidade, representada pelo *martelo*; e finalmente, o ***mundo do paciente***, sujeito/objeto dos outros quatro mundos.

A confrontação entre os mundos essenciais do hospital evidencia a complexidade e dificuldade, dada as culturas próprias e distintas de cada um deles. Estes confrontos são acentuados quando se observa a realidade dos contextos hospitalares nos dias atuais. Isto porque há uma exigência de mudança de papéis entre os atores sociais, responsáveis pela promoção da saúde. Estes fatores repercutem assim, no profissional que buscou especializar-se em pediatria, área médica escolhida para o desenvolvimento do presente estudo.

1.2.2. A pediatria como especialidade médica em organizações hospitalares

A área de pediatria é especializada na assistência à criança, envolvendo também a assistência à sua família. O trabalho junto a crianças doentes, hospitalizadas ou em atendimento ambulatorial, implica em uma compreensão do universo da criança e das questões envolvidas com as situações de crise, provocadas pela doença. Segundo Chiattone (2003) a doença é um ataque à criança como um todo e afeta a sua integridade e compromete o seu desenvolvimento emocional. Os profissionais que atuam na pediatria, em especial os pediatras, devem estar preparados para atender as necessidades dos pacientes e de suas famílias, que no caso da pediatria envolve uma grande expectativa por se tratar de pessoas que estão apenas no início de suas vidas.

Dentro da área de pediatria os atendimentos podem acontecer em vários setores, a saber: unidade de urgência ou emergência, unidade de internação, unidade de terapia intensiva e ambulatório. Cada um destes setores tem características diferentes e demanda um posicionamento também diferente do profissional de saúde. A unidade de emergência envolve a imprevisibilidade, as alterações que surgem rapidamente na vida do indivíduo, que vêm acompanhadas de reações psicológicas das mais variadas, englobando o medo e a ansiedade. A unidade de internação implica em restrições das mais variadas desde espaço até autonomia. O ambulatório pode trazer tanto as questões ligadas à puericultura (crescimento e desenvolvimento normal da criança), quanto às incertezas sobre diagnóstico ou ainda ao acompanhamento de um tratamento. Já na unidade de terapia intensiva os cuidados de emergência, a premência de resoluções e a vigilância continuada assumem uma posição de rotina. Segundo Spehrs (1997) "o frenético ambiente da UTI expõe seus membros a um conjunto de estímulos sensoriais – espaço limitado, níveis elevados de ruídos, etc. – que contribuem para incrementar o estado de tensão constante" pg. 415.

A vivência da hospitalização varia de acordo com a idade da criança, podendo em algumas situações ser imprevisível. Cabe ressaltar as conseqüências nocivas da hospitalização que interferem no desenvolvimento normal da criança, como: o desmame agressivo, a interrupção ou retardo da escolaridade, agressões psicológicas e físicas e ainda as mais variadas iatrogenias[2] como as infecções hospitalares (Chiattone, 2003).

[2] Iatrogenia – alteração patológica provocada no paciente por tratamento de qualquer tipo.

Marcondes (1972) e Crispin (1996) apud Menegaz (2004) apontam a necessidade de desmistificar o pediatra – trabalhador como qualquer outro – que é buscado pela família, em suas expectativas e fantasias, não como um ser normal para auxilia-la a cuidar da criança, mas como um ser miraculoso, capaz de tudo para salvar a sua criança enferma. Estas expectativas, impossíveis de serem atendidas, provocam conflitos e sofrimento, podendo levar ao estresse ou adoecimento.

1.2.3. O trabalho médico e a saúde psíquica

Segundo Sebastiani (2002), um aspecto constantemente esquecido quando analisamos o contexto hospitalar, é o das condições emocionais dos profissionais de saúde que atendem a demandas dos pacientes no seu cotidiano profissional e como estes estão instrumentalizados técnica, física e psicologicamente para o exercício de tais tarefas. Ainda segundo o autor, existem vários estímulos emocionais nocivos, aos quais os profissionais de saúde estão expostos no cotidiano de trabalho, podendo ser destacados: *a intensa relação o processo de morte; o cotidiano de trabalho permeado por vivências ligadas à dor, sofrimento, impotência, e perdas de diversos tipos; pacientes que podem se apresentar poliqueixosos, refratários à ajuda, agressivos, deprimidos; conviver com limitações técnicas, pessoais e materiais em contraponto ao alto grau de expectativas e cobranças lançadas sobre este profissional; enfrentar jornadas de trabalho cada vez mais extensas e, não raro múltiplas; a solicitação intermitente de decisões rápidas e precisas; a alta demanda de pessoas necessitadas de cuidado*. Tudo isto vivenciado de forma continuada, faz com que os trabalhadores adquiram uma sobrecarga emocional, que poderá interferir na forma como se relacionam com os usuários de seus serviços.

Na atuação do profissional de saúde, onde existe um intenso contato com os pacientes, Angerami-Camon (2002) agrupou comportamentos observados nestes profissionais, o qual denominou de: *calosidade profissional* - postura de distanciamento do profissional da saúde, pelo intenso contato com os usuários de seus serviços; *distanciamento crítico* - permite que o profissional da saúde lide com os aspectos emocionais dos usuários de seus serviços sem desestabilizar-se emocionalmente; *empatia genuína* - envolvimento do profissional de saúde com os usuários de seus serviços sem qualquer barreira, podendo até ultrapassar os limites de sua privacidade pessoal; *profissionalismo afetivo* - o profissional de saúde desenvolve o seu trabalho de forma sistematizada, mantendo um equilíbrio entre o envolvimento emocional e a sensibilidade com os aspectos emocionais dos usuários de seus serviços. Estas posturas trazem um forte significado de como o profissional vivencia e reage ao contato intenso com os seus pacientes e podem indicar parâmetros para detecção de processos de adoecimento psíquico.

Martins (1994) apud Millan, Rossi & De Marco (1999) refere-se a comportamentos do médico emocionalmente desajustado, entre os quais: a construção de uma couraça impermeável às emoções e sentimentos, aparentando frieza, com um conseqüente afastamento da vida familiar; o isolamento social, colocando as necessidades e a vida dos pacientes em primeiro lugar; a negação dos problemas e limites inerentes à profissão; o uso da ironia e do humor negro pela incapacidade para lidar com as frustrações e tristezas ligadas à profissão; a tendência a se autodiagnosticar, se automedicar, de cuidar da família e de amigos, faz com que o médico viva o papel de “salvador”.

Em sua pesquisa sobre *burnout* em médicos, Pereira (2002) destaca os agentes estressores da profissão médica, alguns já citados anteriormente, dentre os quais: *demandas acima das condições efetivas para um bom atendimento*; *pouco reconhecimento profissional*; *reduzida participação nas decisões organizativas, de gestão e de planificação do trabalho*; *necessidade de atualização contínua pelo incessante desenvolvimento das técnicas diagnósticas cada vez mais complexas*; *pressão de tempo e atuações de urgência*; *burocracia na prática diária*; *ausência de locais adequados no ambiente de trabalho, para intervalos de descanso,* entre outros. A autora também refere, além destes fatores, à pressão que pode ser sentida pelos médicos pelas questões institucionais do local onde prestam serviços, ocasionada por condições laborais incompatíveis com o atendimento adequado do paciente.

Retomando a relação entre o trabalho e a saúde psíquica, cabe ressaltar a influência que a organização e o processo de trabalho desempenham no bem-estar do trabalhador. No caso dos médicos, principalmente daqueles que trabalham vinculados à organização hospitalar, esta influência se faz sentir de uma forma bastante intensa, considerando os aspectos já referidos.

O próximo capítulo será dedicado à revisão de literatura sobre o *burnout,* suas causas, principais conseqüências, formas de prevenção e intervenção.

2. SÍNDROME DE BURNOUT

Este capítulo apresenta e discute a síndrome e *burnout*, a partir das abordagens teóricas e principais modelos de desenvolvimento. Busca-se, também, levantar e discutir estudos semelhantes, realizados com a categoria profissional de saúde, mais especificamente os médicos.

2.1. CONSIDERAÇÕES SOBRE A SÍNDROME DE *BURNOUT*

A partir da evolução dos estudos sobre o estresse, surgiram os estudos sobre síndrome de *burnout*, que segundo Maslach (1998) é desenvolvida em resposta à exposição prolongada aos fatores estressantes, interpessoais e crônicos no trabalho. Maslach também definiu as três dimensões chave desta resposta como: exaustão excessiva, sensações de cinismo e desprendimento do trabalho e um senso de ineficiência e falha.

O *burnout* é concebido como uma síndrome psicológica, decorrente da tensão emocional crônica, vivenciada pelos profissionais cujo trabalho envolve o relacionamento intenso e freqüente com pessoas que necessitam de cuidados e/ou assistência. (Maslach & Jackson. 1986; Maslach, 1993 apud Tamayo & Tróccoli 2002).

Segundo Pereira (2002), a maioria dos autores reconhece a importância do papel desempenhado pelo trabalho, assim como as implicações da dimensão social e da relacional na produção desta síndrome. Também concordam que os profissionais que trabalham diretamente com outras pessoas, assistindo-as, ou como responsáveis pelo seu desenvolvimento e bem-estar, encontram-se mais susceptíveis ao desenvolvimento do *burnout*.

Uma outra tendência, em estudos mais recentes sobre o *burnout,* é o de ampliar as categorias profissionais mais vulneráveis, de saúde, educação e segurança para qualquer profissão que tenha intenso e constante contato interpessoal. Maslach e Leiter (1997) apud Carlotto (1999), referem que "o que se percebe hoje, é que pela natureza e funcionalidade do cargo, há profissões de risco e de alto risco, sendo poucas aquelas que apresentam baixo risco para o *burnout*".

Ao analisar as características encontradas na síndrome de *burnout*, Tamayo e Tróccoli, 2002, ressaltam as os seguintes aspectos levantados por Schaufelli e Buunk (1996) e Schaufeli e Enzmann (1998): (1) predomínio de sintomas disfóricos; (2) relevância dos sintomas mentais e comportamentais e, algumas vezes, menção dos sintomas físicos; (3) vínculo estreito com o ambiente laboral; (4) alvo de indivíduos "normais", sem psicopatologia e com níveis anteriores de desempenho satisfatório e (5) papel central das expectativas inadequadas e das demandas emocionais no desenvolvimento do *burnout*.

O significado do modelo tridimensional de análise do *burnout* (Exaustão Emocional, Despersonalização e Reduzida Realização Profissional) revela que ele claramente posiciona a experiência de estresse individual em um contexto social. O que vem sendo distinto sobre o *burnout* (em oposição a outros tipos de reações de estresse) é a moldura interpessoal do fenômeno. (Maslach, 1998).

2.2. HISTÓRICO DO CONCEITO

O termo *burnout* foi utilizado inicialmente pelo psiquiatra Freudenberg (1975), ressaltando o lado clínico com o foco em sintomas, seguido pela psicóloga social Maslach (1976), ressaltando o lado social com o foco no relacionamento entre fornecedor e usuário de serviços de ajuda, conforme aponta a maioria dos autores (Maslach, 1998; Maslach, Schaufelli & Leiter, 2001). Em ambos os casos, as pesquisas estavam voltadas para ocupações de cuidado e atenção que tinham como atributo principal o relacionamento entre fornecedor e usuário de serviços, utilizando técnicas como entrevistas, casos clínicos, e observações no local de trabalho.

A partir das pesquisas ficou evidente que o fenômeno do *burnout* tinha algumas regularidades identificáveis e este passou a ser o foco de atenção dos pesquisadores, já que, somente a partir da identificação de suas causas pode-se chegar à prevenção. Maslach, Schaufelli & Leiter (2001), relatam, também, a influência dos fatores sociais, históricos, culturais e econômicos da década de 70, que marcaram a profissionalização das profissões de cuidados e dificultaram o sentimento de satisfação plena com as carreiras.

O primeiro conjunto de pesquisas não começou com um foco sobre o *burnout* e sim temas correlatos, como a emoção que ocorre no ambiente de trabalho. O próximo conjunto de pesquisas foi mais sistemático em sua avaliação de *burnout* porque foi parte de um programa de pesquisa psicométrica para desenvolver uma ferramenta de medida padronizada. Esta pesquisa levou ao desenvolvimento de uma medida chamada Inventário de *Burnout* de Maslach (MBI) que avalia todas as três dimensões de *burnout*,

sendo considerada a ferramenta padrão de investigação neste campo (Maslach e Jackson, 1981a apud Maslach, 1998).

2.3. AS ABORDAGENS TEÓRICAS SOBRE O *BURNOUT*

Um aspecto importante a ser considerado em se tratando da síndrome do *burnout* é o fato de ter que ser entendida como um processo, desenvolvido a partir da estreita relação entre características do ambiente de trabalho e características pessoais. Neste sentido, a investigação da ocorrência da síndrome ou parte de seus sintomas não pode dar-se de forma individual, dissociada do contexto de atuação do profissional, devendo-se, portanto, avaliar as influências que a organização exerce sobre o profissional.

Esta síndrome tem sido abordada ao longo de seu processo de desenvolvimento a partir de quatro perspectivas: a clínica; a sócio-psicológica; a organizacional; e, a sócio-histórica.

A perspectiva clínica compreende um conjunto de sintomas (fadiga física e mental, falta de entusiasmo pelo trabalho e pela vida, sentimento de impotência e inutilidade, baixa auto-estima), podendo levar o profissional à depressão e até mesmo ao suicídio. Foi desenvolvida pelo psiquiatra e psicanalista Freudenberger (1974) e ressalta, sobretudo, as características individuais para o desenvolvimento da síndrome. Esta é uma visão unidimensional da síndrome, pois não incorpora nem os elementos relacionais trazidos pelo fator da *despersonalização*, nem os elementos de suporte organizacional trazidos pelo fator da *reduzida realização profissional*.

A concepção sócio-psicológica descrita por Maslach (1998), evidencia a existência de fatores multidimensionais: a *exaustão emocional* (EE), a *despersonalização* (DE) e a *reduzida realização profissional* (rRP). O primeiro refere-se à sensação de esgotamento tanto físico como mental, ao sentimento de haver chegado ao limite de suas possibilidades. O segundo se refere ao tratamento negativo, cínico, frio e impessoal com os usuários de seus serviços, incluindo a diminuição do idealismo e a indiferença ao que pode vir a acontecer aos demais. O terceiro se refere ao declínio do sentimento de competência e produtividade no trabalho. Evidencia insatisfação com as atividades laborais que vem realizando e, por vezes, desejo de abandonar o trabalho. Maslach também assinala que a análise multidimensional acrescenta uma vantagem sobre a visão unidimensional com que o fenômeno era analisado inicialmente, pois incorpora além da dimensão singular (exaustão), duas outras dimensões: resposta direcionada a outros (despersonalização) e resposta a si mesmo (reduzida realização profissional).

A perspectiva organizacional e a sócio-histórica, descritas por Pereira (2002), interessam nesta abordagem pela referência à influência da organização no desenvolvimento da síndrome. Na primeira o *burnout* é a conseqüência de um desajuste entre as necessidades apresentadas pelo trabalhador e os interesses da organização. Já a segunda, prioriza o papel da sociedade, cada vez mais individualista e competitiva, considerando que ocupações voltadas para a ajuda e o desenvolvimento do próximo, se aproximam de uma perspectiva comunitária e são incompatíveis com os valores predominantes na sociedade atual.

2.4. MODELOS TEÓRICOS DE DESENVOLVIMENTO DO *BURNOUT*

Existe um número grande de modelos que tentam explicar o processo de desenvolvimento do *burnout*, baseados nas pesquisas empíricas realizadas, utilizando o MBI (Maslach Burnout Inventory). Alguns deles são: modelo de Golembiewski, Munzerider & Carter (1983); modelo de fases de Golembiewski, Munzerider & Carter (1983); modelo de Leiter (1993); e, modelo de Büssing & Glasser (2000).

2.4.1. Modelo de Golembiewski, Munzerider & Carter (1983)

Este modelo, representado na Figura 1, descreve que o processo começa com a atribuição de culpa do seu mal-estar às pessoas a quem estão assistindo *(Despersonalização)*, seguido de sentimento de fracasso *(reduzida Realização Profissional)* e, por último, levando a pessoa à *exaustão emocional*.

Tamayo e Tróccoli, 2002, assinalam que na primeira fase ocorre um distanciamento da situação de trabalho estressante, podendo ser de dois tipos: construtivo – quando o profissional não se envolve com o problema do usuário, mantendo empatia no atendimento - ou contraproducente – quando o usuário é tratado com indiferença, cinismo e rigidez.

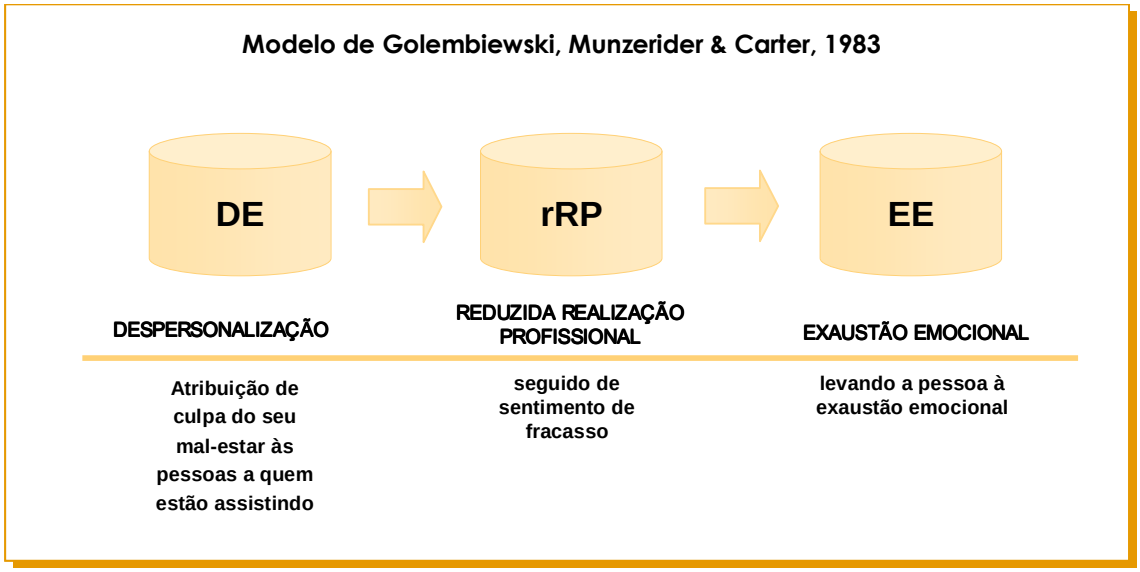


Figura 1 – Modelo de Golembiewsky, Munzerider & Carter, 1983
Fonte: Tamayo &Tróccoli (2002); Pereira (2002)

Segundo Pereira (2002), este modelo teve origem no modelo de fases (Figura 2), desenvolvido pelos mesmos autores que apresentam as três dimensões do *burnout* em dicotomizações (alta e baixa) indicando, através de combinações, a fase do processo em que a pessoa se encontra.

Modelo de Fases do Golembiewski, Munzerider & Carter, 1983

	1	2	3	4	5	6	7	8
DE	B	A	B	A	B	A	B	A
rRP	B	B	A	A	B	B	A	A
EE	B	B	B	B	A	A	A	A

Figura 2 – Modelo de Fases de Golembiewsky, Munzerider & Carter, 1983
Fonte: Pereira (2002)

2.4.2. Modelo de Leiter (1993)

Leiter atribui o início do desenvolvimento do *burnout* à *exaustão emocional*, desencadeada pelas demandas interpessoais e pelas cargas de trabalho. Para lidar com esta exaustão o trabalhador desenvolve atitudes de defesa (isolamento e indiferença no tratamento) surgindo assim a *despersonalização*. A falta de recursos (pessoais e/ou institucionais) leva tanto à despersonalização quanto à baixa na realização profissional (Figura 3).

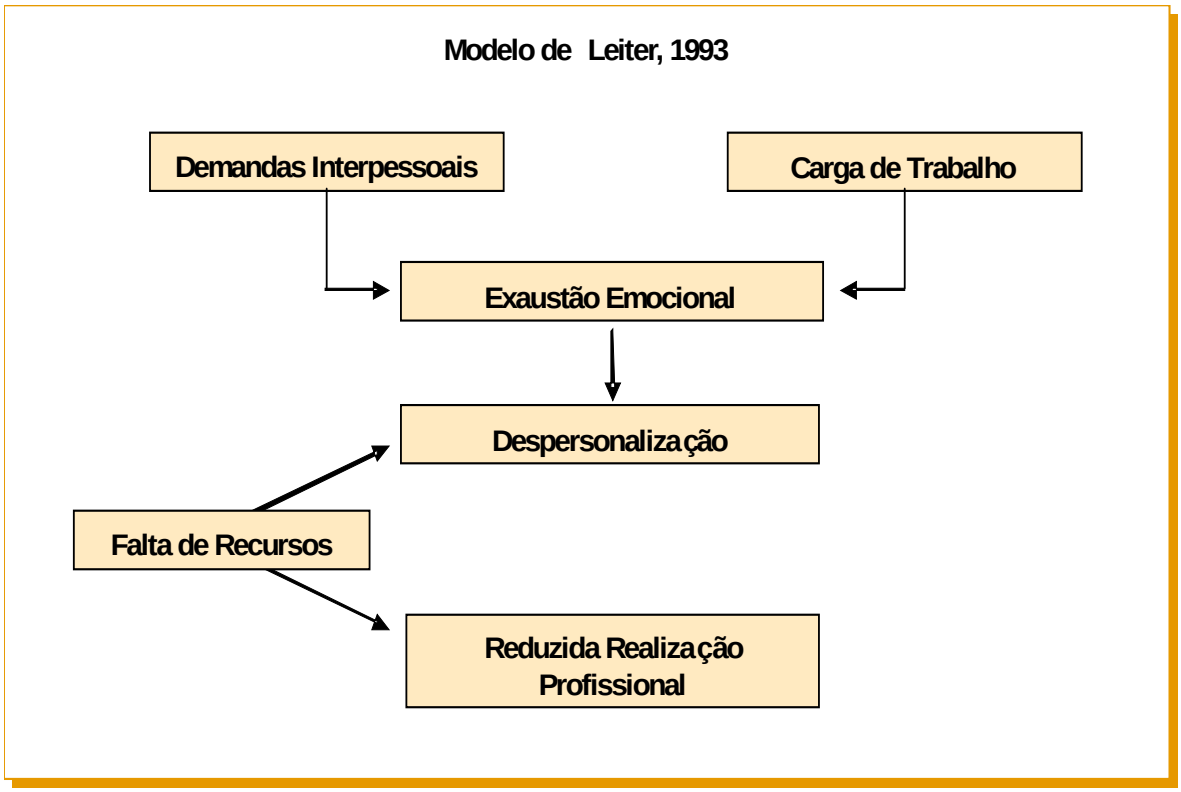


Figura 3 – Modelo de Leiter, 1993
Fonte: Perira (2002)

2.4.2. Modelo de Büssing & Glasser (2000)

Neste modelo, conforme descrito por Pereira (2002), os autores propõem um processo formado por quatro etapas: *estressores laborais*, levantando a capacidade de mediar a emergência dos problemas e interferindo no aparecimento da próxima etapa; *estresse laboral*, que pode levar à terceira etapa; *exaustão emocional*, que por características pessoais e na associação com o estresse laboral podem levar à quarta etapa; *despersonalização*. A autonomia possui a propriedade de ser mediadora e influenciar cada uma das etapas (Figura 4).

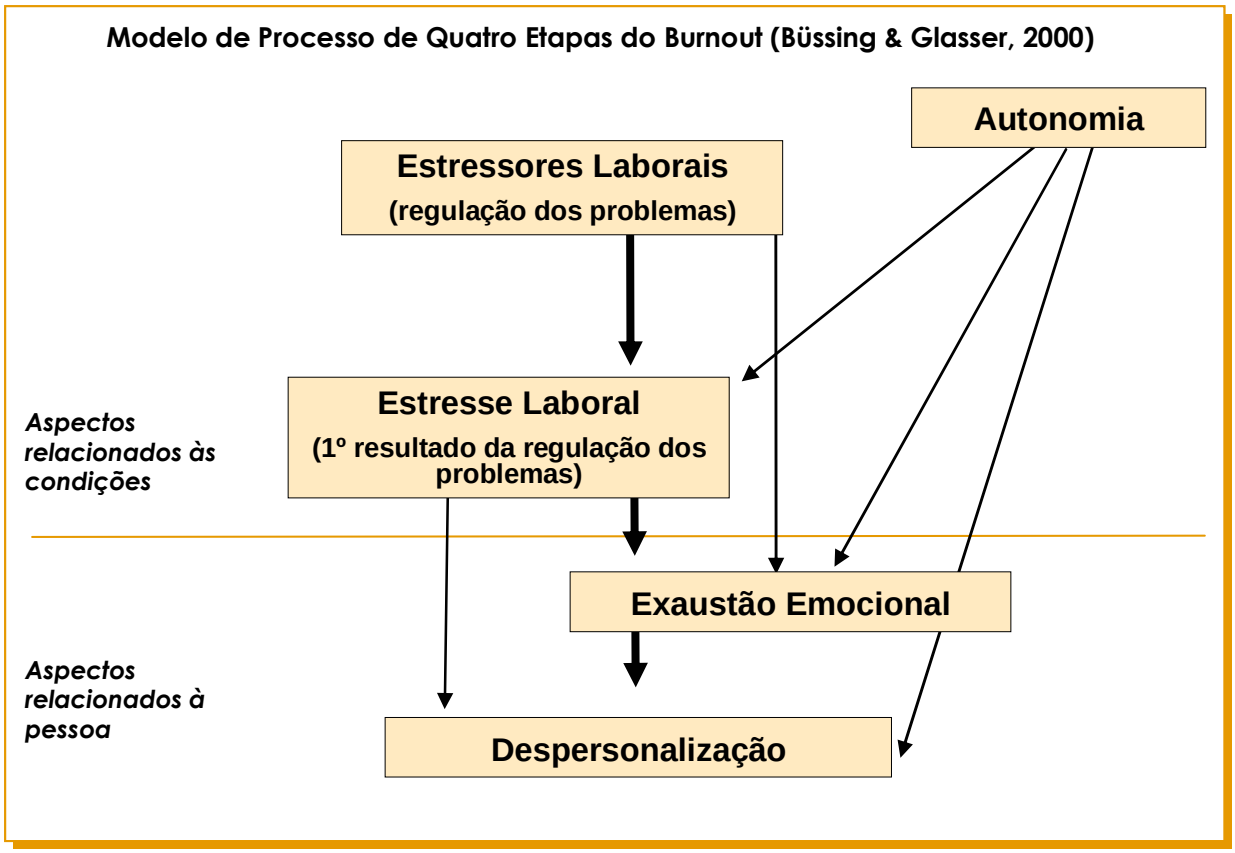


Figura 4 – Modelo de Processo de Quatro Etapas do *Burnout* **(Büssing & Glasser, 2000)**

Fonte: Pereira (2002)

Tamayo (2002) ressalta a importância da identificação da seqüência exata de desenvolvimento do *burnout* para possibilitar: a prevenção, o reconhecimento e o tratamento do *burnout* em tempo oportuno e o mais precocemente possível; a determinação de antecedentes e conseqüentes do *burnout*, com vistas a adotar prescrições para evitá-lo.

2.5. PRINCIPAIS SINTOMAS APRESENTADOS NO PROCESSO DE *BURNOUT*

Os sintomas do *burnout* se manifestam em quatro áreas, a saber: **sintomas físicos** *(fadiga constante e progressiva, distúrbios do sono, dores musculares ou osteomusculares, cefaléias, enxaquecas, perturbações gastrointestinais, imunodeficiência, transtornos cardiovasculares, distúrbios do sistema respiratório, disfunções sexuais, alterações sexuais nas mulheres)*; **sintomas psíquicos** *(falta de atenção, de concentração, alterações de memória, lentificação do pensamento, sentimento de alienação, sentimento de solidão, impaciência, sentimento de insuficiência, baixa auto-estima, labilidade emocional, dificuldade de auto-aceitação, astenia, desânimo, disforia, depressão, desconfiança, paranóia)*; **sintomas comportamentais** *(negligência ou excessivo escrúpulo, irritabilidade, incremento da agressividade, incapacidade para relaxar, dificuldade de aceitação de mudanças, perda de iniciativa, aumento do consumo de substâncias, comportamento de alto risco, suicídio)*; **sintomas defensivos** *(tendência ao isolamento, sentimento de onipotência,*

perda de interesse pelo trabalho ou lazer, absenteísmo, ironia, cinismo). (PEREIRA, 2002)

2.6. PRINCIPAIS VARIÁVEIS DESENCADEADORAS DO *BURNOUT*

Os estudos que avaliam as variáveis desencadeadoras do *burnout* (Pereira, 2002; Tamayo & Tróccoli, 2002; Maslach, Leiter & Schaufeli, 2001; Codo, 1999) tendem a considerar quatro grandes blocos: a) **características pessoais** *(idade, nível educacional, estado civil etc)*; *b)* **características do trabalho** *(tempo de profissão, tipo de ocupação, tempo na instituição, relação com clientes/ colegas, conflito com os valores pessoais etc)*; *c)* **características organizacionais** *(ambiente físico, mudanças organizacionais, normas institucionais, clima, burocracia, comunicação etc)* e d) **características sociais** *(suporte social, suporte familiar, cultura e prestígio).*

De todas essas variáveis cabe ressaltar: *conflito com os valores pessoais* – o profissional é impelido a atuar em desacordo com seus princípios; *mudanças organizacionais* - alterações freqüentes de regras e normas; *normas institucionais* – normas rígidas que impedem a possibilidade de criatividade e controle sobre o trabalho; *clima* – a qualidade do clima laboral está associada à saúde organizacional; *comunicação* – os estilos de comunicação adotados pela organização; *suporte social* – possibilidade de contar com colegas e amigos de confiança; *cultura* – normas, valores e a influência na coletividade.

2.7. MENSURAÇÃO DO *BURNOUT*

O *burnout* tem sido avaliado através de questionários de auto-aplicação, dos quais o mais amplamente utilizado, tendo sido inclusive traduzido, validado e adaptado no Brasil, é o **MBI** *(Maslach Burnout Inventory)*. Existem, como apresentado por Pereira (2002) referindo-se a publicações especializadas, outros inventários para avaliação do *burnout*, a saber: o **CBB** *(Cuestionario Breve del Burnout)* de Moreno-Jiménez, Bustos, Matallana e Miralles (1997); o **JBI** *(Job Burnout Inventory)* de Ford, Murphy e Edwards (1983); o **BM** *(Burnout Measure)* de Pines e Aronson (1988); o **TBS** *(Teacher Burnout Scale)* de Seidman e Zager (1986-1987); o **TAS** *(Teacher Attitude Scale)* de Farber (1984); o **CBP-R** *(Cuestionario del Burnout para Profesores - Revisado)* de Moreno-Jiménez, Garrosa & González (2000); o **SBS-HP** *(Staff Burnout Scale for Health Professionals)* de Jones (1980); e o **CDPE** de Moreno-Jiménez, Garrosa & González (2000).

Dos vários instrumentos existentes para mensuração do *burnout*, dois serão descritos a seguir. Primeiro o MBI *(Maslach Burnout Inventory)*, pela importância e freqüência do uso; segundo, a ECB *(Escala de Caracterização do Burnout)*, por ter sido desenvolvido e validado em estudos na realidade brasileira e por ter sido utilizado neste estudo.

2.7.1. Maslach Burnout Inventory – MBI (Maslach & Jackson, 1986; Maslach, Jackson & Leiter, 1996 apud Tamayo, 2002)

O *Maslach Burnout Inventory* – MBI é o instrumento para mensuração do *burnout* mais utilizado na literatura internacional. Segundo Tamayo (2002), existem três versões deste

instrumento: o *MBI – Service Human Survey*, voltado para os trabalhadores da saúde; o *MBI – Educators Survey*, direcionado aos professores e o *MBI – General Survey* (Anexo 1), desenvolvido para as demais categorias. Todas as versões utilizam uma escala de respostas de 7 pontos (de 0= nunca até 7= diariamente) para medir a frequência com que o indivíduo experimenta os sentimentos típicos do *burnout*.

As características psicométricas do MBI têm sido demonstradas pelos estudos, que apontam para uma consistência interna em todos os seus fatores (EE= α de 0,90; DE= α de 0,79 e RP= α de 0,71). O que pode ser destacado é o *alpha* (α) maior no fator *exaustão emocional*, o que se confirma em outros instrumentos. (Tamayo, 2002; Tamayo & Tróccoli, 2002; Pereira, 2002).

2.7.2. Escala de Caracterização do Burnout – ECB (Tamayo, 2002)

Esta escala foi construída por Tamayo & Tróccoli (2000 apud Tamayo, 2002), buscando obter um instrumento com qualidade intrínseca, capaz de investigar a existência, ou não, no Brasil, da estrutura fatorial sugerida na literatura de *burnout*.

No processo de desenvolvimento desta nova medida, os autores selecionaram itens do MBI, SBS-HP, BM e CBB (referidos anteriormente) e acrescentaram novas afirmativas elaboradas pelos pesquisadores e outras geradas a partir de entrevistas com trabalhadores brasileiros.

A versão final do instrumento (Anexo 2) constou de 39 questões que avaliam os três fatores da síndrome de *Burnout*: exaustão emocional, despersonalização

(desumanização) e reduzida realização profissional (decepção) e utiliza uma escala de resposta de freqüência tipo Likert de 5 pontos (desde 1= nunca até 5= sempre).

2.8. PREVENÇÃO E INTERVENÇÃO NO *BURNOUT*

Existe, na atualidade, um grande número de pesquisas (Pereira, 2002; Garrosa-Hernándes et al., 2002; Maslach, Schaufeli & Leiter, 2001) voltadas para a questão da prevenção e intervenção no *burnout*, algumas propondo o tratamento após a ocorrência e outras focando no como evitar que aconteça. Estas pesquisas apontam para a existência de três níveis de programas de intervenção: programas focados nas respostas do indivíduo, no contexto ocupacional e na interação entre o contexto ocupacional e o indivíduo.

Os programas com foco nas respostas do indivíduo têm como objetivo principal reduzir o *burnout* e aliviar os seus efeitos. É voltado para a educação, buscando a aprendizagem de estratégias para lidar com os fatores associados ao *burnout* do contexto ocupacional. Tem como limitação o fato de o indivíduo não ter o controle sobre uma série de questões ligadas ao contexto ocupacional, o que enfraquece a possibilidade de mudança. Os programas com foco no contexto ocupacional têm como objetivo modificar as situações em que se desenvolve o trabalho, tais como: estratégias de gerenciamento, processo de comunicação, estrutura sociotécnica, entre outras. Por fim, os programas com foco na interação entre o contexto ocupacional e o indivíduo têm como objetivo principal combinar mudanças nas práticas administrativas com as intervenções educacionais descritas acima. Este último é descrito por vários autores (Garrosa-

Hernándes et al., 2002; Maslach, Schaufeli & Leiter, 2001) como sendo o mais eficaz dos três, já que abrange o fenômeno do *burnout* em sua totalidade.

Ainda segundo Garrosa-Hernándes et al. (2002), cada um destes programas, pode ser considerado - preventivo e interventivo - em função da fase de atuação sobre o problema, podendo ser: **primária** – age na natureza do estressor antes que este seja percebido como tal; **secundária** – atua sobre a resposta da pessoa e no contexto ocupacional, quando já existe percepção do estresse; **terciária** – quando já existem sintomas e perda de bem-estar e saúde da pessoa.

Para concluir, embora a literatura especializada ressalte, de um modo geral, a existência de consenso em relação à estrutura dimensional do *burnout*, ainda existe alguma controvérsia em relação ao seu desenvolvimento, apontando para a necessidade de realização de estudos longitudinais que tratem o *burnout* como um processo e não como um estado.

Após a revisão dos aspectos sobre *burnout*, o próximo capítulo será destinado à delimitação do objeto de estudo, as hipóteses, as variáveis e os procedimentos adotados nas etapas da pesquisa.

3. DELIMITAÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO E MÉTODO DE INVESTIGAÇÃO

O presente capítulo tem como finalidade apresentar o delineamento do estudo, indicando seus objetivos, hipóteses e variáveis. Busca-se também apresentar como foi realizado o seu desenvolvimento.

3.1. DELIMITAÇÃO DO OBJETO

Trabalhar num hospital implica em conviver com um contexto permeado por questões vinculadas a cargas psicossociais de trabalho, que incluem a disciplina e a concordância com os valores e regras organizacionais, e também os processos de dor e sofrimento vivenciados pelos usuários de seus serviços no que se refere à interface saúde e doença. Esse contexto lembra freqüentemente ao profissional a sua condição humana e o coloca frente a: cuidar de seres humanos no seu cotidiano de trabalho; e saber que, como ser humano, pode necessitar desses mesmos cuidados ao longo de sua vida. O avanço científico tem permitido o desenvolvimento de tecnologias que visam aperfeiçoar o tratamento e a assistência aos pacientes, mas pouco evoluiu no sentido de preparar e cuidar dos profissionais que têm como ofício acolher a dor e o sofrimento, com todas as questões e significados que os cercam.

Desde a sua criação, o hospital vem mudando a sua caracterização, saindo do pólo assistencialista inicial e indo ao pólo de prestador de cuidados especializados e prevenção. Cada vez mais, os hospitais vêm se estruturando como organizações, mantendo, entretanto, certas especificidades que o diferenciam.

Esta realidade da organização hospitalar traz consigo algumas questões bastante peculiares ao tratamento de enfermos e que colocam em cheque algumas estruturas formais definidas para as organizações em geral. A autonomia técnica dos prestadores de serviço (e, sobretudo dos médicos) tende a entrar em conflito com o sistema de autoridade hierárquica do hospital. É o médico e não o gestor quem decide "o que é melhor para o doente", o que significa claramente duas linhas de autoridade. (Graça, 2003)

Apesar de ter sofrido modificações ao longo do tempo, existe no contexto hospitalar, uma forma bastante peculiar de organização. Cada profissional que trabalha em um hospital tem um papel bem definido e historicamente determinado, desde quando a instituição era controlada pelos religiosos até o momento em que este controle passou para os profissionais médicos, indicando a forma de relacionamento, interdependência, grau de autonomia e hierarquia entre os diversos profissionais que atuam no contexto.

Através das atuais estratégias de administração e gestão de pessoas que exigem do trabalhador um investimento constante em qualificação e desenvolvimento de novas competências que melhorem o resultado do seu trabalho, também o médico vem experimentando uma demanda crescente de ter que conviver com os conflitos entre os interesses dos empregadores, das políticas públicas de saúde, dos planos privados de saúde (que surgiram como intermediários na relação médico-paciente), dos pacientes e da família dos pacientes. Assim, no sentido de diminuir os custos, otimizar os recursos disponíveis e aumentar a produtividade, o trabalhador médico tem se distanciado do foco principal de sua atuação - o relacionamento com os pacientes. Isto coloca estes profissionais expostos a situações de tensão, interferindo nas suas condições físicas e

emocionais, afetando a motivação e aumentando a vulnerabilidade destes para a apresentação de sintomas relacionados ao desgaste emocional e ao estresse ocupacional. Se por um lado, as organizações hospitalares públicas, sociais ou filantrópicas convivem com um contexto de limitação de recursos tanto financeiros quanto tecnológicos e humanos, por outro lado, as organizações hospitalares particulares estão inseridas em um mercado competitivo, orientadas pela lógica atual da prestação de serviços onde atenção à saúde passa a ser considerada como um bem de consumo, interferindo de forma substancial na relação médico x paciente, agora transformada na relação entre prestador de serviços x cliente.

Considerando a estreita relação entre características do ambiente de trabalho e características pessoais para o desenvolvimento da síndrome do *burnout*, o presente estudo pretendeu investigar as implicações do contexto das organizações hospitalares na saúde psíquica do médico. Para isso buscou-se responder a uma questão norteadora: qual a percepção dos trabalhadores médicos sobre a organização hospitalar a que estão vinculados e como avaliam a sua saúde psíquica?

Para responder a esta questão foram desenvolvidos os objetivos a seguir.

3.2. OBJETIVOS

O objetivo geral deste trabalho é analisar a relação entre o trabalho médico e a ocorrência da síndrome do *burnout*.

Os objetivos específicos são:

1. Investigar a percepção do médico pediatra sobre aspectos do seu processo de trabalho, a saber: controle sobre o trabalho, cargas de trabalho e reconhecimento;
2. Avaliar a intensidade dos fatores da síndrome de *burnout*: (exaustão emocional, despersonalização e reduzida realização pessoal) entre os médicos pediatras;
3. Explorar a relação entre a percepção do médico pediatra sobre os aspectos do seu trabalho e os fatores da síndrome de *burnout*.

3.3. HIPÓTESES

Hipótese Básica:

Existe relação entre o processo de trabalho do médico pediatra (controle sobre o trabalho, cargas de trabalho e reconhecimento) e os fatores da síndrome de *burnout* (exaustão emocional, desumanização (despersonalização) e decepção (reduzida realização pessoal)).

Hipóteses Específicas:

H1: A percepção de altas cargas de trabalho está associada à ocorrência do *burnout.*

H2: A percepção de baixo controle sobre o trabalho está associada à ocorrência do *burnout.*

H3: A percepção de baixo grau de reconhecimento profissional está associada à ocorrência do *burnout.*

3.4. DIAGRAMA DO ESTUDO – Analogia com o Caleidoscópio

O digrama de estudo, conforme apresentado na Figura 5, faz analogia com o caleidoscópio[3], e foi desenvolvido baseado na concepção de MASLACH (1998) sobre o *burnout*, como uma experiência de estresse individual embebida em um contexto de relações sociais complexas.

Através da analogia com o caleidoscópio, podemos visualizar a influência entre a percepção dos médicos pediatras sobre as cargas de trabalho, o controle sobre o trabalho e o reconhecimento, aliada às características pessoais e funcionais, para o desenvolvimento da síndrome do *burnout* nos trabalhadores.

As situações vivenciadas pelos trabalhadores com relação ao seu trabalho vão se modificando pela influência de uma área na outra; estão sempre em movimento; não se repetem.

[3] Caleidoscópio - "instrumento cilíndrico, em cujo fundo há fragmentos móveis de vidro colorido, os quais, ao refletirem-se sobre um jogo de espelhos angulares dispostos longitudinalmente, produzem combinações de magens de cores variadas; sucessão rápida e cambiante de impressões e sensações". Novo Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa. 1986, pg. 321.

Figura 5: Diagrama do Estudo

3.5. VARIÁVEIS DO ESTUDO

A) ASPECTOS DO PROCESSO DE TRABALHO MÉDICO

Percepção dos trabalhadores sobre a organização e as condições de trabalho nas organizações hospitalares a que estão vinculados. Serão enfocados os seguintes aspectos:

- **Controle sobre o trabalho:** refere-se à possibilidade do trabalhador definir forma e critério de organização do seu trabalho, ter autonomia para mudar o que achar necessário;
- **Cargas de trabalho:** refere-se à quantidade, variedade e complexidade do trabalho a ser realizado; cargas físicas e psíquicas, carga horária de trabalho, tipo de vinculação com a organização, tipo de cliente, nível de exigência do cliente;
- **Reconhecimento:** refere-se ao retorno fornecido pelas chefias e colegas sobre o desempenho do trabalhador e do reflexo produzido pelo seu trabalho.

B) SÍNDROME DE *BURNOUT*

Percepção dos trabalhadores sobre a saúde psíquica, tomando como base a relação com as organizações hospitalares a que estão vinculados. Serão enfocados os seguintes fatores:

- **Exaustão Emocional:** presença de sintomas de fadiga e esgotamento energético emocional, sentimento de estar sendo superexigido. Esta dimensão reflete o aspecto de estresse individual do *burnout;*
- **Despersonalização:** presença de atitudes negativas de dureza e distanciamento excessivo dos profissionais em relação às pessoas usuárias dos seus serviços. Esta dimensão representa o aspecto interpessoal do *burnout;*
- **Reduzida Realização Pessoal:** presença de sentimentos de incompetência, percepção de um desempenho insatisfatório no trabalho. Esta dimensão reflete o aspecto de auto-avaliação do *burnout.*

C) CARACTERÍSTICAS PESSOAIS: sexo, idade, estado civil, titulação acadêmica, tempo de exercício da profissão, tempo dispensado em aperfeiçoamento, carga horária de trabalho semanal (incluindo todos os vínculos).

D) CARACTERÍSTICAS FUNCIONAIS: tempo de empresa, área em que trabalha na Pediatria (emergência, UTI, ambulatório, enfermaria), tipo de vinculação com a organização hospitalar, turno de trabalho, regime de trabalho, carga horária na organização.

3.6. ESTRATÉGIAS METODOLÓGICAS DA PESQUISA

3.6.1. Definição do estudo

Esta pesquisa se caracteriza como descritiva e de corte transversal. Envolveu análises, predominantemente, da dimensão quantitativa, coletadas através da identificação da percepção dos trabalhadores sobre a organização e condições de trabalho nas organizações investigadas e da avaliação das médias encontradas nos fatores da síndrome de *burnout*. Também foram incorporados aspectos da dimensão qualitativa obtidos tanto através das questões abertas do questionário, quanto em comentários feitos pelos participantes durante a aplicação do questionário.

3.6.2. Contexto do estudo

O estudo de campo foi realizado em duas organizações, ambas escolhidas por terem a área de pediatria dentro das suas especialidades e possuírem em seu quadro funcional trabalhadores médicos atuando nestas áreas. As organizações têm características diferentes, sendo uma de iniciativa filantrópica, que será designada de Organização A e a outra de iniciativa privada, que será designada de Organização B.

3.6.3. Participantes

Os participantes constituem os trabalhadores médicos efetivos, que atuam na área de pediatria, (n=50) para a organização A e (n=26) para a organização B, excluídos os trabalhadores afastados por licenças regulamentares e/ou doenças e férias (n=03) para a organização A e (n=01) para a organização B, sendo contemplados 84% (n=42) da organização A e 80,76% (n=21) da organização B (Tabela 1).

Tabela 1 – Percentagem de trabalhadores das Organizações A e B participantes do estudo.

ORGANIZAÇÕES	***EFETIVOS***	***PARTICIPANTES***	
	N	**N**	**%**
Organização A	50	42	84,00
Organização B	26	21	80,76
TOTAL	**76**	**63**	**82,89**

Os participantes foram incorporados em função da disposição em integrar o estudo, já que todos foram convidados a participar do estudo através do cartaz de divulgação e de contatos com a própria pesquisadora onde eram esclarecidos os objetivos e estratégias metodológicas que seriam adotados.

Dos trabalhadores em exercício que não responderam ao questionário, 77% (n=10) deveu-se ao fato de ser muito comum nesta área, a prática de trocas de plantão entre os colegas, o que inviabilizava o encontro com a pesquisadora e apenas 23% (n=3) pela recusa direta tendo como justificativa a falta de tempo pela elevada carga horária que cumprem na sua semana de trabalho.

Vale ressaltar que, durante a aplicação do questionário, houve uma boa aceitação da pesquisa, demonstrada pelo interesse em conhecer o resultado do levantamento e considerações tipo “finalmente alguém se preocupa com a nossa saúde psíquica”.

Destes 63 participantes, 04 possuíam vinculação nas duas organizações investigadas. Tomou-se a decisão de incluí-los apenas na organização B, sendo utilizado como critério de escolha o fato de a organização B possuir um quantitativo de médicos pediatras menor do que a organização A. A amostra passou a se constituir de 59 participantes, sendo 38 da Organização A e 21 da Organização B.

2.6.4. Instrumento

Adotou-se como instrumento de coleta de dados, um questionário com questões abertas e fechadas, respondido pelo próprio médico e acompanhado pelo pesquisador, buscando assegurar apoio aos participantes do estudo, já que as questões envolvidas poderiam gerar mobilização pelos conteúdos investigados.

O questionário é composto de cinco partes de questões: 1ª Identificação geral; 2ª Formação e atualização profissional; 3ª Características do trabalho; 4ª Percepção sobre o processo de trabalho; 5ª Percepção sobre aspectos de saúde e trabalho.

PARTE I: Identificação geral

Esta parte foi composta por questões de identificação dos participantes, consideradas importantes para o estudo, tais como: idade, sexo, estado civil, quantidade de filhos.

PARTE II: Formação e Atualização Profissional

Questões voltadas para graduação, pós-graduação, especialização em pediatria e tempo investido em atualização.

PARTE III: Características do Trabalho

Questões que investigam o tempo de exercício profissional geral e na organização, carga horária, turno de trabalho e tipo de vinculação com a organização investigada, outros vínculos e carga horária de trabalho semanal.

Nesta parte incluiu-se três questões abertas, buscando investigar a Imagem dos participantes sobre: o Pediatra, o Pediatra na clínica/ hospital e o Paciente na clínica/ hospital.

PARTE IV: Percepção sobre o Trabalho Médico

Nesta parte buscou-se investigar a percepção dos trabalhadores sobre a organização e as condições de trabalho na organização alvo da pesquisa. Desta forma pretendeu-se investigar duas das variáveis principais do estudo.

Para esta finalidade, utilizou-se parte do questionário aplicado por Esteves (2004) em seu estudo na nossa realidade, cujos itens advêm do *Job Diagnostic Questionaire* – JDS, desenvolvido a partir do modelo apresentado por Hackman e Oldham (1975), para explicar dimensões do trabalho, validado por Bastos (1991, 1994) e utilizado por Fernandes (1997) e do *Job Content Questionaire* – JCQ, traduzido por Araújo (1999) (apud Esteves, 2004); acrescentou-se também questões sobre reconhecimento, selecionadas de questionários de levantamento de clima organizacional.

Esta parte constou de 33 questões, sendo 32 utilizando uma escala de frequência de respostas do tipo Likert de 5 pontos (1=discordo fortemente, 2=discordo, 3=concordo parcialmente, 4=concordo e 5=corcordo fortemente) e uma questão aberta relativa aos aspectos positivos e negativos da estratégia de gerenciamento e sua influência na saúde do trabalhador.

PARTE IV: Percepção sobre Aspectos de Saúde e Trabalho

Nesta parte utilizou-se a Escala de Categorização do *Burnout* (ECB) desenvolvida e validada no Brasil por Tamayo & Tróccoli (2000) para avaliar o *burnout* no trabalho.

A EBC avalia os três fatores da síndrome de *burnout*: exaustão emocional, despersonalização e reduzida realização profissional, sendo que utiliza como itens: exaustão emocional, desumanização (despersonalização) e decepção (reduzida

realização profissional), que serão tratados como similares. É composta de 39 questões e utiliza uma escala de resposta de freqüência tipo Likert de 5 pontos (1 = nunca; 2 = raramente; 3 = algumas vezes; 4 = frequentemente; 5 = sempre).

Optou-se por utilizar esta escala (EBC) por ter sido desenvolvida e validada em estudo na nossa realidade.

A escala apresentou os seguintes fatores na sua validação: exaustão emocional (alpha 0,93) desumanização (alpha 0,84) e decepção (alpha 0,90). O estudo que validou esta escala foi realizado com trabalhadores da Polícia Civil, o que implicou na substituição das palavras vítima e preso, por paciente e família, para adequar ao presente estudo.

Ao final do questionário, disponibilizou-se um espaço livre para observações dos participantes.

Estudo piloto

O estudo piloto foi realizado envolvendo n=8 médicos pediatras que atuam em organizações privadas e/ou públicas, visando avaliar o tempo médio de resposta, a coerência do instrumento e a correlação das questões com a prática do médico.

As sugestões foram incorporadas, tendo gerado algumas modificações no instrumento original, principalmente em questões específicas da pediatria e em relação à terminologia empresarial, desconhecida para a maioria.

2.6.5. Coleta de dados

Foi feito contato com as duas organizações escolhidas para serem incorporadas à pesquisa, buscando autorização para viabilização do estudo.

Na primeira organização o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa e na segunda organização pela Gerência Médica, após discussão sobre o projeto.

Inicialmente foi realizada uma divulgação entre os participantes apresentando o objetivo e informações gerais sobre a pesquisa.

A coleta de dados foi realizada no período de (60) dias, por meio da auto-aplicação do questionário a médicos pediatras, no horário e no próprio local de trabalho (consultório, posto de enfermagem, sala dos médicos), respeitando a disponibilidade e adesão voluntária ao estudo.

2.6.6. Análise de dados

Para os dados quantitativos foram realizadas: análises exploratórias, buscando avaliar o banco de dados; análises descritivas, para identificar as médias, medianas, desvio padrão e coeficiente de variação; e, análises estatísticas inferenciais como correlação, regressão linear múltipla, teste de significância e análise de variância. Análises de confiabilidade (*alpha de Cronbach*) foram realizadas para todos os instrumentos utilizados no estudo, para avaliar a consistência interna e estabilidade. Foram utilizados

os softwares Epiinfo 6,0 para digitação dos dados e Statistical Package for Social Science (SPSS). FOR Windows, Versão 10.0 para análise dos dados.

Com relação à investigação da síndrome de *Burnout*, os dados foram organizados considerando a média das respostas dos participantes em cada fator do *Burnout*, conforme foi realizado no estudo de TAMAYO (2002) em que a Escala de Caracterização do *Burnout*[4] foi validada. Nesta escala, ainda não foi desenvolvida pelos autores uma técnica para classificar o *Burnout*, caracterizando os fatores desta síndrome em diferentes níveis de severidade, como também captar as suas fases de desenvolvimento, sugerido pelos autores para estudos posteriores. (apud TAMAYO & TRÓCCOLI,2002)

Com relação à investigação das variáveis da organização hospitalar, foram seguidas as sugestões do JDS e JCQ. A partir dos dados coletados, encontrou-se a média de cada um dos itens, indicando assim a reorganização dos dados da seguinte forma: 01 – dados abaixo da média do presente estudo e 02 – dados acima da média do presente estudo. (apud Esteves, 2004)

[4] Em contato com os Profs. Drs. Bartholomeu Tróccoli e Maurício Tamayo, UNB 2005, autores da Escala de Categorização do *Burnout*, fui informada de que ainda não existe uma normatização desta escala. Sendo assim, foi sugerido que, a partir da média das respostas deste estudo, fossem distribuídos os participantes, considerando respostas abaixo e acima da média encontrada no neste estudo.

Os dados qualitativos foram obtidos através das respostas às questões abertas do questionário ou comentários feitos ao pesquisador durante o preenchimento do mesmo. Estes dados foram categorizados, hierarquizados e apresentados através de mapas cognitivos, favorecendo a análise descritiva.

Os mapas cognitivos foram construídos no programa Mind Manager X5 PRO, especializado em modelos de visualização e gerenciamento de informações. A construção dos mapas adveio de respostas abertas concedidas a 03 questões, sendo agrupadas semanticamente em categorias de análise. A disposição gráfica das respostas nos mapas segue a seguinte lógica: a) as respostas de maior freqüência são disponibilizadas na parte superior do mapa, com o tipo de letra (fonte) maior, de modo a destacar as idéias mais fortemente evocadas. Na porção média do mapa, são apresentadas as respostas de freqüência mediana, enquanto que na porção inferior, são postas as de menor freqüência; b) estas respostas, além de apresentarem os valores relativos à freqüência absoluta simples, são diferenciadas também por sua cor no mapa. Sendo assim, foi definido que as respostas que são destacadas na cor verde dizem respeito a uma idéia ou sentimento satisfatório sobre a pergunta. Já, as que são destacadas na cor vermelha, correspondem a idéias ou sentimentos negativos. As categorias de resposta que apresentam uma cor azul apresentam idéias ou sentimentos tanto positivos quanto negativos.

Os principais resultados serão apresentados no próximo capítulo sobre Resultados e Discussão.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Este capítulo tem como objetivo apresentar e discutir os principais resultados encontrados na coleta de dados e correlacioná-los com a revisão de literatura e outros estudos sobre o tema.

Este estudo foi realizado em duas organizações com características diferentes, embora existam muitas semelhanças, principalmente no que diz respeito à estrutura de atendimento. A Organização A é uma instituição filantrópica, de assistência e ensino médico e a Organização B é uma empresa particular, de assistência de saúde na área de pediatria.

4.1. DADOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS DOS PARTICIPANTES DO ESTUDO

4.1.1. Características pessoais

Dos médicos pediatras participantes do estudo, 83,1% são do sexo feminino e 16,9% são do sexo masculino, o que sugere uma tendência de escolha desta especialidade. Estes dados se confirmam através de informações obtidas pelo CREMEB (Conselho Regional de Medicina do Estado da Bahia, 2005), em que dos 514 médicos são inscritos nesta entidade com especialização em pediatria, 74,3% são do sexo feminino e apenas 25,7% são do sexo masculino. Esta tendência não se confirma quando tomamos como base o total de médicos (12.987) inscritos no CREMEB em que 41.5% são do sexo feminino e 58,5% são do sexo masculino. MENEGAZ (2004), em seu estudo sobre características da incidência de *burnout* em pediatras de uma organização hospitalar

pública, analisando uma amostra de 41 pediatras, esta tendência é confirmada, com 75,6% de participantes do sexo feminino e 24,4% do sexo masculino.

Tabela 2 – Distribuição percentual dos participantes por características pessoais

	Organização A		Organização B		TOTAL	
Características Pessoais	**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**
SEXO						
Feminino	31	81,6	18	85,7	49	83,1
Masculino	7	18,4	3	14,3	10	16,9
TOTAL	38	100,0	21	100,0	59	100,0
FAIXA ETÁRIA						
24-29	16	42,1	4	19,0	20	33,9
30-39	12	31,6	13	61,9	25	42,4
>40	10	26,3	4	19,1	14	23,7
TOTAL	38	100,0	21	100,0	59	100,0
ESTADO CIVIL						
Solteiro	14	36,8	8	38,1	22	37,3
Casado	19	50,0	9	42,9	28	47,4
Divorciado/ Separado	5	13,2	4	19,0	9	15,3
TOTAL	38	100,0	21	100,0	59	100,0
FILHOS						
Sim	21	55,3	11	52,4	32	54,2
Não	17	44,7	10	47,6	27	45,8
TOTAL	38	100,0	21	100,0	59	100,0
MAIOR TITULAÇÃO						
Doutorado	2	5,3	1	4,8	3	5,1
Mestrado	6	15,8	3	14,3	9	15,3
Especialização	19	50,0	13	61,9	32	54,2
Residência	11	28,9	4	19,0	15	25,4
TOTAL	38	100,0	21	100,0	59	100,0

Conforme indicado na Tabela 2, possuem idade variando de 24 a 66 anos, com idade média de 45 anos, sendo que o maior percentual se encontra na faixa de 30 – 39 anos (42,4%), seguida da faixa de 24 – 29 anos (33,9%). Com relação ao estado civil: 47,4%

- casado; 37,3% - solteiro; 15,3% - divorciado/ separado. Com relação a filhos, 32 participantes (54,2%) possuem filhos.

No que diz respeito à titulação, a maioria (54,2%) está no nível de especialização, seguido de (25,4%) de residência médica e apenas (15,3%) de mestrado e (5,1%) de doutorado. Foram agrupados participantes com cursos de pós-graduação completos e incompletos. Houve uma grande ênfase na questão da necessidade de atualização constante em virtude do avanço científico e tecnológico percebido na área médica. (Tabela 2)

4.1.2. Características funcionais

Com relação às características funcionais (Tabela 3), a maioria dos participantes (59,3%) possui mais de seis anos de formado, tendo variado no intervalo de 1 a 40 anos de formado.

Com relação à carga horária de trabalho semanal como médico, a maioria trabalha até 71 horas (66,1%), havendo uma variação de 28 a 102 horas de trabalho semanal, com média de 65 horas. Este é um dado que merece ser ressaltado, considerando que a semana tem 168 horas e este investimento na área profissional compromete as outras áreas da vida do indivíduo (Tabela 3).

Tabela 3 – Distribuição percentual dos participantes por características funcionais

	Organização A		Organização B		TOTAL	
Características Funcionais	**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**
TEMPO DE FORMADO (ANOS)						
até 5	20	52.6	4	19,0	24	40,7
acima de 6	18	47,4	17	81,0	35	59,3
TOTAL	38	100,0	21	100,0	59	100,0
CARGA HORÁRIA SEMANAL TOTAL (HORAS)						
até 71	23	60,5	16	76,2	39	66,1
acima de 72	15	39,5	5	23,8	20	33,9
TOTAL	38	100,0	21	100,0	59	100,0

Com relação às características funcionais vinculadas à organização de trabalho, a maioria dos participantes (39,0%) atua na organização entre 2 e 5 anos, com carga horária de até 24horas (62,7%). O percentual (37,3%) dos participantes que trabalham acima de 24 horas semanais, deve-se, principalmente, à carga horária da Residência Médica que é de 60 horas de dedicação por semana.

Com relação ao turno de trabalho na organização, a maioria (40,7%) trabalha em escala mista, ou seja, não possui um turno de trabalho definido, podendo trabalhar em qualquer um dos três turnos: manhã, tarde ou noite. Esta composição da escala tanto pode estar subordinada aos interesses e necessidades da organização, quanto aos interesses e disponibilidade do trabalhador. Em ambos os casos, esta composição pode trazer conseqüências como: privilégio de alguns profissionais, dificuldade de planejar outras atividades, comprometimento de horários nobres como finais de semana e feriados, hierarquia por tempo de serviço etc.

Tabela 4 – Distribuição percentual dos participantes por características funcionais vinculadas à organização

	Organização A		Organização B		TOTAL	
Características Funcionais	**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**
TEMPO TRABALHO NA ORGANIZAÇÃO (ANOS)						
até 1	9	23,7	9	42,8	18	30,5
2 – 5	17	44,7	6	28,6	23	39,0
acima de 6	12	31,6	6	28,6	18	30,5
TOTAL	38	100,0	21	100,0	59	100,0
CARGA HORÁRIA SEMANAL NA ORGANIZAÇÃO						
12 – 24	23	60,5	15	71,4	38	64,4
acima de 25	15	39,5	6	28,6	21	35,6
TOTAL	38	100,0	21	100,0	59	100,0
TURNO DE TRABALHO NA ORGANIZAÇÃO						
Somente manhã	6	16,3	1	4,8	7	11,9
Somente tarde	4	10,8	0	0	4	6,8
Manhã e tarde	12	32,4	6	28,6	18	30,5
Somente noite	1	2.7	4	19,0	5	8,5
Escala mista	14	37,8	10	47,6	24	40,7
TOTAL	37	100,0	21	100,0	58	100,0
TIPO DE VINCULAÇÃO						
Assalariado	5	13,1	1	4,8	6	10,2
Cooperado	15	39,5	7	33,3	22	37,3
Prestador de Serviços	5	13,2	13	61,9	18	30,5
Bolsa de Residência	13	34,2	0	0,0	13	22,0
TOTAL	38	100,0	21	100,0	59	100,0
REGIME DE PLANTÃO						
Sim	24	63,2	21	100	45	76,3
Não	14	36,8	0	0	14	23,7
TOTAL	38	100,0	21	100,0	59	100,0
CARGA HORÁRIA COMO PLANTONISTA						
até 12	5	20,8	5	23,9	10	22,2
13 – 24	9	37,5	12	57,1	21	46,7
acima de 25	10	41,7	4	19,0	14	31,1
TOTAL	24	100,0	21	100,0	45	100,0

Com relação ao tipo de vinculação, somente (10,2%) dos participantes possui vínculo empregatício com a organização investigada e está protegido pelo Código de Leis Trabalhistas. Os demais estão vinculados através de cooperativa (37,3%), prestando serviços como autônomos (30,5%) ou com bolsa de residência médica (22,0%). O tipo de vinculação pode traduzir a segurança sentida pelo trabalhador em relação ao seu trabalho.

A maioria dos participantes trabalha em regime de plantão (76,3%) e destes plantonistas a maioria trabalha em carga horária semanal (46,7%) entre 13 e 24 horas. Apesar de não ser a maioria, vale ressaltar o percentual (31,1%) que trabalha como plantonistas com uma carga horária maior do que 25 horas semanais.

Entre os resultados encontrados por Nascimento Sobrinho (2004) em seu estudo sobre condições de trabalho e saúde dos médicos em Salvador em que analisou uma amostra de 350 médicos, merece destaque, pela correlação com o presente estudo, os seguintes resultados: *a pediatria foi a segunda especialidade mais freqüente com 8,2% dos médicos (a primeira foi ginecologia e obstetrícia com 12,6% e a terceira foi cirurgia geral com 5,7%); 58,4% dos médicos têm carga horária semanal de trabalho superior a 40 horas; 40% realizam atividade em regime de plantão e destes 60% têm carga horária superior a 24 horas semanais; 36% das mulheres e 18% dos homens apresentaram distúrbios psíquicos menores (DPM), como estresse, ansiedade e depressão; 38,0% trabalham no setor privado, 35,6% no setor público e 26,7% em consultório particular; 79,0% dos médicos tinham duas ou mais inserções no mercado de trabalho; e, 47,3% dos médicos não possuem vínculo empregatício, sendo prestadores de serviços.*

4.2. O CONTEXTO DE INVESTIGAÇÃO – ORGANIZAÇÕES E PROFISSIONAIS

Durante as visitas para aplicação do instrumento de pesquisa, observou-se uma estrutura de boa qualidade para o atendimento nas duas organizações investigadas, apesar de na Organização B os espaços estarem diminuídos em relação à estrutura inicial, devido a uma reestruturação da empresa com redução de sua capacidade estrutural e de atendimento à metade. Quanto aos espaços de atendimento como consultórios, postos de enfermagem ou postos de UTI, em sua maioria, são bem estruturados, contando com equipamentos necessários ao atendimento médico em ambas as organizações.

Os trabalhadores médicos não possuem salas de trabalho privativas, sendo os espaços compartilhados coletivamente, a depender de quem esteja trabalhando naquele horário. Os momentos de convivência entre colegas são breves e, na maioria das vezes, sem privacidade o que não permite um aprofundamento e compartilhamento de vivências pessoais com relação ao exercício da profissão médica na área de pediatria.

A demanda de atendimento é alta nas duas organizações investigadas e como, na maioria das vezes, a produtividade é que determina a remuneração, os trabalhadores priorizam o atendimento aos pacientes a outras atividades de desenvolvimento, de troca ou de maior envolvimento com as questões específicas da organização.

Apesar de não ter sido objetivo principal deste estudo, foi solicitado aos participantes que completassem a sentença – o pediatra é visto como – buscando identificar qual a imagem que estes pediatras acreditam que os pacientes e familiares têm, de um modo

geral, em relação àqueles que os atendem. A mesma questão também foi realizada sobre o pediatra – “o pediatra é visto como nesta clínica/ hospital” - e sobre o paciente – “o paciente é visto como nesta clínica/ hospital” –, com relação às organizações investigadas e o resultado será apresentado especificamente por organização.

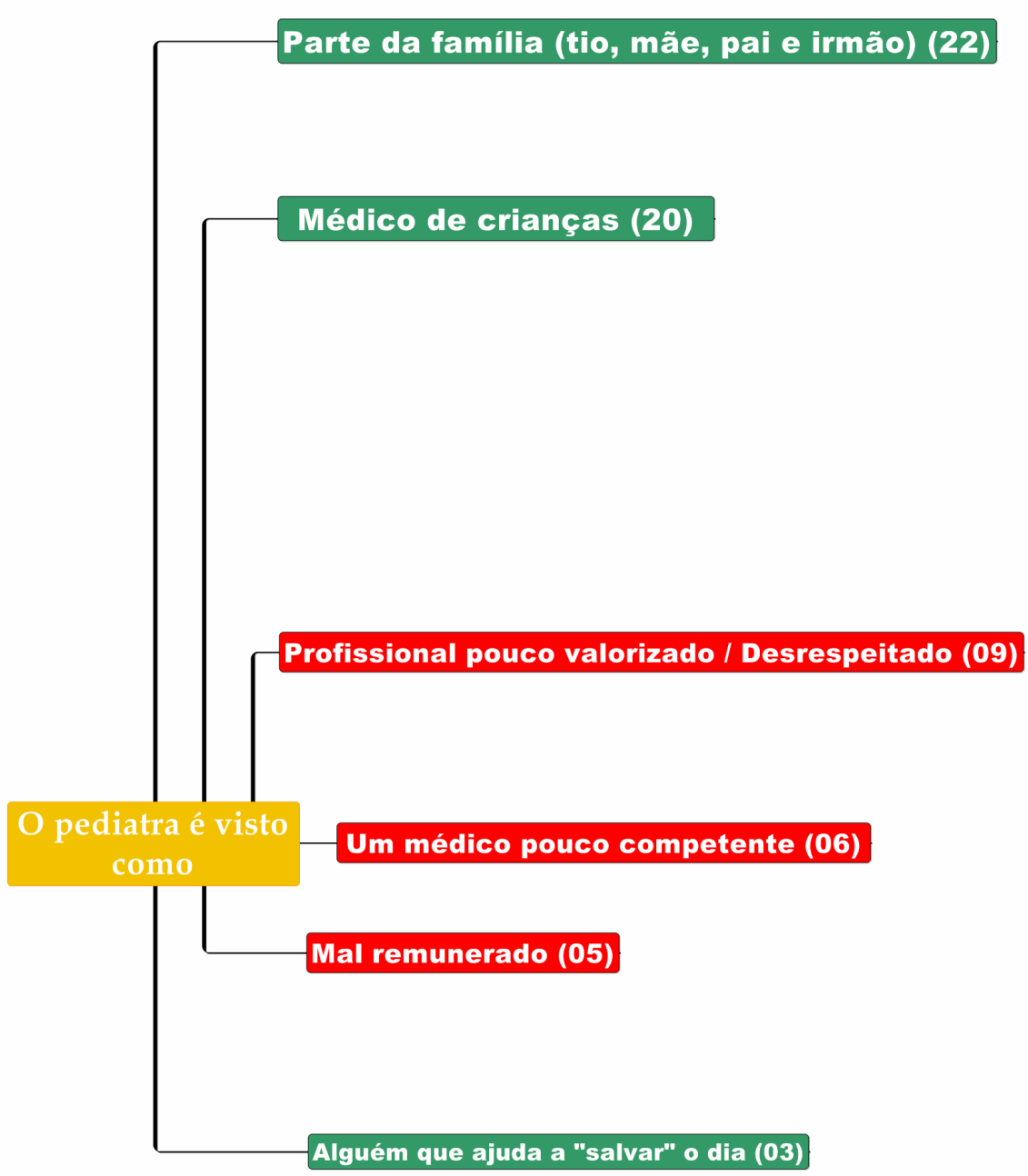


Figura 6 – Imagem do pediatra (n=59)

O significado mais evocado foi o de pediatra visto como uma “pessoa da família”, com 37,3%, seguido de “médico de crianças” referido por 33,9% dos participantes. Estes significados aliado a “alguém que ajuda a “salvar” o dia” (5%) indicam uma visão positiva em relação a esta atuação, em contraste com significados como “profissional pouco valorizado / desrespeitado” (15,3%), “um médico pouco competente” (10,2%) e “mal remunerado” (8,5%) que indicam uma visão negativa e pessimista de atuação do médico nesta área. Estes significados negativos reforçam um sentimento partilhado pelos pediatras, sobre a falta de reconhecimento da especialidade na classe médica, indicando uma hierarquização das especialidades, onde a pediatria se situa entre as menos valorizadas e remuneradas. Isto fica evidente na resposta de um participante, preceptor de residência médica, que disse:

> “(...) *às vezes fica até difícil preencher as 10 vagas de residência médica em pediatria, enquanto que para as outras especialidades existe sempre um número de interessados bem maior do que o de vagas. A pediatria exige muito. Estamos lidando com a criança e seus familiares também, precisamos ter um conhecimento amplo e normalmente somos mal remunerados por isto. O estudante e o recém-formado acabam optando por outras áreas ou por especialidades dentro da pediatria e a puericultura fica prejudicada*”.

Percebe-se, no entanto, que apesar de terem aparecido sentimentos negativos em relação à imagem do pediatra, os sentimentos positivos se sobrepõem, indicando talvez que os trabalhadores que se dedicam a esta área trazem um forte sentimento de necessidade de ajuda e acompanhamento do desenvolvimento da criança.

Em relação à Organização A, apesar de ser uma instituição filantrópica e sem fins lucrativos, encontrou-se uma estrutura de ótima qualidade e adequada ao atendimento e à permanência dos pacientes e de seus familiares, contando inclusive com atividades

específicas para as mães, no que diz respeito a informações e serviços de assistência à mulher e para as crianças, com atividades lúdicas e educacionais.

A característica de unidade filantrópica e de ensino destaca-se como uma marca forte, refletindo-se na percepção dos médicos em relação ao trabalho que desenvolvem na organização, o que pode ser exemplificado por alguns comentários feitos pelos participantes desta organização, nas questões abertas e/ou durante a aplicação do instrumento de pesquisa.

> *"Acho que o hospital faz um belo trabalho, atendendo a uma população carente".*

> *"Gosto muito do que faço, sinto imenso prazer em acordar e vir para o trabalho. Realizo-me atendendo meus pequenos pacientes, tenho boa relação médico-paciente. Tenho muita satisfação em trabalhar com médicos residentes e estudantes de Medicina, pois no dia a dia aprendo com eles, e eles fazem com que eu me mantenha atualizado e em busca de algo mais".*

> *"Sinto-me orgulhoso por ter um preparo científico bom para auxílio do paciente grave. Isto me faz sentir diferenciado em comparação com meus colegas pediatras. Entretanto, é um trabalho que exige tempo, decisões rápidas e perfeccionismo. Isto torna o trabalho estressante e cansativo".*

Além da sentença sobre como o pediatra é visto, os participantes do estudo, que atuam na Organização A, também completaram a duas sentenças: "como o pediatra é visto nesta clínica/ hospital" e "como e o paciente é visto nesta clínica/ hospital" buscando identificar qual a imagem do pediatra e do paciente na Organização A, e os resultados estão apresentados nas Figuras 7 e 8.

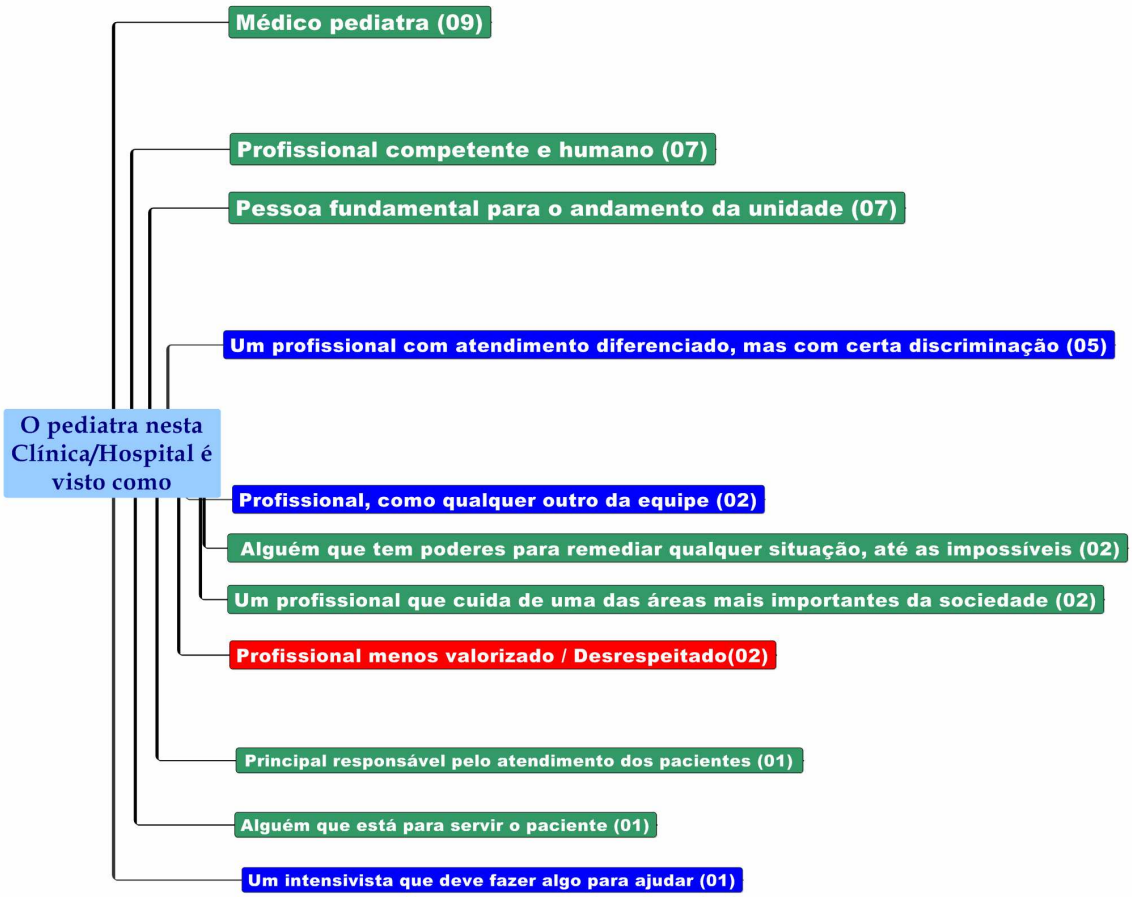


Figura 7 – Imagem do Pediatra na Organização A (n=38)

Com relação ao pediatra, os participantes referem como sentimentos positivos: “médico pediatra” (23,7%); “profissional competente e humano” e “pessoa fundamental para o andamento da unidade” (18,4%); “alguém que tem poderes de remediar qualquer situação, até as impossíveis” e “um profissional que cuida de uma das áreas mais importantes da sociedade” (5,3%); “principal responsável pelo atendimento dos pacientes” e “alguém que está para servir o paciente” (2,6%). Referem como sentimentos positivos e negativos: “um profissional com atendimento diferenciado, mas com certa discriminação” (13,2%); “profissional como qualquer outro da equipe” (5,3%); “um intensivista que deve fazer algo para ajudar” (2,6%). Como sentimento negativo aparece “profissional menos valorizado/ desrespeitado” (2,6%).

Comparando estes resultados com os da mesma questão – o pediatra é visto como – de um modo geral e não atrelada às organizações investigadas, percebe-se de um lado a manutenção dos sentimentos positivos sobre o pediatra, que reforçam a questão da sensibilidade e necessidade de ajuda, de outro o sentimento de discriminação quando comparado com outros especialistas da medicina e até mesmo outros profissionais.

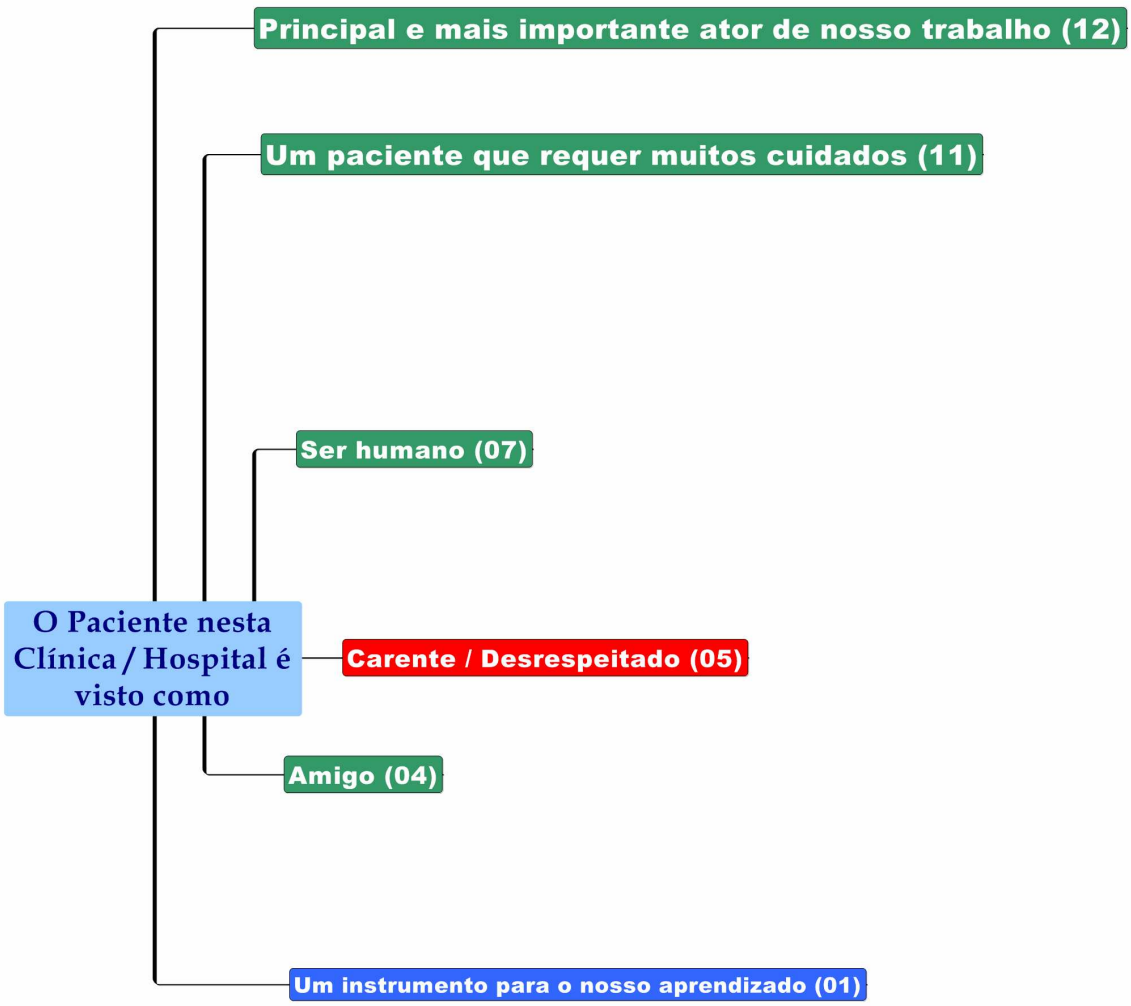


Figura 8 – Imagem do Paciente na Organização A (n-38)

Quanto ao paciente na Organização A, este é percebido com sentimentos positivos por 31,6% como “principal e mais importante ator do trabalho médico”, seguido por “um paciente que requer muitos cuidados” (28,9%), “ser humano” (18,4%) e “amigo” (10,5%). Também aparecem sentimentos como: “carente/ desrespeitado” (13,2%) e “um instrumento para o aprendizado dos médicos” (2,6%).

Fica evidente a característica de filantropia e cuidado com pacientes carentes, podendo ser percebido no exemplo “acho positivo lidar com pessoas humildes que reconhecem o nosso trabalho” e também chama atenção a imagem do paciente como instrumento de aprendizagem, apesar de ter sido referido apenas por um participante.

Em relação à Organização B, encontrou-se uma estrutura de qualidade e adequada à permanência dos pacientes e de seus familiares, embora tenha sido percebido algum desconforto em relação às mudanças por que a organização estava passando, podendo ser exemplificado abaixo.

> *“Atualmente vivemos uma fase difícil aqui na Organização B e isso tem interferido diretamente nas nossas vidas, emocional e financeiramente, o que é diferente (oposto) à nossa vivência dos primeiros 04 anos de existência desta organização”.*

> *“No momento atual que a Organização B atravessa fica difícil responder um questionário como esse, pois considero a clínica “dividida” – gerência direta x dono da empresa. Este último me causa sensação de desvalorização”.*

Foi referido pelos participantes como aspectos positivos da organização B, o acesso e disponibilidade de exames complementares, o funcionamento do prontuário eletrônico, o bom entrosamento entre os setores de enfermagem, médico e recepção e como

negativos algum isolamento entre os colegas, o humor dos clientes e a política salarial por produtividade, que requer o atendimento de muitos pacientes e de maneira ágil.

Além da sentença sobre como o pediatra é visto, os participantes do estudo, que atuam na Organização B, também completaram a duas sentenças: “como o pediatra é visto nesta clínica/ hospital” e “como e o paciente é visto nesta clínica/ hospital” buscando identificar qual a imagem do pediatra e do paciente na Organização B, e os resultados estão apresentados nas figuras 9 e 10.

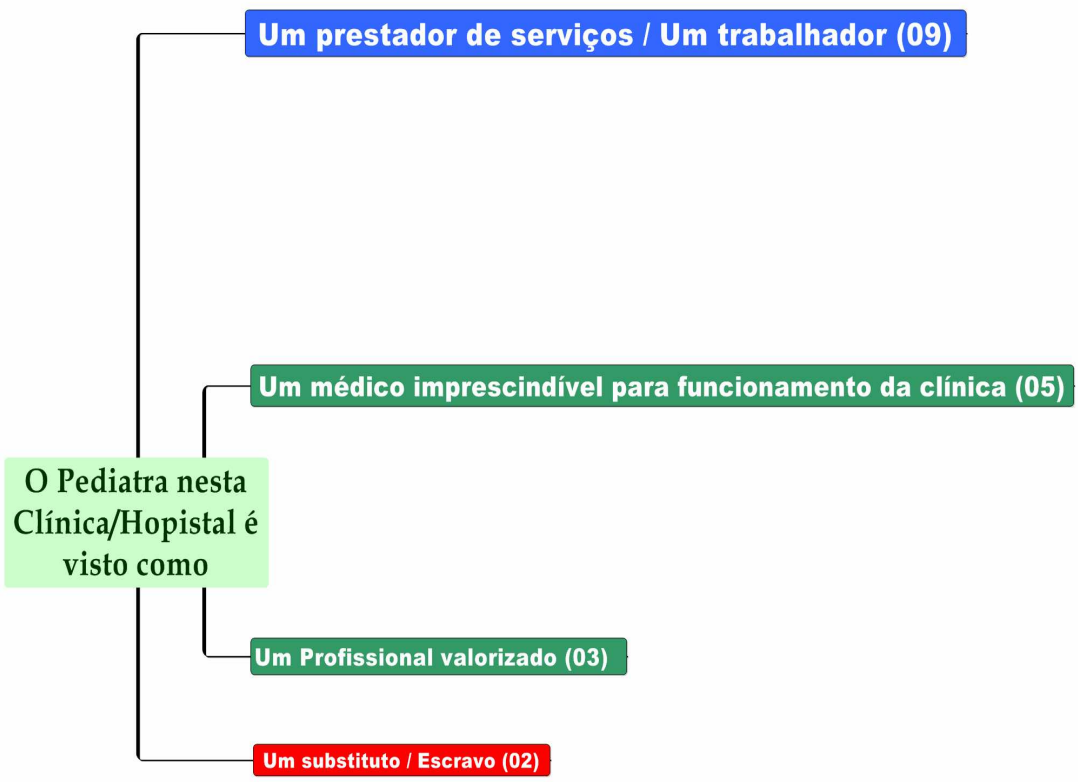


Figura 9 – Imagem do pediatra na Organização B (n=21)

Com relação ao pediatra, 42,9% referiram como significado “um prestador de serviços/ um trabalhador”, que traz uma idéia de ser um trabalhador sem envolvimento com as

questões específicas da organização, como pode ser exemplificado pela resposta “um colaborador sem qualquer tipo de cumplicidade”. Como aspectos positivos foram referidos “um médico imprescindível para o funcionamento da clínica” (23,8%) e “um profissional valorizado” (14,3%). Como aspecto negativo “um substituto/ um escravo” (9,5%).

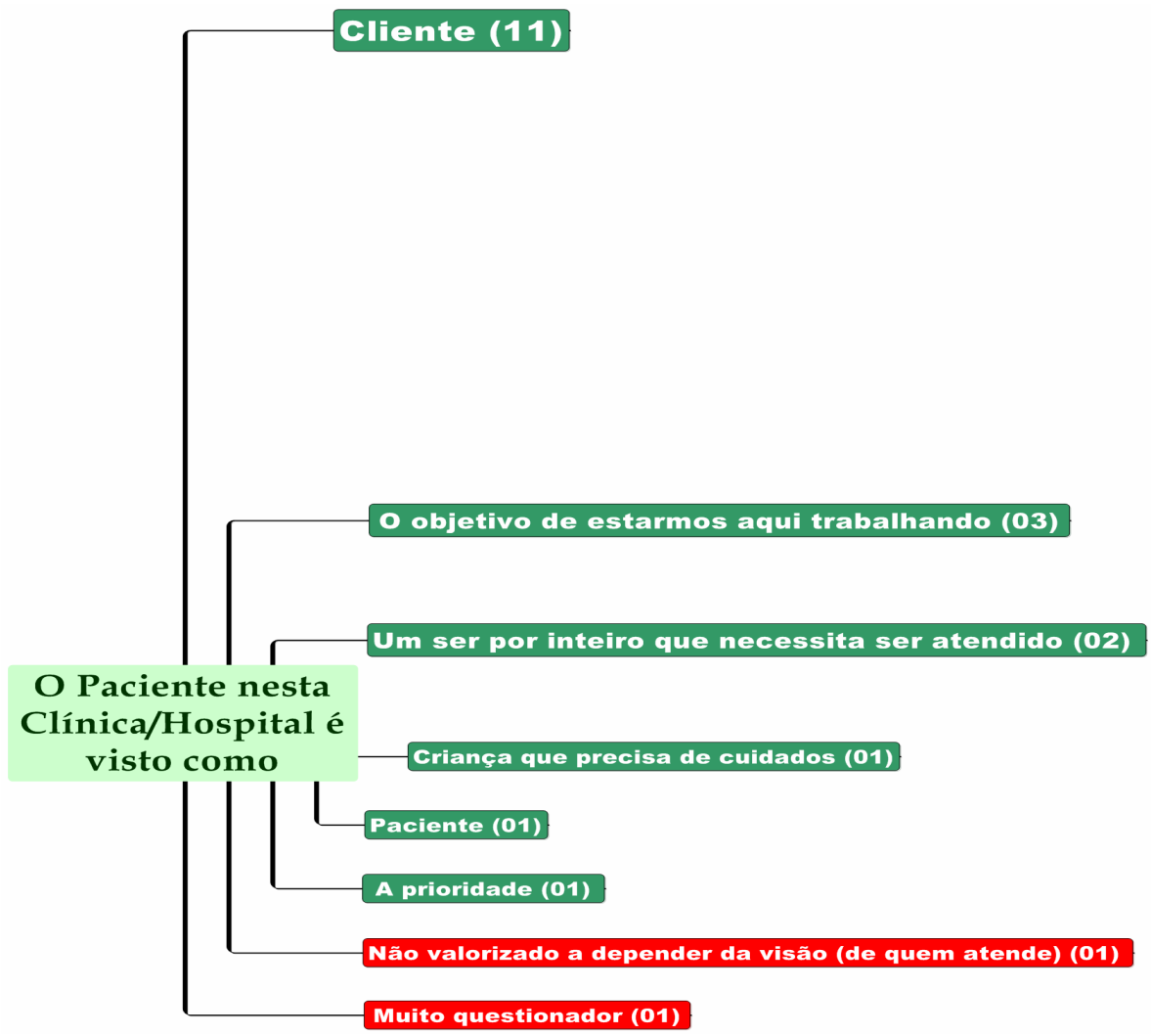


Figura 10 – Imagem do Paciente na Organização B (n=21)

Quanto ao paciente na Organização B, este é percebido como “cliente” por 52,4% dos participantes. Isto evidencia o aspecto de ser este trabalho visto como um produto que

vai ser “adquirido” pelo consumidor. Também aparece o paciente como “o objetivo dos médicos estarem trabalhando” (14,3%), “um ser por inteiro que necessita ser atendido” (9,5%), “criança que precisa de cuidados”, “paciente” e “a prioridade” (4,8%). Como aspectos negativos estão: “não valorizado a depender da visão de quem atende” e “muito questionador” (4,8%), este último evidenciando também a relação entre prestador de serviços x consumidor.

4.3. ASPECTOS DO PROCESSO DE TRABALHO MÉDICO

Os dados da percepção dos médicos pediatras sobre o seu trabalho foram obtidos pelas respostas destes trabalhadores em relação à organização para a qual estavam respondendo o questionário, indicados na Tabela 5.

Foram considerados os seguintes aspectos do trabalho médico para análise no presente estudo: controle sobre o trabalho, cargas de trabalho e reconhecimento.

Tabela 5 – Média dos aspectos do processo de trabalho médico

	CONTROLE SOBRE O TRABALHO	CARGAS DE TRABALHO	RECONHECIMENTO
ORGANIZAÇÃO A			
Média	3,55	3,05	3,27
Mediana	3,50	2,86	3,29
N	38	38	38
Desvio Padrão	0,69	0,86	0,66
Percentis 25	3,13	2,54	2,82
50	3,50	2,86	3,29
75	4,04	3,61	3,71
Alpha Cronbach	0,75	0,87	0,75
Coeficiente de Variação	0,19	0,28	0,20
ORGANIZAÇÃO B			
Média	3,05	3,02	3,02
Mediana	3,00	3,00	3,14
N	21	21	21
Desvio Padrão	0,82	0,64	0,66
Percentis 25	2,33	2,50	2,50
50	3,00	3,00	3,14
75	3,67	3,43	3,43
Alpha Cronbach	0,82	0,78	0,80
Coeficiente de Variação	0,27	0,21	0,22
TOTAL			
Média	3,37	3,04	3,18
Mediana	3,33	3,00	3,29
N	59	59	59
Desvio Padrão	0,77	0,78	0,66
Percentis 25	2,83	2,57	2,71
50	3,33	3,00	3,29
75	0,77	0,78	0,66
Alpha Cronbach	0,80	0,85	0,75
Coeficiente de Variação	0,23	0,26	0,21

O aspecto *controle sobre o trabalho*, contém a possibilidade que o trabalhador tem ou não de definir a forma e o critério de organização do seu trabalho e ter autonomia para

mudar o que achar necessário, e teve um *alpha de cronbach* de 0,80; o aspecto *cargas de trabalho* contém a quantidade, variedade e complexidade do trabalho a ser realizado; cargas físicas e psíquicas, carga horária de trabalho, tipo de vinculação com a organização, tipo de cliente, nível de exigência do cliente, e teve um *alpha de cronbach* de 0,65; o aspecto *reconhecimento* contém o retorno fornecido pelas chefias e colegas sobre o desempenho do trabalhador e do reflexo produzido pelo seu trabalho, e teve um *alpha de cronbach* de 0,75.

Segundo a avaliação dos médicos pediatras participantes do estudo, a atividade médica permite um razoável grau de controle sobre o trabalho (3,37), tendo sido mais evidenciado na organização A (3,55) do que na organização B (3,05).

As cargas de trabalho foram avaliadas na média da escala, não havendo diferença significativa entre as organizações investigadas.

O aspecto reconhecimento obteve uma média maior na organização A (3,27) do que na organização B (3,02), tendo como avaliação global (3,18). (Tabela 5)

Caracterizando os aspectos do trabalho médico em níveis baixo e alto, considerando a média das respostas neste estudo, encontramos o percentual de participantes que responderam abaixo e acima da média. Considera-se como satisfatório que o médico pediatra possa ter um nível alto nos aspectos controle sobre o trabalho e reconhecimento e um nível baixo no aspecto cargas de trabalho.

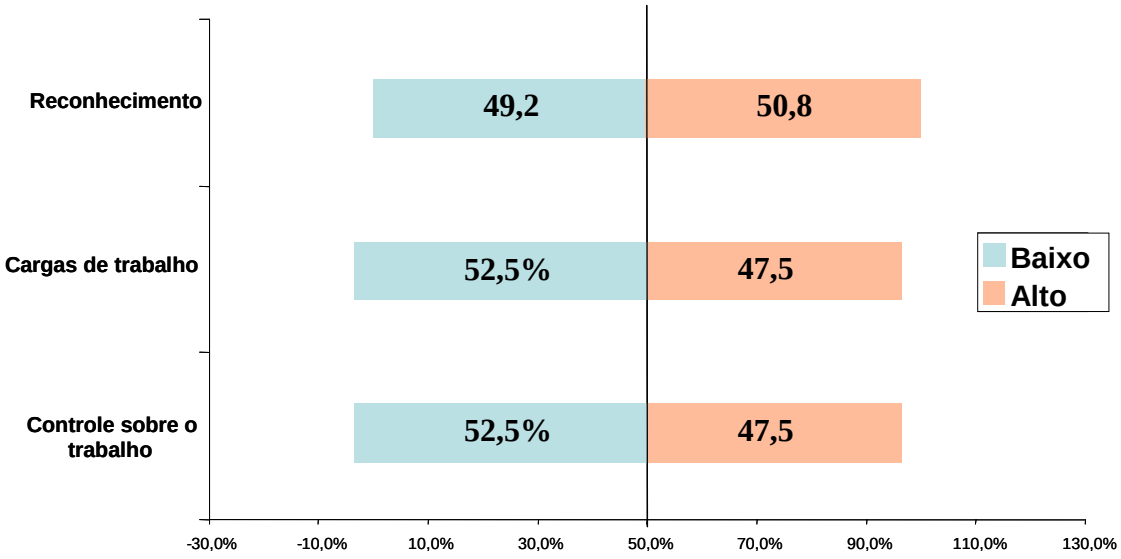


Figura 11: Gráfico da distribuição percentual dos aspectos do processo de trabalho nos níveis baixo e alto

Pelo gráfico, percebemos que a maioria das respostas aos aspectos, controle sobre o trabalho e cargas de trabalho, se concentraram abaixo da média encontrada neste estudo (52,4%), enquanto que as respostas ao aspecto reconhecimento se concentraram um pouco acima da média encontrada neste estudo (50,8%).

4.4. SÍNDROME DE *BURNOUT*

Os dados sobre a percepção dos médicos pediatras sobre saúde psíquica foram obtidos pelas respostas destes trabalhadores em relação aos fatores da síndrome de *burnout* - exaustão emocional, desumanização e decepcão. (Tabela 6).

Os dados estratificados por hospital, apresentados na Tabela 6, mostram que, de um modo geral, os participantes do estudo evidenciaram intensidade baixa de sentimentos de *exaustão emocional, desumanização e decepção*.

O fator *exaustão emocional* foi o que teve a média maior (2,28), seguido pelo fator *desumanização* (1,71) e *decepção* (1,63) confirmando os resultados dos estudos sobre o *burnout*, que indicam valores mais altos no fator *exaustão emocional*.

Comparando as duas organizações investigadas, encontramos as médias mais altas, em todos os fatores de *burnout*, na Organização B.

Tabela 6 – Média dos fatores da Síndrome de *Burnout*

	EXAUSTÃO EMOCIONAL	DESUMANIZAÇÃO	DECEPÇÃO
ORGANIZAÇÃO A			
Média	2,17	1,62	1,50
Mediana	2,17	1,55	1,44
N	38	38	38
Desvio Padrão	0,74	0,36	0,37
Percentis 25	1,60	1,36	1,19
50	2,17	1,55	1,44
75	2,75	1,91	1,77
Alpha	0,94	0,77	0,83
Coeficiente de Variação	0,34	0,22	0,25
ORGANIZAÇÃO B			
Média	2,48	1,86	1,88
Mediana	2,50	1,91	1,75
N	21	21	21
Desvio Padrão	0,62	0,39	0,56
Percentis 25	2,00	1,55	1,56
50	2,50	1,91	1,75
75	2,96	2,10	2,28
Alpha	0,89	0,79	0,92
Coeficiente de Variação	0,25	0,21	0,30
TOTAL			
Média	2,28	1,71	1,63
Mediana	2,33	1,73	1,56
N	59	59	59
Desvio Padrão	0,71	0,38	0,48
Percentis 25	1,75	1,46	1,25
50	2,33	1,73	1,56
75	2,82	2,00	1,81
Alpha	0,93	0,79	0,89
Coeficiente de Variação	0,31	0,22	0,30

Estes resultados se aproximam dos de outros estudos realizados, como por exemplo, a pesquisa de Tamayo, M.R. (2002), realizada com policiais do Distrito Federal, em que

foi desenvolvida e utilizada a Escala de Caracterização do *Burnout* (utilizada neste estudo), que encontrou as seguintes médias: 2,12 para *exaustão emocional*, 1,89 para *desumanizaçao* e 1,77 para *decepção*. Estas médias encontradas se aproximam das encontradas neste estudo. A tendência de que o escore no fator *exaustão emocional* seja maior do que nos outros fatores, também se confirmou neste estudo. Esta tendência foi reforçada por Maslach (1998) quando referiu que dos três fatores de *burnout*, exaustão é o mais largamente reportado e o mais profundamente analisado e pode ser considerada a qualidade central do *burnout* e a mais óbvia manifestação desta síndrome complexa.

Caracterizando os fatores da síndrome de *burnout* em níveis baixo e alto, considerando a média das respostas neste estudo, encontramos o percentual de participantes que responderam abaixo e acima da média. Considera-se como satisfatório que o médico pediatra possa ter um nível baixo nos três fatores da síndrome de *burnout*.

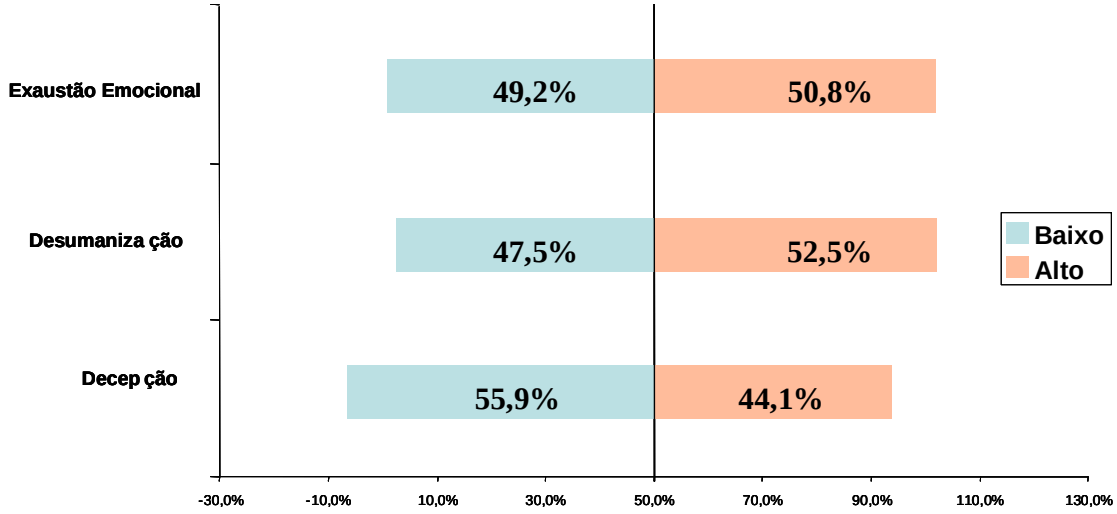


Figura 12: Gráfico da distribuição percentual dos fatores síndrome de *burnout* nos níveis baixo e alto

Pelo gráfico, percebemos que a maioria das respostas no fator *decepção* se concentra abaixo da média encontrada neste estudo (55,9%), enquanto que as respostas nos fatores *exaustão emocional* e *desumanização* se concentraram um pouco acima da média encontrada neste estudo (50,8% e 52,5% respectivamente).

4.5. COMPARAÇÃO ENTRE MÉDIAS

Optou-se por fazer as análises comparativas considerando conjuntamente os participantes da organização A e da organização B, após a verificação de que as tendências são muito próximas nas duas organizações. Serão destacados apenas os aspectos que fujam a esta tendência.

Para cada comparação foi medido o coeficiente de correlação para avaliar o grau de associação entre as variáveis. Para esta medida (significância) foi utilizado o teste estatístico t-Student.

4.5.1. Comparação entre médias com relação aos aspectos do processo de trabalho

Neste item foram comparadas as médias dos três aspectos do processo de trabalho médico investigados neste estudo (controle sobre o trabalho, cargas de trabalho e reconhecimento), com cinco das variáveis de características pessoais e funcionais, a

saber: faixa etária, sexo, tempo de formado (anos), tempo de serviço na organização (anos) e carga horária semanal.

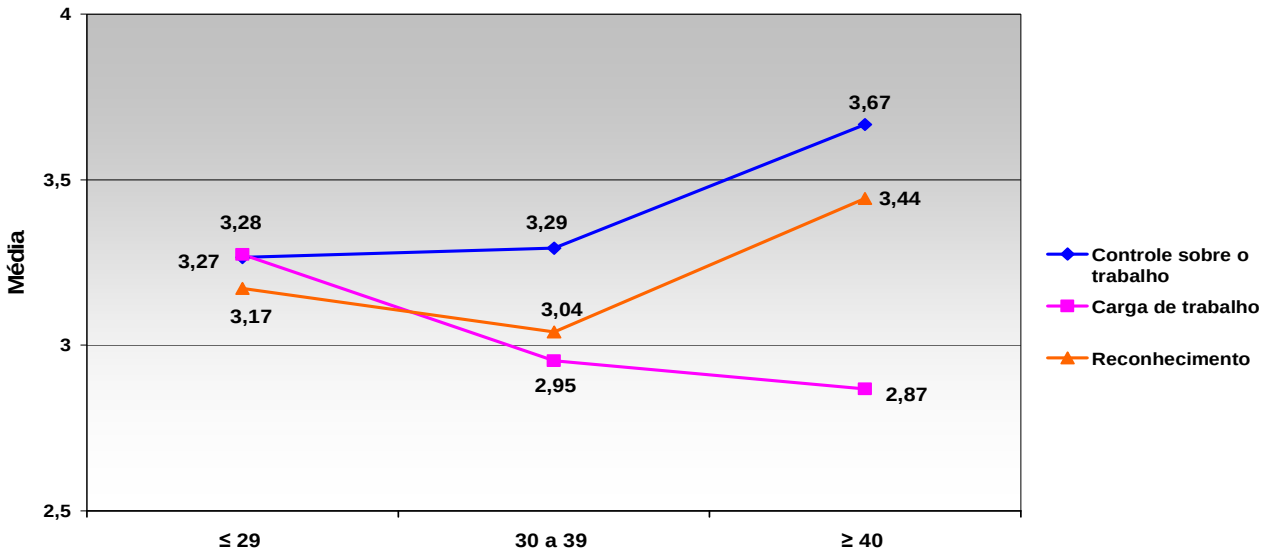


Figura 13 – Gráfico de comparação entre as médias dos aspectos do trabalho e faixa etária

Em relação à faixa etária, percebe-se claramente a tendência de aumento da média dos aspectos controle sobre o trabalho e reconhecimento e da diminuição da média do aspecto cargas de trabalho com o aumento da idade. Esta tendência mostra uma influência positiva nos dois primeiros aspectos e negativa no terceiro aspecto.

Os coeficientes de correlação encontrados foram: 0,199 para a comparação com controle sobre o trabalho, -0,213 para cargas de trabalho e 0,226 para reconhecimento. (Tabela 7).

Estes coeficientes não foram significantes e indicam que não há associação entre idade e os aspectos do processo de trabalho médico investigados neste estudo (controle sobre o trabalho, cargas de trabalho e reconhecimento).

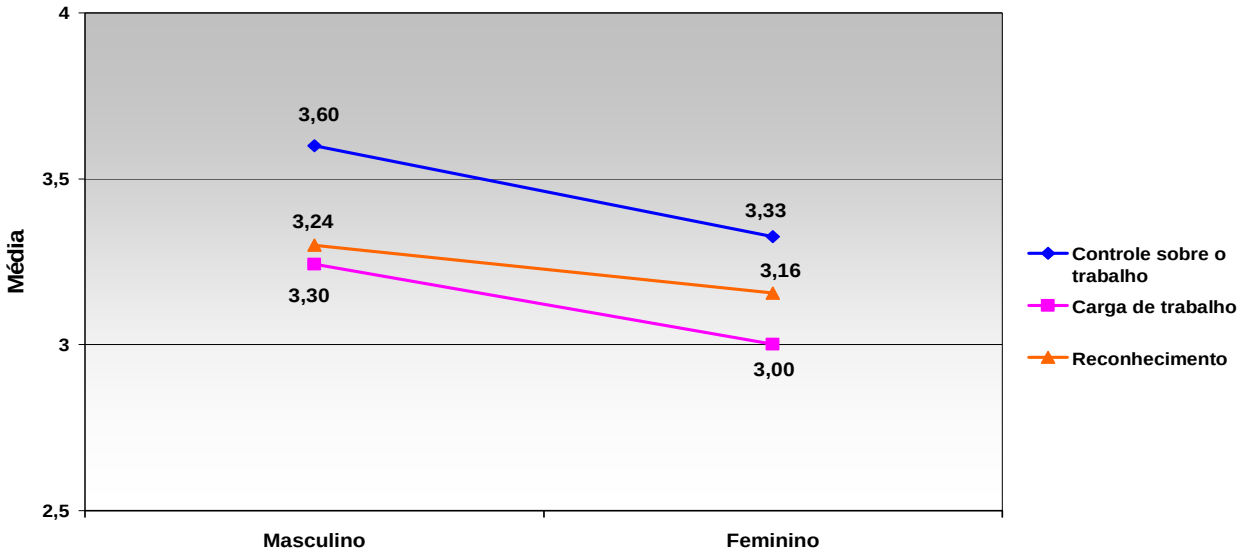


Figura 14 – Gráfico de comparação entre as médias dos aspectos do trabalho e sexo

Em relação ao sexo, percebem-se médias maiores nos participantes do sexo masculino para os três aspectos do trabalho analisados.

Os coeficientes de correlação encontrados foram: 0,135 para a comparação com controle sobre o trabalho, -0,116 para cargas de trabalho e -0,082 para reconhecimento.

Estes coeficientes não foram significantes e indicam que não há associação entre o sexo e os aspectos do processo de trabalho médico investigados neste estudo (controle sobre o trabalho, cargas de trabalho e reconhecimento).

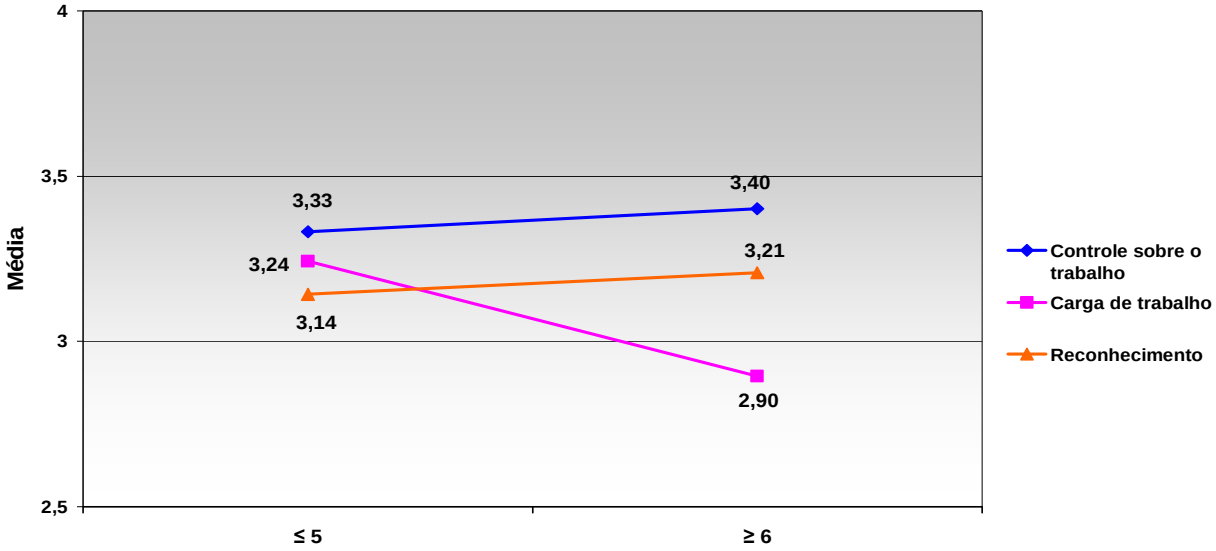


Figura 15 – Gráfico de comparação entre as médias dos aspectos do trabalho e tempo de formado

Em relação ao tempo de formado, percebe-se claramente a tendência de aumento da média dos aspectos relacionados a controle sobre o trabalho e reconhecimento e da diminuição da média do aspecto cargas de trabalho com tempo de formado. Percebe-se uma influência positiva nos dois primeiros aspectos e negativa no terceiro aspecto.

Os coeficientes de correlação encontrados foram: 0,187 para a comparação com controle sobre o trabalho, -0,200 para cargas de trabalho e 0,240 para reconhecimento. (Tabela 7).

Estes coeficientes não foram significativos e indicam que não há associação entre o tempo de formado e os aspectos do processo de trabalho médico investigados neste estudo (controle sobre o trabalho, cargas de trabalho e reconhecimento).

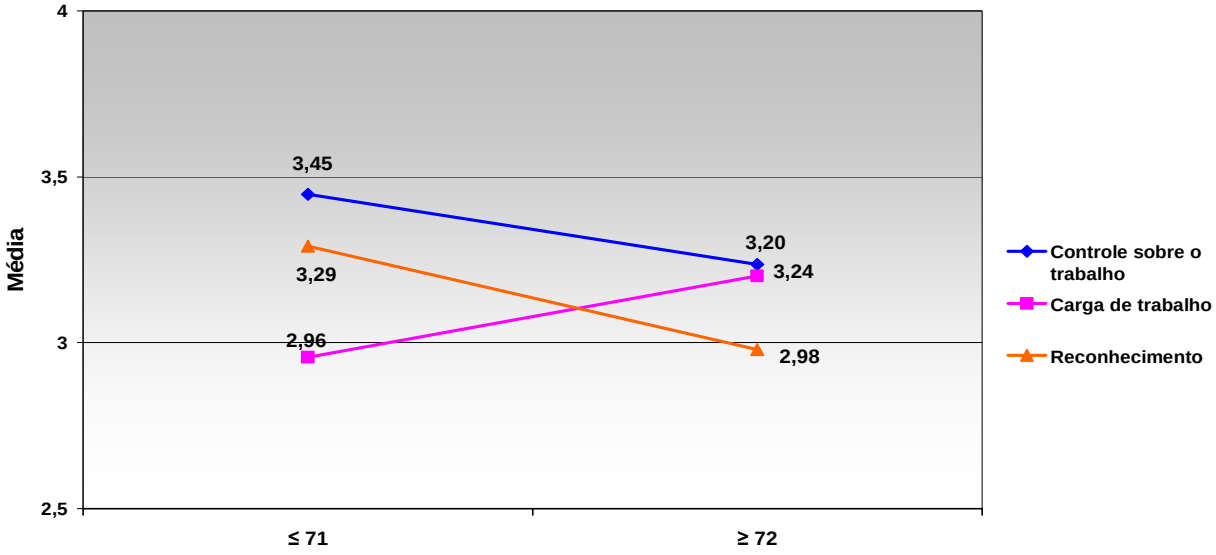


Figura 16 – Gráfico de comparação entre as médias dos aspectos do trabalho e carga horária semanal

Em relação à carga horária semanal, percebe-se uma influência negativa em relação aos aspectos controle sobre o trabalho e reconhecimento e uma influência positiva em relação ao aspecto cargas de trabalho. Isto significa que quanto maior a carga horária de trabalho semanal, maior a média no aspecto cargas de trabalho e menor a média nos aspectos controle sobre o trabalho e reconhecimento.

Os coeficientes de correlação encontrados foram: 0,095 para a comparação com controle sobre o trabalho, 0,130 para cargas de trabalho e -0,077 para reconhecimento. (Tabela 7).

Estes coeficientes não foram significativos e indicam que a carga horária semanal não está associada aos aspectos do processo de trabalho médico investigados neste estudo (controle sobre o trabalho, cargas de trabalho e reconhecimento).

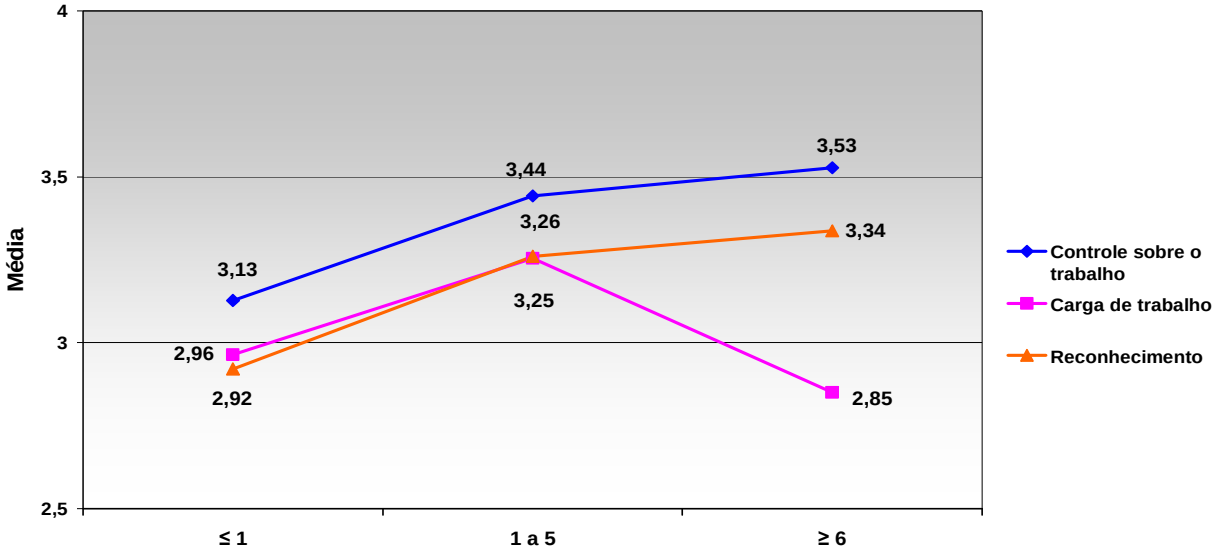


Figura 17 – Gráfico de comparação entre as médias dos aspectos do trabalho e tempo de trabalho na organização

Em relação ao tempo de serviço na organização, percebe-se uma tendência de aumento da média dos aspectos controle sobre o trabalho e reconhecimento e sem tendência para o aspecto cargas de trabalho. Os coeficientes de correlação encontrados foram: **0,257*** para a comparação com controle sobre o trabalho, -0,143 para cargas de trabalho e 0,142 para reconhecimento (Tabela 7).

Estes coeficientes indicam que o tempo de serviço na organização só tem significância para a associação com o aspecto controle sobre o trabalho.

Tabela 7 – Coeficientes de correlação entre os aspectos do trabalho e características pessoais e funcionais

	CONTROLE SOBRE O TRABALHO	CARGAS DE TRABALHO	RECONHECIMENTO
Faixa etária (anos)	0,199	-0,213	0,226
Sexo	0,135	-0,116	-0,082
Tempo de formado (anos)	0,187	-0,200	0,240
Carga horária semanal	0,095	0,130	-0,077
Tempo de trabalho na organização (anos)	**0,257***	-0,143	0,142

**** p < 0,01 * p < 0,05 (teste de significância através da estatística t-Student)**

4.5.2. Comparação entre médias com relação à síndrome de burnout

Neste item foram comparadas as médias dos três fatores da síndrome de *burnout* (*exaustão emocional, desumanização e decepção*), com cinco das variáveis de características pessoais e funcionais, a saber: faixa etária, sexo, tempo de formado (anos), tempo de serviço na organização (anos) e carga horária semanal.

Em relação à faixa etária, percebe-se que a média dos três fatores (*exaustão emocional,*e *desumanização e decepção)* diminuem com a idade.

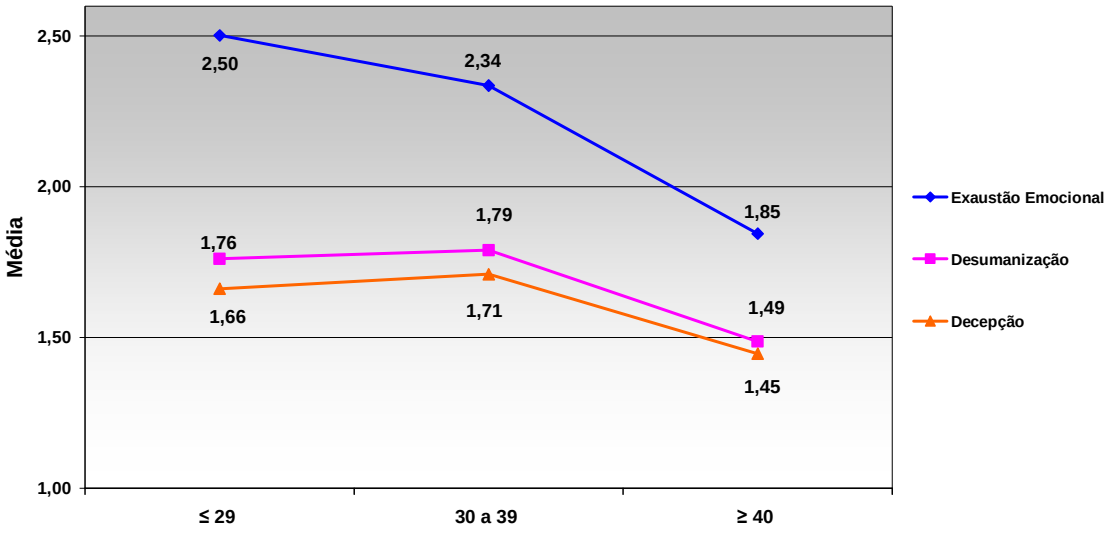


Figura 18 – Gráfico de comparação entre as médias dos fatores da síndrome de *burnout* e faixa etária

Os coeficientes de correlação encontrados foram: **-0,400**** para a comparação com *exaustão emocional*, **-0,356**** para *desumanização* e **-0,276*** para *decepção* (Tabela 8).

Estes coeficientes indicam que a idade apresenta associação e é um candidato a preditor para os fatores *exaustão emocional* e *desumanização* e um possível preditor eficaz para o fator *decepção*.

Os resultados deste estudo estão compatíveis com a literatura especializada sobre o *burnout* no que refere às características demográficas, a idade tem sido referida como a mais consistente variável preditora, indicando que quanto mais jovem o trabalhador mais vulnerável ao *burnout*, apontando inclusive a faixa etária de até 30 ou 40 anos como propensa a escores mais altos de *burnout* (Maslash. Schaufeli & Leiter, 2001; Pereira, 2002).

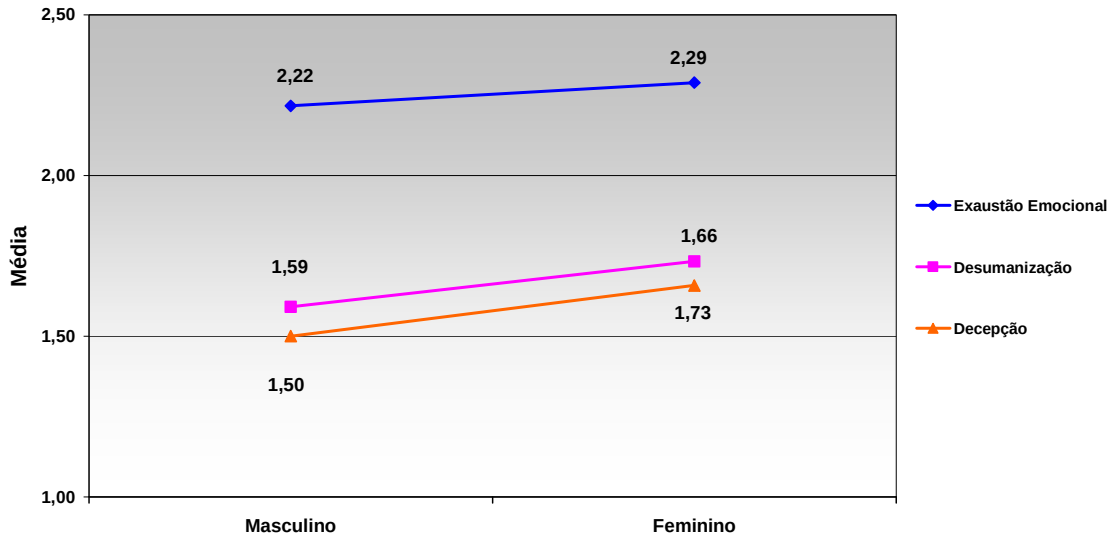


Figura 19– Gráfico de comparação entre as médias dos fatores da síndrome de *burnout* e sexo

Em relação ao sexo, percebem-se médias maiores nos fatores *desumanização* e *decepção* e discretamente maior em *exaustão emocional* no sexo feminino.

Os coeficientes de correlação encontrados foram: 0,039 para a comparação com *exaustão emocional*, 0,140 para *desumanização* e 0,124 para *decepção* (Tabela 8).

Estes coeficientes não foram significativos e indicam que o sexo não está associado aos fatores da síndrome de *burnout.*

Os estudos de Maslash. Schaufeli & Leiter (2001) não apontam a variável sexo como preditora robusta para o *burnout*. Pereira (2002) ressalta que não tem havido unanimidade quanto à possibilidade de maior incidência no que diz respeito ao sexo. Refere ainda que, de modo geral, as mulheres alcançam pontuações mais elevadas em *exaustão emocional* e os homens em *despersonalização* (*desumanização*).

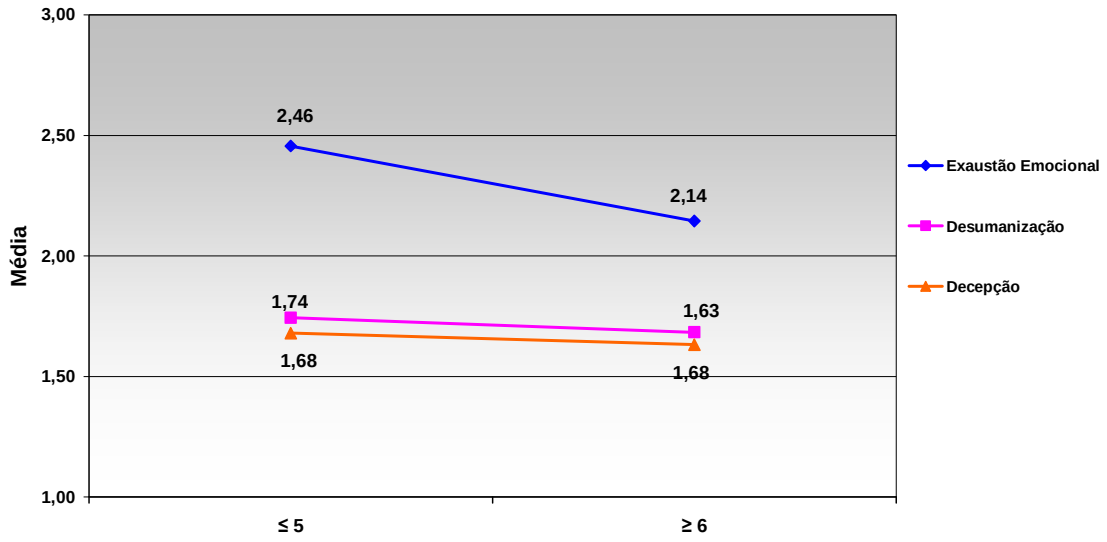


Figura 20 – Gráfico de comparação entre as médias dos fatores da síndrome de *burnout* e tempo de formado

Em relação ao tempo de formado (Figura 20), percebe-se que a média do fator *exaustão emocional* diminui com o tempo de formado, enquanto que nos fatores *desumanização* e *decepção* esta diminuição, apesar de existir, é mais discreta.

Os coeficientes de correlação encontrados foram: **-0,400**** para a comparação com *exaustão emocional*, **-0,339**** para *desumanização* e **-0,271*** para *decepção* (Tabela 8). Estes coeficientes indicam que o tempo de serviço na organização está associado fortemente com os fatores *exaustão emocional* e *desumanização* e associado ao fator *decepção*.

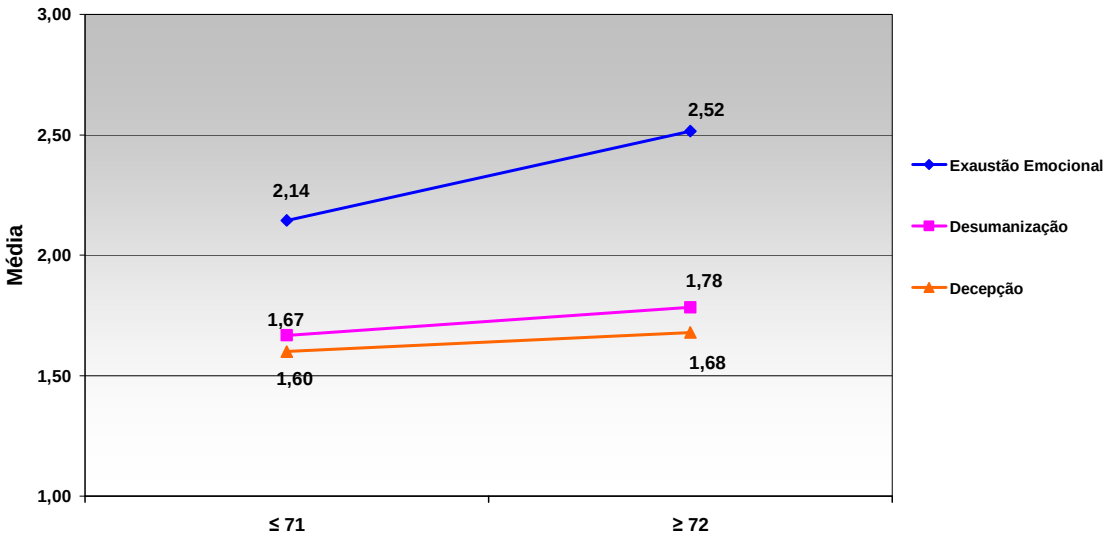


Figura 21 – Gráfico de comparação entre as médias dos fatores da síndrome de *burnout* e carga horária semanal

Em relação à carga horária semanal (Figura 21), percebe-se que a média aumenta para os fatores *exaustão emocional* e *decepção* e não apresenta tendência para o fator *desumanização*.

Os coeficientes de correlação encontrados foram: -0,181 para a comparação com *exaustão emocional*, -0,025 para *desumanização* e -0,031 para *decepção* (Tabela 8).

Estes coeficientes indicam que a carga horária semanal não está associada aos fatores *exaustão emocional*, *despersonalização* e *reduzida realização profissional*.

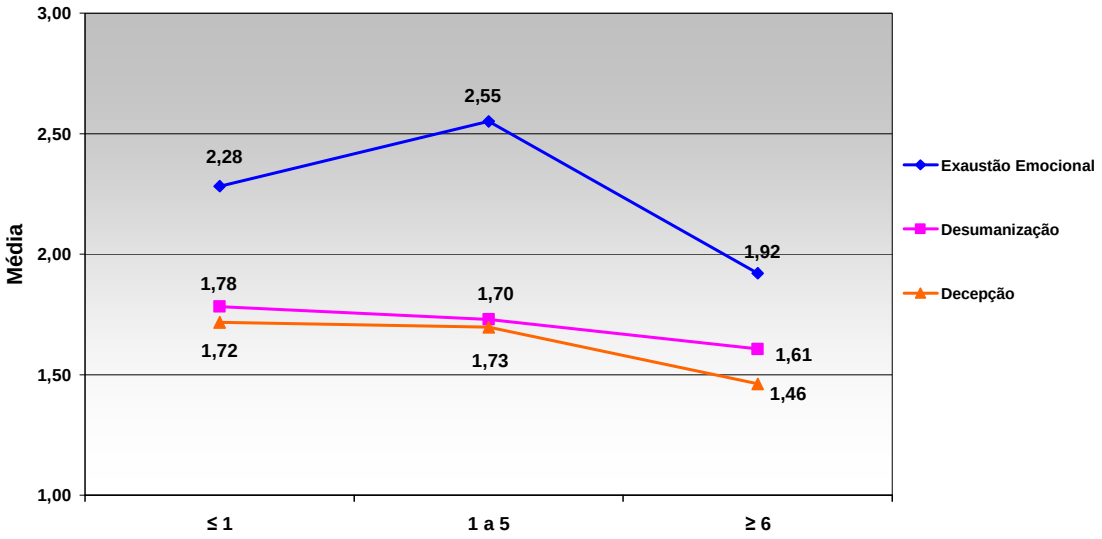


Figura 22 – Gráfico de comparação entre as médias dos fatores da síndrome de *burnout* e tempo de trabalho na organização

Em relação ao tempo de trabalho na organização (Figura 22), percebe-se que a média diminui nos três fatores *exaustão emocional*, *desumanização* e *decepção* com o tempo de trabalho.

Os coeficientes de correlação encontrados foram: -0,250 para a comparação com *exaustão emocional*, -0,236 para *desumanização* e -0,187 para *decepção* (Tabela 8).

Estes coeficientes indicam que a carga horária semanal não está associada aos fatores *exaustão emocional, desumanização e decepção*.

Pereira (2002), referindo-se a relação entre as características do trabalho e a ocorrência da síndrome de *burnout*, ressalta que não existe concordância entre os pesquisadores

sobre se o tempo de trabalho na profissão poderá incrementar ou diminuir o desgaste do trabalhador. Em relação ao tempo na organização a tendência é que o *burnout* apareça no primeiro ano de trabalho.

Tabela 8 - Coeficientes de correlação entre os fatores da síndrome de *burnout* e características pessoais e funcionais

	EXAUSTÃO EMOCIONAL	**DESUMANIZAÇÃO**	**DECEPÇÃO**
Faixa etária (anos)	**-0,400****	**-0,356****	**-0,276***
Sexo	0,039	0,140	0,124
Tempo de formado (anos)	**-0,400****	**-0,339****	**-0,271***
Carga horária semanal	0,181	-0,025	-0,031
Tempo de trabalho na organização (anos)	-0,250	-0,236	-0,187

**** p < 0,01 * p < 0,05 (teste de significância através da estatística t-Student)**

3.5.3. Comparação entre médias dos aspectos do processo de trabalho médico e dos fatores da síndrome de burnout

Neste item foram comparadas as médias dos três fatores da síndrome de *burnout* (*exaustão emocional*, *desumanização* e *decepção*), com as médias dos três aspectos do processo de trabalho médico investigados neste estudo (controle sobre o trabalho, cargas de trabalho e reconhecimento).

Comparando as médias dos fatores da síndrome de *burnout* com o aspecto controle sobre o trabalho nos níveis baixo e alto percebemos que: baixo nível de controle aumenta a média nos três fatores da síndrome de *burnout* (*exaustão emocional*, *desumanização* e *decepção*).

Tabela 9 – Comparação entre as médias dos fatores da síndrome de *burnout* e o aspecto controle sobre o trabalho nos níveis baixo e alto

	EXAUSTÃO EMOCIONAL	DESUMANIZAÇÃO	DECEPÇÃO
CONTROLE SOBRE O TRABALHO			
NÍVEL BAIXO			
Média	2,47	1,83	1,87
Mediana	2,50	1,82	1,75
N	31	31	31
Desvio Padrão	0,70	0,38	0,49
NÍVEL ALTO			
Média	2,07	1,57	1,37
Mediana	2,04	1,55	1,34
N	28	28	28
Desvio Padrão	0,67	0,34	0,31
TOTAL			
Média	2,28	1,71	1,63
Mediana	2,33	1,73	1,56
N	59	59	59
Desvio Padrão	0,71	0,38	0,48

Os coeficientes de correlação encontrados foram: **-0,324*** para a comparação com *exaustão emocional*, **-0,389**** para *desumanização* e **-0,605**** para *decepção* (Tabela 12).

Estes coeficientes indicam que a correlação entre o aspecto controle sobre o trabalho e os fatores da síndrome de *burnout* é muito significante para os fatores *desumanização* e *decepção* e significante para o fator *exaustão emocional*.

Comparando as médias dos fatores da síndrome de *burnout* com o aspecto cargas de trabalho nos níveis baixo e alto percebemos que: alto nível de cargas de trabalho aumenta a média nos três fatores da síndrome de *burnout*, *exaustão emocional*, *desumanização* e *decepção*.

Tabela 10 – Comparação entre as médias dos fatores da Síndrome de *burnout* e o aspecto cargas de trabalho nos níveis baixo e alto

	EXAUSTÃO EMOCIONAL	DESUMANIZAÇÃO	DECEPÇÃO
CARGAS DE TRABALHO			
NÍVEL BAIXO			
Média	1,93	1,64	1,58
Mediana	2,00	1,55	1,44
N	31	31	31
Desvio Padrão	0,57	0,31	0,50
NÍVEL ALTO			
Média	2,66	1,78	1,69
Mediana	2,71	1,82	1,69
N	28	28	28
Desvio Padrão	0,65	0,44	0,46
TOTAL			
Média	2,28	1,71	1,63
Mediana	2,33	1,73	1,56
N	59	59	59
Desvio Padrão	0,71	0,38	0,48

Os coeficientes de correlação encontrados foram: **0,680**** para a comparação com *exaustão emocional*, 0,284 para *desumanização* e **0,322*** para *decepção* (Tabela 12).

Estes coeficientes indicam que a correlação entre o aspecto cargas de trabalho e os fatores da síndrome de *burnout* é significante para os fatores *exaustão emocional* e *decepção* e não é significante para o fator *desumanização*.

Comparando as médias dos fatores da síndrome de *burnout* com o aspecto reconhecimento nos níveis baixo e alto percebemos que: baixo nível de reconhecimento aumenta a média nos três fatores da síndrome de *burnout* (*exaustão emocional*, *desumanização* e *decepção*).

Tabela 11 – Comparação entre as médias dos fatores da Síndrome de *burnout* e o aspecto reconhecimento nos níveis baixo e alto

	EXAUSTÃO EMOCIONAL	DESUMANIZAÇÃO	DECEPÇÃO
RECONHECIMENTO			
NÍVEL BAIXO			
Média	2,41	1,79	1,78
Mediana	2,50	1,73	1,67
N	29	29	29
Desvio Padrão	0,69	0,34	0,52
NÍVEL ALTO			
Média	2,15	1,63	1,48
Mediana	2,13	1,55	1,38
N	30	30	30
Desvio Padrão	0,71	0,41	0,40
TOTAL			
Média	2,28	1,71	1,63
Mediana	2,33	1,73	1,56
N	59	59	59
Desvio Padrão	0,71	0,38	0,48

Os coeficientes de correlação encontrados foram: -0,225 para a comparação com *exaustão emocional*, -0,228 para *desumanização* e **-0,443**** para *decepção* (Tabela 12).

Estes coeficientes indicam que a correlação entre o aspecto controle sobre o trabalho e os fatores da síndrome de *burnout* é significante somente para o fator *decepção* e não significante para os outros fatores.

Tabela 12 – Coeficientes de correlação entre os fatores da síndrome de *burnout* e os aspectos do trabalho médico

	EXAUSTÃO EMOCIONAL	DESUMANIZAÇÃO	DECEPÇÃO
Controle sobre o trabalho	**-0,324***	**-0,389****	**-0,605****
Cargas de trabalho	**0,680****	0,248	**0,322***
Reconhecimento	-0,225	-0,228	**-0,443****

**** p < 0,01 * p < 0,05 (teste de significância através da estatística t-Student)**

Na literatura pertinente, Maslach & Leiter (1999), Maslach, Leiter & Schaufeli (2001) e Pereira (2002), entre outros, apontam que os três aspectos do processo de trabalho pesquisados neste estudo (controle sobre o trabalho, cargas de trabalho e reconhecimento) têm uma forte associação com a ocorrência do *burnout*. O primeiro aspecto – controle sobre o trabalho – se refere ao grau em que a pessoa pode controlar as suas atividades e tem autoridade para mudar o que achar necessário. Quanto maior o grau de controle sobre o trabalho, menor a ocorrência de *burnout*. O segundo aspecto – cargas de trabalho – se refere à relação entre cargas de trabalho e possibilidade individual de realização e tem sido apontado como uma das variáveis mais predisponentes ao *burnout* (notadamente no fator exaustão emocional). Quanto mais altas as cargas de trabalho, maior a ocorrência de *burnout*. O terceiro aspecto – reconhecimento – se refere à falta de recompensas apropriadas à pessoa pelo trabalho realizado. Quanto menor o reconhecimento, maior a ocorrência de *burnout*.

Estes resultados confirmam a hipótese básica deste estudo de que - *existe influência entre o processo de trabalho do médico pediatra (controle sobre o trabalho, cargas de trabalho e reconhecimento) e os fatores da síndrome de burnout (exaustão emocional, desumanização e decepção)* – já que as associações foram significativas e para cada um

dos fatores da síndrome de *burnout*, houve pelo menos um aspecto do processo de trabalho que foi bastante significativo.

Para o aspecto controle sobre o trabalho, a associação foi significativa com o fator *exaustão emocional* e bastante significativa para os fatores *desumanização* e *decepção*. Para o aspecto cargas de trabalho a associação foi bastante significativa com o fator *exaustão emocional* e significativa para o fator *decepção*. Para o aspecto reconhecimento a associação foi bastante significativa para o fator *decepção* (Tabela 12).

4.6. FATORES DA SÍNDROME DE *BURNOUT*: distribuição dos participantes

Após encontrar as médias dos fatores da síndrome de *burnout* e dos aspectos do processo de trabalho, estas médias foram desmembradas em níveis baixo e alto e posteriormente os participantes foram distribuídos entre os que estavam acima ou abaixo da média nos fatores da síndrome de *burnout* e acima e abaixo da média nos aspectos do processo de trabalho médico.

Tabela 13 – Distribuição dos participantes (n/%) entre os fatores da síndrome de *burnout* nos níveis baixo e alto e os aspectos do processo de trabalho nos níveis baixo e alto

		Controle sobre o trabalho		**Cargas de trabalho**		**Reconhecimento**	
		Baixo	Alto	Baixo	Alto	Baixo	Alto
Exaustão Emocional	Baixo	11 *(37,9)*	18 *(62,1)*	21 *(72,4)*	8 *(27,6)*	11 *(37,9)*	18 *(62,1)*
	Alto	20 *(66,7)*	10 *(33,3)*	10 *(33,3)*	20 *(66,7)*	18 *(60,0)*	12 *(40,0)*
Desumanização	Baixo	10 *(35,7)*	18 *(64,3)*	16 *(57,1)*	12 *(42,9)*	11 *(39,3)*	17 *(60,7)*
	Alto	21 *(67,7)*	10 *(32,3)*	15 *(48,4)*	16 *(51,6)*	18 *(58,1)*	13 *(41,9)*
Decepção	Baixo	10 *(30,3)*	23 *(69,7)*	21 *(63,6)*	12 *(36,4)*	14 *(42,4)*	19 *(57,6)*
	Alto	21 *(80,8)*	5 *(19,2)*	10 *(38,5)*	16 *(61,5)*	15 *(57,7)*	11 *(42,3)*

Com relação ao fator *exaustão emocional*, dos participantes que tiveram resultados acima da média deste estudo: 66,7% têm baixo nível de controle sobre o trabalho; 66,7% têm alto nível de cargas de trabalho; 60,0% têm baixo nível de reconhecimento. Em contrapartida, dos participantes que tiveram resultados abaixo da média deste estudo: 62,1% têm alto nível de controle sobre o trabalho; 72,4% têm baixo nível de cargas de trabalho; 62,1% têm alto nível de reconhecimento.

Com relação ao fator *desumanização*, dos participantes que tiveram resultados acima da média deste estudo: 67,7% têm baixo nível de controle sobre o trabalho; 51,6% têm alto nível de cargas de trabalho; 58,1% têm baixo nível de reconhecimento. Em

contrapartida, dos participantes que tiveram resultados abaixo da média deste estudo: 64,3% têm alto nível de controle sobre o trabalho; 57,1% têm baixo nível de cargas de trabalho; 60,7% têm alto nível de reconhecimento.

Com relação ao fator *decepção*, dos participantes que tiveram resultados acima da média deste estudo: 80,8% têm baixo nível de controle sobre o trabalho; 61,5% têm alto nível de cargas de trabalho; 57,7% têm baixo nível de reconhecimento. Em contrapartida, dos participantes que tiveram resultados abaixo da média deste estudo: 69,7% têm alto nível de controle sobre o trabalho; 63,6% têm baixo nível de cargas de trabalho; 57,6% têm alto nível de reconhecimento.

As hipóteses específicas foram confirmadas através da distribuição dos participantes nos níveis alto e baixo dos aspectos do trabalho e nos níveis alto e baixo dos fatores da síndrome de *burnout*, apresentada na Tabela 13.

Para a primeira hipótese - as altas cargas de trabalho estão associadas à ocorrência do *burnout* - a confirmação foi obtida pela distribuição dos participantes que tiveram resultados acima da média deste estudo no aspecto cargas de trabalho: 20 (66,7%) têm alto nível de *exaustão emocional*; 16 (51,6%) têm alto nível de *desumanização*; 16 (61,5%) têm alto nível de *decepção*.

A segunda hipótese - o reduzido grau de controle está associado à ocorrência do *burnout* - foi confirmada pela distribuição dos participantes que tiveram resultados abaixo da média deste estudo no aspecto controle sobre o trabalho: 20 (66,7%) têm alto nível de

exaustão emocional; 21 (67,7%) têm alto nível de *desumanização*; 21 (80,8%) têm alto nível de *decepção*.

A terceira hipótese - o reduzido grau de reconhecimento profissional está associado à ocorrência do *burnout* - foi confirmada pela distribuição dos participantes que tiveram resultados abaixo da média deste estudo no aspecto reconhecimento: 18 (60,0%) têm alto nível de *exaustão emocional*; 18 (58,1%) têm alto nível de *desumanização*; 15 (57,7%) têm alto nível de *decepção*.

4.7. REGRESSÃO LINEAR MÚLTIPLA PARA OS FATORES DA SÍNDROME DE *BURNOUT*

Uma regressão linear múltipla foi realizada utilizando o método Backwise, um procedimento de seleção em que todas as variáveis são incorporadas no modelo inicial e então removidas seqüencialmente segundo um critério de eliminação (p-valor <0,10, calculado a partir da estatística F-Snedecor).

Para cada modelo de regressão foram verificadas pressuposições básicas para proceder os ajustes: distribuição Normal dos resíduos (histogramas, gráficos do ajustamento à Normal), linearidade e igualdade de variância dos resíduos (análise dos resíduos e ANOVA), além da relação linear entre as variáveis (gráficos de dispersão).

A tabela 14 apresenta os modelos inicias (todas as variáveis) e os finais (variáveis que satisfizeram o critério de eliminação) com os coeficientes de regressão, o R, R^2, R^2 ajustado em ambos os modelos.

As variáveis de interesse são: *exaustão emocional, desumanização e decepção,* tendo como possíveis preditores as variáveis de caracterização pessoal e profissional e os aspectos do processo de trabalho. O intercepto (valor da equação quando todas as variáveis são zero), o R, R^2, R^2 ajustado foram significantemente diferentes de zero em todos os modelos.

Com relação às variáveis preditoras para o fator *exaustão emocional*, foi verificado que quanto maior a idade menor a *exaustão emocional*. Também ficou evidente que quanto maiores cargas de trabalho maior a *exaustão emocional*. Houve uma correlação negativa entre reconhecimento e *exaustão emocional*, mas esta não foi significativa, não sendo então considerada como variável preditora.

Quanto às variáveis preditoras para o fator *desumanização*, foi verificado que quanto maior a idade menor a *desumanização*. Constatou-se também que quanto maior o controle sobre o trabalho menor a *desumanização*.

Para o fator *decepção* foi verificada uma associação inversa com controle sobre o trabalho e reconhecimento e uma associação direta com cargas de trabalho, embora esta última não tenha sido significativa.

Tabela 14 – Regressão linear múltipla para fatores da síndrome de *Burnout* (n=59)

	EXAUSTÃO EMOCIONAL		DESUMANIZAÇÃO		DECEPÇÃO	
Modelo	Inicial	Final	Inicial	Final	Inicial	Final
Idade (anos)						
≤29 - Referência						
30 a 39	-0,238		-0,030		-0,111	
≥ 40	-0,431	**-0,371***	-0,291	**-0,226***	-0,023	
Sexo						
Masculino - Referência						
Feminino	0,199		0,064		0,144	
Estado civil						
Solteiro - Referência						
Casado	0,128		0,061		-0,012	
Divorciado	0,248		-0,123		-0,079	
Tempo de formado (anos)						
≤5 - Referência						
≥ 6	0,352		0,145		0,265	
Tempo de trabalho na organização (anos)						
≤1 - Referência						
2 a 5	0,192		-0,046		0,051	
≥6 anos	-0,197		-0,011		-0,242	
Carga horária semanal						
≤ 71 - Referência						
≥72	0,198		0,010		-0,026	
Aspectos Processo Trabalho						
Controle sobre o trabalho	-0,006		-0,118	**-0,165****	**-0,262****	**-0,281****
Cargas de trabalho	**0,559****	**0,587****	0,112		0,131	0,110
Reconhecimento	-0,187	-0,176	-0,020		**-0,195***	**-0,202***
Intercepto	**0,840**	**1,138**	**1,796**	**2,320**	**2,599**	**2,887**
R	**0,781**	**0,745**	**0,521**	**0,461**	**0,711**	**0,672**
R2	**0,611**	**0,556**	**0,271**	**0,213**	**0,506**	**0,451**
R2 ajustado	**0,509**	**0,532**	**0,081**	**0,185**	**0,377**	**0,421**

** p < 0,01 * p < 0,05

O resultado final da regressão múltipla mostra que: das características individuais (pessoais e funcionais) somente a variável idade foi significativa no modelo final, enquanto que para os aspectos do trabalho (controle sobre o trabalho, cargas de trabalho e reconhecimento) todos foram significativos no modelo final. Isto reforça a referência de Maslach (1998) ao contexto de trabalho como sendo a moldura do fenômeno de *burnout* e seu principal determinante.

O próximo capítulo tem como finalidade sistematizar os dados aqui apresentados e discutidos buscando uma conclusão.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste capítulo final serão sistematizados os principais resultados da pesquisa, apresentados e discutidos no capítulo anterior, buscando a sua análise à luz da literatura e outros estudos sobre o tema. Esta sistematização dos resultados será feita conforme os objetivos e hipóteses da pesquisa. Também neste capítulo serão apresentadas as limitações do estudo, a necessidade de outros estudos e as recomendações que poderão ser úteis às organizações e aos participantes do estudo.

A motivação que deu origem a este estudo, partiu da intenção de contribuir com os estudos já existentes sobre a conceituação, compreensão e explicação do fenômeno do *burnout*, considerando-o como complexo, dinâmico e multideterminado. Partiu-se da constatação de ainda existem no Brasil poucos estudos sobre o tema, principalmente considerando a categoria profissional dos médicos, escolhida como objeto de estudo nesta pesquisa, e teve como contribuição importante a identificação das repercussões dos aspectos do processo de trabalho médico na saúde psíquica.

Em relação ao primeiro objetivo, *investigar a percepção do médico pediatra sobre o seu processo de trabalho com atenção sobre os aspectos controle sobre o trabalho, cargas de trabalho e reconhecimento*, foram identificadas as médias para cada um dos aspectos, tendo os valores se situado próximos à linha média da escala que variou de 1 a 5. Esses valores indicam que os participantes do estudo consideram que possuem razoável controle sobre o trabalho, cargas de trabalho e reconhecimento.

Em relação ao segundo objetivo, *avaliar a intensidade dos fatores da síndrome de burnout (exaustão emocional, despersonalização e reduzida realização pessoal) entre os médicos pediatras*, foram verificados baixos escores nos três fatores da síndrome de

burnout. Estes resultados acompanham outros estudos realizados, como por exemplo, a pesquisa de Tamayo, M.R. (2002), realizada com policiais do DF, em que foi desenvolvida e utilizada a Escala de Caracterização do *Burnout* (utilizada neste estudo). Dentre os três fatores da síndrome de *burnout*, existe uma tendência de que o fator *exaustão emocional* tenha um escore maior do que os outros fatores. O fator *exaustão emocional* é considerado, na literatura especializada, como o fator central, a manifestação mais óbvia da síndrome e o que é mais facilmente relatado pelas pessoas (Maslach, 1998; Maslach, Schaufeli & Leiter, 2001; Pereira, 2002; Tamayo & Tróccoli, 2002).

O terceiro e último objetivo deste estudo que foi *explorar a relação entre a percepção sobre os aspectos do trabalho do médico pediatra e os fatores da síndrome de burnout*, foi alcançado pela comparação entre as médias obtidas nos aspectos do trabalho e nos fatores da síndrome de *burnout* e teve como resultado correlações diretas e significativas entre: *exaustão emocional* e idade e cargas de trabalho; *desumanização* e idade e controle sobre o trabalho; *decepão* e controle sobre o trabalho e reconhecimento. As correlações obtidas entre os aspectos do trabalho e os fatores de *burnout* confirmam a importância das variáveis organizacionais na ocorrência de fenômenos ligados à saúde psíquica do trabalhador, já que para cada um dos três fatores de *burnout*, pelo menos um aspecto do trabalho investigado neste estudo, tem uma associação significativa.

Os resultados obtidos pela relação dos fatores de *burnout* com algumas variáveis demográficas e com alguns aspectos do trabalho, confirmaram resultados apontados pela literatura, de que a ocorrência da síndrome está mais relacionada com os aspectos

organizacionais do que com características sócio-demográficas (Maslach, 1998; Maslach, Schaufeli & Leiter, 2001; Pereira, 2002; Tamayo & Tróccoli, 2002).

Estes resultados possibilitaram confirmar a hipótese básica deste estudo, *de que existe associação entre o processo de trabalho do médico pediatra (controle sobre o trabalho, cargas de trabalho e reconhecimento) e os fatores da síndrome de burnout* (*exaustão emocional, desumanização e decepção*).

As hipóteses específicas foram confirmadas. Neste sentido, a primeira hipótese – *a percepção de altas cargas de trabalho está associada à ocorrência do burnout* - os participantes que tiveram altas de trabalho, tiveram também alto nível nos três fatores de *burnout*.

Quanto à segunda hipótese - *a percepção de reduzido grau de controle está associada à ocorrência do burnout* - os participantes que tiveram reduzido controle sobre o trabalho, tiveram alto nível nos três fatores de *burnout*.

Em relação à terceira hipótese - *a percepção de reduzido grau de reconhecimento profissional está associada à ocorrência do burnout* - os participantes que tiveram reduzido reconhecimento, tiveram alto nível nos três fatores de *burnout*.

Acreditamos que este estudo apresenta algumas contribuições, principalmente no que se refere à discussão sobre saúde psíquica, já que existem poucos estudos desta natureza, com esta categoria profissional e também algumas limitações e lacunas que serão

indicadas. De alguma forma foi confirmada a existência do *burnout*, demonstrando uma correlação empírica com os princípios teóricos.

Dos resultados encontrados a partir da associação dos fatores do *burnout* com as variáveis independentes, cabe ressaltar que das características individuais (pessoais e funcionais) somente a variável idade foi significativa, enquanto que para os aspectos do trabalho (controle sobre o trabalho, cargas de trabalho e reconhecimento) todos foram significativos. Isto aponta para duas vertentes importantes: a primeira que a pouca idade está relacionada a altos escores nos fatores de *burnout*, indicando que os recém formados e residentes possuem uma maior vulnerabilidade e merecem mais atenção, principalmente no período de graduação, residência médica e início de carreira; a segunda que o contexto de trabalho aparece como importante fator desencadeador do *burnout* e por isso indicam que as organizações hospitalares deveriam desenvolver programas sistemáticos de prevenção e intervenção no *burnout* (Maslach, 1998; Maslach & Leiter, 1999; Garrosa-Hernández *et al*, 2002).

Embora tenham sido apresentadas contribuições deste estudo, cabe ressaltar as suas limitações, que se configuraram dificuldades encontradas e interferiram na realização do mesmo. Como uma primeira dificuldade, apesar de não ter sido significativa, foi o acesso a alguns médicos elegíveis ao estudo, por conta das trocas freqüentes de plantões entre eles e da referência de alguns da falta de tempo pela sobrecarga de trabalho. A título de ilustração, 33,9% dos participantes deste estudo possuem uma carga horária semanal total acima de 72 horas. Isto impôs limitações nos critérios de elegibilidade dos participantes.

Outra limitação foi a não normatização da escala de mensuração do *burnout* utilizada neste estudo, o que determinou a necessidade de escolha e adoção de um critério de análise dos dados levantados. Em contato com os autores da escala foram sugeridas três possibilidades: utilizar somente as respostas que estivessem localizadas entre os percentis 25 e 75; realizar dois pontos de corte na escala resultando em valores nos níveis baixo, médio e alto; e, redistribuir os participantes a partir da média das respostas encontradas no estudo. Por considerar o tamanho da amostra deste estudo, optou-se pela terceira sugestão.

Ainda como limitação, ressalta-se o reduzido suporte teórico prévio sobre o *burnout* na categoria profissional dos médicos, cabendo destacar as pesquisas de Rodrigues (2000) e Pereira (2002) que foram transformadas em capítulo de livro; e a pesquisa de Menegaz (2004). Desta forma, estas considerações são indicativas da necessidade de ampliação dos estudos com esta categoria profissional.

Considerando as conclusões do estudo sugerimos como agenda de pesquisa:

1. Realizar outros estudos com a categoria profissional dos médicos, incluindo um número maior de participantes, outras especialidades e outros contextos organizacionais, complementando assim a análise do problema.
2. Realizar pesquisas longitudinais, considerando que o *burnout* tem que ser analisado como um processo e que estudos desta natureza possibilitariam a identificação da sua seqüência de desenvolvimento.
3. Incluir outros aspectos do processo de trabalho médico, que com certeza influenciam no desenvolvimento do *burnout*.

REFERÊNCIAS

ANGERAMI-CAMON, Valdemar Augusto (Org.). CHIATTONE, Heloisa Benevides de Carvalho; MELETI, Marli Rosani. **A psicologia no Hospital**. 2 ed. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2003.

ANGERAMI-CAMON, Valdemar Augusto (Org.). **Urgências psicológicas no hospital**. 2. reimpr. da 1. ed. de 1998. São Paulo: Pioneira Thomson Learning. 2002.

BAHIA, Sônia. **Caminhos e descaminhos do trabalho**. Impasses e rupturas na construção de um modelo de gestão. 1999. 144 páginas. Dissertação (Apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais da Universidade Federal da Bahia, Salvador: UFBA, 1999).

BORGES, Livia Oliveira, ARGOLO, João Carlos Tenório, PEREIRA, Ana Lígia de Souza *et al*. A síndrome de burnout e os valores organizacionais: um estudo comparativo em hospitais universitários. ***Psicologia Reflexão e Crítica*** [online]. 2002, vol.15, no.1, p.189-200. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79722002000100020&lng=pt&nrm=iso>. ISSN 0102-7972. Acessado em jun. 2003.

CARLOTTO, Mary Sandra; GOBBI, Maria Dolores. Síndrome de *burnout*: um problema do indivíduo ou do seu contexto de trabalho?***Aletheia***;10:103-114; jul.-dez. 1999. [(identificado) LILACS id: 334998].

CHANLAT. Modos de gestão, saúde e segurança no trabalho. In: DAVEL, E & VASCONCELOS, J. **Recursos Humanos e Subjetividade**. Rio de Janeiro: Vozes, 1997.

CHIATTONE, Heloísa Benevides Carvalho. A criança e a morte. In ANGERAMI-CAMON, Valdemar Augusto (Org.). **E a psicologia entrou no hospital...**São Paulo: Pioneira Thompson Learning, 2003.

CHIZZOTTI, Antonio. **Pesquisa em ciências humanas e sociais**, São Paulo: Cortez, 2000. (Biblioteca da educação. Série1. Escola; v.16).

CLASSIFICAÇÃO BRASILEIRA DE OCUPAÇÕES – CBO 2002, disponível em: http://www.mtecbo.gov.br/busca/especialistas.asp?codigo=2231. Acessado em mai. 2005

CODO, Wanderley. (Org.). **Educação: trabalho e carinho**: Burnout, a síndrome da desistência do educador, que pode levar à falência da educação. Petrópolis: Vozes. 1999.

DE MARCO, M.A. (org.). **A face humana da medicina**: do modelo biomédico ao modelo biopsicossocial. São Paulo: Casa do Psicólgo, 2003.

DONNANGELO, Maria C.F. **Medicina e sociedade**. O médico e o seu mercado de trabalho. São Paulo: Pioneira, 1975.

DRUCK, Maria da Graça. **Terceirização**: (dês)fordizando a fábrica. Salvador: Edufba, 1999.

ESTEVES, Maria F. D. P. **Estresse psíquico em professores do ensino superior privado: um estudo em Salvador-Ba**, 2004. 168 páginas. Dissertação (Apresentada ao Mestrado em Psicologia da Universidade Federal da Bahia Salvador: UFBA, 2004).

FERNANDES, Sônia Regina Pereira. Saúde e trabaljo: controvérsias teóricas. **Caderno CRH.** Salvador: Centro de Recursos Humanos/ UFBa. 1996. n.1.

FERREIRA et al. O novo trabalhador e a nova ordem de gestão de recursos humanos. In: PIMENTA, S M. (org). **Recursos Humanos: uma dimensão estratégica**. HMG/FACE/CEPEAD,1999.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder.** Rio de Janeiro: Graal, 1979.

GARROSA-HERNÁNDEZ *et al*. Pevenção e intervenção na síndrome de *burnout*. Como prevenir (ou remediar) o processo de *burnout*. In PEREIRA, Ana Maria T. Benavides (Org.). **Burnout:** quando o trabalho ameaça o bem-estar do trabalhador. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002.

GRAÇA, L. **Evolução do sistema hospitalar:** uma perspectiva sociológica. Disponível em: <http://www.terravista.pt/meco/5531/historia2_hospital.html> Última atualização em 23 mai. 2000. Acesso em 01 abr. 2003.

GLINA, D.M.R.; ROCHA, L.E. (Orgs.). **Saúde mental no trabalho:** desafios e soluções. São Paulo: Editora VK, 2000.

HARVEY, David. **Condição pós-moderna**. tradução Adail Ubirajara Sobral; Maria Stela Gonçalves. Edições Loyola. 6 ed. 1996.

MACHADO, M.H. **Os médicos no Brasil**: um retrato da realidade. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1997.

MASLACH, Christina. A multidimensional theory of burnout. In COOPER, Cary. **Theories of organizacional stress.** Manchester: Oxford University Press: [s.n] 1998.

MASLACH, Christina; SCHAUFELI, Wilmar B.; LEITER, Michael P. Job Burnout. ***Annual Review of Psychology***. Volume 52, Page 397 – 422, Fev 2001.

MASLACH, Christina; LEITER, Michael P. **Trabalho**: fonte de prazer ou desgaste? Guia para vencer o estresse na empresa. Tradução Mônica Saddy Martina. Campinas, SP: Papirus, 1999.

MELEIROS, Alexandrina Maria Augusto da Silva. **O médico como paciente**. São Paulo: Lemos-Editorial, 2001.

MENDES, Ana Magnólia; BORGES, Lívia de Oliveira; FERREIRA, Mário César (Orgs.). **Trabalho em transição, saúde em risco**. Brasília: Universidade de Brasília, 2002.

MENDES, Ana Magnólia; MORRONE, Carla Faria. Vivências de prazer- sofrimento e saúde psíquica no trabalho: trajetória conceitual e empírica. In MENDES, Ana Magnólia; BORGES, Lívia de Oliveira; FERREIRA, Mário César (Orgs.). **Trabalho em transição, saúde em risco**. Brasília: Universidade de Brasília, 2002.

MENEGAZ, Flávia Dutra Lima. **Características da incidência de burnout em pediatras de uma organização hospitalar pública**. 2004. 85 páginas. Dissertação (Apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Santa Catarina, Santa Catarina: UFSC, 2004).

MILLAN, Luiz Roberto[et al.]. **O universo psicológico do futuro médico** vocação, vicissitudes e perspectivas. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999.

MILLAN, Luiz Roberto, ROSSI, Eneiza & DE MARCO, Orlando Lúcio Neves. A psicopatologia do estudante de medicina. In MILLAN, Luiz Roberto [et al.]. **O universo psicológico do futuro médico** vocação, vicissitudes e perspectivas. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999.

NASCIMENTO SOBRINHO, Carlito Lopes. **Condições de trabalho e saúde dos médicos em Salvador, Bahia, Brasil**. 2004. 158 páginas. Tese (Apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Medicina e Saúde, Salvador: UFBa, 2004).

NOGUEIRA, A N et al. Globalização: reestruturação produtiva e seus impactos na gestão de recursos humanos In: PIMENTA, S M. (org). **Recursos Humanos: uma dimensão estratégica**. HMG/FACE/CEPEAD,1999.

PEREIRA, Ana Maria T. Benavides (Org.). **Burnout:** quando o trabalho ameaça o bem-estar do trabalhador. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002.

PIMENTA, S.M. Trabalho e cidadania: as possibilidades de uma (re)construção política. In CORRÊA, M.L. & PIMENTA, S.M. (orgs.). **Gestão, trabalho e cidadania**: novas articulações. Belo Horizonte: Autêntica/ CEPEAD/ FACE/ UFMG, 2001.

PITTA, Ana Maria Fernandes. **Hospital**: dor e morte como ofício. 5ª. ed., São Paulo: Annablume / Hucitec, 2003.

RODRIGUES, Avelino Luiz. O Burnout no exercício profissional da medicina. In: GLINA, D.M.R.; ROCHA, L.E. (Orgs.). **Saúde mental no trabalho:** desafios e soluções. São Paulo: Editora VK, 2000.

SCHRAIBER, Lilia Blima. **O médico e o seu trabalho**. Limites da liberdade. São Paulo: Editora HUCITEC, 1993.

SEBASTIANI, Ricardo Werner. Aspectos emocionais e psicofisiológicos nas situações de emergência no hospital geral. In: ANGERAMI-CAMON, Valdemar Augusto (Org.). **Urgências psicológicas no hospital**. São Paulo: Pioneira Psicologia, 1998.

SILVA, Cláudia Osório da. Trabalho e subjetividade no hospital geral. ***Revista Psicologia Ciência e Profissão,*** Brasília, n. 2, 1998.

SPEHRS, Virginia. Síndrome de burnout em los pediatras intensivistas, ***Arch. argent. Pediatr.*** 95(6) págs. 413-21. 1997. [(iah) LILACS id: 252381].

TAMAYO, Maurício Robayo. **Burnout:** relações com a afetividade negativa, o coping no trabalho e a percepção de suporte organizacional. 2002. 165 páginas. Tese (Apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília, Brasília: UNB, 2002).

TAMAYO, M.R. & TRÓCCOLI, B.T. Exaustão emocional: relações com a percepção de suporte organizacional e com as estratégias de coping no trabalho. ***Estud. Psicol***. (Natal) v.7 n.1. Natal. Jan.2002. Acessado Mar. 2005.

TAMAYO, Maurício Robayo. **Relação entre a síndrome do burnout e os valores organizacionais no pessoal de enfermagem de dois hospitais públicos**. 1997. 95 páginas. Dissertação (Apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília, Brasília: UNB, 1997).

TAMAYO, M.R. & TRÓCCOLI, B.T. Síndrome de Burnout. In MENDES, Ana Magnólia; BORGES, Lívia de Oliveira; FERREIRA, Mário César (Orgs.). **Trabalho em transição, saúde em risco**. Brasília: Universidade de Brasília, 2002.

VELOSO et al. As transformações no mundo do trabalho. In: PIMENTA, S M. (org). **Recursos Humanos: uma dimensão estratégica**. HMG/FACE/CEPEAD,1999.

ZARIFIAN, Philippe, **Objetivo competência**: por uma nova lógica, tradução Maria Helena C. V. Trylinski. São Paulo: Editora Atlas, 2001.

ANEXOS

ANEXO 1 - *Maslach Burnout Inventory – General Survey*

01. (EE) Eu me sinto emocionalmente exausto pelo meu trabalho.
02. (EE) Eu me sinto esgotado ao final de um dia de trabalho.
03. (EE) Eu me sinto fatigado quando me levanto de manha e tenho que encarar outro dia de trabalho.
04. (RP) Eu posso entender facilmente o que sentem os meus pacientes acerca das coisas.
05. (D) Eu sinto que eu trato alguns dos meus pacientes como se eles fossem objetos.
06. (EE) Trabalhar com pessoas o dia inteiro é realmente um grande esforço para mim.
07. (RP) Eu trato de forma adequada os problemas dos meus pacientes.
08. (EE) Eu me sinto esgotado com o meu trabalho.
09. (RP) Eu sinto que estou influenciando positivamente a vida de outras pessoas por meio do meu trabalho.
10. (D) Eu sinto que me tornei mais insensível com as pessoas desde que comecei este trabalho.
11. (D) Eu acho que este trabalho está me endurecendo emocionalmente.
12. (RP) Eu me sinto cheio de energia.
13. (EE) Eu me sinto frustrado com meu trabalho.
14. (EE) Eu sinto que estou trabalhando demais no meu emprego.
15. (D) Eu não me preocupo realmente com o que acontece com alguns de meus pacientes.
16. (EE) Trabalhar diretamente com pessoas me deixa muito estressado.
17. (RP) Eu posso criar facilmente um ambiente tranqüilo com os meus pacientes.
18. (RP) Eu me sinto estimulado depois de trabalhar lado a lado com os meus pacientes.
19. (RP) Eu tenho realizado muitas coisas importantes neste trabalho.
20. (EE) No meu trabalho, eu me sinto como se estivesse no final do meu limite.
21. (RP) No meu trabalho, eu lido com os problemas emocionais com calma.
22. (D) Eu sinto que os pacientes me culpam por alguns dos seus problemas.

EE. Exaustão Emocional **D. Despersonalização** **RP. Realização Pessoal**

Fonte: Tamayo (2002)

ANEXO 2 – *Escala de Categorização do Burnout*

Itens de Exaustão Emocional

01. Eu me sinto desgastado com o meu trabalho.
02. Eu me sinto sugado pelo meu trabalho.
03. Meu trabalho me faz sentir como se estivesse no limite das minhas possibilidades.
04. Meu trabalho me exige mais do que eu posso dar.
05. Meu trabalho me faz sentir emocionalmente exausto.
06. Meu trabalho afeta negativamente minha saúde física.
07. Sinto-me esgotado ao final de um dia de trabalho.
08. Sinto que a carga emocional do meu trabalho é superior àquela que posso suportar.
09. Acho que estou trabalhando demais no meu emprego.
10. Meu trabalho afeta negativamente meu bem-estar psicológico.
11. Sinto que meu trabalho está me destroçando.
12. Eu me sinto saturado com meu trabalho.

Itens de Desumanização

13. Trato alguns pacientes/ familiares com frieza.
14. Perco a paciência com alguns pacientes/ familiares.
15. Fico de mau humor quando lido com alguns pacientes/ familiares.
16. Enfureço-me com alguns pacientes/ familiares.
17. Trato alguns pacientes/ familiares com indiferença, quase de forma mecânica.
18. Trato alguns pacientes/ familiares com distanciamento.
19. Sinto que alguns pacientes/ familiares são meus inimigos.
20. Sinto que desagrado a alguns pacientes/ familiares.
21. Trato alguns pacientes/ familiares com cinismo.
22. Evito o trato com alguns pacientes/ familiares.
23. Compreendo facilmente os sentimentos dos pacientes/ familiares.

Itens de Decepção

24. Sinto-me emocionalmente vazio com o meu trabalho.
25. Eu me sinto desiludido com o meu trabalho.
26. Eu me sinto identificado com o meu trabalho.
27. Acho que meu trabalho parece sem sentido.
28. Eu me sinto desanimado com o meu trabalho.
29. Acho que as coisas que eu realizo no meu trabalho valem à pena.
30. Eu me sinto frustrado no meu trabalho.
31. Meu trabalho me faz sentir como se estivesse num beco sem saída.
32. Sinto-me desesperado com o meu trabalho.
33. Eu me sinto inútil no meu trabalho.
34. Quando me levanto de manhã, sinto cansaço só de pensar que tenho que enfrentar mais um dia de trabalho
35. Eu me sinto cheio de energia para trabalhar.
36. Sinto-me infeliz com meu trabalho.
37. Sinto vontade de me isolar no ambiente de trabalho.
38. Acho que realizo meu trabalho inadequadamente.
39. Evito o relacionamento com meus colegas de trabalho.

Fonte: Tamayo (2002)

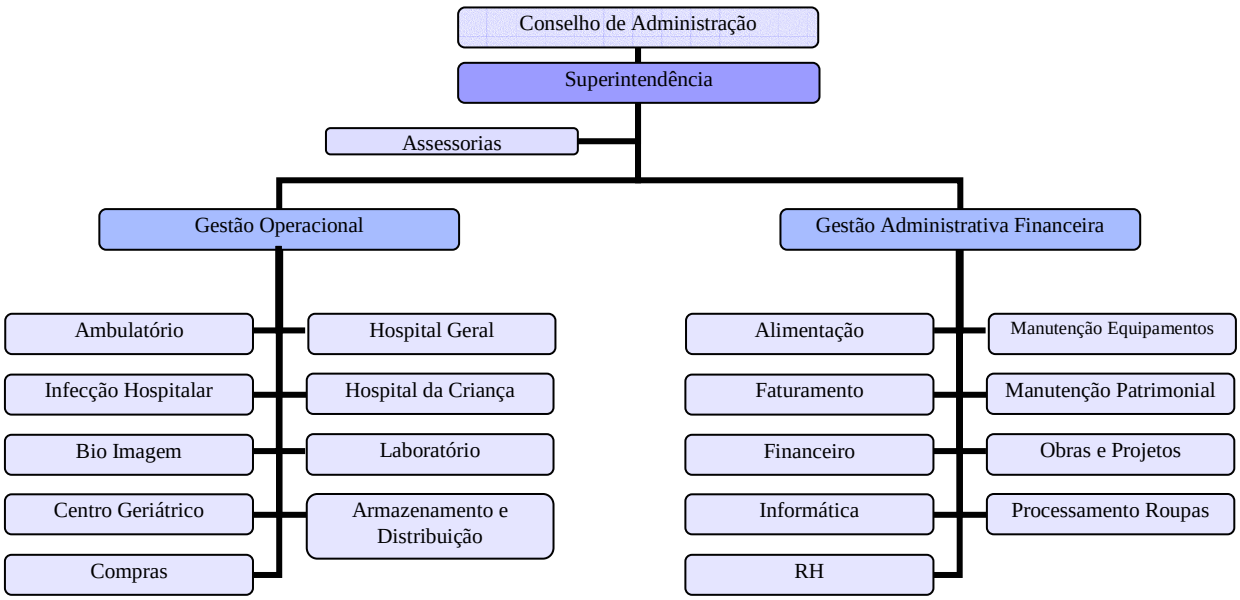
ANEXO 3 – ASPECTOS GERAIS DAS ORGANIZAÇÕES INVESTIGADAS

ORGANIZAÇÃO A

Fundada no ano de 1959, se constitui uma associação de direito privado de caráter filantrópico e de fins não econômicos, reconhecida como de utilidade pública em nível federal, estadual e municipal. Atua prestando atendimento nas áreas de saúde, assistência social e educação, dedicando-se ainda ao ensino e pesquisa médica.

Implantou na década de 70 o Programa de Residência Médica que conta com sete especialidades: Pediatria, Ginecologia, Anestesiologia, Clínica Médica, Clínica Cirúrgica, Otorrinolaringologia e Geriatria.

A Organização A tem o seguinte organograma:



Em seu quadro funcional conta com aproximadamente 1.715 profissionais e 400 médicos cooperativados. No Hospital da Criança, área em que foi realizado o presente estudo, trabalham em torno de 92 profissionais com vínculo empregatício com a organização e destes apenas 05 são médicos. Os outros médicos da área de pediatria possuem vínculo como prestadores de serviços, cooperativados ou bolsistas de residência médica.

O Hospital da Criança foi inaugurado no ano de 2000 visando prestar atendimento integral ao paciente em pediatria. Possui 102 leitos de internação, sendo 10 no Centro de Terapia Intensiva. O ambulatório, criado em 1986, possui a clínica de pediatria, onde funcionam 08 consultórios médicos para atendimento em pediatria geral e também em diversas especialidades pediátricas.

A pediatria possui as seguintes áreas: ambulatório, enfermarias, centro de terapia intensiva e preceptoria médica.

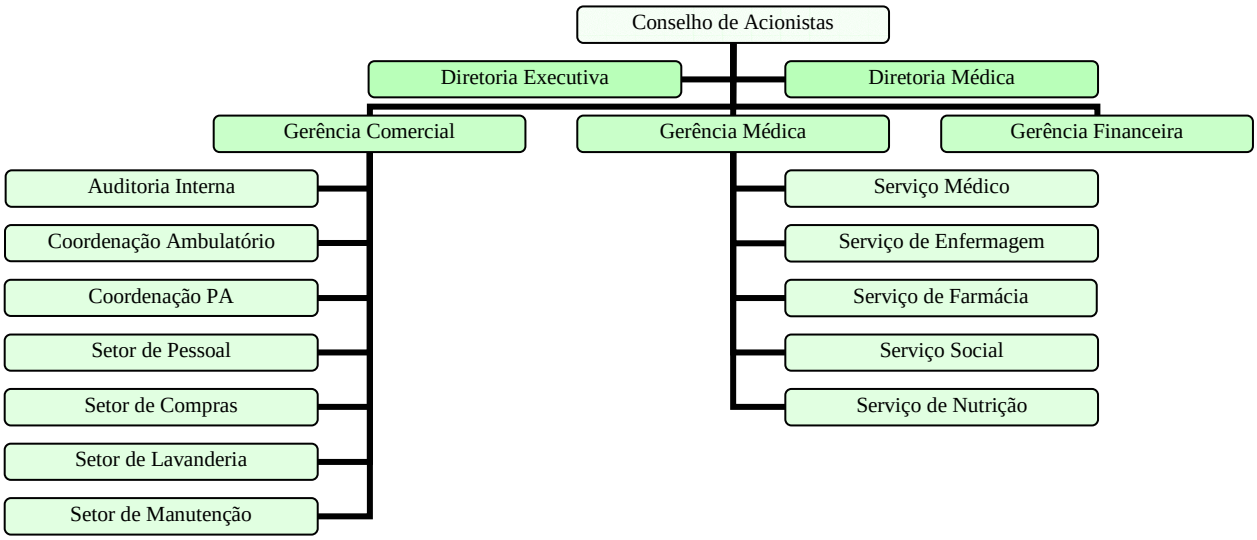
ORGANIZAÇÃO B

Inaugurada há 08 anos, se constitui uma associação de direito privado de caráter particular e de fins econômicos. Atua prestando atendimento de saúde especificamente na área de pediatria, realizando atendimentos particulares e através de convênios.

Conta com um quadro funcional de aproximadamente 180 profissionais efetivos. Dos médicos, alvo de atenção deste estudo, somente um tem vínculo empregatício, os outros são prestadores de serviço ou cooperativados.

A organização passou por um processo recente de reestruturação, reduzindo o seu tamanho para metade da capacidade inicial. Nesta reestruturação a Unidade de Terapia Intensiva foi desativada. Atualmente possui as áreas: Emergência, Internação e Ambulatório, com 10 leitos em unidade de internação, 05 leitos e 03 consultórios na unidade de emergência e 06 consultórios no ambulatório.

A Organização B tem o seguinte organograma:



ANEXO 4 – CARTAZ DE DIVULGAÇÃO DA PESQUISA

ANEXO 5 – TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas
Programa de Pós-Graduação em Psicologia
MESTRADO EM PSICOLOGIA

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Prezado médico(a)

A pesquisa para a qual você está sendo convidado(a) a participar, tem como objetivo *investigar a repercussão da atividade médica na saúde psíquica do médico pediatra*, considerando variáveis relacionadas à organização e à saúde psíquica do trabalhador.

O pesquisador responsável por este projeto de pesquisa é a mestranda Márcia Oliveira Staffa Tironi, que poderá ser contatado pelos telefones XXXX-XXXX ou XXXX-XXXX.

Pelo presente documento, declaro estar ciente do objetivo do estudo e, se houver qualquer dúvida a respeito dos procedimentos adotados durante a condução da pesquisa, terei total liberdade para questionar ou me recusar a continuar participando da investigação.

Meu consentimento, fundamentado na garantia de que as informações apresentadas serão respeitadas, assenta-se nas seguintes restrições:

a)Não serei obrigado a realizar nenhuma atividade para a qual não me sinta disposto(a) e capaz;
b) Não participarei de qualquer atividade que possa vir a me trazer qualquer prejuízo;
c)O meu nome, e o dos demais participantes da pesquisa, não serão divulgados;
d) Todas as informações individuais terão o caráter estritamente confidencial;
e)Os pesquisadores estão obrigados a me fornecer, quando solicitados, as informações coletadas;
f) Posso, a qualquer momento, solicitar aos pesquisadores, que os meus dados sejam excluídos da pesquisa.

Ao assinar este termo, passo a concordar com a utilização das informações para os fins específicos deste estudo, salvaguardando as diretrizes universalmente aceitas da ética na pesquisa científica, desde que sejam respeitadas as restrições acima elencadas.

Salvador, ... de ..... de 2005

Nome: _____ Identidade: _____

Assinatura: _____

ANEXO 6 – INSTRUMENTO DE PESQUISA

QUESTIONÁRIO

Prezado(a) médico(a),

Esta pesquisa tem finalidade acadêmica, tendo como objetivo identificar como o trabalhador percebe o seu trabalho, visando subsidiar a minha dissertação no Mestrado em Psicologia da UFBa.

Contamos com a sua colaboração no presente estudo e aproveitamos para esclarecer que estas informações serão tratadas com sigilo e anonimato, sendo os resultados analisados em conjunto e eletronicamente.

O instrumento é composto de 5 partes de questões: 1ª Identificação geral; 2ª Formação e atualização profissional; 3ª Características do trabalho; 4ª Percepção sobre o processo e ambiente de trabalho; 5ª Percepção sobre aspectos da saúde e trabalho.

Você deverá responder a todas as questões que compõem este questionário, seguindo as instruções.

Agradeço antecipadamente a sua atenção e colaboração.

Márcia Oliveira Staffa Tironi
Mestranda em Psicologia - UFBa

◦ ◦ ○○○○ I. IDENTIFICAÇÃO GERAL:

1. Idade: _____
2. Sexo: ☐ Masculino ☐ Feminino
3. Estado Civil: ☐ Solteiro ☐ Casado ☐ Divorciado/separado/desquitado
   ☐ Viúvo ☐ Outro_____
4. Tem Filhos: ☐ Sim ☐ Não Se sim, número de filhos____

◦ ◦ ○○○○ II. FORMAÇÃO E APERFEIÇOAMENTO PROFISSIONAL:

5. Nome da instituição da Graduação:
   ☐ UFBA ☐ Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública
   ☐ Outra, qual?_____
6. Pós-Graduação: Completa(C), Incompleta(I).
   ☐ Residência(C)(I) ☐ Especialização(C)(I) ☐ Mestrado(C)(I)
   ☐ Doutorado(C)(I) ☐ Pós-Doutorado (C)(I)
7. Especialização em Pediatria:
   ☐ Clínica Médica ☐ Emergência ☐ UTI
   ☐ Outra, qual_____
8. Além da Pediatria, atua em outra área da Medicina?
   ☐ Sim ☐ Não. Se sim, qual(is)_____
9. Está fazendo algum curso atualmente? ☐ Sim ☐ Não.
   Se sim, qual? .....
   Tempo de estudo (nº de horas/semana).....

◦ ◦ ○○○○ III. CARACTERÍSTICAS DO TRABALHO:

10. Há quanto tempo trabalha como médico? (meses/ anos): .....
11. Tempo de serviço nesta clínica/ hospital (meses/ anos): .....
12. Carga Horária semanal nesta clínica/ hospital.....
13. Área de trabalho nesta clínica/ hospital:.....
    ☐ Emergência ☐ Ambulatório ☐ UTI ☐ Enfermaria ☐ Outras
14. Turno de trabalho nesta clínica/ hospital:
    ☐ Somente Manhã ☐ Somente Tarde ☐ Manhã e Tarde
    ☐ Somente Noite ☐ Escala Mista
15. Tipo de vinculação com a clínica/ hospital:
    ☐ Assalariado ☐ Cooperado ☐ Prestador de Serviços
    ☐ Outro, qual? .....
16. Trabalha em regime de plantão? ☐ Sim ☐ Não
    (em caso de resposta negativa pule para a questão 18)
17. Carga horária de trabalho semanal como plantonista:
    ☐ até 12 horas ☐ 13-24h ☐ 25-48h ☐ 49 e mais
18. Você exerce algum tipo de chefia nesta clínica/ hospital? ☐ Sim ☐ Não.
    Se sim, especifique .....

19. Além deste, trabalha em outras clínicas/ hospitais? ☐ Sim ☐ Não.
    Caso sim, quantos?
    Setor Público_____ Carga horária semanal_____
    Setor Privado_____Carga horária semanal_____

20. Tempo de trabalho (horas/semana aproximadamente)_____
    Dividido em: Atendimento em Consultório_____
    Atendimento em Clínica/Hospital_____
    Atividade docente_____

21. Número de clientes que atende diariamente nesta clínica/ hospital .....

22. Tempo médio que gasta para atender cada paciente (minutos/ horas): .....

23. Complete as frases abaixo, com a primeira impressão que vier à mente:
    O pediatra é visto como.....
    .....
    O pediatra, nesta clínica/ hospital, é visto como .....
    .....
    O paciente, nesta clínica/ hospital, é visto como .....
    .....

◦◦○○○○IV. PERCEPÇÃO SOBRE O PROCESSO DE TRABALHO:

Para as questões abaixo, assinale a resposta que melhor corresponde à sua situação de trabalho. Às vezes nenhuma das opções de resposta corresponde exatamente à sua situação; neste caso, escolha aquela que mais se aproxima da sua realidade:

Utilize o seguinte código para responder às questões:

1	2	3	4	5
Discordo Fortemetemente	Discordo	Concordo Parcialmente	Concordo	Concordo Fortemente

24. Participo do planejamento do meu trabalho ①②③④⑤
25. Participo das tomadas de decisões técnicas do meu trabalho ①②③④⑤
26. Meus superiores costumam me informar sobre o meu desempenho no trabalho ①②③④⑤
27. Decido como fazer o meu trabalho ①②③④⑤
28. Participo das tomadas de decisões administrativas do meu trabalho ①②③④⑤
29. Trabalho fragmentado, produção condicionada ao tempo, realização de tarefas repetitivas, rigidez de horários, separação entre concepção e execução do trabalho ①②③④⑤
30. É permitido realizar meu trabalho por conta própria ①②③④⑤
31. Vejo as minhas tarefas em toda a sua amplitude ①②③④⑤
32. A empresa reconhece o trabalho que faço ①②③④⑤
33. Meu emprego exige que eu trabalhe muito intensamente ①②③④⑤
34. Meus superiores solicitam que eu faça tarefas conflitantes ①②③④⑤

35. Sinto que minha carga de trabalho é excessiva ①②③④⑤

36. As pessoas solicitam que eu faça coisas em conflito com os outros trabalhos que devo fazer ①②③④⑤

37. Tenho que trabalhar muito rapidamente ①②③④⑤

38. Meu trabalho exige muito de mim fisicamente ①②③④⑤

39. O meu salário, se comparado ao de outras pessoas com formação escolar equivalente à minha, está acima da média paga por outras empresas ①②③④⑤

40. Meu trabalho exige muito de mim mentalmente ①②③④⑤

41. Eu tenho influência sobre as políticas adotadas pelo meu sindicato ou associações de empregados ①②③④⑤

42. A avaliação de desempenho revela a minha real produtividade ①②③④⑤

43. Meu supervisor preocupa-se com o bem-estar de seus subordinados ①②③④⑤

44. Meu supervisor presta atenção às coisas que falo ①②③④⑤

45. Minha chefia reconhece o trabalho que faço ①②③④⑤

46. Estou exposto(a) a conflito ou hostilidade por parte do meu supervisor ①②③④⑤

47. Meu supervisor me ajuda a fazer o meu trabalho ①②③④⑤

48. Meu supervisor é bem sucedido em promover o trabalho em equipe ①②③④⑤

49. Existem níveis hierárquicos bem estabelecidos, regulamentação definida, centralização do poder nesta clínica/hospital ①②③④⑤

50. Esta clínica/hospital valoriza os especialistas e técnicos ①②③④⑤

51. Eu considero o meu salário justo em relação ao trabalho que realizo nesta clínica/ hospital ①②③④⑤

52. Nesta clíica/hospital existe a supervalorização da ação, necessidade de adaptação permanente e canalização de energia individual nas atividades coletivas. ①②③④⑤

53. É exigido dos trabalhadores maior autonomia sobre o trabalho, nesta clínica/hospital. ①②③④⑤

54. Estou satisfeito com o tratamento que recebo dos meus superiores ①②③④⑤

55. Existe o envolvimento de técnicos e gestores na implementação de estratégias e definição de objetivos nesta clínica/hospital ①②③④⑤

56. Tenho um bom relacionamento com o meu chefe ①②③④⑤

57. Indique alguns aspectos da organização do trabalho adotado por esta clínica/hospital, que interferem na realização do seu trabalho:

Positivos .....
.....
Negativos.....
.....

Estes aspectos podem repercutir na sua saúde? ☐ Sim ☐ Não.
Caso sim, como?.....
.....

◦◦○○○○V. PERCEPÇÃO SOBRE ASPECTOS DE SAÚDE E TRABALHO:

Nesta parte você encontrará afirmações relacionadas com sentimentos pelo trabalho. Leia cada uma delas e escolha, na freqüência abaixo, o número que mais se aproxima da forma como você se sente no seu trabalho.

1	2	3	4	5
Nunca	Raramente	Algumas Vezes	Frequentemente	Sempre

58.	Eu me sinto desgastado com o meu trabalho	1 2 3 4 5
59.	Trato alguns pacientes/ familiares com frieza	1 2 3 4 5
60.	Eu me sinto sugado pelo meu trabalho	1 2 3 4 5
61.	Meu trabalho me faz sentir como se estivesse num beco sem saída	1 2 3 4 5
62.	Meu trabalho me faz sentir como se estivesse no limite das minhas possibilidades	1 2 3 4 5
63.	Fico de mau humor quando lido com alguns pacientes/ familiares	1 2 3 4 5
64.	Meu trabalho me exige mais do que eu posso dar	1 2 3 4 5
65.	Eu me sinto inútil no meu trabalho	1 2 3 4 5
66.	Acho que meu trabalho parece sem sentido	1 2 3 4 5
67.	Meu trabalho me faz sentir emocionalmente exausto	1 2 3 4 5
68.	Sinto-me infeliz com meu trabalho	1 2 3 4 5
69.	Sinto-me desesperado com o meu trabalho	1 2 3 4 5
70.	Sinto-me esgotado ao final de um dia de trabalho	1 2 3 4 5
71.	Acho que as coisas que eu realizo no meu trabalho valem à pena	1 2 3 4 5
72.	Sinto que alguns pacientes/ familiares são meus inimigos	1 2 3 4 5
73.	Sinto que a carga emocional do meu trabalho é superior àquela que posso suportar	1 2 3 4 5
74.	Trato alguns pacientes/ familiares com cinismo	1 2 3 4 5
75.	Acho que estou trabalhando demais no meu emprego	1 2 3 4 5
76.	Eu me sinto frustrado no meu trabalho	1 2 3 4 5
77.	Sinto que meu trabalho está me destroçando	1 2 3 4 5
78.	Eu me sinto identificado com o meu trabalho	1 2 3 4 5
79.	Eu me sinto saturado com meu trabalho	1 2 3 4 5
80.	Perco a paciência com alguns pacientes/ familiares	1 2 3 4 5
81.	Enfureço-me com alguns pacientes/ familiares	1 2 3 4 5
82.	Eu me sinto cheio de energia para trabalhar	1 2 3 4 5
83.	Trato alguns pacientes/ familiares com indiferença, quase de forma mecânica	1 2 3 4 5
84.	Evito o relacionamento com meus colegas de trabalho	1 2 3 4 5
85.	Trato alguns pacientes/ familiares com distanciamento	1 2 3 4 5
86.	Eu me sinto desanimado com o meu trabalho	1 2 3 4 5

87.	Evito o trato com alguns pacientes/ familiares	1 2 3 4 5
88.	Meu trabalho afeta negativamente minha saúde física	1 2 3 4 5
89.	Compreendo facilmente os sentimentos dos pacientes/ familiares	1 2 3 4 5
90.	Sinto-me emocionalmente vazio com o meu trabalho	1 2 3 4 5
91.	Eu me sinto desiludido com o meu trabalho	1 2 3 4 5
92.	Quando me levanto de manhã, sinto cansaço só de pensar que tenho que enfrentar mais um dia de trabalho	1 2 3 4 5
93.	Sinto vontade de me isolar no ambiente de trabalho	1 2 3 4 5
94.	Sinto que desagrado a alguns pacientes/ familiares	1 2 3 4 5
95.	Meu trabalho afeta negativamente meu bem-estar psicológico	1 2 3 4 5
96.	Acho que realizo meu trabalho inadequadamente	1 2 3 4 5

Neste espaço você poderá fazer observações sobre o seu trabalho, se quiser: ____

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