

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

DOUTORADO EM PSICOLOGIA

O COTIDIANO DOS TRABALHADORES DA UNIDADE DE
INTERNAÇÃO PEDIÁTRICA DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO E
A SÍNDROME DE *BURNOUT*

GRACE KELLY FILGUEIRAS FREITAS

Vitória

2014

GRACE KELLY FILGUEIRAS FREITAS

O COTIDIANO DOS TRABALHADORES DA UNIDADE DE
INTERNAÇÃO PEDIÁTRICA DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO E
A SÍNDROME DE *BURNOUT*

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia, como parte dos requisitos para obtenção do título de Doutora em Psicologia, da Universidade Federal do Espírito Santo.

Orientadora: Profa. Dra. Maria das Graças Barbosa Moulin

UFES
Vitória, agosto de 2014.

Dados Internacionais de Catalogação-na-publicação (CIP)
(Biblioteca Central da Universidade Federal do Espírito Santo, ES, Brasil)

F862c Freitas, Grace Kelly Filgueiras, 1969 -
O cotidiano dos trabalhadores da unidade de internação
pediátrica de um hospital universitário e a síndrome de burnout /
Grace Kelly Filgueiras Freitas – 2014.
250 f. : il.

Orientador: Maria das Graças Barbosa Moulin.

Tese (Doutorado em Psicologia) – Universidade Federal do
Espírito Santo, Centro de Ciências da Saúde.

1. Psicologia Industrial. 2. Saúde do Trabalhador.
3. Organização do trabalho. 4. Burnout [Psicologia]. I. Moulin,
Maria das Graças Barbosa. II. Universidade Federal do Espírito
Santo. Centro de Ciências da Saúde. III. Título.

CDU: 159.9

O COTIDIANO DOS TRABALHADORES DA UNIDADE DE INTERNAÇÃO
PEDIÁTRICA DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO E A SÍNDROME DE
BURNOUT

GRACE KELLY FILGUEIRAS FREITAS

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia, como parte dos requisitos para obtenção do título de Doutora em Psicologia, da Universidade Federal do Espírito Santo

Aprovada em 29 de agosto de 2014.

Banca Examinadora

Prof^a Dra Maria da Graças Barbosa Moulin - Orientadora
Universidade Federal do Espírito Santo - UFES

Prof^a Dra Andréia Aparecida de Miranda Ramos
Universidade Federal de Juiz de Fora - UFJF

Prof^a Dr Luiz Henrique Borges
Escola Superior de Ciências da Santa Casa
de Misericórdia de Vitória - EMESCAM

Prof^a Dra Luziane Zacché Avellar
Universidade Federal do Espírito Santo – UFES

Prof^a Dra Silvia Rodrigues Jardim
Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ

A Minha mãe, Neuza Filgueiras Freitas, com muito amor: “Ainda que eu falasse a língua dos homens, e falasse a língua dos anjos, sem amor eu nada seria.” [1 Coríntios 13] O seu amor, sua dedicação e confiança me trouxeram até aqui. Obrigada!

A Nívea Filgueiras Mafra, com todo meu amor e gratidão! Valeu o carinho imensurável, a proteção tão acolhedora e sua forte presença em absolutamente todos os momentos da minha vida! Você é luz em meu caminho!

A Mel Mafra, minha princesinha! Obrigada pela sua compreensão, seu amor incondicional e suas orações! E nunca esqueça querida: “Que meu amor não será passageiro, te amarei de janeiro a janeiro, até o mundo acabar”!

A Ana, com todo meu carinho e admiração. Não é à toa que seu nome significa “a cheia de graça”! Não tenho palavras para agradecer-lá por toda luz, força e companheirismo ao longo desses anos. Amiga de fé e de tantas jornadas, muito obrigada!

AGRADECIMENTOS

À Deus por mostrar-me os caminhos e por fazer-me compreender que “tudo é uma questão de manter a mente quieta, a espinha ereta e o coração tranquilo”. À Ele meus maiores e eternos agradecimentos.

Ao meu pai, Adilson de Souza Freitas, que com sua grande sabedoria ilumina meus caminhos e se faz presente no canto dos pássaros, na brisa gostosa da mata, no sorriso das pessoas simples e vive, eternamente, em meu coração. Meu pequeno grande homem, você é meu exemplo e meu herói!

À minha orientadora, Prof^a Dra Maria das Graças Barbosa Moulin, que além de compartilhar seu profundo conhecimento na área da saúde do trabalhador, pacientemente mostrou-me esse fascinante mundo do trabalho com a sensibilidade de uma grande pesquisadora. Muito grata pelos ensinamentos, pelo rico convívio e pela paciência com minhas limitações;

Aos grandes amigos Ernano, Thiago, Jonas, Sabrina, Séphora, Maria, José, Emiliano, Francisco, Luiz Miguel, Andrea, Angelita, Angélica, Andressa... Muito grata por TUDO! Vocês são de outro mundo! Valeu!

Aos meus amigos e familiares de perto e de longe, agradeço todo amor, carinho e a torcida de sempre!

Aos meus grandes amigos de quatro patas que me ensinam diariamente lições de amor incondicional e companheirismo. Serei eternamente grata pelo privilégio de

conviver com vocês! Eros (minha estrelinha mais brilhante!), Zeus, Afrodite e Mingau, beijos com carinho da “mamãe”!

Às minhas amigas superpoderosas, Sheila Domingues e Terezinha Lyrio, por terem me adotado ao longo desta caminhada. Meninas, vocês foram fundamentais nos momentos de alegria, nas incertezas, nos risos, nas angústias e na superação. Sou muito grata pelo carinho, amizade e a prontidão de sempre;

Aos professores e funcionários do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da UFES pelo convívio fraterno e pelos conhecimentos partilhados;

Aos professores Luiz Henrique Borges e Luziane Zacché Avellar pelas ricas contribuições no exame de qualificação, que colaboraram para a realização deste trabalho;

Meus especiais agradecimentos aos trabalhadores da unidade de internação pediátrica do HUCAM pelo acolhimento afetuoso e pela generosidade em compartilhar suas vivências e percepções sobre o trabalho.

Artistas da Vida

(Gonzaguinha)

*Vozes de um só coração
Iguar no riso e no amor
Irmão no pranto e na dor
Na força da mesma velha emoção
Nós vamos levando este barco
Buscando a tal da felicidade
Pois juntos estamos no palco
Das ruas nas grandes cidades
Nós os milhões de palhaços
Nós os milhões de arlequins
Somos apenas pessoas
Somos gente, estrelas sem fim
Somos vozes de um só coração
Pedreiros, padeiros, Coristas, passistas,
Malabaristas da sorte
Todos, João ou José
Sim nós!
Esses grandes artistas da vida
Os equilibristas da fé
Pois é!
Sim nós,
Esses grandes artistas dessa vida!*

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	14
I. INTRODUÇÃO.....	22
1. O TRABALHO E SUAS TRANSFORMAÇÕES.....	22
2. O TRABALHO NA ÁREA DA SAÚDE.....	33
3. O TRABALHO NOS HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS.....	39
II. A SAÚDE DOS TRABALHADORES DA SAÚDE.....	46
1. O TRABALHO E A SAÚDE MENTAL.....	49
2. A SÍNDROME DE <i>BURNOUT</i> – CONCEITOS E DESDOBRAMENTOS.....	58
3. A SÍNDROME DE <i>BURNOUT</i> EM PROFISSIONAIS DA SAÚDE.....	71
III. OBJETIVO.....	76
IV. PERCURSO METODOLÓGICO.....	77
V. APRESENTAÇÃO DOS ARTIGOS.....	83
ARTIGO 1 – O COTIDIANO DE TRABALHO E A SAÚDE NA PERSPECTIVA DOS PROFISSIONAIS DA ÁREA DA SAÚDE DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO.....	84
1. INTRODUÇÃO.....	90
2. METODOLOGIA.....	99
3. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	102
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	131
5. REFERÊNCIAS.....	133
ARTIGO 2 – PANORAMA DA SÍNDROME DE <i>BURNOUT</i> EM PROFISSIONAIS DA ÁREA DA SAÚDE DO SETOR DE INTERNAÇÃO PEDIÁTRICA DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO.....	136
1. INTRODUÇÃO.....	139
2. METODOLOGIA.....	148
3. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	154

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS	171
5. REFERÊNCIAS.....	173
ARTIGO 3 – ANÁLISE QUALITATIVA DAS QUESTÕES DO MASLACH BURNOUT INVENTORY (MBI) RESPONDIDAS PELOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DO SETOR PEDIÁTRICO DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO.	177
1. INTRODUÇÃO	180
2. METODOLOGIA	192
3. RESULTADOS E DISCUSSÃO	195
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS	222
5. REFERÊNCIAS.....	225
VI. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	229
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	234
APÊNDICES	242

LISTA DE QUADROS E TABELAS

Quadro 1 – Distribuição da Rede Federal de Universidades filiadas à EBSERH	45
Tabela 1 – Valores da escala do MBI desenvolvidos pelo Núcleo de Estudos Avançados sobre a Síndrome de <i>Burnout</i> , 2001	150
Tabela 2 – Características sociodemográficas dos profissionais de saúde da divisão de pediatria do HUCAM quanto ao sexo, idade, estado civil e filhos	155
Tabela 3 – Níveis de risco das dimensões da síndrome de <i>burnout</i> entre os profissionais do setor de internação pediátrica do HUCAM	161
Tabela 4 – As dimensões da síndrome de <i>burnout</i> em função do número de vínculos empregatícios dos profissionais do setor de internação pediátrica do Hospital Universitário	167
Tabela 5 – As dimensões da síndrome de <i>burnout</i> entre os níveis de atuação dos profissionais do setor de internação pediátrica do Hospital Universitário.	167
Tabela 6 – Correlação entre as dimensões da síndrome de <i>burnout</i> e tempo de atuação dos profissionais do setor de internação pediátrica no Hospital Universitário.	168

LISTA DE ABREVIATURAS

MEC – Ministério da Educação

MS – Ministério da Saúde

EBSERH – Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares

OMS – Organização Mundial da Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

LER – Lesões por Esforços Repetitivos

DORT – Doença Ocupacional Relacionada ao Trabalho

INSS – Instituto Nacional do Seguro Social

SMRT – Saúde Mental Relacionada ao Trabalho

CID – Código Internacional de Doença

MBI – Maslach *Burnout* Inventory

TMC – Transtornos Mentais Comuns

HUCAM – Hospital Universitário Cassiano Antonio de Moraes

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

RESUMO

Filgueiras Freitas, G.K. (2014) O cotidiano dos trabalhadores da unidade de internação pediátrica de um Hospital Universitário e a Síndrome de *Burnout*. Tese de Doutorado, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória-ES.

O estudo busca compreender os modos de viver o trabalho, os elementos relacionados ao trabalho e a saúde dos profissionais de saúde de uma unidade de internação pediátrica. O trabalho em saúde vem atravessando, ao longo das últimas décadas, um intenso processo de transformação, com repercussões na saúde física e mental desses trabalhadores. Foi realizado um estudo utilizando a combinação dos métodos quantitativo e qualitativo, buscando compreender os elementos da situação de trabalho que interferem nos processos de trabalho e na saúde do trabalhador que possam contribuir para o desencadeamento (ou não) da síndrome de *burnout*. A pesquisa adotou uma abordagem qualitativa ao utilizar estratégias de observação participante, entrevistas individuais, questionário sóciodemográfico e o MBI para avaliação das dimensões de *burnout*. A análise dos dados foi fundamentada no método de interpretação dos sentidos. Os resultados indicaram baixos níveis de risco para desenvolvimento de *burnout*, sustentados por elementos positivos da organização de trabalho que permeiam o trabalho no setor. As relações de confiança e cooperação, embora não isentas de conflitos, parecem auxiliar no equilíbrio entre o trabalho e a saúde dos trabalhadores. Nesta dinâmica, incluem-se o valor social, o reconhecimento e a satisfação em cuidar de crianças. Apesar das dificuldades frente à precariedade dos recursos e da baixa resolutividade da gestão na resolução desses problemas, os trabalhadores conservam o sentido do trabalho e um saber-fazer em seu cotidiano, que tem favorecido positivamente a relação entre o trabalho e a saúde.

Palavras-chave: Psicologia do Trabalho. Saúde do Trabalhador. Organização do Trabalho. Síndrome de *Burnout*.

ABSTRACT

This study investigates how the occupational environment of a pediatric ward is experienced by health professionals and to what extent it affects their well-being and overall health. Over the last decades, health care work has undergone a dramatic transformation and these changes have negatively affected the physical and mental health of health care professionals. Using a qualitative framework, this research aimed at identifying health threats and potential triggers of *burnout* in occupational environment. Qualitative methods -participant observation, interviews and field notes- were used to validate responses on quantitative instruments - sociodemographic questionnaire and MBI, which was used to assess the dimensions of *burnout*. Data analysis was grounded on interpretation of meaning methodology. The results indicated low risk for *burnout*, which may be due to the positive aspects in the working environment of the pediatric ward of the academic hospital. Although not-conflict-free, overall positive relationships, marked by trust and cooperation, seem to have contributed to the satisfactory balance found between work environment and workers' health. To this it should be added the social acknowledgment of the work and value of health care professionals, together with their sense of self-accomplishment in caring for children. Although they have to face the consequences of underfunding and low governance standards, health professionals maintain a positive view of their work while effectively responding to the daily challenges they face, thus keeping a good balance between work and occupational health.

Key-words: Occupational Psychology. *Burnout* Syndrome. Work Organization. Occupational Health

RESUMÉN

El estudio intenta abarcar los modos de vivir el trabajo, los elementos relacionados al trabajo y la salud de los profesionales de salud de una unidad de internación pediátrica. El trabajo en salud atraviesa, a lo largo de las últimas décadas, un intenso proceso de transformación, con repercusiones en la salud física y mental de estos trabajadores. Se realizó un estudio cualitativo para comprender los elementos de la situación de trabajo que interfieren en el cotidiano y en la salud del trabajador, que puedan contribuir al desencadenamiento (o no) del síndrome *burnout*. La investigación adoptó un abordaje cualitativo, utilizando estrategias de observación participante, entrevistas individuales, cuestionario socio-demográfico y MBI para evaluar las dimensiones de *burnout*. El análisis se fundamentó en el método de interpretación de sentidos. Los resultados indicaron bajos niveles de riesgo para desarrollar *burnout*, sustentados por elementos positivos de organización de trabajo que permean este del sector. Las relaciones de confianza y cooperación, aunque no están libres de conflictos, parecen auxiliar el equilibrio entre trabajo y salud de los trabajadores. Esta dinámica incluye valor social, reconocimiento y satisfacción de cuidar a niños. A pesar de las dificultades frente a la precariedad de recursos y de la poca resolución por parte de la administración para resolver estos problemas, los trabajadores conservan sentido del trabajo y un saber “hacer” en su cotidiano que favorece positivamente la relación entre trabajo y salud.

Palabras calves: Psicología del trabajo. Salud del trabajador. Organización del trabajo. Síndrome de Burnout.

APRESENTAÇÃO

O conjunto de artigos que resultou nesta tese objetivou conhecer e analisar o cotidiano do trabalho no setor de internação pediátrica de um hospital universitário, a relação entre os elementos da organização e das condições de trabalho no processo saúde-doença e na dinâmica das dimensões da síndrome de *burnout*.

O cerne desta tese consiste em investigar a síndrome de burnout em processo numa unidade de internação pediátrica de um hospital universitário, bem como elucidar os aspectos vivenciados no cotidiano de trabalho que repercutem na saúde dos trabalhadores.

Defendemos que o trabalho, a despeito das transformações sociais e estruturais, é constituinte da identidade social e ainda ocupa uma posição central na vida das pessoas. Neste sentido, este mesmo trabalho perpassa todo o processo que envolve a saúde e a doença.

Antes de apresentar ao leitor as temáticas abordadas por esse trabalho, parece ser importante revelar as trilhas e rumos que nos conduziram na busca da aproximação entre o trabalho em saúde e a psicologia.

Redigir essa tese de doutorado foi uma experiência de (re)construir uma história que trilhou caminhos diversos e adversos.

Mas, o que me trouxe até aqui?

O caminho percorrido desde a minha graduação em Fisioterapia até o fascinante mundo do trabalho foi longo e com muitos atalhos. Os versos da

música 'A Estrada' da banda Cidade Negra conseguem traduzir, em parte, esse caminho:

*“Você não sabe o quanto eu caminhei, pra chegar até aqui.
Percorri milhas e milhas antes de dormir, eu nem cochilei.
Os mais belos montes escalei... nas noites escuras de frio, chorei.
A vida ensina e o tempo traz o tom, pra nascer uma canção.
Com a fé no dia-a-dia encontro a solução, eu encontro a solução [...]”*
(A Estrada, Cidade Negra)

Em 1992, entrei no mundo do trabalho, como Fisioterapeuta de uma unidade de terapia intensiva pediátrica e neonatal de um grande hospital privado de um município do estado do Rio de Janeiro. Início a trilha da descoberta – da profissão, das (im) possibilidades do trabalhar em equipe e do aprender com as diferenças.

Até chegar ao Espírito Santo em 1994, vivenciei cenários profissionais bastante diversos. Na primeira clínica de reabilitação em que trabalhei no estado, tive o primeiro contato com uma patologia desconhecida para mim até então: A LER. Como era instigante o quadro daqueles pacientes, seus sofrimentos e lutas cotidianas, contra a dor e o labor, como era grande meu sentimento de impotência frente à queixa de uma paciente que, em lágrimas, não conseguia segurar um copo de plástico com água ou uma escova de cabelo; outra se queixava de não conseguir abraçar seu filho de 3 anos. Era muita dor... física e emocional.

Mas nesse momento, minha visão ainda era bastante reduzida às alterações patológicas produzidas por movimentos repetitivos – o mundo do trabalho ainda não havia se descortinado para mim. Trilhava pelo atalho da visão reabilitadora, buscava a relação causa-efeito das tenossinovites, bursites, tendinites e tantas outras manifestações clínicas desse agravo à saúde do trabalhador.

Ao trabalhar em um hospital geral, mais especificamente na unidade de terapia intensiva, surgiram minhas primeiras inquietações despertadas pela relação entre os profissionais da equipe e os pacientes ali internados.

Dedicava parte do meu tempo, entre um atendimento e outro, a observar as abordagens dos profissionais com o paciente, o relacionamento entre os profissionais da equipe que ali trabalhavam e as reações dos pacientes neste ambiente.

Eram frequentes os relatos dos colegas de equipe sobre queixas de cansaço, falta de reconhecimento pelo trabalho realizado, desejo de chegar ao plantão e encontrar um maior número de leitos vazios e, até mesmo, aumentar o tempo entre os procedimentos de higiene dos pacientes com incontinências, pois o esforço para manuseá-los era proporcional ao cansaço e desânimo. Presenciei muitas cenas de descaso com os pacientes, justificadas pelo cansaço e pela irritação que faziam parte da rotina do serviço da unidade.

Minha inquietação era grande, tinha muitos questionamentos e indignações pela forma, na maioria das vezes fria e distante, com que os profissionais atendiam os pacientes. Neste período minha visão, ainda míope, não me permitia enxergar o mundo dos trabalhadores, do qual eu era parte integrante.

Após um longo período de trabalho nessa unidade hospitalar, reduzi minhas atividades na área clínica e ingressei no exercício da docência do ensino superior. Agora tinha entrado pela trilha da formação de novos profissionais da área da saúde, mas ainda sob os paradigmas herdados de minha formação – tecnicista e reabilitadora.

A partir desse momento, vivenciei a rotina do setor saúde sob uma nova perspectiva – a de docente buscando inserir os acadêmicos nos serviços de saúde. Nessa ocasião, tive a oportunidade de perceber a resistência dos profissionais inseridos no mercado de trabalho quando requisitados para contribuir com os acadêmicos na realização de trabalhos e/ou pesquisas.

Os relatos uníssonos dos alunos ao retornarem à sala de aula eram de que os profissionais depreciavam a profissão, desestimulavam os acadêmicos a prosseguir com sua formação, alegando principalmente a baixa remuneração e a falta de reconhecimento profissional.

Quando, há doze anos, assumi a coordenação de um curso de graduação em Fisioterapia, estreitei meus contatos com diversos profissionais da área da saúde da rede pública que atuam em hospitais e na rede de atenção básica. Esses profissionais relatavam e demonstravam, nas suas práticas profissionais, forte insatisfação, cansaço e desestímulo, que refletiam também nos acadêmicos sob sua preceptoria.

Todos esses sentimentos e atitudes que eu observava e ouvia dos profissionais de saúde, retratavam exatamente o que eu vivenciei na época em que trabalhei na unidade de terapia intensiva. Minhas inquietações aumentaram, e senti a necessidade de sair da superfície de onde me encontrava e mergulhar mais fundo na direção do estudo e da compreensão dessas questões. Sobretudo motivada pelo grande senso de responsabilidade em formar profissionais de saúde com uma visão diferenciada sobre o cuidado com o paciente e as relações dos profissionais com e no trabalho.

Parti em busca de cursos de aperfeiçoamento e especializações. Agora estava entrando numa trilha desconhecida, porém fascinante. Inicialmente participei da formação de facilitadores de educação permanente em saúde e do curso de ativadores do processo de mudança das graduações da área de saúde, ministrados pela FIOCRUZ em parceria com o Ministério da Saúde.

A essência dessas formações é a qualidade na produção do cuidado e o vínculo para uma assistência integral. Nesse contexto, as discussões sobre a precarização do trabalho e o impacto de suas transformações na vida dos trabalhadores de saúde tornavam-se cada vez mais consistentes.

Aqui tive o primeiro contato sobre os conceitos e discussões dos processos e organização do trabalho e como influenciam a saúde dos trabalhadores. Entre estudos e leituras, deparei-me com um artigo sobre saúde mental e trabalho que descrevia uma síndrome, cujas características e sintomas “transportaram-me” para os meus plantões na unidade de terapia intensiva – era a síndrome de *burnout*. Interessei-me pelo tema por identificar, em suas dimensões, nomes e sobrenomes de tantos colegas de trabalho.

Esta experiência despertou em mim o interesse em estudar o universo do trabalho do profissional de saúde no contexto hospitalar, as percepções e experiências que permeiam o seu cotidiano, os efeitos sobre a saúde do trabalhador e as relações estabelecidas no trabalho.

Considerando que um estudo focado na saúde do trabalhador, nas transformações do mundo do trabalho, no reconhecimento do trabalho como elemento fundamental na organização da vida social, tendo como eixo as vivências do trabalhador, encontra na Psicologia, sobretudo na Psicologia do

Trabalho, a abordagem necessária para apreender sua complexidade. Concluí que um programa de pós-graduação em psicologia seria o mais indicado para a condução dos meus estudos em nível de doutorado.

Portanto, busquei neste Programa a oportunidade de construir essa proposta de investigação científica, esperando contribuir para um melhor entendimento sobre as questões que envolvem o trabalho e a saúde dos profissionais que atuam em unidade hospitalar. Mais uma vez, rumo à trilha de novas descobertas!

Estava agora diante de um hospital universitário, lócus de assistência e de formação dos profissionais da área da saúde. Instituição complexa e fascinante, por abrigar contextos e perspectivas tão diferenciados. Mediante esse universo grandioso, dirijo-me à unidade de internação pediátrica, setor que abriga diversas categorias profissionais em sua equipe, que buscam incansavelmente vencer as dificuldades, próprias do serviço de saúde e dos hospitais universitários, em prol de uma assistência digna às crianças ali internadas.

Vivenciei intensamente o cotidiano desses trabalhadores durante nove meses. A partir de agora essa história passará a ser contada por mim e pelas falas de muitos trabalhadores que revelaram a dor e a delícia do trabalho em saúde.

A apresentação desta tese está organizada em seis capítulos. No primeiro capítulo, a título de introdução, abordamos as transformações no mundo do trabalho ao longo das últimas décadas, seu reflexo no setor saúde e a conformação do trabalho nos hospitais universitários.

No capítulo II abordaremos as repercussões do trabalho, marcadamente as condições e a organização do trabalho, na saúde dos trabalhadores do setor saúde. A partir da contextualização da temática saúde mental e trabalho, voltamos o foco para a compreensão da síndrome de *burnout* no contexto de trabalho e na saúde dos profissionais de saúde, alvo de nossa investigação.

Os objetivos da pesquisa estão explicitados no capítulo III, de acordo com os estudos desenvolvidos.

Versaremos sobre o percurso metodológico no capítulo IV, esmiuçando a trajetória percorrida ao longo dos nove meses de pesquisa no setor de internação pediátrica.

O capítulo V apresenta os três artigos que contemplam o cotidiano na unidade de internação pediátrica, a situação de trabalho e os microprocessos envolvidos no trabalho neste setor. Partindo da compreensão desses elementos, desenvolvemos a articulação entre o cenário deste cotidiano de trabalho e a síndrome de *burnout* a partir da perspectiva dos profissionais da área da saúde. O caráter inovador dos estudos desenvolvidos está na análise do próprio sujeito envolvido na pesquisa acerca da reflexão e reconhecimento dos elementos presentes na organização e nas condições de trabalho envolvidos nas dimensões da síndrome de *burnout*, trazendo à tona o que os faz adoecer e o que sustenta a satisfação e a realização pelo trabalho realizado.

As considerações finais estão delineadas no capítulo VI, articulando os principais aspectos abordados nos estudos que compõem esta tese.

Consideramos importante esclarecer que em função da estruturação da tese composta por um conjunto de artigos articulados, embora independentes,

optamos por disponibilizar as referências utilizadas ao final do artigo correspondente. Foram registradas na seção Referências bibliográficas, apresentada ao final da tese, as referências citadas nos capítulos I, II e VI.

I. INTRODUÇÃO

1. O trabalho e suas transformações

Iniciamos essa história por uma breve retrospectiva sobre a concepção de trabalho, construída histórica e socialmente por muitos estudiosos do trabalho humano.

Na Grécia antiga, não existia um termo relativo à “trabalho” no vocabulário. A democracia grega foi concebida sob o princípio da igualdade, regida por uma mesma lei que valoriza determinadas virtudes morais e políticas. Para os gregos, essa condição de igualdade jamais poderia ser fornecida pela atividade profissional, sobretudo porque favorecia o surgimento de determinados sentimentos, como a inveja e a concorrência, contrapondo às virtudes consideradas “políticas”, conforme descreve Gondar (1989).

A divisão das tarefas não era tomada como uma forma de organizar a produção para se obter mais com a mesma quantidade de trabalho, seu foco era permitir o exercício dos talentos individuais nas atividades que lhes eram próprias, em que a perícia era uma medida do valor social do trabalho. O trabalho pesado, por outro lado, era desprezível e destinado apenas aos escravos. As atividades valorizadas eram aquelas relacionadas às artes da filosofia e da política. (ALBORNOZ, 2008)

Com a queda do Império Romano, a deteriorização das condições de habitação, a crise agravada por grandes epidemias e com a expansão do cristianismo, o trabalho adquiriu a função de expurgar os males do corpo e conduzir os homens à ascese espiritual. Instituiu-se a ordem monástica, na qual o sacrifício e a disciplina eram exaltados, conferindo ao trabalho um valor moral e

tornando-o uma via de elevação do espírito. Nesse contexto ganha sentido o enunciado “o trabalho tudo vence” ou ainda “o trabalho enobrece o homem”. (GONDAR, 1989)

A vida monástica levou à reunião de diversas profissões sob uma mesma categoria – a do trabalho, “e procedeu à regulação do tempo – tempo para meditar, tempo para descansar, tempo para trabalhar, instaurando as primeiras formas de divisão do tempo para realização das atividades diárias”. (GONDAR, 1989, p.28)

É importante destacar que na era do cristianismo, em seus primórdios, o trabalho era visto como uma punição aos pecados, uma atividade penosa e humilhante que deveria ser utilizada em forma de penitência, como descreve Albornoz (2008).

Com o advento da reforma protestante, o trabalho assume uma conotação, sob a visão Luterana, como uma atividade essencial na vida do homem e uma forma de servir a Deus, o caminho para a salvação.

Nas traduções dos livros bíblicos por Lutero, surge a expressão “*beruf*” em alemão e “*calling*” em inglês, traduzidas por “vocação”, no sentido de um plano de vida, de uma área de trabalho. Palavra que possui, ainda que implicitamente, a conotação religiosa de uma tarefa confiada por Deus. Assim, é fruto da reforma protestante o caráter vocacional de uma profissão. (WEBER, 2012; ALBORNOZ, 2008)

Dos mosteiros às cidades, o uso do trabalho como instrumento de salvação foi pouco a pouco adquirindo novos sentidos. A prosperidade, o avanço das técnicas de produção, e o acúmulo de riquezas deram origem à classe burguesa,

e tornaram, gradativamente, a finalidade do trabalho, em detrimento dos ideais religiosos.

A valorização da razão e a supremacia da técnica, instituídas pelo Iluminismo, destituíram Deus da posição de referência para compreensão do mundo, levando o homem a ocupar o lugar de “senhor da natureza, fundamento da moral, base de uma nova sociedade autorizada pela razão e construída sobre princípios materialistas positivos.” (GONDAR, 1989, p.31)

O sentido que o trabalho assumiu nessas sociedades, que se consolidou nas sociedades capitalistas até os dias de hoje, trata do seu valor de troca na incessante luta pela sobrevivência.

As primeiras décadas do século XX foram palco para o início de uma série de estratégias do capitalismo que transformariam a concepção e a conformação do trabalho no mundo. A ideia central era avançar em relação à produção artesanal, para isto, fazia-se necessário aumentar a produção e reduzir o custo dos produtos – a produção em massa. Para atender a esse desafio Taylor desenvolve a chamada organização científica do trabalho, preconizando a divisão do trabalho sob um método e tempo padrão para execução das tarefas. (BERNARDINO e BENTO, 2010)

O taylorismo marca a fragmentação entre o planejamento e a execução do trabalho, ficando a cargo das gerências o “conhecimento” do trabalho e o controle sobre os trabalhadores. Esse período é caracterizado pela intensificação do ritmo do trabalho e a baixa exigência cognitiva em função da cisão entre planejamento e execução do trabalho.

Mantendo-se o propósito de ampliação e reprodução do capital, foi implantado o modelo fordista de produção, apontado também como uma resposta do capital à resistência dos trabalhadores em função da perda de controle sobre o processo de trabalho. O modelo, com a introdução da linha de montagem, intensificou o trabalho e favoreceu a desqualificação operária (FLEURY e VARGAS, 1987), resultando no trabalho monótono e extenuante, marcado por características opressivas, desqualificadoras e alienantes.

Braverman (1986) pontua que nenhuma sociedade antes do capitalismo subdividiu sistematicamente o trabalho em cada especialidade produtiva em operações limitadas. Essa forma de divisão do trabalho torna-se generalizada apenas com o capitalismo. A divisão pormenorizada do trabalho (manufatureira) destrói ocupações e torna o trabalhador inapto a acompanhar qualquer processo completo de produção. Essa nova proposta de organização do trabalho desencadeou um grande desgaste para o trabalhador, pois, além de explorar sua máxima capacidade física, restringia as possibilidades do uso da inteligência e da criatividade no planejamento, na organização e na execução das tarefas – determinantes na restrição do contexto subjetivo e da autonomia do trabalhador.

A partir da década de 1970, a crise estrutural do sistema capitalista resultou em grande instabilidade do mercado, em que se destacou a tendência decrescente da taxa de lucro. As empresas começaram a se reestruturar em função do acirramento da concorrência e dos conflitos sociais relacionados à organização do trabalho e da produção visando à redução de custos na produção e à melhoria da qualidade dos produtos e serviços. A classe trabalhadora encontrava-se esgotada frente a um “trabalho puramente mecanizado, rotinizado,

gerador de altos índices de absenteísmo, paralisações e sabotagens (NAVARRO e PADILHA, 2007, p.17).

A partir desse movimento, novos processos de trabalho emergem trazendo a flexibilização da produção, a “especialização flexível”, novos padrões de busca da produtividade e novas formas de adequação da produção à lógica do mercado. (ANTUNES, 2008)

Ganha destaque modelos de organização flexíveis como o sueco, o italiano, e em especial, o japonês – toyotismo, que superou os demais sistemas de organização e suscitou severas críticas e debates, como aponta Antunes (2008) – “A era movida pelo toyotismo é mais consensual, mais envolvente, mais participativa, em verdade mais manipulatória” (p.41). O trabalho, pela lógica toyotista, deve pensar e agir para o capital, para a produtividade, sob a “aparente eliminação” do abismo existente entre concepção e execução no processo de trabalho.

Utilizando vários mecanismos de recompensa (prestígio, ascensão funcional, premiações), as organizações atuais têm procedido a uma verdadeira “gestão dos afetos”, na qual o orgulho, a vaidade e, sobretudo, a competitividade, são manipulados a fim de se obter o investimento subjetivo na organização. (ANTUNES e ALVES, 2004; ANTUNES, 2008; SELIGMAN-SILVA, 1994)

Lancman e Sznelwar (2008) ressaltam que as mudanças no mundo do trabalho vêm propiciando uma transformação no perfil da classe trabalhadora, com a redução da classe operária industrial, paralelamente à expansão do trabalho no setor de serviços. Antunes e Alves (2004) descrevem a nova conformação do trabalho evidenciada pela redução da classe trabalhadora, dando

lugar a formas mais desregulamentadas de trabalho (Antunes, 2008) por meio da inserção dos trabalhadores informais, terceirizados, dos vínculos de meio-expediente ou temporários.

Espera-se que o trabalhador, antes altamente especializado, possa tornar-se um profissional mais polivalente, com capacidade de realizar múltiplas tarefas, com novas habilidades que requerem conhecimentos tecnológicos que avançam continua e rapidamente. E justamente a velocidade dos avanços tecnológicos e organizacionais dificulta o acompanhamento destas mudanças pelo trabalhador, desencadeando um processo de desqualificação de seu “saber-fazer” e de sua experiência acumulada. (LANCMAN e SZNELWAR, 2008 p.28)

Segundo Antunes (2005) essa forma flexibilizada de acumulação capitalista, acarretou grandes consequências no mundo do trabalho, e indica como mais importantes: a) crescente redução do proletariado fabril estável, que se desenvolveu na vigência do taylorismo/fordismo e que vem diminuindo com a reestruturação, flexibilização e desconcentração do espaço físico produtivo, típico do taylorismo; b) incremento do novo proletariado, do subproletariado fabril e de serviços, o que tem sido denominado mundialmente de trabalho precarizado; c) incremento dos assalariados médios e de serviços, o que possibilita um significativo desenvolvimento no sindicalismo desses setores, apesar dos níveis acentuados de desemprego já vivenciados pelos setores de serviços; d) exclusão dos jovens e dos idosos do mercado de trabalho; e) inclusão precoce e criminosa de crianças no mercado de trabalho; f) aumento significativo do trabalho feminino que atinge mais de 40% da força de trabalho em diversos países avançados, e que tem sido absorvido pelo capital, preferencialmente no universo do trabalho

part-time, precarizado e desregulamentado; g) expansão do trabalho denominado de “Terceiro Setor”, que assume uma forma alternativa de ocupação; h) expansão do trabalho em domicílio, propiciada pela desconcentração do processo produtivo e expansão de pequenas e médias unidades produtivas; i) assim como o capital é um sistema global, o mundo do trabalho e seus desafios são também cada vez mais transnacionais. (ANTUNES, 2005 p. 28-29).

Impulsionada por esse contexto, merece destaque a expressividade no âmbito da economia mundial que o setor serviço alcançou nas últimas décadas. No entanto, grande parte do conhecimento acumulado na temática ‘*trabalho*’ ainda não abarcou os desdobramentos e consequências do trabalho no setor serviços para a saúde dos trabalhadores (MINAYO-GOMES e PENA, 2010).

No que tange a conceituação de serviços e suas características, há uma série de composições que apontam na direção do conceito elaborado por Meireles (2006a):

“Serviço é um trabalho em processo, e não o resultado da ação do trabalho; por esta razão elementar, não se produz um serviço, e sim se presta um serviço.” (MEIRELLES, 2006a, p.134)

A despeito da diversidade de conceituações do que seria serviço, algumas características se mostram presentes e estão marcadas em grande parte dos estudos sobre a temática. Dentre elas a simultaneidade, que é uma característica fundamental do processo produtivo em serviços, uma vez que caracteriza a impossibilidade da estocagem do serviço. Sendo assim, o produto desse serviço “torna-se intangível e por isso incomensurável, porém assegura uma relação mais direta entre trabalhador e consumidor” (MINAYO-GOMEZ e PENA, 2010, p. 374).

Outra característica central do setor serviço é a co-produção, indicando que o processo produtivo é construído pela interatividade entre trabalhador-consumidor e, “o resultado final depende substancialmente da atitude do consumidor” (MINAYO-GOMEZ e PENA, 2010, p. 377), envolvendo, conseqüentemente, a co-presença entre trabalhadores e consumidores. A co-presença é caracterizada pela íntima relação existente entre trabalhador e consumidor, já que tempo e espaço são compartilhados, havendo assim uma “unicidade de espaço, de tempo, de ação (de atividades interdependentes)” (ZARIFIAN, 2011, p.39).

Assim, compreendemos com Meirelles (2006b) que a produção e o consumo se dão de forma simultânea no tempo e no espaço, ou seja, a produção só acontece a partir do momento em que o serviço é demandado e se encerra assim que a demanda é atingida. Dessa forma, não é possível armazenar um serviço e consumi-lo em outro ponto do tempo ou do espaço, pois ele se extingue tão logo se encerra o processo de trabalho.

Fitzsimmons e Fitzsimmons (2005) ilustram a relevância da participação do consumidor nos processos de trabalho em serviços por meio de três situações: no comércio, quando a popularidade em lojas de descontos ou supermercados pode indicar a predisposição dos clientes para a efetivação do consumo varejista; na saúde, a precisão das informações sobre o paciente pode ser decisiva para a eficiência do atendimento médico; na educação, o resultado final é, em parte, determinado pelos esforços próprios do estudante. Nesse processo, portanto, o nível de interação entre trabalhador e consumidor é significativamente alto. (MINAYO-GOMEZ e PENA, 2010).

Uma importante característica elencada por Carvalho e Paladini (2005) apud Normando (2009) refere-se à heterogeneidade:

Os serviços são caracterizados pela realização de tarefas com base no relacionamento entre as pessoas. Assim, este componente se torna responsável pela imprevisibilidade e pela heterogeneidade que permeiam as ações, reações, expectativas e as situações pessoais nos serviços. (CARVALHO e PALADINI (2005) apud NORMANDO, 2009, p. 14)

Dessa forma, os modos de produção no setor serviços e a relação do trabalhador com o seu trabalho vêm se reconfigurando ao longo das últimas décadas. No Brasil, a abertura da economia mundial no final da década de 1980 afetou sobremaneira, em formas e proporções diversas, o trabalho contemporâneo também na esfera pública.

Segundo Chanlat (2002), esse “surto neoliberal” (p.1) acarretou, na maioria dos países do mundo, profundos cortes orçamentários, privatização de inúmeras empresas estatais, até mesmo de certos serviços públicos, e “uma ameaça mais ou menos velada de privatização caso tais reformas não dessem certo nos serviços interessados” (CHANLAT, 2002, p.2). Para o autor, o universo dos serviços públicos enfrenta o crescimento do chamado “*managerialismo*” – entendido como a descrição, explicação e interpretação do mundo a partir das categorias privadas (CHANLAT, 2002). Trata-se da presença cada vez mais crescente da perspectiva e lógica gerencial no contexto dos serviços públicos, tais como eficácia, produtividade, competência, desempenho, excelência, entre outros.

A partir da década de 1990, o chamado gerencialismo no serviço público foi introduzido no Brasil, mais especificamente com a indicação de Bresser-Pereira ao cargo de Ministro da Administração e Reforma do Estado, no Governo

Fernando Henrique Cardoso. Em janeiro de 1995, o ex-ministro apresentou o Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado, iniciando, assim, o processo de implantação da administração pública gerencial. Configura ação prioritária do gerencialismo o enxugamento da máquina estatal, sob a bandeira do máximo de eficiência e eficácia na prestação de serviços (RIBEIRO, 2009; CALGARO, 2011).

O modelo gerencialista caracteriza-se por alguns princípios básicos, como o culto ao desempenho, à excelência, à motivação, ao empreendedorismo, com vistas a garantir o máximo de controle, eficiência, competitividade e cumprimento das metas estabelecidas pela organização do trabalho. O gerencialismo propagou-se por todos os setores da economia mundial de tal forma que o lucro, a produtividade e a eficiência empresarial assumiram o papel central das práticas de gestão, em detrimento da saúde, do bem estar e da qualidade de vida dos trabalhadores (CALGARO, 2011).

Desse modo, o gerencialismo trouxe à gestão pública brasileira ferramentas próprias da iniciativa privada na busca de resultados econômicos positivos, pautados na eficiência e na eficácia de atendimento aos usuários. A adoção desse modelo gerencial trouxe, na opinião de Calgaro (2011), consequências calamitosas para os trabalhadores do setor público, sobretudo em função da adoção de práticas como flexibilização do horário de trabalho em benefício da empresa, pressão por resultados e excelência na prestação de serviços por meio do estabelecimento de metas e intensificação do trabalho, crescente exigência de novas habilidades e crítica redução de investimentos em pessoal, infraestrutura, materiais e equipamentos (CALGARO, 2011).

Chanlat (2002) também aponta os principais elementos que emergiram no setor público por consequência da implantação desse modelo de gerência pública centrada no desempenho e na produtividade. O primeiro elemento destacado pelo autor foi o aumento da carga de trabalho, decorrente da redução do quadro de pessoal e dos novos ditames de desempenho e de produtividade. Associado a características do setor serviço como a co-participação e a co-presença dos usuários, percebe-se uma maior pressão por parte destes aos trabalhadores do setor público.

A segunda característica apontada por Chanlat (2002) como consequência do gerencialismo remete ao grau de autonomia. Apesar do apelo para uma maior responsabilidade e envolvimento do trabalhador, a hierarquia é frequentemente bem demarcada e a autonomia significativamente reduzida.

As demais características assinaladas pelo autor, e intrinsecamente relacionada, foram o reconhecimento, o apoio social e o componente ético, constitutivo do trabalho de serviço público e sua utilidade social, a ética do bem comum. Assim, a introdução dessas estratégias gerenciais no serviço público talvez seja uma ameaça a essa ética do bem comum, já que a “imparcialidade, o tratamento igualitário e o interesse geral correm o risco de desaparecer a longo prazo em benefício de mecanismos cada vez mais mercantis” (CHANLAT, 2002, p.6).

O trabalho então, ao longo das últimas décadas, vem sendo perpassado por lógicas capitalistas transformando-o em um mosaico de formas e modos de gestão que têm buscado responder à máxima da eficiência e produtividade em todos os setores da economia mundial.

A lógica do flexível, dos curtos prazos e das metas, da transitoriedade e da efemeridade que marcam esse contexto, reduziram os laços de lealdade, confiança, compromisso mútuo entre os trabalhadores (SENNET, 1999), bem como contribuíram para a precarização do trabalho, também no setor saúde.

2. O trabalho na área da Saúde

A conformação e a organização do trabalho na área da saúde foram diretamente influenciadas pelas transformações do trabalho no cenário mundial a partir, principalmente, do processo de industrialização e mundialização do capital.

Foi na segunda metade do século XIX que o trabalho assistencial em saúde, impulsionado pela força da industrialização, foi abandonando suas características artesanais, de “ofício” e absorvendo as novas tecnologias – “[...] esse ofício ou *métier*, com o passar do tempo tornou-se ‘processo de trabalho’, necessariamente parcelado e influenciado pela doutrina da organização científica do trabalho” (PITTA, 1994).

Essas transformações repercutiram na prática e no saber da medicina, impactando, conseqüentemente, em toda área da saúde (SOBRINHO, NASCIMENTO e CARVALHO, 2005). Parte-se de um modelo artesanal, caracterizado pelo controle da própria força de trabalho, e adquire elementos estruturais da chamada organização científica do trabalho, como os elencados por Nascimento Sobrinho, Carvalho e Andrade (2005):

[...] o mecanicismo (metáfora do corpo humano como máquina); o biologicismo (redução do ser humano ao componente biológico); o individualismo (focaliza sua ação sobre o indivíduo e seus aspectos bioquímicos, fisiopatológicos e anatômicos, negando-lhes seus componentes biopsicossociais); a especialização (fragmentação de saberes e práticas dentro da medicina); a exclusão das práticas alternativas (realiza uma competente

articulação com o Estado, constituindo a única prática terapêutica legalmente instituída); a concentração de força de trabalho e equipamentos em um mesmo ambiente – o hospital); tecnificação do ato médico (utilização de instrumentos de trabalho cada vez mais sofisticados para realizar suas ações); ênfase na medicina curativa (foca a doença e não a saúde)”. (NASCIMENTO SOBRINHO, CARVALHO E ANDRADE, 2005, p. 131)

O trabalho em saúde absorve os princípios tayloristas/fordistas na organização e na divisão técnica do trabalho, ancorando e centralizando nos hospitais esse novo modelo de organização do trabalho em saúde (NASCIMENTO SOBRINHO, CARVALHO e ANDRADE, 2005).

Algumas características tayloristas identificadas no trabalho em saúde por KANTORSKI (1997) teriam influenciado sobremaneira o maior parcelamento do mesmo. Inicialmente marcada pelo crescente avanço tecnológico, a autora aponta a divisão entre o trabalho intelectual, que seriam as atividades realizadas pelos médicos, e o trabalho manual, constituindo as tarefas destinadas à enfermagem. Em seguida, no interior da própria equipe da enfermagem, novas divisões de trabalho foram se estabelecendo, ficando a cargo dos profissionais de nível superior prioritariamente as atividades de supervisão, administração e ensino, e o trabalho manual sendo executado por profissionais de níveis médio e auxiliar:

[...] a equipe fica cada vez mais estratificada em função da complexidade das tarefas a serem realizadas, da qualificação exigida, da hierarquia e da remuneração. (KANTORSKI, 1997, p. 9)

Cabe ressaltar que a fragmentação do trabalho foi uma das principais estratégias dos modelos taylorista/fordista com vistas à expropriação do conhecimento e da criatividade dos trabalhadores, configurando o trabalho em

atividade parcelada, repetitiva, monótona e pobre em sentido (MERLO e LÁPIS, 2005).

As repercussões da reestruturação produtiva nos processos de trabalho para o setor saúde foi o objeto de estudo de Pires (2008). Talvez um dos primeiros estudos que tenha se voltado à compreensão da conformação do trabalho em saúde frente ao que já vinha ocorrendo no setor de indústria e serviços – a introdução de novas tecnologias transformando radicalmente o parcelamento dos processos de trabalho, o mercado da força de trabalho, os procedimentos produtivos e a acumulação do capital (MERHY, 2002, p. 21).

Segundo Pires (2008) “a lógica da organização capitalista do trabalho penetra na organização da assistência à saúde, o que se verifica mais claramente no espaço institucional” (p.87). Esse espaço institucional a que se refere a autora é o hospital, constituído por um espaço terapêutico e também de ensino na área da saúde que “vai se consolidando na medida em que se intensifica o uso de equipamentos no trabalho assistencial” (p.95), e abarca, majoritariamente, a assistência em saúde.

Partindo deste ponto de vista, a autora menciona duas lógicas que permeiam a organização e a prática assistencial em saúde durante esse século: a lógica do trabalho profissional, independente, com controle, ainda que parcial do processo de trabalho, e a lógica do trabalho coletivo. Sobre essa dinâmica, Pires (2008) ressalta que:

Nenhuma das duas lógicas se apresenta de forma pura, porque são contextualizadas historicamente e são influenciadas pela lógica do capital e pelas diversas formas de organização e gestão do trabalho que são aplicadas em outros campos do trabalho humano. Também são influenciadas pelos avanços da ciência e da tecnologia aplicada à saúde, bem como pelo arcabouço legislativo que estabelece como a sociedade vê e trata, em cada

momento histórico, os seus problemas de saúde-doença. (PIRES, 2008, p.95)

O cenário descrito pela autora aponta para um trabalho em saúde centralizado na instituição hospitalar, cujos processos estão centrados no médico que detém, até certa medida, o controle sobre o processo de trabalho dos demais profissionais da área da saúde. Trata-se da conformação do modelo hegemônico de atenção em saúde.

No final do século XX, ampliaram-se as ideias e o reconhecimento de que era preciso repensar esse modelo hegemônico de assistência, buscando romper com a excessiva fragmentação do trabalho em saúde e trazendo para o foco desta atenção, o usuário e suas necessidades. E nessa perspectiva foram delineadas algumas iniciativas, como a assistência integral, sensível às necessidades dos usuários e buscando atendê-las dentro de uma perspectiva interdisciplinar.

No que tange às diferenças entre os setores produtivos da saúde, indústria e do setor serviços em geral nas sociedades contemporâneas, Merhy (2002) faz um contraponto ao estudo de PIREs (2008), partindo do entendimento que:

[...] a reestruturação produtiva na saúde, hoje, pode não estar marcada pela entrada de equipamentos, mas tanto pela própria 'modelagem' da gestão do cuidado em saúde, quanto pela possibilidade de operar sua produção por núcleos tecnológicos não dependentes de equipamentos [...]. (MERHY, 2002, p.27)

Dessa forma, a reestruturação produtiva segundo Merhy (2002), “[...] está estrategicamente articulada a novos territórios tecnológicos não materiais” (p.29), e as repercussões mais significativas desta no trabalho em saúde ocorrem na esfera das “tecnologias não-equipamentos” (p.29), as tecnologias leves

(processos relacionais entre o trabalhador, usuário e equipe) e leve-duras (caracterizada pelos saberes estruturados, o conhecimento técnico que sustenta a produção do cuidado).

As tecnologias da produção do cuidado em saúde são compreendidas por Merhy (1997, 2002) como tecnologias 'duras' - representadas pelas máquinas e instrumentos, associado ao trabalho morto (produto já realizado), tecnologias 'leve-duras' – relacionadas ao saber técnico estruturado, ao conhecimento sistematizado, e as tecnologias leves – representadas pelas relações, associadas ao trabalho vivo (só possuem materialidade em ato). Para o autor, o cuidado em saúde de fato se produz a partir do protagonismo de cada sujeito no agir cotidiano do trabalhador de saúde, o que ele denomina de micropolítica - a esfera das tecnologias leves, a dimensão humana e subjetiva de cada um.

No decorrer das duas últimas décadas, uma série de estratégias e alternativas em nível governamental buscaram a reorganização da atenção à saúde, visando atender às necessidades do usuário com ações eficazes e resolutivas. Algumas dessas evidências ocorreram a partir dos anos 1990, com a criação do Programa de Saúde da Família, hoje denominado Estratégia da Saúde da Família, por ter como um dos objetivos centrais reorganizar o modelo de atenção à saúde, buscando romper com o modelo médico hegemônico e hospitalocêntrico. Ao longo dos anos 2000, outras estratégias foram sendo implementadas, entre elas a Política Nacional de Humanização, a adoção da integralidade como eixo da assistência e da formação dos profissionais em saúde, entre outras que buscaram fortalecer o movimento para a ruptura do modelo de atenção, que, na prática, ainda prevalece no âmbito da assistência em saúde.

Assim, diante do exposto, cabe ressaltar que uma característica fundamental do trabalho em saúde é compor o setor de serviços. O setor saúde é um serviço constituído por inter-relações intensas, uma vez que dessa intrínseca relação deriva a própria eficácia do ato de cuidar. Essas dimensões se articulam de forma intercomplementar e interatuante, em que o usuário contribui e compõe esse processo de trabalho, permeado por relações humanas cada vez mais complexas e interligadas (NOGUEIRA e SANTANA, 2000; GONZÁLEZ, 2011).

Até aqui entendemos que o trabalho em saúde foi fortemente influenciado pelos modelos capitalistas dos setores da indústria e dos serviços ao longo das últimas décadas, com impacto na produção e na organização do trabalho e com profundas repercussões na relação do trabalhador de saúde com o seu trabalho. Trabalho este cada vez mais fragmentado, intensificado (sobretudo nas dimensões relacionais), e que vai adquirindo novos delineamentos à medida que incorpora características, demandas e exigências dos modos de produção capitalista.

Essas características se disseminaram pelos serviços em saúde ao longo das últimas décadas, com destaque para as unidades hospitalares e para os hospitais universitários, onde também repercutiu as influências tayloristas/fordistas a um modo de gestão também influenciado pela lógica da gestão gerencialista.

3. O trabalho nos Hospitais Universitários

O cenário descrito até aqui também retrata o cotidiano de trabalho dos profissionais de saúde nos hospitais universitários

O Hospital Universitário é uma complexa unidade de saúde que abrange a formação de profissionais no âmbito da graduação e pós-graduação, assistência à saúde, pesquisa e extensão.

São instituições cuja gestão está subordinada à Universidade Federal da qual faz parte, ao Ministério da Educação e Cultura (MEC) pela dimensão do ensino, pesquisa e extensão, e ao Ministério da Saúde (MS) pela vinculação ao sistema de saúde pública (DRAGO, 2011).

Pela definição do MEC, hospitais universitários são unidades de saúde capazes de prestar serviços altamente especializados à população, com qualidade e tecnologia de ponta. Garantem ainda suporte aos programas mantidos por Centros de Referências Estaduais ou Regionais, sendo unidades de referência para todo o sistema de saúde.

É uma estrutura complexa que imprime em seu cotidiano os desafios do trabalho no ambiente hospitalar – ambiente este, notadamente fragmentado, impregnado pela lógica gerencialista dos serviços públicos; e, ainda, corresponsável pela formação dos profissionais da saúde.

A lógica da gestão gerencialista importa princípios da gestão privada para os serviços públicos, primando pela excelência dos serviços prestados, pela flexibilidade, pela maior efetividade com menor custo, atendendo a metas capitalistas em prazos cada vez menores.

Os desdobramentos desse modelo gerencial afetaram potencialmente o trabalhador, sobretudo em função da adoção de práticas aparentemente flexíveis, da pressão constante por resultados e cumprimento dos prazos e metas, da exigência cada vez maior de novas habilidades e da redução significativa dos investimentos em recursos humanos, infraestrutura e equipamentos (CALGARO, 2011).

No entanto, a despeito da adoção do gerencialismo como modo de gestão, o processo de trabalho em saúde, principalmente nos setores hospitalares, preserva traços dos modelos produtivos taylorista/fordista, que trouxeram, para o setor saúde, consequências decorrentes da intensificação da divisão do trabalho manual e intelectual a partir da crescente e intensa especialização (MERHY, 2002).

Nos hospitais públicos as características do modelo taylorista/fordista estão bem marcadas, cujas especificidades são caracterizadas pela fragmentação dos setores e das atividades, pelas tarefas prescritas e repetitivas, pela intensa divisão técnica do trabalho e pela pouca ou nenhuma possibilidade de intervenção e autonomia dos trabalhadores sobre o processo de trabalho.

Na visão de Ribeiro (2009) os trabalhadores do setor estão submetidos a modelos “híbridos e mistos” (p 5) e, segundo o autor, a conflitos e desencontros de modelos de gestão que, embora conceitualmente distintos, estão inter-relacionados na prática. Assim, “o cotidiano desses trabalhadores é, ao mesmo tempo, atravessado por princípios tradicionais da administração pública burocrática e por valores “*inovadores*” (grifo do autor) da administração pública gerencial” (RIBEIRO, 2009, p.5).

Ao traçarmos o panorama do funcionamento de um hospital universitário, temos uma unidade complexa ancorada por duas políticas de Estado - Educação e Saúde. Em consequência dessa conformação, manifestam-se no âmbito dos hospitais universitários, os tensionamentos inerentes à complexidade de articulação de tais políticas (MACHADO e KUCHENBECKER, 2007).

Tensionamentos que passam pelo financiamento do hospital universitário, com recursos Federais, cada vez mais escassos, advindos do MEC, MS e pactuação com os estados (DRAGO, 2011); pela falta de planejamento, culminando numa gestão fragmentada e improvisada (LITTIKE, 2012); pela estrutura hierárquica rígida, seguindo a ordenação universitária por departamentos, “potencializada pela lógica médica de organização em dezenas de especialidades” (CAMPOS, 1999, p.189).

Este conjunto de questões produz uma série de desdobramentos que contribuem fortemente para a desvalorização do serviço público e para a precarização crescente dos hospitais universitários.

No que diz respeito à assistência, o desenho organizacional dos hospitais universitários, na perspectiva do modelo médico hegemônico¹ e hospitalocêntrico, privilegia a divisão dos serviços de acordo com as especialidades médicas, em unidades isoladas, dificultando sobremaneira a integração da assistência com o ensino (CAMPOS, 1999). Esta fragmentação chegou ao ponto de muitos destes departamentos atingirem total autonomia e, em muitas localidades, terem se transformado em institutos. Sobre essa questão, Campos (1999) analisa que:

¹ O modelo médico hegemônico foi desenvolvido a partir do “Relatório Flexner” que analisou o ensino médico nos EUA em 1910, produzindo a partir dele uma ampla reforma na formação médica, voltando-a para o campo de pesquisa biológica e a especialização sobre o corpo. A clínica flexneriana se tornou hegemônica, influenciando a modelagem dos serviços de saúde, que passaram a ser constituídos por processos de trabalho centrados no saber médico. (MERHY e FRANCO, 1997; PAGLIOSA e DA ROS, 2008).

[...] há exceção, mas em geral, esta autonomia excessiva não resulta necessariamente em progresso. Em alguns casos aproveitou-se esta liberdade para a livre invenção e para a criação de serviços com reconhecida excelência ética e técnica. Na maioria das situações, contudo, identifica-se uma tendência de progressivo descompromisso dos docentes com a assistência, com o ensino e com a pesquisa. (CAMPOS, 1999, p. 189)

No entanto, vale resgatar na história da formação do profissional de saúde as evidências de que a lógica do ensino influenciou na organização dos hospitais universitários.

Em decorrência da reformulação do ensino médico a partir do Relatório de Flexner, em 1910, a educação médica foi reorientada para o foco no corpo biológico e anatômico, os fatores sócio-ambientais e das subjetividades implicados no processo saúde doença foram abstraídos do raciocínio clínico, trazendo um reducionismo à compreensão das necessidades de saúde, reduzindo a resolutividade da assistência (MERHY e FRANCO, 1997).

Desta forma, as diretrizes flexnerianas delinearão o trabalho médico voltado para a doença e para as prescrições, sob fundamentos que visaram à expansão do ensino em hospitais, com ênfase na pesquisa biológica e ao estímulo às especializações, nos avanços tecnológicos da indústria de equipamentos, como forma de atender ao capital, com o estímulo do consumo crescente de procedimentos de alta complexidade.

Como fruto desse contexto, compreendemos algumas das influências sobre a fragmentação e a lógica posta, ainda nos dias atuais, aos hospitais universitários no Brasil.

Assim, apesar do reconhecimento e do esforço em romper com o modelo hegemônico, ainda predominante, a atenção à saúde centrada nas necessidades

do usuário vem sendo redesenhada, com vistas à assistência integral, por meio da implementação das Diretrizes Curriculares Nacionais do MEC, que assume a integralidade como eixo da formação dos profissionais de saúde, refletindo no delineamento dos processos de trabalho dos profissionais da saúde.

Ao analisarmos os pontos envolvidos na gestão gerencialista, com a instituição de metas rígidas quanto à redução de custos, sobretudo na esfera dos recursos humanos e materiais nos hospitais universitários, bem como a complexidade desta instituição tanto na dimensão assistencial quanto na do ensino, fica evidente a crise financeira e estrutural pela qual vem passando essas instituições.

No que tange aos recursos materiais, é importante destacar que a baixa autonomia dos hospitais universitários para obtenção de recursos financeiros e materiais deve-se principalmente à burocracia dos processos licitatórios a que estão submetidos os serviços públicos². Esse processo dificulta sobremaneira a aquisição de materiais e equipamentos, bem como a contratação de obras e serviços.

No que diz respeito à carência de recursos humanos nos hospitais universitários, Sodré et al. (2013) afirmam que   um reflexo da jun o de vários fatores como:

[...] a ausência de concursos por parte do MEC; a não responsabiliza o do MS pela mão de obra desses hospitais no que tange   assistência; a defasagem dos salários oferecidos, o que gera a busca por outros vínculos; a pressão das entidades de controle, como o TCU, proibindo a contrata o direta por parte dos hospitais; o não planejamento do governo para o momento atual que demarca elevado número de aposentadorias [...], e o

² Para informa es mais detalhadas acerca dos processos licitatórios na esfera pública, sugerimos consultar a Lei 8.666 de 21 de junho de 1993 que institui as normas para licita es e contratos da Administra o Pública.

nível de adoecimento e consequente afastamentos dos funcionários. (SODRÉ et al., 2013, p. 367)

Diante desse panorama que retrata a precarização dos hospitais universitários, o Governo Federal, sob o discurso de uma nova política para modernizar a gestão hospitalar, com o intuito de reestruturar e sanar a crise dos hospitais universitários cria em 2011 a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH - Lei 12.550).

A EBSERH é apresentada pelo Governo Federal como única solução à chamada “crise dos hospitais universitários”. Trata-se de uma empresa pública de direito privado, baseada numa proposta de gestão fundamentada na lógica de mercado, intensificando os modos de gestão e as artimanhas do setor privado nos hospitais universitários.

De acordo com o MEC, dentre as atribuições da EBSERH, cabe à empresa coordenar e avaliar a execução das atividades nos hospitais universitários federais; fornecer apoio técnico à elaboração de instrumentos que visam à melhoria da gestão e a elaborar a matriz de distribuição de recursos para os hospitais.

Sodré et al. (2013) questionam em seu estudo se a EBSERH é, de fato, um novo modelo de gestão ou uma forma velada de privatização. As autoras propõem uma reflexão sobre essa alternativa de gestão, uma vez que, os conflitos e impasses em torno da gestão dos hospitais universitários perpassam a não efetivação plena do SUS e a não responsabilização do Governo Federal para com os hospitais universitários.

A adesão das universidades federais à EBSEH teria como bandeira a “melhoria da gestão dos hospitais universitários”, no entanto, as universidades têm encontrado resistência de grande parte do corpo de servidores, na luta pela garantia da autonomia universitária, pela excelência do ensino e da assistência.

O quadro 1 mostra o panorama das universidades federais que aderiram à EBSEH a partir de 2013. Quanto aos desdobramentos dessa gestão para o ensino, pesquisa, extensão, usuários e trabalhadores da saúde, há mais perguntas do que respostas:

Temos mais perguntas que respostas. E é exatamente isso que nos une em tantos questionamentos sobre a transição silenciosa que julgamos ser mais um passo rumo à privatização da gestão, dos salários e da organização dos processos de trabalho camuflados mimeticamente em um discurso de um suposto novo modelo gerencial. (SODRÉ et al., 2013, p. 378)

Quadro 1 – Distribuição da Rede Federal de Universidades filiadas à EBSEH.

REGIÕES DO PAÍS	REDE FEDERAL		FILIAIS EBSEH	
	Nº de Universidades Federais	Nº de Hospitais Universitários*	Nº de Universidades Federais	Nº de Hospitais Universitários*
Norte	2	3	1	1
Centro-Oeste	5	5	4	4
Nordeste	11	16	10	14
Sul	6	7	1	1
Sudeste	9	16	3	3

* Incluindo as maternidades e institutos.

FONTE: BRASIL, Ministério da Educação/EBSEH.

A despeito dos sentimentos de insegurança e incertezas gerados por esse momento de transição, o cotidiano dos trabalhadores nos hospitais universitários é permeado pelo conjunto de elementos históricos e sociais, que vão construindo suas trajetórias, o seu fazer, suas relações com/no trabalho e, sobretudo, as repercussões desse trabalho na vida e na saúde dos trabalhadores.

II. A SAÚDE DOS TRABALHADORES DA SAÚDE

O trabalho em saúde tem demandado esforços dos pesquisadores envolvidos nesta temática no sentido de elucidar as repercussões das mudanças ocorridas no setor saúde para os trabalhadores: o modo de trabalhar e o adoecimento (ASSUNÇÃO e BELISÁRIO, 2007).

A organização do trabalho, frequentemente, tem a visão do trabalhador de saúde como um instrumento para prover os serviços, sem, contudo, considerar que esse mesmo trabalhador pode ter sua saúde e a sua vida influenciadas pelas condições do seu trabalho (ASSUNÇÃO e BELISÁRIO, 2007). A organização do trabalho, sob essa perspectiva, foca suas ações estabelecendo, em primeiro plano, a otimização do uso dos recursos e, em segundo, quando possível, nos usuários, em detrimento das condições de trabalho e de saúde do trabalhador da saúde (ASSUNÇÃO e JACKSON FILHO, 2011).

Em face do preocupante e crescente adoecimento dos trabalhadores da saúde, a Organização Mundial da Saúde (OMS) elegeu o decênio 2006-2015 como a década de valorização do trabalho e dos trabalhadores em saúde.

O crescente adoecimento dos trabalhadores desse setor é um fenômeno mundial, não apenas regional ou nacional, contudo isento de políticas públicas capazes de combatê-lo de forma contundente e resolutiva (ASSUNÇÃO e BELISÁRIO, 2007; ASSUNÇÃO e JACKSON FILHO, 2011). É nesse sentido que esse chamamento da OMS pretende responder à crise dos recursos humanos na área da saúde, com ações e planejamento estratégicos voltados aos contextos específicos, visando valorizar e investir nos trabalhadores da saúde (MENDES e MARZIALE, 2006).

Mesmo diante do reconhecimento mundial da importância de estabelecer políticas voltadas para os trabalhadores da saúde, desde 2006 pela OMS e pelo Brasil, somente em dezembro de 2011 foi instituída no Brasil as Diretrizes da Política Nacional de Promoção da Saúde do Trabalhador do Sistema Único de Saúde (SUS).

As diretrizes que norteiam a Política Nacional de Promoção da Saúde do Trabalhador do SUS têm por objetivo, dentre outros, promover a melhoria das condições de trabalho desses profissionais, por meio do enfrentamento dos aspectos gerais e específicos dos ambientes e processos de trabalho que possam gerar agravos à saúde (BRASIL, 2011).

Em meados de 2012, o documento Panorama da Saúde dos Trabalhadores da Saúde apresenta avanços políticos, elementos conceituais, metodológicos e operacionais que visam subsidiar os profissionais da área e os demais atores envolvidos na transformação das condições do trabalho em saúde (MACHADO e ASSUNÇÃO, 2012).

Contudo, aproximamo-nos do término desse decênio ainda assistindo ao crescente declínio da saúde física e mental dos trabalhadores da área da saúde.

No que tange à saúde dos trabalhadores de uma forma geral, incluindo os trabalhadores da saúde, o manual de procedimentos para os serviços de saúde (BRASIL, 2001) aponta que o perfil de adoecimento e sofrimento dos trabalhadores expressa-se, entre outros, pelo aumento da prevalência de doenças relacionadas ao trabalho, como as Lesões por Esforços Repetitivos (LER), também denominadas de Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (DORT); o surgimento de novas formas de adoecimento mal caracterizadas, como

o estresse e a fadiga física e mental e outras manifestações de sofrimento relacionadas ao trabalho (BRASIL, 2001).

Segundo Ribeiro (2008), o perfil do adoecimento do trabalhador contemporâneo traz a particularidade de não comprometer somente as partes visíveis ou mais expostas do corpo, mas “queima-o de dentro para fora” (p 5). Ou seja, se expressa por DORT, transtornos psíquicos, cardiocirculatórios, gastrointestinais, respiratórios, da voz, entre outros (RIBEIRO, 2008).

Diante desse complexo perfil de adoecimento relacionado ao trabalho, destaca-se o número crescente de transtornos mentais associados ao trabalho revelado por estatísticas oficiais e não oficiais (JACQUES, 2003; SILVA JUNIOR, 2012).

Os transtornos mentais têm ocupado, ao longo de 10 anos, a 3ª posição entre as causas de concessão de benefício previdenciário, como auxílio doença, afastamento do trabalho por mais de 15 dias e aposentadorias por invalidez, segundo dados do INSS (BRASIL, 2001; SILVA JUNIOR, 2012).

Essa preocupante evidência tem sido o objeto de investigação de muitas pesquisas que buscam conhecer e elucidar as relações entre o trabalho e a saúde mental dos trabalhadores (SILVA JUNIOR, 2012; SELIGMANN-SILVA, 2011; VIEIRA, 2010; RIBEIRO, 2008).

A partir dessa perspectiva, buscaremos compreender a relação entre o trabalho e a saúde mental, e como a síndrome de *burnout* emerge deste contexto.

1. O trabalho e a saúde mental

Compreender a interface que reúne saúde mental e trabalho consiste em um desafio complexo que, para Dejours (1993), parte da necessidade de compreender o conceito de saúde como ponto de partida fundamental.

Nessa perspectiva, concordamos com Seligmann-Silva (2011) sobre as premissas para o entendimento da saúde e o adoecimento a partir de Canguilhem (2011). Tais premissas consideram a saúde como um estado ideal em que as forças vitais predominem na harmonização da variabilidade biopsicossocial; e o adoecimento como um processo ao longo do qual se estabelecem os confrontos entre as forças vitais e forças desestabilizadoras. Trata-se de um processo de contínua interação, o processo saúde-doença. Canguilhem (2011) compreende a saúde mental como uma dimensão indissociável desse processo, necessariamente vista em seu todo. Não há adoecimento mental que se constitua isoladamente do corpo e das inter-relações humanas.

Assim, entendemos, a partir de Canguilhem (2011), que a saúde mental pressupõe um processo constante e dinâmico no sentido de potencializar as forças vitais e o equilíbrio do contexto biopsicossocial que nos envolve.

A Saúde do Trabalhador surge, no Brasil, como campo de práticas e conhecimentos a partir do fim da década de 1970, representando a conquista dos movimentos sindicais reivindicando maior participação no controle do trabalho e melhores condições nas questões relacionadas à saúde.

A Saúde do Trabalhador constitui-se um espaço interdisciplinar que “apreende o trabalho como um dos principais determinantes sociais da saúde” (COSTA et al., 2013, p. 12), buscando, por ações coletivas, compreender os

adoecimentos e mortes relacionadas ao trabalho, e promover mudanças nos processos de trabalho a fim de melhorar a relação trabalho-trabalhador. Para isso, defende uma abordagem integral, com a participação efetiva do trabalhador como ator desse processo, capaz de contribuir com o seu conhecimento para o avanço da compreensão das repercussões do trabalho sobre o processo saúde-doença e para a mudança concreta da realidade (COSTA et al., 2013).

Para Jardim (1994), a Saúde do Trabalhador:

[...] recorre à subjetividade dos próprios trabalhadores, considerando-os como atores e produtores de suas experiências, numa tentativa de compreensão sobre seus adoecimentos e mortes. (...) Busca ir mais além ao estudar o trabalho não apenas como um lugar de dominação, mas também de resistência, apreendendo o que há de rico e singular, ou seja, a produção, o “fazer-histórico” dos próprios trabalhadores. (JARDIM, 1994, p. s/p)

A saúde do trabalhador como campo de conhecimento, ancora suas bases teórico-metodológicas no campo da Saúde Coletiva - que fornece os subsídios para a compreensão do processo saúde-doença, contextualizado nas relações sociais; e da Medicina Social latino-americana - que aponta o processo de trabalho como elemento central para elucidar a relação trabalho e processo saúde-doença (CREPOP, 2008).

Desde a promulgação da Constituição de 1988, marcando a saúde como direito social, seguida da criação do Sistema Único de Saúde (SUS), com a promulgação da Lei nº 8.080, têm-se buscado avançar na implementação de ações abrangentes e políticas voltadas para a saúde do trabalhador capazes de abarcar a assistência, a promoção, a vigilância e a prevenção dos agravos relacionados ao trabalho (COSTA et al., 2013).

Assim, abrigada no campo da Saúde do Trabalhador e, compondo um dos seus desafios, o campo da Saúde Mental e Trabalho apropria-se das relações de trabalho e sua historicidade como cerne para a análise da articulação entre o processo saúde-doença e o trabalho (LACAZ, 1996; MINAYO-GOMEZ e THEDIM-COSTA, 1997; LACAZ e MINAYO-GOMEZ, 2005; SELIGMANN-SILVA, 2011).

Nas últimas décadas, houve um número crescente de estudos que discutem as repercussões das organizações do trabalho nos processos saúde-doença, em especial, o processo saúde-doença mental (SELLIGMAN-SILVA, 1999 2003, 2007, 2011; SATO e BERNARDO, 2005; MOULIN, 2000/2001; JARDIM, 2001; DEJOURS, 1993; VASCONCELOS e FARIA, 2008; BORSOI, 2007; MINAYO - GOMEZ e THEDIM-COSTA, 1997).

A relação entre saúde mental e trabalho busca, segundo Seligmann-Silva (2011), “a inter-relação entre o trabalho e os processos saúde-doença cuja dinâmica se inscreve *mais marcadamente* nos fenômenos mentais, mesmo quando sua natureza seja eminentemente social” (p.40). Para isso, ainda segundo a autora:

[...] os estudos se voltam para identificar todos os aspectos - os que promovem a saúde e todos os que se revelam potencialmente adoecedores, inclusive aqueles que possam estar servindo simultaneamente a interesses mais imediatos da produção. (SELIGMANN-SILVA, 2011, p. 40)

No Brasil, o manual de doenças relacionadas ao trabalho, elaborado pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2001), inclui, no grupo V, os transtornos mentais e do comportamento relacionados ao trabalho, reconhecendo as conexões entre o adoecimento e as condições de trabalho como, por exemplo, os problemas

relacionados com ao emprego e desemprego, ao ritmo de trabalho penoso, entre outros.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) estima índices de 30% de transtornos mentais menores e cerca de 5 a 10% de transtornos mentais graves em trabalhadores ocupados. Segundo a OMS, entende-se por transtornos mentais menores as condições caracterizadas por alterações mórbidas do modo de pensar e/ou humor (emoções), e/ou por alterações mórbidas do comportamento associadas à angústia expressiva e/ou deteriorização do funcionamento psíquico global. Traduzem-se em sintomas como irritabilidade, fadiga, distúrbios do sono, dificuldade de concentração, ansiedade, queixas somáticas entre outros (OMS, 2001).

Dados do INSS apontam que, além de constituírem causa de concessão de benefícios, os transtornos mentais mantêm o trabalhador afastado do trabalho por mais tempo em comparação a outras doenças que levam ao afastamento do trabalho. (BRASIL, 2001; JACQUES, 2003; JARDIM, 2001; SILVA JUNIOR, 2012).

A respeito da prevalência dos afastamentos do trabalho por transtornos mentais, os resultados do estudo de Noro e Kircho (2004) com 3.800 servidores técnicos administrativos e docentes de uma universidade federal mostraram que o afastamento do trabalho por transtorno mental atingiu a 6,8% dos trabalhadores, obtendo ainda uma média de 14,7% das licenças emitidas. A prevalência das licenças por transtorno mental variou de 11,79% a 25,75% sobre as licenças para tratamento de outras doenças (NORO e KIRCHHO, 2004).

Outro estudo envolvendo servidores públicos municipais apontou que os transtornos mais prevalentes foram as morbidades músculo-esqueléticas diagnosticadas (LER/DORT), seguidas por depressão/ansiedade, percepção de cansaço mental e transtorno mental comum (RODRIGUES et al., 2013).

De acordo com o Ministério da Saúde, as alterações da saúde mental decorrentes do trabalho podem ser originadas desde fatores pontuais, como a exposição a um determinado agente tóxico, até a complexa articulação de fatores relativos à organização do trabalho. No capítulo 10 do Manual sobre os Transtornos Mentais e do Comportamento (Brasil, 2001), é ressaltado o lugar fundamental que o trabalho ocupa na dinâmica do investimento afetivo das pessoas. Condições favoráveis à livre utilização das habilidades dos trabalhadores e ao controle do trabalho pelos trabalhadores têm sido identificadas como importantes requisitos para que o trabalho possa proporcionar bem-estar e saúde, deixando de produzir doenças. Por outro lado, o trabalho desprovido de significação, sem suporte social, não reconhecido ou que se constitua em fonte de ameaça à integridade física e/ou psíquica, pode desencadear sofrimento psíquico (BRASIL, 2001).

Diante da complexidade entranhada nas relações entre trabalho e transtornos mentais, somos implicados a discutir o trabalho, e conseqüentemente as relações de trabalho, como fato social determinante no processo saúde-doença, considerando as dimensões do sujeito e o seu trabalho.

Nesse sentido, partimos da premissa de que nenhuma área de conhecimento isolada consegue contemplar a abrangência da relação processo de trabalho e saúde.

Para Minayo-Gomez e Thedim-Costa (1997), “incorporar o referencial de outras disciplinas torna mais profícuo o olhar de cada uma delas sobre o mesmo objeto e a resultante ultrapassa a soma de enfoques isolados” (p.28). Nessa perspectiva, o saber teórico construído por vários olhares se abre à contribuição do conhecimento que emerge do cotidiano dos trabalhadores.

Essa conformação interdisciplinar busca estabelecer e articular a análise das dimensões que contemplam o contorno social, econômico, político e cultural, bem como das dimensões referentes a determinadas características dos processos de trabalho que o torna elemento potencial de repercussão na saúde (MINAYO-GOMEZ e THEDIM-COSTA, 1997).

Embora não exista uma singularidade nos enfoques para a investigação da relação entre os aspectos laborais e a constituição dos transtornos mentais, diferentes disciplinas, antes da constituição do campo “Saúde Mental Relacionada ao Trabalho” (SMRT), já vinham estudando temas como fadiga, estresse, as chamadas neuroses do trabalho, alienação e dominação nos ambientes de trabalho a partir de referenciais e modelos teóricos próprios que passaram a constituir as investigações das conexões trabalho e saúde mental, como detalha Seligmann-Silva (1999; 2011):

1- *O modelo baseado na teoria do estresse* - Formulada nos anos 30, o referencial teórico vinculado a este modelo provém da fisiologia, sob a perspectiva dominante nos estudos da medicina. Uma das críticas atribuídas a este modelo é de que pressupõe uma visão mecanicista e unidirecional, sem levar em conta a capacidade humana de modificar estressores e realidades estressantes. Outra crítica é que os estudos realizados nesta perspectiva vinculam-se a uma

concepção de *normalidade* em que os parâmetros para o chamado “comportamento desejável” representam interesses, como afirma a autora, dos donos do poder e da produção, procurando assim, *adaptar* os indivíduos a um trabalho inadequado à condição humana. Assim, a noção do estresse atribui ao trabalhador a responsabilidade sobre a sua adaptação ou não no mundo do trabalho, sem questionar os processos e as organizações do trabalho.

2- *O estudo da psicodinâmica do trabalho* – Estuda a subjetividade, as relações interpessoais e a constituição de coletivos de trabalho. Visa, sobretudo, a análise de estratégias defensivas que essa formação coletiva desenvolve, a fim de minimizar a percepção do sofrimento nas situações de trabalho. Trata-se de um modelo de investigação interessado na vivência dos trabalhadores.

Dentre as contribuições que a psicodinâmica do trabalho traz para a compreensão da relação entre trabalho e os processos de saúde-doença, vale ressaltar a noção do trabalho prescrito e do trabalho real, que a psicodinâmica do trabalho absorve da ergonomia francesa. Trata-se, segundo Dejours (2008), de um intervalo irreduzível entre a tarefa prescrita e a atividade real do trabalho; refere-se a uma série de manobras, acordos, flexibilização de normas, um jeito próprio que o trabalhador imprime em seu fazer para que o trabalho possa ser realizado satisfatoriamente.

Seligmann-Silva (2011) considera que “uma das mais férteis contribuições da psicodinâmica do trabalho às ações preventivas na saúde do trabalhador, reside na busca de superação da distância que existe entre o trabalho prescrito e trabalho real (p.67)”. As atividades concretas dos trabalhadores (trabalho real) em geral diferem-se do trabalho prescrito (procedimentos concebidos, previstos e

determinados pela empresa), por não corresponderem à realidade das possibilidades humanas de executá-lo (SELIGMANN-SILVA, 2011).

Considera-se que é nessa distância existente entre o trabalho prescrito e o trabalho real que o trabalhador pode exercitar sua criatividade, ter o espaço para o reconhecimento e a construção de estratégias coletivas.

3- O terceiro modelo parte do *conceito de desgaste*, visualizado como um produto de uma correlação desigual de forças impostas sobre o trabalho e o trabalhador, que incidem no processo biopsicossocial saúde-doença. Emerge dos estudos dos processos de trabalho e sua concepção vincula-se à “ideia de consumo do substrato e das energias vitais do trabalhador” (SELIGMANN-SILVA, 2011, p. 123).

Uma perspectiva de análise central no estudo da produção do desgaste mental no trabalho é o que focaliza, de modo contextualizado, a dominação. A partir da interseção entre processo saúde-doença e processos de trabalho, passam a atuar determinações de ordem sociopolítica e econômica. Assim, em situações de trabalho dominado, revelam-se “as desvantagens que levam a que o corpo e os potenciais psíquicos do trabalhador sejam consumidos pelo processo de trabalho” (SELIGMANN-SILVA, 1994; 1999; 2011).

Diante do delineamento conceitual, das evidências apreendidas pelas pesquisas dedicadas à investigação da relação entre o trabalho e a saúde mental e do aporte teórico-metodológico construído ao longo dos últimos anos, estamos diante de uma relação estabelecida, reconhecida e, sobretudo, **sentida** (grifo nosso) por milhares de trabalhadores.

No entanto, comungamos da inquietação de Paparelli, Sato e Oliveira (2011): “Por que ainda precisamos falar sobre este tema?” Por que existe ainda a necessidade de informar e afirmar que o trabalho pode afetar a saúde mental dos trabalhadores?

Como resposta a tais indagações, os autores relatam a contrariedade de alguns de seus estudantes, inclusive da área da saúde, quando lhes é apontado que o processo saúde-doença é socialmente influenciado. Para os autores, tal postura dos estudantes pode ser motivada por duas perspectivas a respeito do entendimento da relação saúde-doença e trabalho. Primeiramente é que a causa essencial na compreensão do adoecimento dos trabalhadores deveria ser buscada sempre no indivíduo e suas particularidades – aspectos físicos, psicossociais, familiar. O segundo ponto, crucial desta análise, é a naturalização da ideia de que o sofrimento é inerente ao trabalho, e assim não pode ser mudado, “como se isso fosse um destino, uma determinação inquestionável e intransponível [...]” (PAPARELLI, SATO, OLIVEIRA, 2011, p. 119).

Na mesma medida em que crescem os estudos que constatam que o trabalho (suas condições e organização) tem produzido adoecimento, há certa desvalorização e/ou invisibilidade nessa determinação, buscando nas características individuais as causas para o adoecimento, culminando na culpabilização do trabalhador e na naturalização das condições e da organização do trabalho. A partir dessa ideia, surge frequentemente a questão: por que algumas pessoas adoecem e outras não? (PAPARELLI, SATO, OLIVEIRA, 2011).

Embora possa parecer que alguns processos de trabalho sejam aparentemente idênticos, não o são. As diferenças encontradas entre o trabalho

real e o trabalho prescrito apontam para uma série de diferenças nos processos de trabalho em saúde.

Dessa forma, a lógica de atribuir ao trabalhador a culpa por seu adoecimento partiria, então, da perspectiva de que as pessoas tivessem que ser idênticas e o trabalho que realizam, homogêneo.

Nesta pesquisa, buscamos compreender a esfera subjetiva da síndrome de *burnout*, ou seja, as formas pelas quais as dimensões de *burnout* perpassam o cotidiano de trabalho dos profissionais de saúde, a conexão entre as condições e a organização do trabalho no contexto hospitalar e o processo saúde-doença pelo discurso dos trabalhadores.

2. A Síndrome de *Burnout* – Conceitos e desdobramentos

O termo *burnout* foi utilizado inicialmente em 1953 em uma publicação de estudo de caso de Schwartz e Will, conhecido como ‘Miss Jones’, que descreve a situação de uma enfermeira do setor psiquiátrico desiludida com seu trabalho. Outra publicação em 1960, com o título ‘A burn Out Case’ de Graham Greene, descreve o caso de um arquiteto que abandonou sua profissão devido a sentimentos de desilusão com a atividade profissional. Nos dois casos, os sintomas apresentados eram similares e correspondiam às características de *burnout* descritas posteriormente por Freudenberg em 1974.

Esse fenômeno só foi investigado e descrito em meados dos anos 70 por Herbert Freudenberger, como um incêndio devastador, um “incêndio interno” que reduz a cinzas a energia, as expectativas e a autoimagem de alguém antes profundamente entusiasta e dedicado ao trabalho (BENEVIDES-PEREIRA, 2002).

O termo *burnout* significa “queima”, “combustão total” ou “queimado até o final”. Em países da língua inglesa, ele costuma ser empregado para denotar um estado de esgotamento completo de energia individual associado a uma intensa frustração com o trabalho (MASLACH, SCHAUFELI e LEITER, 2001; SELIGMANN-SILVA, 2007).

A expressão inglesa *burnout* foi traduzida para o português como “estar acabado” na versão brasileira do Código Internacional de Classificação de Doença – CID-10. Essa denominação refere-se ao quadro clínico chamado de Síndrome do Esgotamento Profissional sob o código Z73-0 na classificação oficial (SELIGMANN-SILVA, 2007, 1999; BORGES, 2005).

Freudenberg era médico psicanalista norte-americano que trabalhava em uma clínica para tratamento de toxicomaníacos em Nova York. Por volta de 1975, ele observou que, após um ano de trabalho, a maioria de seus voluntários sofria uma progressiva perda de energia, com sintomas de ansiedade e depressão, bem como a desmotivação pelo trabalho e agressividade com os pacientes (BENEVIDES-PEREIRA, 2002). A partir de então incluiu em sua definição comportamentos de fadiga, depressão, irritabilidade, aborrecimento, perda de motivação, sobrecarga de trabalho, rigidez e inflexibilidade (CARLOTTO e CÂMARA, 2008; MASLACH, SCHAUFELI e LEITER, 2001).

Uma característica apontada por Freudenger, acordada entre os pesquisadores de *burnout*, é que os trabalhadores mais acometidos são, em sua maioria, os que se dedicam à prestação de cuidados a pessoas, como os profissionais da saúde e da educação. Segundo Seligmann-Silva (1999), inicialmente relacionada a profissões ligadas à prestação de cuidados e

assistência a pessoas, especialmente em situações economicamente críticas e de carência, a denominação de síndrome de *burnout* vem sendo estendida a outras profissões que envolvem alto investimento afetivo e pessoal, em que o trabalho tem como objeto problemas humanos de alta complexidade e determinação fora do alcance do trabalhador, como dor, sofrimento, injustiça, miséria, entre outros.

Baseado em inúmeros estudos de caso, Freudenberger identificou que dois tipos de pessoas estão mais expostas ao *burnout* – as dinâmicas, propensas a assumir funções de liderança ou de grande responsabilidade, e as pessoas idealistas que se empenham para alcançar metas desafiadoras, profundamente entusiasmadas e dedicadas ao trabalho (SELIGMANN-SILVA, 2007, 2011).

Vale registrar que Freudenberger (1980) percebia nas pessoas acometidas o esforço em identificar-se com um modelo ideal do campo a que pertence - característica essa associada ao elevado nível de exigência de desempenho. Em consequência dessa característica, Seligmann-Silva (2001) justifica que a persistência continuada para corresponder ao modelo assim interiorizado, muitas vezes negando o próprio desgaste, encontra seu limite após certo tempo, desembocando na crise de *burnout*.

A psicóloga social Christina Maslach, pesquisadora da Universidade da Califórnia, em estudos com profissionais de serviços sociais e de saúde, foi quem compreendeu primeiramente que as pessoas com *burnout* apresentavam atitudes negativas e de distanciamento pessoal. Nesta fase foi adotado o termo Síndrome de *Burnout*, caracterizada como uma “síndrome psicológica em reação a estressores interpessoais crônicos no trabalho” (MASLACH, SCHAUFELI e LEITER, 2001).

O conceito de *burnout* utilizado na maioria das investigações científicas é a fundamentada na perspectiva sociopsicológica por Christina Maslach, sendo entendida como um fenômeno psicossocial decorrente de uma resposta crônica aos estressores interpessoais ocorridos na situação de trabalho. É constituída por três dimensões identificadas por Maslach, Schaufeli, e Leiter (2001): a exaustão emocional, caracterizada por cansaço extremo e sensação de falta de disposição para enfrentar o dia de trabalho; a despersonalização, que se refere à adoção de atitude de insensibilidade ou hostilidade em relação às pessoas que receberão o serviço/cuidado; e a perda da realização profissional, que se traduz em sentimentos de incompetência e de frustração pessoal e profissional. Então compreendemos que *burnout* não é um problema do indivíduo, mas uma experiência individual específica do contexto do trabalho (BENEVIDES-PEREIRA, 2002; MASLACH, SCHAUFELI e LEITER 2001; CARLOTTO e GOBBI, 2000; VIEIRA, 2010).

O conceito da síndrome de *burnout* proposto por Maslach tem sido questionado e debatido, como aponta o estudo de Vieira (2010). A autora analisa o processo de revisão crítica ao qual tem sido submetido o conceito de *burnout* nos últimos anos, com vistas a compreender os elementos envolvidos no desenvolvimento desta síndrome e aprimorar o conceito de *burnout*.

Leiter e Durup (1994) já apontavam que a extensa lista de sintomas atribuídos à síndrome de *burnout*, no início das investigações científicas a partir da década de 80, surgiu, em parte, de fundamentos teóricos frágeis. Para os autores, tais fundamentos não conseguiram diferenciar entre os precursores, consequências e indicadores de *burnout*, dos fenômenos que partilham causas

comuns com a síndrome. Embora essas definições tenham sido suficientes para identificarem a síndrome de *burnout* como um fenômeno que surge no contexto do trabalho, acarretaram limitação em seu desenvolvimento conceitual (LEITER e DURUP, 1994).

Dentre as teorias propostas para o aprimoramento conceitual da síndrome de *burnout*, Vieira (2010) destaca quatro conceitos formulados nos estudos dos autores Pines e Aronson (1981, apud VIEIRA, 2010), Shirom e Melamed (SHIROM et al., 2005 apud VIEIRA, 2010), Demerouti et al. (DEMEROUTI, 2002 apud VIEIRA, 2010), Kristensen et al. (2005, apud VIEIRA, 2010), que descreveremos sucintamente a seguir.

Pines e Aronson definem *burnout* como um estado de exaustão física, emocional e mental causado por um envolvimento de longo prazo em situações de alta demanda (PINES e ARONSON, 1981; SCHAUFELI et al., 2001; apud VIEIRA, 2010). Nessa proposta, não consideram o trabalho como o contexto essencial para o desenvolvimento da síndrome, podendo emergir de condições familiares ou outras.

Shirom e Melamed conceituam *burnout* como um estado afetivo singular caracterizado pela sensação de perda de energia física, mental e cognitiva, que ocorre como reação ao estresse crônico (SHIROM, 1989; 2003; apud VIEIRA, 2010). Não especifica o contexto laboral em sua definição, mas na prática tem sido atribuída como condição relacionada ao trabalho, por considerarem o estresse ocupacional uma das principais fontes de estresse crônico. Suas três dimensões são denominadas fadiga física (sensação de cansaço e baixa energia na execução de tarefas cotidianas), exaustão emocional (sensação de estar fraco

demais para ter empatia com clientes ou colegas e não ter a energia necessária para investir em relacionamentos interpessoais no trabalho) e desgaste cognitivo (sensação de raciocínio lento e baixa agilidade mental). (VIEIRA, 2010, p.272)

Para Demerouti et al. a síndrome de *burnout* é composta por duas dimensões: exaustão emocional e desengajamento (similar à despersonalização) que traduziria numa reação de rejeição emocional, cognitiva e comportamental ao trabalho – visto como desinteressante, não desafiador e “aversivo”.

Kristensen et al. consideram como aspecto central da síndrome a fadiga/exaustão e a sua atribuição, pelo indivíduo, à determinada esfera da sua vida. Esses autores evidenciam claramente que não consideram a síndrome de *burnout* como fenômeno relacionado exclusivamente ao trabalho (VIEIRA, 2010).

No sentido de ressaltar a compreensão da síndrome de *burnout*, Vieira (2010) revela que:

[...] Diante de uma perspectiva clínica, a compreensão do fenômeno individual é, talvez, o que mais interessa. E esta compreensão passa pela consideração dos fatores subjetivos na manifestação desse tipo de sofrimento psíquico [...] (VIEIRA, 2010, p.274).

Apesar de não ser objeto de nosso estudo, ampliarmos a visibilidade sobre as discussões e revisões críticas pelas quais o conceito da síndrome está atravessando nos permite refletir sobre a compreensão desse fenômeno sob diferentes pontos de vista, além de possibilitar a identificação de lacunas no campo da pesquisa sobre a síndrome de *burnout*.

A despeito das argumentações teóricas acerca dos conceitos que envolvem a síndrome de *burnout*, de acordo com Maslach, Schaufeli e Leiter (2001) e outros autores, o que tem emergido na maioria das investigações é a

definição de *burnout* como um fenômeno psicossocial decorrente de uma resposta crônica aos estressores interpessoais ocorridos na situação de trabalho (BENEVIDES-PEREIRA, 2002; MASLACH e JACKSON, 1981; MASLACH et al., 2005; CARLOTTO e GOBBI, 2000; VIEIRA, 2010; CARLOTTO e CÂMARA, 2008).

Dentre as definições propostas para a síndrome de *burnout*, apesar de alguns pontos divergentes, Maslach e Schaufeli (1993) ressaltam, no mínimo, cinco elementos comuns: a) a predominância de sintomas relacionados à exaustão mental e emocional, fadiga e depressão; b) ênfase nos sintomas comportamentais e mentais e não nos sintomas físicos; c) os sintomas são relacionados ao trabalho; d) manifestação em pessoas que não sofriam de distúrbios psicopatológicos antes do surgimento da síndrome; e) diminuição da afetividade e do desempenho no trabalho decorrente de atitudes e comportamentos negativos.

Nesse estudo consideramos que a definição de *burnout* mais utilizada e reconhecida cientificamente é a fundamentada na perspectiva sócio-psicológica sendo entendida como um processo e constituída das três dimensões identificadas por Maslach (2001): a exaustão emocional, a despersonalização e a perda da realização profissional.

O aspecto multidimensional da síndrome de *burnout* denota sua complexidade e exige que a compreendamos como um processo evolutivo, crescente e crônico. O quadro clínico apresenta como manifestação central uma exaustão que eclode de modo aparentemente brusco. Freudenberg descreve uma fase prévia ao surgimento súbito do “incêndio aniquilador”, na qual se instala uma

sensação de tédio que substitui o entusiasmo pelo trabalho, revelando também manifestações de irritabilidade e mau humor. Esse fenômeno central caracterizado pela exaustão é acompanhado por uma segunda manifestação própria da síndrome de *burnout* – uma aguda reação negativa de rejeição ao que era objeto de dedicação e cuidado, no caso dos profissionais de saúde, seus pacientes – a despersonalização (MASLACH, SCHAUFELI e LEITER, 2001; SELIGMANN-SILVA, 2007).

A síndrome de *burnout* está também associada a condições negativas que abrangem o nível socioeconômico (absenteísmo, queda de produtividade e aposentadoria precoce); a saúde física (aumento do risco cardiovascular, alterações fisiológicas, metabólicas, do sistema imune, além de distúrbios musculoesqueléticos); e a saúde mental (associação com ansiedade, depressão, abuso do álcool) (VIEIRA, 2010).

Trata-se de uma condição crônica, cujos determinantes advêm da organização do trabalho, como a sobrecarga, a falta de autonomia e de suporte social para realização das tarefas (VIEIRA, 2010; MASLACH; SCHAUFELI; LEITER, 2001). Assim, suas causas estão relacionadas primariamente aos fatores organizacionais do trabalho (VIEIRA, 2010; SELIGMANN-SILVA, 2011).

Mediante essa visão ampliada do processo multifacetado da síndrome de *burnout*, faz-se necessário considerarmos que, como alerta Jacques (2003), embora se verifiquem as tendências e características similares ao *burnout* nas diversas teorias sobre estresse, em maior ou menor grau, generalizações devem ser consideradas com prudência, especialmente quando aplicadas aos estudos e pesquisas sobre a síndrome de *burnout*.

Além da preocupação quanto às generalizações entre *burnout* e o estresse, alguns autores salientam que não se deve confundir estresse crônico e síndrome de *burnout*, nem tratá-los como sinônimos (MASLACH, SCHAUFELI e LEITER, 2001; JARDIM, SILVA-FILHO e RAMOS, 2004; BRASIL, 2001; SELIGMANN-SILVA, 2007).

Embora o modelo dos estudos iniciais da síndrome de *burnout* tenha tido suas raízes na teoria do estresse, Seligmann-Silva e Mendes (1999) ressaltam dois desdobramentos que foram a inclusão de aspectos psicodinâmicos, seguido dos aspectos sociais e os relacionados à organização do trabalho às linhas de enfoque das pesquisas sobre *burnout*, marcando assim o contexto psicossocial que norteia a temática sobre *burnout*.

Tamayo (1997) e Murofuse et al., (2005), após análise de vários autores sobre a diferença de *burnout* e estresse, concluem que *burnout* é um processo gradual, de uma experiência subjetiva, que envolve atitudes, condutas e sentimentos que acarretam problemas de ordem prática e emocional ao trabalhador, aos usuários e à organização do trabalho; implica a busca de um significado existencial no trabalho.

Já no estresse, não estão envolvidas tais atitudes e condutas, pois trata-se de um esgotamento pessoal com interferência na vida do indivíduo e não necessariamente (e/ou exclusivamente) na sua relação com o trabalho (TAMAYO, 1997; MUROFOSE et al., 2005).

Nessa mesma perspectiva, o manual de doenças relacionadas ao trabalho do Ministério da Saúde (BRASIL, 2001) busca diferenciar a síndrome de *burnout* de outras formas de resposta ao estresse. É ratificada a ideia exposta pelos

autores supracitados de que a síndrome envolve atitudes e condutas negativas com relação aos usuários, à organização e ao trabalho com prejuízo efetivo para o trabalhador e para a organização. Da mesma forma, corroboram com a noção de estresse como um esgotamento pessoal do indivíduo, não de modo direto na sua relação com o trabalho, podendo estar associada a uma susceptibilidade aumentada para doenças físicas, uso do álcool e outras drogas, na tentativa de buscar alívio, podendo culminar no suicídio (BRASIL, 2001; JARDIM, SILVA-FILHO e RAMOS, 2004).

Jardim, Silva-Filho e Ramos (2004) destacam que os principais fatores relacionados ao trabalho que podem predispor à síndrome de *burnout* são o papel conflitante, a perda de controle ou autonomia, a ausência de suporte social, a situação de sobrecarga ou de frustração no trabalho.

Em estudo de revisão sobre o processo de desenvolvimento de *burnout*, Castro (2010) menciona pesquisas que verificaram que a exaustão emocional surge regularmente associada a altas demandas de trabalho – sobrecarga, pressão de tempo, conflitos e ambiguidades de papel; e que as dimensões despersonalização e perda da realização profissional estão frequentemente associadas a baixos recursos – baixa autonomia, pouco ou nenhum poder de decisão e falta de suporte de colegas e chefia.

Nessa perspectiva o estudo de Maslach e Leiter (1999) apontou que as dimensões de *burnout* estão relacionadas, além dos citados pelos autores acima, ao aumento da complexidade das tarefas, a falta de recompensa e de reconhecimento.

A relação da síndrome de *burnout* com o trabalho, segundo a Classificação Internacional de Doença (CID-10), poderá estar vinculada aos “fatores que influenciam o estado de saúde: (...) riscos potenciais à saúde relacionados com circunstâncias socioeconômicas e psicossociais” (Seção Z55-Z65 da CID-10):

- ritmo de trabalho penoso (Z56.3);
- outras dificuldades físicas e mentais relacionadas ao trabalho (Z56.6).

No Brasil, a síndrome de *burnout* tem sido considerada um problema social de grande relevância. A recomendação da Portaria 1339/99 do Ministério da Saúde prevê a síndrome de *burnout* como um agravo relacionado aos processos de trabalho, pertencente ao grupo II, que é formado por doenças em que o trabalho pode ser um fator de risco, contributivo, mas não necessário, exemplificadas pelas doenças “comuns”, mais frequentes ou mais precoces em determinados grupos ocupacionais, e para as quais o nexo causal é de natureza eminentemente epidemiológica.

As doenças pertencentes a este grupo são consideradas de etiologia múltipla, ou causadas por múltiplos fatores de risco. Para as chamadas “doenças comuns”, o trabalho poderia ser entendido como um fator de risco, ou seja, um atributo ou uma exposição que está associada a uma probabilidade aumentada de ocorrência de uma doença, não necessariamente um fator causal (BRASIL, 2001).

Dessa forma, a caracterização etiológica ou nexo causal será essencialmente de natureza epidemiológica, seja pela observação de um excesso de frequência em determinados grupos ocupacionais ou profissões, seja pela ampliação quantitativa ou qualitativa do espectro de determinantes causais que

podem ser melhor elucidados a partir do estudo dos ambientes e das condições de trabalho (BRASIL, 2001).

Portanto, apesar de reconhecida pelos órgãos legais vinculados aos Ministérios do Trabalho e da Saúde como um agravo pertencente aos grupos de doenças relacionadas ao trabalho, ainda não se reconhece oficialmente o trabalho como causa necessária para o desenvolvimento da síndrome de *burnout*.

Acreditamos que o não reconhecimento do trabalho como elemento preponderante no desenvolvimento de *burnout* seja um indicativo da necessidade do aprofundamento, tanto das abordagens teóricas quanto metodológicas, nos estudos da síndrome.

Um fator que contribuiu para o alto número de pesquisas sobre a síndrome de *burnout* foi a criação, a partir dos resultados dos estudos exploratórios, de uma escala de medida para síndrome de *burnout*, o Maslach *Burnout Inventory* – MBI (MASLACH, JACKSON e LEITER, 1996). Trata-se de um questionário que avalia as três dimensões da síndrome de *burnout* por um bloco de questões que atendem especificamente os aspectos que as envolvem. Composto por 22 questões que devem ser respondidas por meio de uma escala do tipo Likert , onde “0” indica a frequência “nunca”, até “6” - “todos os dias”. Possuem duas versões semelhantes, uma para profissionais da saúde (MBI-HSS, Human Services Survey) e outra para docentes (MBI-ES, Educators Survey), diferindo apenas nos itens relativos aos usuários aos quais as atividades são direcionadas: pacientes ou alunos.

Com a constatação de que não só profissionais das áreas da saúde e da educação poderiam vir a sofrer de *burnout*, em 1996, Maslach, Jackson e Leiter

publicaram a 3ª edição do inventário, denominado GS – General Survey, contendo apenas 16 itens e que pode ser empregado a todas as profissões, indistintamente (BENEVIDES-PEREIRA, 2002). Entretanto, o MBI ainda é a versão mais utilizada.

Embora o MBI seja o instrumento mais utilizado mundialmente, a partir da evolução das pesquisas sobre a síndrome de *burnout*, outras escalas foram criadas e propostas para a avaliação da síndrome. A partir das demais perspectivas teórico-metodológicas acerca do conceito e desenvolvimento da síndrome de *burnout*, foram também desenvolvidos os instrumentos para avaliá-la em consonância com os critérios propostos.

No entanto, embora existam outros instrumentos que avaliam *burnout* em populações gerais ou categorias específicas, o MBI é o mais utilizado atualmente pela comunidade científica internacional, independente das características ocupacionais da amostra e de sua origem, segundo Gil-Monte e Peiró (1999).

O inventário é utilizado exclusivamente para a avaliação da síndrome, não levando em consideração os elementos antecedentes e as consequências resultantes de seu processo. Ele identifica os níveis de *burnout* de acordo com os escores de cada dimensão; os altos escores em exaustão emocional e despersonalização e baixos escores em realização profissional (essa subescala é inversa) indicam alto nível de *burnout*. Gil-Monte e Peiró (1997) reforçam a importância de avaliar o MBI como um construto tridimensional, ou seja, as três dimensões devem ser avaliadas e consideradas a fim de manter sua perspectiva de síndrome (CARLOTTO e CAMARA, 2008).

A síndrome de *burnout* figura entre os transtornos mentais decorrentes dos processos de trabalho que mais têm crescido internacionalmente (FRANCO, DRUCK e SELIGMANN-SILVA, 2010).

Entre as categorias profissionais mais predispostas ao desenvolvimento de *burnout*, destacam-se os profissionais da área da saúde. O conjunto de questões discutidas anteriormente sobre as especificidades do trabalho em saúde, os fatores relacionados tanto às transformações vivenciadas nas organizações de trabalho quanto à precariedade das condições de trabalho neste setor, têm favorecido a exposição dessa categoria a elementos que têm contribuído para o desenvolvimento da síndrome de *burnout* (SANTOS e PASSOS, 2009).

3. A Síndrome de *Burnout* em profissionais da saúde

A trajetória delineada até este momento sobre o conceito e os desdobramentos da síndrome de *burnout* aponta a necessidade de ampliarmos os estudos para além da epidemiologia, buscando no cotidiano desses trabalhadores o conhecimento sobre a dinâmica que envolve esse processo multidimensional e o sujeito protagonista deste contexto.

Na última década, a síndrome de *burnout* e os transtornos mentais comuns (TMC), tais como distúrbios do sono, irritabilidade, fadiga, dificuldade de concentração, ansiedade, queixas somáticas, entre outros, têm sido cada vez mais identificados e pesquisados entre os profissionais de saúde, principalmente médicos e enfermeiros (LAUTERT, 1997; MCCONNELL, 1982; GIL-MONTE e PEIRÓ, 1997; MORENO e COL., 2000; AYALA e COL., 2000; BALEVRE, 2001;

KILFEDDER e COL., 2001; APUD AMORIM, 2002; TRIGO, TENG e HALLAK, 2007; SELIGMANN-SILVA, 1999; 2007; 2010).

O estudo de Vieira et al. (2006) mostra que os profissionais de saúde representam um dos grupos de trabalhadores mais afetados, com ocorrência da síndrome de *burnout* na faixa de 10%, no Brasil. Resultados similares foram apresentados por Santos e Passos (2009) que apontaram que 16,7% dos profissionais de saúde estudados apresentaram indicativo da síndrome de *burnout*, caracterizado por duas das dimensões componentes da síndrome alteradas.

Além dos fatores da organização do trabalho relacionados ao desenvolvimento da síndrome de *burnout*, o trabalho em saúde reserva especificidades importantes que contribuem para o crescente índice de *burnout* entre os profissionais de saúde. Entre elas, estão as dimensões vocacional, social e ética que fundamentam essas profissões.

Uma questão central para o desenvolvimento da síndrome de *burnout* nessa categoria profissional envolve o impedimento de desempenhar o trabalho social de forma coerente com os princípios e valores éticos que são intrínsecos à formação e à própria ética dessas profissões.

Essa dimensão moral e ética do ato de cuidar, associada à história pessoal desses profissionais, imprime ao trabalho em saúde um caráter vocacional (PITTA, 1994).

A palavra *vocação* expressa o sentido de uma tarefa de vida, um campo definido para trabalhar, um chamamento, predestinação, ofício, profissão. A

concepção da ideia vocacional tem sua origem na religião, surgindo inicialmente nas traduções protestantes da Bíblia.

Weber (2012) em sua obra “Ética Protestante e o Espírito do Capitalismo” aborda, sob a luz da reflexão sobre o papel das forças religiosas e da reforma protestante em nossa cultura e sua interação com fatores históricos, que o trabalho vocacional foi concebido como tarefa confiada por Deus, uma expressão do amor ao próximo.

Esse caráter vocacional das profissões de saúde advém da construção histórica do ato de cuidar dos enfermos. Pitta (1994) reforça que essa vocação foi situada no âmbito da religião, e não da ciência e da técnica. Buscando compreender os mecanismos pelos quais a “vocação” para o trabalho se institui e mantém, apesar do trabalho duro e penoso, Pitta (1994) atribui aos atos e às atividades socialmente reconhecidos inerentes ao ato de cuidar, e ao seu valor de natureza moral e ética. Essas dimensões estão fortemente presentes desde à formação até o exercício profissional na área da saúde.

A relação entre as dimensões vocacional, social e ética com o desenvolvimento de *burnout* ficou evidenciada quando Freudenberger observou que profissionais cujo objeto de trabalho era o cuidado e a assistência, que possuíam como característica marcante esse elemento vocacional e a percepção do trabalho configurado como uma missão eram mais suscetíveis à síndrome de *burnout*.

Nessa perspectiva podemos entender que além dos elementos envolvidos na relação do profissional com o seu trabalho, a violação dos fundamentos vocacionais e ético-sociais podem deteriorar o valor social e o sentido do trabalho,

contribuindo para o desenvolvimento da síndrome de *burnout* em trabalhadores da saúde.

Diante do exposto, sabemos que os profissionais de saúde representam um dos grupos de trabalhadores mais propensos ao desenvolvimento da síndrome. Vários estudos de prevalência mostram taxas de *burnout* variando entre 30 e 47%. Também no Brasil os profissionais de saúde representam um dos grupos de trabalhadores mais afetados, com ocorrência da síndrome de *burnout* na faixa de 10% (VIEIRA, 2006, 2010; BORGES, 2005; GUIDO, 2012; TRINDADE e LAUTERT, 2010).

Os cenários pesquisados, antes mais voltados às unidades de urgência e emergência, têm incluído também os serviços de atenção em saúde nos níveis primário e secundário, como as unidades e equipes de saúde (FELICIANO, 2005; TRIGO, et al., 2007; SILVA e MENEZES, 2008). Esses estudos têm apontado que a ocorrência da síndrome de *burnout* tem crescido na medida em que o trabalho em saúde vem aumentando sua complexidade, absorvendo as características do setor de serviços e as exigências cada vez maiores da lógica da gestão gerencialista.

No entanto, prevalece uma crítica entre vários autores (VIEIRA, 2010; GIL-MONTE e PEIRÓ, 1997; GIL-MONTE e JIMÉNEZ, 2007) em relação à forte influência dos estudos epidemiológicos balizados pelo instrumento MBI, com o enfoque no delineamento da prevalência, contudo sem conseguirem elucidar os fenômenos envolvidos com a síndrome de *burnout* que permeiam o cotidiano do trabalho desses profissionais.

Foi nessa direção que desenvolvemos esta pesquisa, buscando olhar e ouvir o que está além das incidências, apreendendo de que forma e em que medida o cotidiano do trabalho está implicado na saúde desses trabalhadores.

III. OBJETIVO

Objetivo geral

Conhecer e analisar o cotidiano de trabalho de profissionais da unidade de internação pediátrica de um hospital universitário e suas repercussões em seus processos de trabalho, nas dimensões da síndrome de *burnout* e na saúde desses trabalhadores.

Objetivos específicos

- Identificar e analisar os elementos da organização e das condições de trabalho que interferem positiva e negativamente no cotidiano de trabalho e na saúde desses profissionais;
- Identificar e compreender as estratégias adotadas pelos trabalhadores para contornar os obstáculos e as dificuldades vivenciadas no cotidiano de trabalho;
- Investigar a síndrome de burnout em processo
- Avaliar e analisar as dimensões da síndrome de *burnout* nos profissionais deste setor e os aspectos relacionados com os processos e a organização do trabalho que possam contribuir para o desencadeamento (ou não) de *burnout*;
- Conhecer e analisar a percepção dos trabalhadores sobre os elementos positivos e negativos presentes no cotidiano do trabalho que estejam envolvidos nas dimensões da síndrome de *burnout*.

IV. PERCURSO METODOLÓGICO

Compreender as dimensões da síndrome de *burnout* de forma mais aprofundada trouxe-nos a necessidade de conhecer o cotidiano de trabalho dos trabalhadores da saúde vivenciando o seu dia-a-dia, as relações com os colegas, pacientes e acompanhantes, as reuniões de equipe, os procedimentos que fazem parte da rotina na assistência e no ensino, as adversidades, as satisfações e o lugar que este trabalho ocupa na vida desses profissionais.

Iniciamos essa trajetória com a tramitação do projeto de pesquisa pelas instâncias responsáveis pela apreciação e autorização das pesquisas no Hospital Universitário Cassiano Antonio de Moraes (HUCAM). Nosso primeiro contato foi com a profissional responsável pelo Centro de Pesquisas do HUCAM, a quem detalhamos os objetivos e a metodologia proposta e, após esclarecermos todas as dúvidas, fomos encaminhadas ao setor de internação pediátrica.

Na sequência, tivemos o primeiro encontro com a chefe da divisão de pediatria, que responde pela gestão do setor de internação pediátrica do HUCAM. Além de demonstrar grande interesse pela pesquisa, ela apresentou-se como uma importante facilitadora da nossa inserção no campo. Em seguida, agendamos uma reunião com o colegiado de pediatria, que consiste em um grupo formado por um representante de cada categoria profissional que atua no setor de internação pediátrica, para a apresentação da pesquisa.

Na reunião do colegiado, o projeto foi apresentado a todos os profissionais presentes, que foram muito receptivos à realização desta pesquisa, principalmente em função do tema central envolver o interesse pela saúde do

trabalhador. Depois de dirimidas as dúvidas e questionamentos, todos se mostraram interessados e comprometeram-se em divulgar a pesquisa entre seus pares, estimulando-os a participarem.

Vencidas as etapas de apresentação da pesquisa e obtidas todas as autorizações pertinentes ao HUCAM, o projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Espírito Santo.

O HUCAM foi fundado em 20 de dezembro de 1967. Na década de 40, funcionou como Sanatório Getúlio Vargas, sendo incorporado à Universidade Federal do Espírito Santo em 1967 com o nome de Hospital das Clínicas - como ainda é conhecido - passando a atender às necessidades do curso de Medicina e, desde 1976, também o de Enfermagem. Atualmente, contribui para a formação de profissionais das áreas de Medicina, Enfermagem, Odontologia, Farmácia, Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Fonoaudiologia e Nutrição. Atualmente possui atualmente 321 leitos, sendo 114 leitos cirúrgicos, 102 leitos clínicos, 41 leitos de unidade de terapia intensiva – adulto e neonatal, 19 leitos de obstetrícia, 24 leitos de pediatria clínica e cirúrgica, 11 leitos para pneumologia sanitária e 10 leitos hospital-dia, que atende a demanda de pacientes portadores de HIV/AIDS.

Consideramos importante destacar que optamos por realizar esta pesquisa no setor de internação pediátrica em função de duas razões: (1) é o setor do HUCAM cuja equipe de trabalho é constituída por uma maior diversidade de categorias profissionais, o que confere uma maior complexidade no cotidiano de trabalho desses profissionais; (2) os profissionais deste setor, inclusive os que representam a gestão, são muito receptivos e interessados no desenvolvimento

de pesquisas e atividades que possam contribuir, direta ou indiretamente, para a melhoria das condições e da qualidade dos serviços prestados neste setor.

Para apreender a dimensão que nos propomos, utilizamos em combinação com o método quantitativo, a abordagem qualitativa como eixo desta pesquisa. Esta abordagem vem ao encontro da esfera dos significados, valores, atitudes, e segundo Minayo et al. (2009):

[...] trabalha com um nível de realidade que não pode ou não deveria ser quantificado [...]. Esse nível de realidade não é visível, precisa ser exposta e interpretada, em primeira instância, pelos próprios pesquisados” (MINAYO et al., 2009, p.22)

É de fato, como menciona Minayo et al. (2009,p.26), “um trabalho artesanal” que se inicia pela fase exploratória, marcada pelas etapas da elaboração do projeto até os preparativos para a entrada no campo, descritas até aqui.

Enfim chegamos ao trabalho de campo! Os instrumentos utilizados foram: (a) a observação participante: busca captar tudo aquilo que não é dito, mas pode ser visto mediante uma observação atenta e persistente, permitindo a compreensão da realidade; (b) entrevistas semiestruturadas: combinam perguntas abertas e fechadas, que possibilitam ao entrevistado discorrer sobre o tema abordado, sem prender-se às questões formuladas; (c) notas de campo: informações diárias que não estão registradas no material formal de pesquisa (MINAYO et al., 2009).

No intuito de caracterizar o perfil sociodemográfico dos participantes e identificar o desenvolvimento da síndrome de *burnout* recorreremos à metodologia quantitativa. Os instrumentos utilizados foram o questionário sociodemográfico elaborado para esta pesquisa e o Maslach *Burnout* Inventory (MBI) - inventário

utilizado para a avaliação da síndrome de *burnout* composto por 22 questões que avaliam as dimensões exaustão emocional, despersonalização e realização profissional por uma escala do tipo Likert que varia de zero a seis, sendo: (0) nunca, (1) uma vez ao ano ou menos, (2) uma vez ao mês ou menos, (3) algumas vezes no mês, (4) uma vez por semana, (5) algumas vezes por semana e (6) todos os dias. Os escores obtidos classificam cada dimensão em níveis de alto, médio ou baixo risco de *burnout*³.

No mês de outubro de 2012, iniciamos as atividades no campo. Acompanhamos os plantões diurnos e noturnos durante a semana e nos finais de semana, participando das atividades de todas as equipes que atuam no setor. Estivemos presentes no setor quatro dias por semana, incluindo sábado ou domingo. Os dias da semana eram sempre intercalados, de forma que pudéssemos acompanhar o cotidiano de trabalho de todos os plantonistas. Assim, vivenciamos ao longo de nove meses, o cotidiano de 36 trabalhadores do setor de internação pediátrica do HUCAM.

Nosso primeiro plantão foi em uma segunda-feira pela manhã. No primeiro momento, o apoio do fisioterapeuta do setor foi fundamental, pois além de nos apresentar para toda a equipe, divulgou a pesquisa entre os pares, explicou-nos o funcionamento e a organização do setor e permitiu que acompanhássemos a sua rotina de trabalho durante algumas semanas. Essa estratégia possibilitou-nos conhecer a rotina da equipe, bem como auxiliou a nossa inserção no contexto do setor. As primeiras observações tiveram a finalidade de conhecer os profissionais,

³ Os valores de referência dos escores das dimensões da síndrome de *burnout* estão detalhados no artigo 2 desta tese, intitulado “Panorama da síndrome de *burnout* em profissionais da área da saúde do setor de internação pediátrica de um hospital universitário”.

o contexto do trabalho, a rotina de cada categoria profissional, o ambiente e a estrutura da organização do trabalho.

Nos dois meses iniciais, nossa atividade principal foi a observação participante e os registros das notas no diário de campo, até conhecermos todos os profissionais das escalas de plantões e apresentar para eles a nossa pesquisa. A partir daí, foi entregue a todos os profissionais o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Os instrumentos da pesquisa foram distribuídos aos profissionais que aceitaram participar da pesquisa e assinaram o TCLE. Os instrumentos preenchidos pelos participantes foram recolhidos nos plantões subsequentes, e, nesse momento, foram agendadas as entrevistas individuais.

As entrevistas individuais foram realizadas de acordo com a disponibilidade do profissional, em local escolhido por ele e respeitando sua escala de trabalho. Foi garantida a total privacidade no momento da entrevista, e vale registrar o apoio dos colegas ao cobrir as funções do participante no setor durante aproximadamente uma hora, tempo médio de duração das entrevistas. As entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra. Com vistas a atender a obrigatoriedade do sigilo e da confidencialidade, convencionamos identificar cada participante pela designação “P” seguida de seu respectivo número.

Concluimos o ciclo da atividade de campo no mês de junho de 2013 contando com 33 participantes da pesquisa, uma vez que 3 profissionais não realizaram a entrevista semiestruturada.

Para a análise dos dados qualitativos, utilizamos o método de interpretação de sentidos, cuja proposta “busca os sentidos das falas e das ações para se chegar a uma compreensão ou explicação que vão além do descrito e do

analisado” (MINAYO et al., 2009, p.80). Para esta análise, segundo o método de interpretação dos sentidos, o autor propõe as seguintes etapas: a) fazer uma leitura compreensiva do material selecionado para ter uma visão de conjunto e apreender as particularidades do material na perspectiva dos atores, das informações e das ações coletadas; b) explorar o material e buscar ir além dos fatos e das falas, identificando e problematizando ideias explícitas e implícitas e outros sentidos mais amplos (socioculturais) atribuídos a elas; c) elaborar uma síntese interpretativa quando se procura articular entre os objetivos do estudo, a base teórica adotada e os dados empíricos obtidos (MINAYO et al., 2009). Os autores comentam ainda que para a interpretação dos dados é preciso “(a) buscar a lógica interna dos fatos, dos relatos e das observações; (b) situar os fatos, os relatos e as observações no contexto dos atores; (c) produzir um relato dos fatos em que seus atores nele se reconheçam” (MINAYO et al., 2009, p.100).

Os dados quantitativos foram descritos e analisados estatisticamente considerando significativo um p valor $\leq 0,05$. As variáveis categóricas foram expressas pelas suas frequências absolutas e relativas. A distribuição das variáveis quantitativas contínuas foi avaliada mediante a determinação de suas medidas de posição central e variabilidade, quer sejam mediana, média e desvio padrão.

Para a comparação e a correlação entre as variáveis quantitativas apresentadas utilizamos os testes não paramétricos (Mann-Whitney e Kruskal-Wallis) e o coeficiente de correlação de Spearman, respectivamente, uma vez que as variáveis não se adequaram ao modelo de Gauss. As análises estatísticas foram realizadas no software SPSS 16.0.

V. APRESENTAÇÃO DOS ARTIGOS

Esta tese está organizada em três artigos que, apesar de apresentados individualmente, estão intimamente relacionados uma vez que constituem a análise de elementos do cotidiano de trabalho que são conectados e interdependentes.

O artigo 1 intitulado “O cotidiano de trabalho e a saúde na perspectiva dos profissionais da área da saúde de um hospital universitário” aborda a análise do dia a dia dos trabalhadores deste setor, como se estabelecem as relações horizontais e verticais entre os pares, como se articulam frente às dificuldades vivenciadas rotineiramente e a percepção dos trabalhadores sobre a repercussão do trabalho em sua saúde.

Abordamos no artigo 2 um panorama dos níveis de risco para o desenvolvimento da síndrome de *burnout* nesses trabalhadores, o perfil sociodemográfico e fragmentos do discurso dos participantes que elucidam os níveis de *burnout* encontrados nesse grupo.

O artigo 3 – “Análise qualitativa das questões do Maslach Burnout Inventory (MBI) respondidas pelos profissionais de saúde do setor de internação pediátrica de um hospital universitário”, apresenta a análise das respostas ao MBI, explanando a dinâmica entre as condições, a organização do trabalho e as dimensões da síndrome de *burnout*.

ARTIGO 1 – O COTIDIANO DE TRABALHO E A SAÚDE NA PERSPECTIVA DOS PROFISSIONAIS DA ÁREA DA SAÚDE DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO.

Resumo

O cotidiano de trabalho na área da saúde é permeado por situações diversas que podem constituir-se fonte de realização e valor social, e por outro lado desencadear adoecimento físico e mental dos trabalhadores. Nos serviços públicos de saúde, como os Hospitais Universitários, prevalece atualmente um cenário de carência de recursos, gestão hierarquizada e a precariedade das condições de trabalho. Esse conjunto de elementos tem interferido e modificado o modo de fazer em saúde, com repercussões nas relações horizontais e verticais entre os pares, no enfrentamento das adversidades e imprevistos e no desenvolvimento de agravos à saúde dos trabalhadores. Objetivo: Conhecer o cotidiano e a repercussão do trabalho na saúde dos profissionais da saúde que atuam no setor de internação pediátrica de um Hospital Universitário. Metodologia: Utilizamos a abordagem qualitativa com as estratégias da observação participante, entrevistas individuais e notas de campo. Resultados: O cotidiano de trabalho neste setor abriga as especificidades das categorias profissionais que atuam de forma fragmentada, apesar de ações que buscam a integração de ações e saberes. A colaboração entre os pares é uma realidade que nos pareceu sustentada pelo longo tempo de convívio e de atuação neste setor. Apesar das adversidades, os profissionais declaram exercer o controle sobre o seu trabalho, uma vez que possuem certo grau de autonomia para interferirem em seu processo de trabalho. Embora a repercussão do trabalho no

desenvolvimento de agravos à saúde tenha sido apontada pela maioria dos participantes, parece-nos que o lugar que o trabalho ocupa na vida destes trabalhadores ainda assume uma dimensão positiva para estes trabalhadores. Conclusão: Compreendemos que as relações de confiança estabelecidas pelo tempo de convívio, a cooperação, a percepção da autonomia e o valor atribuído ao trabalho podem constituir um contraponto de resistência ao adoecimento e atribuir uma dimensão positiva ao cotidiano destes trabalhadores.

Palavras-chave: Cotidiano do Trabalho. Organização do Trabalho. Saúde do trabalhador.

WORKING ENVIRONMENT AND OCCUPATIONAL ILLNESSES: PERCEPTIONS OF HEALTH CARE PROFESSIONALS WORKING IN AN UNIVERSITY HOSPITAL

Abstract

While the work environment of the health care professional (HCP) may contribute to the workers' self-fulfillment and self-esteem, it may also negatively impact their physical and mental health. Often underfunded and vertically organized, public health institutions (such as academic hospitals) fail to provide workers with favorable working conditions. This scenario affects the overall quality of health care, the vertical and horizontal relationships, the managing of adversities and unexpected challenges, and the well-being of HCPs. AIM To describe the occupational environment of HCPs working in the pediatric ward of a public academic hospital and assess its impact on their health. METHODOLOGY A qualitative approach (participant observation, one-to-one interviews and field notes) was adopted. RESULTS Despite institutional efforts to minimize it, fragmentation of care was observed. However, a high degree of cohesiveness among workers was detected and this collaborative work seemed to have sprung from the natural camaraderie developed after years working together. HCPs also reported some degree of autonomy, which allowed them to exert some control over their work. Although physically and mentally impacted by the problems of the working environment, work satisfaction among HCPs in general remained high. CONCLUSION Cooperation, cohesiveness, trust and autonomy, forged over the years by collaborative work, may have offered a counterpoint to the potential health threats posed by the environment, and as such, contributed to the overall

positive perception of health care professionals working at a public academic hospital.

KEY WORDS: Working environment. Work organization. Health care professionals' health

EL TRABAJO COTIDIANO Y LA SALUD EN LA PERSPECTIVA DE LOS PROFESIONALES DEL ÁREA DE LA SALUD EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO

Resumén

El trabajo cotidiano en el área de la salud está permeado por situaciones diversas que pueden constituirse en fuente de realización y valor social, y por otro lado, provocar la enfermedad física y mental de los trabajadores. En los servicios públicos de salud, como los Hospitales Universitarios, prevalece actualmente un escenario de falta de recursos, gestión jerarquizada y la precariedad de las condiciones de trabajo. Este conjunto de elementos ha interferido y modificado la manera de actuar en salud, con repercusiones en las relaciones horizontales y verticales entre los miembros, en el enfrentamiento de las adversidades e imprevistos y en el desarrollo de los problemas de la salud de los trabajadores.

Objetivo: Conocer el cotidiano y la repercusión del trabajo en la salud de los profesionales de la salud que trabajan en el sector de internación pediátrica de un Hospital Universitario. Metodología: Utilizamos el abordaje cualitativo con las estrategias de la observación del participante, entrevistas individuales y anotaciones de campo. Resultados: el trabajo cotidiano en este sector ampara las especificidades de las categorías profesionales que trabajan de manera fragmentada, a pesar de acciones que pretenden la integración de acciones y saberes. La colaboración entre los miembros es una realidad que nos pareció que se sustenta por el largo tiempo de convivencia y de trabajo en este sector. A pesar de las adversidades, los profesionales declaran que ejercen el control en su trabajo, ya que tienen cierto grado de autonomía para interferir en su proceso de

trabajo. Aunque la repercusión del trabajo en el desarrollo de problemas a la salud haya sido señalada por la mayoría de los participantes, nos parece que el lugar que el trabajo ocupa en la vida de estos trabajadores aún asume una dimensión más grande que los problemas mencionados. Conclusión: Comprendemos que las relaciones de confianza establecidas por el tiempo de convivencia, la cooperación, la percepción de la autonomía y el valor atribuido al trabajo, pueden constituir un contrapunto de resistencia a la enfermedad y atribuir una dimensión positiva al cotidiano de estos trabajadores.

Palabras clave: Cotidiano del trabajo. Organización del trabajo. Salud del trabajador.

1. INTRODUÇÃO

O cotidiano de trabalho na área da saúde é permeado por situações diversas e adversas, que expõem o trabalhador dessa área ao imprevisto, imprevisto, sobrecarga, intensificação das tarefas e das relações sociais, entre outras condições que podem culminar no adoecimento físico e mental desse trabalhador.

Todavia, esse mesmo cotidiano de trabalho pode ser fonte de realização, criatividade, reconhecimento, identidade, sentido, utilidade e valor social; são os dois lados de uma moeda: o mesmo cotidiano, vivenciado tanto pela satisfação e realização profissional quanto pelo sofrimento. O lado da moeda que representará o trabalho depende, na opinião de Monteiro (2011), da mediação entre a subjetividade do trabalhador e a situação de trabalho em que está inserido (MONTEIRO, 2011).

Compreender as dimensões da síndrome de *burnout* de forma mais aprofundada trouxe-nos a necessidade de conhecer, a partir da vivência e do discurso dos trabalhadores, o cotidiano do trabalho, o trabalho em equipe, as relações que envolvem o trabalho e a repercussão do trabalho na saúde dos trabalhadores da saúde que atuam no setor de internação pediátrica do Hospital Universitário Cassiano Antonio de Moraes.

As repercussões da organização do trabalho nos processos saúde-doença, em especial o processo saúde-doença mental, têm sido objeto de muitos estudos nas últimas décadas (SELLIGMAN-SILVA, 2007, 2011; SATO, 2005; MOULIN, 2007; JARDIM, 2001; VASCONCELOS e FARIA, 2008; BORSOI, 2007; MINAYO

- GOMEZ e THEDIM-COSTA, 1997), motivados, principalmente, pelo aumento dos transtornos mentais e do comportamento, associados ao trabalho em diversos setores.

Dados do INSS ratificam essa evidência quando apontam que, em 2010, os transtornos mentais e comportamentais ocuparam a 3ª principal causa de concessão de benefícios previdenciários no Brasil (SILVA JUNIOR, 2012).

Abrigada no campo da Saúde do Trabalhador e compondo um dos seus desafios, a Saúde Mental Relacionada ao Trabalho apropria-se das relações de trabalho e sua historicidade como cerne da análise da articulação entre os processos saúde-doença e o trabalho (GOMEZ e LACAZ, 2005; MINAYO-GOMEZ e THEDIM-COSTA, 1997).

De acordo com o Ministério da Saúde, as alterações da saúde mental decorrentes do trabalho podem ser originadas desde fatores pontuais, como a exposição a um determinado agente tóxico, até a complexa articulação de fatores relativos à organização do trabalho. No manual sobre os Transtornos Mentais e do Comportamento (Brasil, 2001), é ressaltado o lugar fundamental que o trabalho ocupa na dinâmica do investimento afetivo das pessoas. Condições favoráveis à livre utilização das habilidades dos trabalhadores e ao seu controle do trabalho têm sido identificadas como importantes requisitos para que o trabalho possa proporcionar bem-estar e saúde, deixando de produzir doenças. Por outro lado, o trabalho pode desencadear sofrimento psíquico quando desprovido de significação, sem suporte social, não reconhecido, ou que se constitua em fonte de ameaça à integridade física e/ou psíquica (BRASIL, 2001).

A forma pela qual se articulam o processo de trabalho e os modos de gestão é fundamental para a saúde dos trabalhadores. Segundo Seligmann-Silva (2011), “a organização de trabalho pode ser definida preliminarmente como a forma de conceber os conteúdos das atividades de trabalho, bem como a sua divisão entre os trabalhadores” (p.163). Assim, a organização do trabalho engloba numerosos aspectos que articulam a estruturação hierárquica, a divisão das tarefas, a estrutura temporal do trabalho, bem como as políticas de pessoal e formas de gerenciamento.

As múltiplas e intrínsecas relações estabelecidas entre a organização do trabalho e o trabalhador constituem a esfera mais preponderante nas determinações dos agravos psíquicos relacionados ao trabalho (SELIGMANN-SILVA e MENDES, 1999). Na área da saúde, destaca-se a questão da precarização do trabalho nos serviços públicos de saúde – fenômeno crescente que acarreta contratos precários, terceirização, sobrecarga, flexibilização da jornada de trabalho, além do avanço da chamada ideologia gerencialista, que vem permeando a organização do trabalho sob o discurso do máximo de eficiência e eficácia na prestação de serviços.

No serviço público, foram apontadas por Chanlat (2002) outras características decorrentes da adesão ao modelo de gestão gerencialista, dentre as quais se destacam: a) o aumento da carga horária de trabalho – em virtude da redução do quadro de pessoal; b) marcada hierarquia nas relações; c) redução da autonomia; d) ausência do reconhecimento pelo trabalho realizado; e) ausência de apoio social oferecido pelos pares, chefias ou usuários dos serviços. Outros aspectos que se somam a esses apontados por Chiavegato-Filho e Navarro

(2012) são a ausência de concursos públicos, terceirizações, contratos temporários e equivocadas avaliações de desempenho.

Na perspectiva de discutir a relação entre o processo de trabalho em saúde e o adoecimento do trabalhador, Brotto e Dalbello-Araujo (2012) pontuam que:

Quando se discute a respeito do que se caracteriza o processo de trabalho em saúde, as características que envolvem o caráter relacional são elencadas. Contudo [...] quando a literatura científica aborda este mesmo processo de trabalho tentando entender o que desencadeia o sofrer e o adoecer no trabalho, outras características são apontadas. O foco muda do caráter relacional trabalhador-usuário para a identificação de faltas e excessos: falta de infraestrutura, de condições ergonômicas e de proteção contra riscos de acidentes e contaminações; e excessos de burocratização nos serviços, de verticalização das relações interpessoais e do contato com o sofrer alheio. (BROTTO e DALBELLO-ARAUJO, 2012, p.292)

Os autores apontam que os profissionais de saúde estão muito propensos ao adoecimento por diversos fatores relacionados ao trabalho. Dentre esses fatores, além dos já citados por Chanlat (2002) e Chiavegato-Filho e Navarro (2012), ganham destaque no estudo de Brotto e Dalbello-Araujo (2012): a) a demanda por aumento de produção; b) a burocracia que frequentemente impregna os processos de trabalho em saúde; c) o contato prolongado desses profissionais com o sofrimento e o adoecer humano.

De acordo com as reflexões de Chiavegato Filho e Navarro (2012), as principais influências para o setor saúde, decorrentes das mudanças ocorridas no mundo do trabalho e do crescimento da ideologia gerencialista, sobretudo a partir dos anos 1980:

[...] recaem na questão do planejamento estratégico e do gerenciamento flexível e participativo, aliados a processos de controle de qualidade em saúde, visando padronizar os atendimentos através de protocolos que definem o

comportamento correto, e manter o foco no cidadão/usuário, pelo reconhecimento de suas necessidades e expectativas, bem como facilitar seu acesso aos serviços públicos. (CHIAVEGATO FILHO e NAVARRO, 2012, p.74)

Ainda que o gerencialismo tenha sido adotado como modelo de gestão, o processo de trabalho em saúde preserva traços dos modelos produtivos taylorista/fordista. Esses são os modelos de gestão hegemônicos que deixaram, como herança para o setor saúde, consequências no trabalho decorrentes da intensificação da divisão do trabalho a partir da crescente e intensa especialização (MERHY, 2002). Tais características advindas do taylorismo /fordismo são marcadas no trabalho hospitalar do setor público, que possui especificidades ainda caracterizadas por fragmentação de setores, cujas atividades estão intimamente interligadas: tarefas rotineiras e prescritas; intensa divisão técnica do trabalho com a separação entre concepção e execução; grande contingente de trabalhadores com pouca ou nenhuma autonomia no processo de trabalho. O processo de trabalho em saúde, em especial nos hospitais públicos, assume características, como a complexidade, a heterogeneidade e a fragmentação. Na perspectiva de Deluiz (2001):

A complexidade decorre da diversidade das profissões, dos profissionais, dos usuários, das tecnologias utilizadas, das relações sociais e interpessoais, das formas de organização do trabalho, dos espaços e ambientes de trabalho. A heterogeneidade revela-se pela diversidade dos vários processos de trabalho que coexistem nas instituições de saúde e que têm, muitas vezes, uma organização própria e funcionam sem se articular de forma adequada com os demais processos de trabalho. A fragmentação encerra várias dimensões, tais como a fragmentação conceitual, ou seja, a separação entre o pensar e o fazer; a fragmentação técnica, caracterizada pela presença cada vez maior de profissionais especializados e a fragmentação social, que estabelece relações rígidas de hierarquia e subordinação, configurando a divisão social do trabalho no interior e entre as diversas categorias profissionais. (DELUIZ, 2001, p.10, grifo do autor).

Na visão de Ribeiro (2009), não existe um modelo único de gestão no serviço público, incluindo o setor saúde - “o cotidiano desses trabalhadores é, ao mesmo tempo, atravessado por princípios tradicionais da administração pública burocrática e por valores ‘inovadores’ da administração pública gerencial” (RIBEIRO, 2009, p.5, grifo do autor).

Esse conjunto de características e perspectivas acerca da configuração do trabalho nos serviços públicos de saúde assume uma conotação intrincada quando o lócus pesquisado é o Hospital Universitário.

No Brasil, os hospitais universitários são ancorados por duas políticas de Estado - Educação e Saúde. Em consequência dessa conformação, manifestam-se os tensionamentos inerentes à complexidade de articulação de tais políticas (MACHADO e KUCHENBECKER, 2007).

O estudo de Drago (2011) afirma que a dualidade presente nos hospitais universitários, caracterizada pela dupla inserção no ensino e na assistência, colabora com o quadro de sucateamento, escassez de recursos humanos e financeiros, pois são unidades complexas e de alto custo para manutenção, considerando as esferas da assistência e da formação do profissional da saúde. O estudo de Littike (2012) aponta que os hospitais universitários são 12% a 28% mais onerosos, comparados aos hospitais não universitários.

Em contrapartida, para garantir seu financiamento, os recursos federais advindos do Ministério da Educação (MEC), Ministério da Saúde (MS) e da pactuação com os Estados estão cada vez mais escassos. O posicionamento de

um representante do MEC para a pesquisa de Drago (2011) indica o impasse acerca do financiamento dos hospitais universitários no Brasil:

O Hospital Universitário é do Ministério da Educação. Trata-se de uma instituição de grande impacto no País, mas que diante de uma crise histórica e conjuntural, precisa, no momento, de uma reestruturação junto ao Ministério da Saúde (MS), de forma a aprimorar as funções exercidas. Subjaz aqui um debate sobre a partilha, entre MEC e MS, dos custos (e das despesas) do financiamento dos Hospitais Universitários no Brasil, tal como defendido pelo Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais (REHUF) (DRAGO, 2011, p. 40).

As políticas de Saúde e Educação, nem sempre sinérgicas, permeiam todos os processos de trabalho nos hospitais universitários. Nesse contexto, apontamos algumas das incoerências que envolvem essa complexa unidade hospitalar, comprometida com a assistência em saúde e com a formação dos profissionais de saúde.

Sob o ponto de vista da assistência os hospitais universitários absorveram princípios do gerencialismo no serviço público, no entanto, guardam especificidades de modos de gestão hierárquicos, verticalizados e com assistência pautada em procedimentos, caracterizando a fragmentação do cuidado.

Ao olharmos pela perspectiva da formação do profissional de saúde, deparamo-nos com um modelo de formação especialista e centrado na doença, contrariando as políticas do Sistema Único de Saúde (MS) e as Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação (MEC), que buscam delinear uma formação generalista ao priorizar a visão integral do ser humano e considerar as condições e/ou os determinantes sociais, coletivos e públicos, implicados no processo saúde-doença.

Dessa forma delineadas e articuladas, as dimensões da produção do cuidado e da formação profissional corroboram e ratificam a fragmentação do ensinar e do fazer saúde no hospital universitário, realidade também constatada no setor estudado.

Os trabalhadores dos hospitais universitários convivem com uma série de paradigmas construídos a partir da formação, muitas vezes conflitante em relação às “inovações” propostas por um modelo de gestão que preconiza a flexibilidade, a interdisciplina, a criatividade, a polivalência e a eficiência. Ao lado disso, a gestão do Hospital Universitário é balizada pela administração dos conflitos que emergem na Instituição.

Littike (2012) pontua que o planejamento como ferramenta de gestão é raramente utilizado e, ainda sobre a gestão, a autora ressalta que “[...] prima-se por uma prática de gestão fragmentada e improvisada, sem análise política das decisões tomadas” (p. 130).

Frente a esse panorama, foi criada, em 2011, pela Lei 12.550, a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), sob a premissa de uma nova política para modernizar a gestão hospitalar, com o intuito de reestruturar e sanar a crise dos hospitais universitários. Apresentada pelo Governo Federal como solução à chamada “crise dos hospitais universitários”, trata-se de uma empresa pública, de direito privado, baseada numa proposta de gestão, fundamentada na lógica de mercado, intensificando os modos de gestão e as artimanhas do setor privado nos hospitais universitários.

Assim, um complexo mosaico é formado e o cotidiano de trabalho dos profissionais da saúde nesses hospitais vai sendo desenhado por esse conjunto

de elementos, compondo suas trajetórias, o seu fazer, suas relações com/no trabalho e as repercussões desse trabalho em sua saúde.

2. METODOLOGIA

Este artigo é parte integrante da tese de doutorado que aborda o cotidiano do trabalho, a saúde e a síndrome de *burnout* em profissionais que atuam no setor de internação pediátrica de um hospital universitário.

Apreender o trabalho cotidiano e seus sentidos requer a utilização de uma metodologia qualitativa, uma vez que seus pressupostos apropriam-se do universo dos sentidos e dos significados, e ainda, segundo Minayo et al. (2009), “trabalha com o universo dos motivos, aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes” (p.21).

De acordo com a autora supracitada, essa abordagem mostra-se mais apropriada para analisar como se engendra o dia a dia dos trabalhadores, como se constroem as relações horizontais e verticais entre colegas, como são enfrentadas as variabilidades e os imprevistos, e compreender de que forma todos esses elementos repercutem na saúde destes trabalhadores.

Utilizamos as entrevistas semiestruturadas uma vez que permitem ao entrevistado dissertar sobre o tema em questão sem prender-se às questões formuladas (MINAYO et al., 2009). As entrevistas foram agendadas conforme a disponibilidade do participante e realizadas individualmente em local reservado, escolhido pelo próprio participante durante seu turno de trabalho. Em um primeiro momento, o tema norteador das entrevistas versou sobre *Como é o seu trabalho e como ele influencia a sua saúde?* A partir desse eixo, realizamos os desdobramentos de interesse deste estudo. Todas as entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra.

Adotamos, na abordagem qualitativa, as estratégias da observação participante, entrevistas individuais semiestruturadas e registros no diário de campo. As primeiras observações tiveram por finalidade conhecer os profissionais, o contexto do trabalho naquele setor, a rotina de cada categoria profissional, o ambiente e a estrutura da organização do trabalho. O registro da observação foi feito por meio das notas de campo, escritas diariamente.

As atividades de campo abrangeram os plantões diurno e noturno no período de nove meses, entre outubro de 2012 a junho de 2013. Inicialmente a pesquisa foi apresentada ao Centro de Pesquisas do Hospital Universitário, que aprovou o projeto e encaminhou-nos para apresentá-lo à Chefe da Divisão de Pediatria e sua equipe. Os profissionais que compõem o colegiado desse setor aprovaram a proposta e, na sequência, detalhamos as etapas, os objetivos e as estratégias para desenvolvermos a pesquisa.

Os participantes

O grupo de participantes foi composto pelos profissionais de saúde dos níveis auxiliar, técnico e superior, que aceitaram participar da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Participaram da pesquisa 33 profissionais da área da saúde, sendo 14 de nível superior, 12 de nível técnico e 7 auxiliares. O grupo foi formado por médicos, enfermeiros, fisioterapeuta, nutricionista, técnicos e auxiliares de enfermagem. Quanto ao gênero, 29 participantes são do sexo feminino e 4 do sexo masculino.

Dentre os participantes, 15 encontram-se na faixa etária entre 50 a 61 anos, e o tempo de formação profissional varia de 10 a 30 anos para 25 deles.

Vale destacar que 19 dos participantes atuam de 10 a 30 anos como profissionais neste Hospital Universitário, sendo que 10 participantes frisaram em seu discurso que estão no Hospital Universitário desde a sua graduação.

A totalidade dos participantes atua na assistência às crianças internadas no setor de pediatria, e a maioria deles desempenha ainda, direta ou indiretamente, atividades de ensino, pesquisa e extensão, envolvendo os cursos de Medicina, Enfermagem e Fisioterapia.

Foram atendidos todos os princípios éticos de pesquisa com seres humanos, previstos na legislação vigente, sendo a pesquisa autorizada pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob o protocolo de nº 119.437/2012.

O Local da Pesquisa

O cotidiano do setor de internação pediátrica do Hospital Universitário é composto por atividades de assistência, realizadas durante os plantões diurno (7h às 19h) e noturno (19h às 7h), bem como por atividades de ensino realizadas ao longo desse período, prioritariamente durante o plantão diurno.

As equipes que atuam neste setor contam com aproximadamente 56 profissionais, entre os níveis superior, técnico e auxiliar: 32 enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem; 21 médicos, 14 plantonistas, 2 psiquiatras e 5 preceptores-*staff*-rotina (são os médicos docentes que atuam na preceptoria e na rotina do setor); 1 fisioterapeuta; 1 nutricionista e 1 assistente social.

O setor de internação pediátrica possui dois andares com 4 enfermarias em cada, com capacidade total aproximada de 24 leitos. A enfermaria do primeiro andar destina-se à internação de adolescentes e a do segundo andar às demais

faixas etárias. Todas as enfermarias possuem acomodação para os acompanhantes das crianças e dos adolescentes.

Análise dos Dados

Utilizamos para a análise das entrevistas e das notas do diário de campo, o “Método de Interpretação de Sentidos”, cuja proposta busca “no sentido das falas e das ações compreender o contexto que vai além do descrito e do analisado”. (MINAYO et al., 2009, p.80).

O Método de Interpretação dos Sentidos propõe as seguintes etapas para a análise dos dados: a) fazer uma leitura compreensiva do material selecionado para ter uma visão de conjunto e apreender as particularidades do material na perspectiva dos atores, das informações e das ações coletadas; b) explorar o material e buscar ir além dos fatos e das falas, identificando e problematizando ideias explícitas e implícitas e outros sentidos mais amplos (socioculturais) atribuídos a elas; c) elaborar uma síntese interpretativa quando se procura articular entre os objetivos do estudo, a base teórica adotada e os dados empíricos obtidos (MINAYO et al., 2009, p. 100-101).

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

No setor de internação pediátrica, a produção do cuidado é partilhada por vários profissionais que, apesar de possuírem um objetivo comum, o cuidado, conserva uma série de especificidades em seus processos de trabalho, a que eles referem como “rotina”. Apreendemos do discurso dos participantes uma série de

questões que compõem o seu cotidiano e a percepção deles em relação ao trabalho e à própria saúde, e as organizamos em três categorias: (a) a trajetória profissional, (b) o trabalho no setor de internação pediátrica e (c) a saúde dos trabalhadores. Para melhor compreensão da categoria o trabalho no setor de internação pediátrica, utilizamos duas subcategorias que prevaleceram no discurso dos participantes: o trabalho em equipe e a percepção sobre o controle do trabalho.

Ainda que as categorias e as subcategorias estejam organizadas didaticamente em blocos com fins de facilitar a explanação dos resultados, é importante frisar a interação entre esses elementos na vida cotidiana desses trabalhadores; não é possível avaliarmos isoladamente, desprovidos da interdependência entre eles. Há uma contínua interação entre essas dimensões, agrupadas em categorias e subcategorias.

3.1 A trajetória profissional

O perfil dos participantes mostra que a maioria deles atua há muito tempo no Hospital Universitário, e para muitos, a trajetória acadêmica e profissional começou ali. O discurso dos participantes inicia com o resgate de seus percursos até ingressarem como profissionais da saúde no setor de internação pediátrica do HUCAM, e o significado desta trajetória para estes trabalhadores.

Estes trabalhadores percorreram trilhas que envolveram sonhos, objetivos de criar e ampliar a assistência pediátrica, oportunidade de trabalho com a

estabilidade favorecida pelo serviço público e, ainda, histórias de vida deixadas em outros Estados.

Fragments dessa trajetória nos ajudaram a conhecer e compreender alguns dos elos que conectam esses profissionais ao seu trabalho, como o relato desta auxiliar de enfermagem que sonhava, desde menina, trabalhar no Hospital Universitário:

[...] Comecei a trabalhar com 14 anos como ajudante de costureira, trabalhava de dia e estudava à noite. Na época fiz um curso técnico de enfermagem. Trabalhar aqui era meu sonho! Quando eu tinha 9 anos, eu morava aqui perto e assistia a procissão de Nossa Senhora da Consolação. Quando eu vi as pessoas passarem com aventais brancos, eu perguntei: 'o que eles têm, estão presos?' Meu pai disse: 'Não, ali é o hospital, eles estão doentes.' Eu pensava: 'Ah, quando eu crescer, vou cuidar dessas pessoas, tadinhos eles não tinham ninguém!' Eles não tinham acompanhantes, ficavam sozinhos. Então eu falei 'oba, eu quero trabalhar nesse lugar'. Em 1976, com 19 anos, entrei aqui no Hospital Universitário. Naquele tempo a gente fazia uma prova aqui no hospital mesmo. No início eu entrei na clínica cirúrgica, depois trabalhei no CTI, pronto socorro, ortopedia, ginecologia e na maternidade. Da maternidade entrei na UTIN onde fiquei muitos anos. Quando inaugurou a pediatria, entrei aqui e estou até hoje. (P24)

Outros profissionais da equipe técnica da enfermagem tiveram uma inserção no Hospital Universitário similar à dessa participante. A seleção dos profissionais consistia de uma prova escrita – conhecimentos teóricos e práticos de enfermagem, entrevistas e testes psicotécnicos. À medida que ocorriam as aprovações, eram designados para os locais de maior demanda e circulavam por vários setores do Hospital, até que fossem alocados conforme o perfil e a experiência de cada um:

Eu me formei no curso técnico de enfermagem e vim direto para cá. Eu fiz as provas de seleção e passei, naquela época não tinha concurso público na Universidade. Eu entrei 6 meses antes da

pediatria inaugurar, nesse período, eu fui para o centro cirúrgico, porque era muito trabalho lá. Quando abriu a pediatria eu fui uma das primeiras pessoas a trabalhar aqui. Algumas companheiras daquela época estão aqui até hoje, algumas saíram para outros setores onde se adaptaram melhor ou tinham mais experiência e outras já aposentaram. Vai fazer 30 anos que eu entrei na universidade e na pediatria. (P23)

A fala desta participante esteve representada no discurso da maioria dos colegas técnicos e auxiliares de enfermagem que ingressaram no HUCAM para compor a equipe que inauguraria o setor de pediatria. Há aproximadamente 30 anos muitos deles trabalham juntos neste setor até hoje e contam um pouco sobre a chegada ao hospital:

Quando eu vim pra cá estava abrindo a pediatria, éramos todos funcionários novos, começamos todos juntos, um ajudando o outro. Naquela época ninguém sabia nada mesmo...então foi tudo bom. Aprendemos juntos. (P31)

Quando eu entrei, foi assim, eu e mais 4 colegas fomos admitidas na clínica médica, mas iríamos para a pediatria que ia abrir. Fizeram um curso para a gente, um curso preparatório para os funcionários que seriam admitidos para a pediatria, e eu fui uma delas! Fomos aprendendo muitas coisas na prática. Gosto muito, pediatria e maternidade é a área que eu me identifico mais. (P34)

O percurso de alguns participantes passou pela atuação na área da enfermagem em unidades pediátricas de outros hospitais. Com base no discurso desses profissionais e nas observações de campo, percebemos que a busca por melhores condições de remuneração, a possibilidade de progressão na carreira e a aquisição de novos conhecimentos foram alguns dos pontos que os motivaram a prestarem concurso para o Hospital Universitário.

[...] Comecei minha atividade profissional em 1992 no Hospital Infantil. Em 1994 eu passei no concurso e estou completando 18 anos de trabalho aqui. Eu passei no concurso bem classificada, em 2º lugar. Então assim, era um Hospital Universitário, todo mundo queria passar no concurso e com minha colocação não tinham como questionar minha competência. (P21)

[...] Trabalho já há 25 anos na área de enfermagem em pediatria. Antes de chegar aqui eu trabalhei no Hospital Infantil, trabalhei até em UTI neonatal. Quando eu passei no concurso falei assim: 'Poxa, eu vou para um Hospital Universitário! Vai ter muita coisa, vou aprender coisas novas!' Eu gosto muito de aprender, de estar ciente das novidades. E achei que aqui seria o lugar ideal para isso. (P25)

Apesar de não terem explicitado em suas falas, estava latente no discurso desses participantes a satisfação por terem sido aprovados no concurso e pertencerem ao quadro de servidores efetivos do Hospital Universitário.

A trajetória da maioria dos médicos e da enfermeira no Hospital Universitário vem desde a formação acadêmica. Cursaram a graduação em Medicina e Enfermagem, saíram dali para concluir suas capacitações – residência, mestrados e doutorados – e retornaram para “casa”:

[...] Fiz a graduação em enfermagem na UFES, depois fui fazer pós-graduação e assim que eu me formei eu fiz o concurso, em 1995. Na sequência fui aprovada e assumi o cargo de enfermeira, passei por todos os setores do hospital. Então eu sentia como se aqui fosse a minha casa. (P15)

[...] Eu comecei como docente no departamento de pediatria, e obviamente, como fui aluna daqui, já conhecia todos os professores que agora eram colegas de trabalho. Fui a primeira professora com mestrado e a primeira a ter doutorado do departamento. (P1)

Os profissionais da Fisioterapia e da Nutrição percorreram o caminho profissional começando pelo Rio de Janeiro, cidade de origem de ambos, até

chegarem ao Espírito Santo. Os dois ingressaram no Hospital Universitário, em 1995, por meio de concurso público, que, além de ampliar o quadro de servidores existentes, também abriu novas vagas, como Fisioterapia e Nutrição.

Por caminhos diversos, esses profissionais encontraram-se no Hospital Universitário e agora desenham juntos o cotidiano de trabalho neste setor.

Assim delineada a trajetória profissional dos participantes, explanaremos a categoria o trabalho no setor de internação pediátrica e suas subcategorias: o trabalho em equipe e a percepção do controle sobre o trabalho, seguidas da categoria a saúde dos trabalhadores.

3.2 O trabalho no setor de internação pediátrica

O cenário neste setor é constituído de processos de trabalho diferenciados por categoria profissional, abrigando ainda as atividades da residência médica e dos internos de medicina – visitas guiadas com os médicos docentes (preceptores) e avaliação das crianças, prescrevendo exames e medicações; e atividades dos estágios curriculares dos cursos de graduação em Enfermagem, Fisioterapia e Nutrição. Esses estágios curriculares consistem na avaliação e atendimento das crianças que necessitam desses cuidados; orientação aos acompanhantes e aos demais membros da equipe sobre posicionamento no leito, mudanças de decúbitos, higienização das vias respiratórias, entre outras, conforme o caso.

Cabe destacar que as atividades realizadas nesse setor diferem da realidade de outros hospitais em alguns aspectos, como a variedade e quantidade

de profissionais e acadêmicos que circulam no setor, bem como a rotina adotada pelo médico plantonista e pela equipe de enfermagem no período da manhã.

Nesse período, todos os procedimentos de avaliação clínica, discussão dos casos clínicos, solicitação de exames complementares, reavaliação de condutas clínicas e prescrição de medicamentos e procedimentos estão sob a responsabilidade do médico docente, dos residentes e dos internos de medicina. Enquanto isso, as outras demandas do setor, como as internações, os contatos com a central de vagas do Estado, urgências, emergências, entre outras, são atendidas pelo médico plantonista. Conforme relatado por estes participantes da equipe médica:

Eu sou plantonista. No plantão realizado em dia de semana, pela manhã, nós ficamos atentos à visita dos médicos da rotina (docentes) e dos acadêmicos, para ver o que está se passando com cada paciente, qual é o paciente grave, quem terá que ser vigiado no plantão, quais os exames que terão que ser cobrados. Nós também mantemos uma comunicação com a central de vagas para ceder vaga e admitir paciente de fora. Já no plantão da noite nós ficamos integralmente responsáveis pelo setor, seja um paciente que tenha alguma intercorrência, uma emergência, tomamos as decisões pertinentes. No fim de semana também passamos a visita com a ajuda dos médicos residentes e dos estudantes, e tomamos as decisões da visita do final de semana, de acordo com o quadro de cada criança, seguindo, lógico, o planejamento dos médicos responsáveis pela rotina. (P3)

[...] Eu vivo dois momentos aqui, o plantão onde nós avaliamos a criança, realizamos as internações, olhamos os pacientes graves; e a rotina, onde eu passo a visita com os acadêmicos, avaliamos, reavaliamos e prescrevemos os procedimentos da rotina da criança. Eu gosto de lidar com estudante, discutir os casos clínicos...a gente aprende com eles o tanto que eles aprendem com a gente... eu acho que é um crescimento. Gosto MUITO [ênfase] de trabalhar. (P2)

Cabe registrar o discurso de um participante que aponta as atividades realizadas no período da manhã pelo profissional que atua na docência, na rotina da assistência e em atividades administrativas:

[...] Então, eu tenho que fazer um malabarismo pra poder exercer a atividade de gestão, de ensino e assistência ao mesmo tempo. Apesar de que a assistência está junto ao ensino, neste caso, porque eu faço assistência junto com o aluno de graduação e com residente. Então o meu dia-a-dia é: chegar aqui, às vezes eu começo com aula, às vezes com assistência e aula juntos. Porque eu tenho aulas teóricas que ministro aqui no auditório e aulas práticas que são à beira do leito. Então às vezes eu começo com atividades teóricas, outras vezes com atividades práticas, ou ainda com atividades administrativas. São as reuniões, checar com a secretária as demandas, despachar as coisas que tem pra mim. Então meu cotidiano de trabalho aqui não tem horário e nem dinâmica definidos, depende sempre do dia e da demanda. A maior parte de todas essas atividades é realizada no período da manhã. (P6)

As tarefas da equipe de enfermagem durante a parte da manhã envolvem o cuidado integral de forma contínua. Essa assistência abrange as medicações, acesso venoso, curativos, verificação dos sinais vitais, cuidados de higiene, observação contínua do estado geral da criança, entre outros. A equipe mantém ainda a administração dos medicamentos conforme prescritos no plantão anterior, até que os preceptores, residentes e internos concluam as prescrições que serão seguidas ao longo do dia:

Eu chego cedo, abro as folhas das prescrições e copio as medicações do dia antes que o pessoal [médicos e acadêmicos] da rotina recolha as folhas para prescrever as medicações do dia, assim não atrasamos as primeiras medicações das crianças. Verifico os sinais vitais, aí eu desço, tomo um cafezinho e já subo para preparar e separar minhas medicações. Verifico as roupas de cama, providencio o banho e pronto, começo a fazer as medicações. Depois do almoço faço a medicação que tiver, e a

gente vai ajudando alguma outra colega que estiver precisando, né? Vamos fazendo o serviço. (P20)

Os profissionais da Fisioterapia, Nutrição e Serviço Social atuam em todas as enfermarias conforme a necessidade das crianças internadas, além de intervirem em algumas atividades específicas de cada área, como, por exemplo, o lactário – organizado e gerenciado pela nutricionista.

Nesse período, a movimentação de profissionais envolvidos direta e indiretamente na assistência e no ensino, bem como na administração e manutenção, é intensa. Os participantes relatam que o turno matutino é o período de trabalho mais intenso e cansativo, principalmente para a equipe de enfermagem que, além de dar conta de suas atividades, é muito requisitada pelos médicos, residentes e internos de medicina, entre outros profissionais. Frequentemente é solicitado a esta equipe auxiliar em procedimentos, providenciar materiais e equipamentos, encaminhar crianças para exames, realizar contatos com a farmácia ou outros setores de apoio e ainda fornecer informações diversas pessoalmente e/ou por telefone. O discurso de uma participante da equipe de enfermagem aponta essa percepção:

[...] Apesar do movimento aqui no setor ser tranquilo, nós somos abordados o tempo inteiro, principalmente no período da manhã. É uma enfermaria com estudantes de medicina e de enfermagem, profissionais das demais áreas, e o tempo todo somos solicitados, principalmente no período da manhã. São as visitas que chegam, acompanhantes que chamam o tempo todo, o telefone que toca o tempo inteiro, colegas de outros setores que fazem procedimentos e exames nas crianças, entre outras pessoas que circulam pelo setor de manhã para atender a outras necessidades. (P23)

Ao terminar o período da manhã, com a conclusão das atividades dos médicos preceptores, residentes e internos de medicina, reduz-se a circulação de pessoas no setor, e o ambiente fica mais tranquilo, tanto para os profissionais quanto para os pacientes; prosseguem a assistência da enfermagem, os cuidados do médico plantonista e do residente, os atendimentos dos estagiários do curso de fisioterapia, além dos serviços de apoio necessários ao funcionamento do setor.

A fim de integrar os saberes e as experiências profissionais, é realizada semanalmente nesse setor a Reunião Multidisciplinar; voltada ao ensino e à assistência, conta com a presença dos médicos docentes - denominados de *staff*, os residentes e acadêmicos de medicina, a enfermeira chefe, o fisioterapeuta, a nutricionista, a assistente social e a psiquiatra. Nesse encontro, os casos clínicos dos pacientes internados são apresentados e discutidos, e elaboram-se propostas de novas condutas clínicas, quando for o caso. Além dos aspectos clínicos, os contextos sociais e familiares que interferem negativamente na evolução clínica da criança também são considerados e, quando possível, são delineadas estratégias de apoio e encaminhamentos para cada caso.

A gestão do setor de internação pediátrica é de responsabilidade da divisão de pediatria do Hospital Universitário. Uma iniciativa da gestão dessa divisão foi implantar o Colegiado da Divisão de Pediatria, com representantes de todas as categorias, de níveis médio e superior, envolvidas no ensino e na assistência. Esse órgão colegiado reúne-se quinzenalmente para delinear as ações, deliberar sobre o funcionamento do setor, discutir os problemas e buscar os encaminhamentos necessários no sentido de saná-los ou minimizá-los.

No colegiado, são discutidas e definidas as questões específicas do setor, tanto no nível da assistência quanto do ensino, pesquisa e extensão. As deliberações e decisões de competência e autonomia desse grupo são definidas e encaminhadas nas reuniões; os pontos que requerem análise e definição de esferas superiores são encaminhados às devidas instâncias do Hospital Universitário.

A partir do discurso e da percepção dos participantes acerca dos desdobramentos do cotidiano de trabalho neste setor, apreendemos as temáticas que emergiram deste contexto e que serão explanadas nas subcategorias: o trabalho em equipe e a percepção do controle sobre o trabalho.

3.2.1 O trabalho em equipe

O trabalho de equipe implica uma articulação entre diferentes formações e experiências profissionais e sociais, no entanto, nem sempre se verifica essa articulação como práxis. Para Machado e Correa (2002), essa pouca articulação deve-se à diferenciação e hierarquia entre os profissionais envolvidos no trabalho em saúde, bem como ao modelo médico-centrado no setor hospitalar. Os autores ressaltam, ainda, que, embora falar em equipe dê uma conotação de articulação e interação entre os profissionais da saúde, a atuação desses profissionais mostra-se cada vez mais fragmentada. Apesar desses diferentes níveis de articulação entre profissionais que compõem uma equipe de saúde, observamos algumas estratégias, discutidas adiante, no sentido de aproximar e integrar os saberes técnicos e sociais no setor pesquisado.

Há uma grande diferenciação entre as várias categorias profissionais que integram o trabalho coletivo em saúde. Esses profissionais possuem papéis definidos e organizam-se de acordo com uma clara divisão do trabalho, que possibilita a distribuição e organização de suas funções, a integração (ou não) dos saberes, a organização dos recursos e da hierarquia.

As possibilidades de integração dos saberes de diversas áreas disciplinares envolvidas na atenção à saúde ocorrem pela formação de um espaço de troca e interação entre os profissionais: a equipe.

O *modus operandi* de uma equipe pode ser definido de forma dinâmica, de acordo com o momento ou com o contexto do setor/unidade. Não são unidades estáticas, buscam responder às necessidades postas, organizando-se de forma mais estratificada ou mais integrada (GÁLVAN, 2007).

A equipe do setor de pediatria, a despeito dos ensaios de atos e intenções de integração dos saberes e práticas, está organizada de forma multidisciplinar, como destacado na fala deste participante:

[...] Porque aqui nós trabalhamos em equipe, mas equipe multiprofissional, não é uma equipe interdisciplinar. Embora tenhamos reuniões de grupo e outras ações para troca de ideias, nossa prática é multiprofissional. (P12)

Cada categoria profissional possui seu processo de trabalho bem delineado, atua de acordo com suas perspectivas teóricas, entretanto, cabe ressaltar que esses processos se entrelaçam de forma dinâmica pela produção do cuidado, havendo certa interdependência entre esses processos de trabalho. Por exemplo, todos os procedimentos da equipe são deflagrados a partir da consulta, avaliação e diagnóstico clínico, realizados pelo profissional médico, que, no

entanto, necessita dos cuidados intensivos da equipe da enfermagem para que seus objetivos sejam alcançados. A partir disso, soma-se a inserção do cuidado de outras áreas do saber, que propiciarão a melhora das condições de saúde da criança, objetivo inicial e comum aos profissionais dessa equipe.

Dessa forma, observamos que as tarefas para a produção do cuidado em saúde são interdependentes. Ainda que realizadas de forma fragmentada e parcelada, sobretudo pela equipe de enfermagem, necessitam de uma justa divisão de tarefas e colaboração entre os pares para garantir a qualidade do trabalho executado e os resultados satisfatórios.

No discurso dos participantes foi recorrente, embora não tenha sido unânime, uma percepção positiva acerca da colaboração dos colegas nas tarefas:

[...] Cada enfermaria tem 3 leitos, normalmente ficamos com uma ou duas enfermarias que dariam 6 crianças. Então fazemos os cuidados integrais: colocação de medicação, verificação dos sinais vitais, pegar acesso venoso, trocar roupa de cama, banho, alimentação, evolução de enfermagem. E os colegas sempre estão dispostos a colaborar, é muito bom. (P18)

[...] Na nossa rotina a gente atende, interna, ajuda o colega quando falta um – faltou uma hoje e a gente ajudou, colhemos sangue, o outro faz a história, o outro dá alta. O residente estava apertado, eu fui lá e fiz as prescrições, a colega também fez. Temos colaboração do ambulatório, dos colegas médicos, da enfermagem, aqui isso acontece. Nós conseguimos trabalhar somando, quando um não pode e o outro pode, o outro faz. (P8)

Por outro lado, emergiram do discurso outras percepções acerca da colaboração entre os colegas:

[...] A divisão de tarefas é por enfermaria, com uma média de 6 crianças por funcionário. Em relação a cooperação, menos da metade ajuda, menos da metade... é de entristecer, né?

Cooperação... vejo que está diminuindo a cada dia que passa. Ninguém quer ajudar ninguém. (P36)

[...] Então, na equipe é muito difícil você ter um plantão coeso. Ele sempre tem seus fragmentos, né? Então eu tento fazer a minha parte e ajudar ao meu colega. Às vezes o inverso não acontece. (P17)

Ainda que a colaboração e a cooperação não sejam percebidas por alguns participantes como uma prática constante, apreendemos, a partir dos registros, que a cooperação entre os colegas é uma realidade nesse setor. A cooperação diz respeito à “vontade das pessoas de trabalharem juntas e de superarem coletivamente as contradições que surgem da essência da organização do trabalho” (DEJOURS, ABDOUCHELI e JAYET, 2008, p.69). Ela se baseia no que não é prescrito e imposto, é vinculada à vontade dos trabalhadores.

As condições que possibilitam a sua efetivação passam pela visibilidade das diferentes maneiras de lidar com as artimanhas e as impossibilidades práticas da organização do trabalho; pela confiança entre os pares; e pela existência de um espaço de discussão que possibilite a construção das normas coletivas, técnicas e éticas, fundamentais para que trabalhem juntos (DEJOURS, ABDOUCHELI e JAYET, 2008).

Constatamos, com base no discurso dos profissionais, que a cooperação é interpretada como, além do apoio entre os pares, a possibilidade de uma divisão justa do trabalho.

Apreendemos, de outros momentos das entrevistas e das observações de campo, que é também estabelecida no grupo uma relação de confiança e cumplicidade sustentada, principalmente, pelos anos em que trabalham juntos. Quanto ao espaço de discussão entre os pares, observamos, entre uma tarefa e

outra, sua (re) construção. Como apontado por Dejours, Abdoucheli e Jayet (2008), esse espaço não se enquadra institucionalmente, mas sim em ocasiões informais do dia a dia e permanece em constante negociação.

Ao refletirem sobre o trabalho no setor e a dinâmica do trabalho em equipe, surge a partir do discurso dos participantes, a questão sobre o controle do trabalho executado pelos trabalhadores, tanto nas suas atividades específicas referentes à assistência e ao ensino, quanto nos processos decisórios que envolvem o setor e o hospital universitário.

3.2.2 O controle sobre o trabalho

No discurso de nossos participantes, emergiram questões da organização do trabalho que envolvem o controle dos trabalhadores sobre os processos de trabalho - a percepção da autonomia, a prescrição do trabalho e a participação no planejamento e nas tomadas de decisões do setor e do Hospital Universitário.

No setor de internação pediátrica, os participantes têm uma percepção positiva quanto ao controle sobre o seu processo de trabalho e ao certo grau de autonomia que lhes permite tal controle:

[...] Quando eu cheguei aqui definiram onde eu ficaria, mas nunca me disseram o que fazer e nem como fazer. Eu que planejo e controlo o meu trabalho aqui, tenho autonomia para isso. (P11)

[...] Eu defino e controlo as minhas atividades. Então, quem coordena e controla sou eu mesmo. A única coisa que passam pra mim são as solicitações de atendimento. Agora como vai fazer ou como não vai fazer... eu que direciono tudo sobre o meu trabalho. (P12)

Ainda que a percepção desses trabalhadores seja de possuir o controle sobre seu trabalho, ressaltamos um ponto na fala do último participante que denota uma prescrição da organização sobre o seu trabalho: “[...] a única coisa que passam pra mim são as solicitações de atendimento” (P12). Dessa forma, cabe à organização do trabalho a definição sobre quantas e quais crianças deverão ser atendidas por esse profissional em seu turno de trabalho.

O papel da hierarquia no controle do trabalho esteve marcado no discurso de alguns participantes que, a despeito disso, declaram possuir autonomia para gerir seus processos de trabalho:

[...] Nós temos chefia, lógico. Mas cada um trabalha da sua forma, né? Geralmente a gente tem autonomia, tanto no plantão, quanto na rotina e sabemos como devemos agir. Então eu que defino como farei meu trabalho. (P2)

[...] É o enfermeiro que tem esse controle, aqui e em todo lugar. Porque é uma questão de hierarquia. Ele está lá pra fazer esse controle. Não que eu não possa também trabalhar do meu jeito. As coisas têm que ser feitas e sabemos como elas têm que ser feitas. Se a gente não fizer daquele jeito, nós estamos fugindo à regra, entendeu? Existe uma rotina de trabalho. Mas aquela rotina é boa pra mim? Será que se eu for por outro caminho eu não chego ao mesmo objetivo? Então assim, é muito relativo. Temos essa liberdade. (P17)

A partir dessa última fala, recortamos a ideia colocada pela participante sobre “trabalhar do meu jeito”, “fugir às regras” e o adequar a tarefa ao seu *saber-fazer* para compreender o trabalho prescrito e o trabalho real no cotidiano desses trabalhadores.

Convém distinguir o significado de trabalho prescrito e trabalho real, sob a ótica de Dejours, Abdoucheli e Jayet (2008). Trabalho prescrito diz respeito ao

que deveria ser realizado segundo as especificações instituídas pela organização do trabalho, enquanto que trabalho real é o que realmente o trabalhador executa.

Entre o trabalho prescrito e o trabalho real há um arranjo, irredutivelmente a cargo dos trabalhadores, que leva a uma redefinição dos objetivos inicialmente definidos pela prescrição do trabalho. Existe nessa “lacuna” um espaço de liberdade que possibilita uma negociação, o uso da criatividade e ações de ajuste do processo de trabalho e que constitui uma forma de intervenção e controle do trabalhador sobre o seu trabalho. A apropriação dessa defasagem entre o prescrito e o real favorece ao trabalhador o acesso ao reconhecimento, sobretudo entre os pares, sua inventividade e consequente realização no trabalho (DEJOURS, 1999, 2009; DEJOURS, ABDOUCHELI e JAYET, 2008).

É fundamental destacar que esse espaço é conquistado pelos trabalhadores e não está posto na organização de trabalho, portanto, para que seja exequível, é imprescindível que a realidade dessa defasagem não seja negada pela hierarquia, que o direito dos trabalhadores de investir nesse espaço seja reconhecido pela organização do trabalho (DEJOURS, 2009).

Na produção do cuidado em saúde, nenhuma atividade é tão simples quanto possa aparentar ao trabalho prescrito, uma vez que a prescrição não consegue prever uma série de dificuldades que surgem no cotidiano do trabalho. Assim, os trabalhadores precisam dar conta do imprevisível, além das inúmeras adversidades presentes no Hospital Universitário. Isso é ratificado na fala destas participantes:

[...] Não, geralmente não consigo fazer da forma como é colocada. Eu faço de acordo com a condição do serviço, com a condição que o serviço me oferece naquele momento. (P23)

[...] Não, não é possível seguir as prescrições. Porque muitas vezes a gente não tem a condição para isso. Por exemplo, hoje nós temos as rotinas todas escritas, construímos coletivamente, mas fica muito bonito no papel, porque na prática nem sempre ela acontece da forma que está escrita. As maiores dificuldades são a falta de recursos humanos e a falta de equipamento e material. Eu acuso essas duas coisas para evitar que o processo aconteça da forma que tem que acontecer, entendeu? (P15)

Dejours (2009) aponta que somente uma parcela do trabalho real é visível aos olhos da prescrição e da organização do trabalho, tal qual a ponta de um *iceberg*. A maior parte dele está submersa e consiste em uma série de condutas, acordos, artimanhas e atitudes não reconhecidos formalmente, dessa forma invisíveis à organização do trabalho.

Diante da situação de trabalho a que estão submetidos os trabalhadores, o trabalho real vai se configurando pela mobilização efetiva da iniciativa, criatividade e cooperação dos trabalhadores buscando compor e ultrapassar as incoerências, insuficiências e as impossibilidades práticas da organização prescrita no trabalho. Muitas dessas dimensões advêm da *imprevisibilidade*, que no setor saúde, ao trabalhar a serviço da vida do paciente, traz repercussões e consequências para o trabalho e o trabalhador.

Dessa forma, mobiliza-se a chamada “inteligência astuciosa”, traduzida por uma sabedoria que transgride o trabalho prescrito, produzindo um saber-fazer mais eficaz do que o prescrito pela organização do trabalho (DEJOURS, ABDOUCHELI e JAYET, 2008). Devido a essa imprevisibilidade, regras vão sendo formuladas no sentido de criar as possibilidades para a realização do

trabalho e, de certa forma, contribuir para a melhoria das condições e da organização do trabalho.

Esse contexto faz parte do cotidiano do setor pesquisado e emergiu no discurso dos participantes:

[...] Às vezes a gente burla alguma coisa, vamos dizer assim, é coisa pequena, mas é para facilitar a vida do paciente! Se bem que a gente não pode burlar muito não, por exemplo, eu já reparei que toda vez que você sai, quebra uma regra... abre um precedente, você depois tem problemas. Mas às vezes você faz alguma coisa porque o coração fala mais alto. Eu acho que a gente tem que ser um pouco maleável nas coisas, né... mas você não pode abrir muito precedente não, porque depois você se arrepende. (P2)

[...] É aquilo que eu te falei. Teoria é uma coisa, prática é outra. Às vezes falta estrutura física, outras vezes material e você tem que usar de outro recurso, fazer de outra forma, criar um jeito. Enfermagem é assim, criatividade também. (P33)

[...] Uma regra ou outra a gente sempre burla, mas sempre em favor do paciente e do serviço. É uma coisa praticamente pactuada com o grupo, sabe, em função das condições que temos aqui. Aqui conseguimos fazer isso com tranquilidade. (P15)

Assim, buscando romper com as impossibilidades do trabalho prescrito e dar conta da imprevisibilidade que ronda o trabalho no Hospital, os trabalhadores vão criando modos de fazer que acarretem assistência eficaz e resultados satisfatórios.

Outro ponto que emergiu do discurso e configura elemento crucial na percepção do controle sobre o trabalho é a participação no planejamento e nas tomadas de decisões do setor e do Hospital Universitário.

O setor de internação pediátrica possui um espaço de gestão constituído por representantes de todas as categorias profissionais de nível superior, médio e

auxiliar que atuam na assistência e na docência/preceptoria neste setor – o Colegiado.

A participação no Colegiado da Divisão de Pediatria foi mencionada por muitos participantes quando discutíamos a presença deles nas tomadas de decisões, nas ações de planejamento e na avaliação do setor e do Hospital Universitário.

[...] Sim, eu participo. Eu acho que minha ação tem que ser crítica e no sentido de melhoria, de buscar soluções, independente de quem são as pessoas. Eu não abro mão de estar lá no sentido de somar, acrescentar, qualquer que seja a instância para discutir qualquer que seja o problema, inerente ao que eu estiver fazendo no meu trabalho. (P1)

Há uma percepção por parte dos profissionais de nível técnico e auxiliar de não serem ouvidos e contemplados em suas falas nas reuniões do colegiado, como apontado por essas participantes:

[...] Eu participo do colegiado da pediatria, comecei desde o início. Só que o que eu vejo no colegiado é que nós do nível técnico não somos muito ouvidos. (P36)

[...] Na pediatria existe o colegiado que envolve representantes de toda a equipe. Eu nunca quis fazer parte dessas reuniões porque às vezes a voz do menor não é bem ouvida, como se eles não escutassem. (P25)

Parece-nos que o fato de não se sentirem contemplados em suas questões e a falta de mudanças efetivas ao longo dos anos, são os fatores que contribuíram para a desmotivação apontada por eles:

[...] Eu participava, mas de um tempo para cá eu me afastei. Porque são sempre as mesmas coisas, os mesmos problemas e as mudanças não acontecem. Às vezes mudava de supervisão,

começava tudo de novo, mas nada ia em frente. Ai eu fui ficando desmotivada e fui me afastando. Hoje não participo de nada. (P28)

Quanto à participação nas tomadas de decisão, nas ações de planejamento e avaliação no âmbito do Hospital Universitário, o discurso é uníssono e pode ser representado pela fala destas participantes:

[...] E tem planejamento no Hospital? Não tem! (P36)

[...] Pois é, participo muito pouco, né. O planejamento no Hospital Universitário deixa muito a desejar, na verdade não tem planejamento. Nós deveríamos participar de reuniões agendadas de maneira sistemática, participarmos do planejamento e isso não acontece. Somos chamados em alguns momentos quando precisa ou quando a gente demanda essas reuniões. Não tem planejamento pra cada setor. Nós não participamos disso daí. Então, planejamento neste hospital não vou dizer que é zero, porque zero nunca é, mas seu puder colocar de 0 a 10, ele é menor que 5. (P6)

Com base no contexto das falas citadas, inferimos que a participação e a interferência nas ações de planejamento, avaliação e de tomadas de decisões no âmbito do Hospital Universitário não é acessível a esses trabalhadores.

A fala de nossa participante “[...] O planejamento no Hospital Universitário deixa muito a desejar, na verdade não tem planejamento [...]” (P15) de fato ratifica a falta de planejamento pela gestão deste Hospital, cujas ações são fundamentadas no imediatismo e no “apagar incêndios”, como mostra o estudo de Littike (2012) com os gestores deste Hospital Universitário: “[...] existe no HUCAM um estilo de gestão fundamentado no imediato, caracterizado por decisões pontuais e atividades improvisadas, por conseguinte pouco resolutivo” (LITTIKE, 2012, p.108).

Logo, as decisões ficam cada vez mais centralizadas na gestão do Hospital Universitário, marcadamente hierarquizada, com *modus operandi* baseado na administração pontual dos problemas, em que não há planejamento das ações, tampouco participação efetiva dos pares.

A despeito desse contexto, no setor de internação pediátrica, os trabalhadores são inseridos na gestão colegiada, visando aumentar a participação e o envolvimento do grupo nas tomadas de decisões cabíveis e possíveis a esse órgão colegiado. Ainda assim, emerge nos relatos de alguns participantes a percepção de não serem contemplados em suas falas e anseios, bem como a falta de motivação em continuar participando ativamente desse processo que, na opinião dos participantes, carece de mudanças concretas que possam contribuir para o trabalho de todos.

Alguns aspectos parecem colaborar para tal percepção, dentre os quais destacamos a baixa autonomia do colegiado de pediatria em decidir sobre os pontos mais críticos que envolvem o setor, como a carência de recursos humanos e materiais; e a falta de um espaço de discussão sobre os problemas do dia a dia do setor, que possibilite produzir coletivamente as questões a serem levadas pelos representantes de cada categoria ao colegiado de pediatria. Não obstante as percepções apontadas foi possível perceber um tom de satisfação no discurso da maioria dos participantes pela iniciativa deste setor na implantação da gestão colegiada:

Na pediatria existe até o sistema do colegiado, que é compartilhado com a chefia de enfermagem, os funcionários de nível médio, médicos e os outros profissionais que atuam no setor. Nós somos o único setor do Hospital que tem colegiado. (P25)

[...] Aqui na pediatria nós temos o colegiado. É um espaço muito importante e eu vejo que os médicos, as chefias médicas, valorizam bastante a presença da enfermagem e de toda a equipe. Isso é muito importante para a equipe. (P13)

De fato, esse espaço de gestão colegiada é um diferencial do setor de internação pediátrica, não havendo, até o momento, nenhum outro setor do Hospital Universitário que o tenha implantado. Assim, compreendemos que no que tange ao setor pesquisado, há a percepção dos participantes de serem incluídos nos processos de tomada de decisões que envolvem a divisão de pediatria. Por outro lado, no que diz respeito à participação nas tomadas de decisões no âmbito do Hospital Universitário, os participantes alegam não serem contemplados neste processo.

Pudemos perceber, alicerçados no discurso desses profissionais e na vivência do cotidiano de trabalho no período desta pesquisa, que é possível para esses trabalhadores exercerem o controle sobre seus processos de trabalho, dotados de certo grau de autonomia e liberdade para atuarem no interstício entre o trabalho prescrito e o trabalho real, e que apesar de possíveis conflitos no cotidiano, essa práxis é sustentada pela cooperação entre os pares.

Os discursos que permearam a dimensão do controle sobre o trabalho atravessaram inevitavelmente o modo de gestão adotado pelo Hospital Universitário até o momento da realização desta pesquisa.

Quando estávamos próximos de finalizar as atividades de pesquisa no campo, foi divulgada a intenção da Universidade em aderir à EBSEH para assumir a gestão do Hospital Universitário. Embora tenha sido revelado pelo discurso de uma única participante, o sentimento de insegurança, incerteza e

insatisfação pela falta de transparência da Universidade em relação ao processo de adesão à EBSEH, era tema recorrente nas conversas informais, registradas no diário de campo:

[...] Quero falar sobre a questão da EBSEH que está entrando no hospital. É uma coisa que ninguém sabe como é que vai ser, de onde vem, parece que tem alguma coisa muito estranha por trás, porque não é transparente. Quando não tem transparência a gente logo desconfia do processo, né? Ninguém sabe dar informação, ou se sabe não quer dar. (P15)

[...] A EBSEH veio realmente para me trazer todo esse sentimento de insegurança. Eles vieram aqui, disseram que vai mudar, nós vamos trabalhar em cima de indicadores... mas como vai acontecer isso? Quem são as pessoas que a gente vai trabalhar? Vai ser da noite para o dia? Essas pessoas todas serão demitidas? Porque hoje a grande maioria dos funcionários é contratada, muitos são chefes de família, dependem desse salário e, até onde eu sei, serão demitidos. Então isso está gerando muita insegurança e insatisfação em todo mundo. Eu acho que poderia ter sido de outra forma, entendeu? Eu nem sei se essa EBSEH será realmente a solução para esse hospital, o que eu começo a duvidar porque uma coisa que vem da forma que ela está vindo, para mim não traz solução, é mais problema. (P15)

Em conversa informal, um participante, visivelmente ansioso, comentava as últimas notícias sobre EBSEH:

[...] na semana passada foi divulgada uma lista com nome de servidores que a EBSEH teria colocado à disposição da Universidade para serem realocados em outros setores. O meu nome está lá, mas é um absurdo porque não fomos consultados. Essa lista está gerando uma forte tensão em todos, pois ninguém sabe de onde ela saiu, nem tão pouco os critérios para apontar os nomes. Eu não quero sair daqui, se for preciso irei recorrer aos meus direitos. Será deflagrada uma greve em repúdio à EBSEH. Para mim fica claro que só agora eles (os servidores) estão analisando as consequências da entrada da EBSEH e iniciando, tardiamente, ações de resistência. (P12)

De fato, o movimento grevista foi deflagrado, e o Reitor da Universidade retirou todos os nomes dos servidores que constavam na lista supostamente elaborada pela EBSEH. Entretanto, os movimentos de resistência dos servidores não impediram a adesão da Universidade à EBSEH. Apesar da resistência dos trabalhadores do Hospital Universitário, que deflagraram movimento grevista, com o tema: 'NÃO À PRIVATIZAÇÃO', a Universidade assinou o contrato de adesão em abril de 2013. Seguiram-se então períodos de resistências, negociações e incertezas.

Ainda que latente, essa dimensão não permeou as falas dos participantes durante as entrevistas, mesmo diante da expectativa e insegurança pelo novo cenário que se aproximava com a nova gestão do Hospital Universitário pela EBSEH.

Os participantes expressaram em seus discursos as percepções sobre em que aspectos e medida o trabalho influencia em seu estado de saúde geral, que serão descritas na análise da subcategoria a saúde dos trabalhadores.

3.3 A saúde dos trabalhadores

A saúde, na perspectiva de Dejours (1993), é um objetivo a ser conquistado cotidianamente, “[...] é ter meios de traçar um caminho pessoal e original, em direção ao bem-estar físico, psíquico e social” (p. 11), e reconhecemos no trabalho um desses meios. O trabalho nunca é neutro em

relação à saúde, é tanto um fator de equilíbrio, produtor de saúde, quanto fator de sofrimento e adoecimento, dependendo de como ele se configura.

Os trabalhadores da saúde frequentemente são considerados apenas instrumentos para prover os serviços, e não como os protagonistas da produção da saúde que podem ter sua vida e sua saúde afetadas por seu trabalho (ASSUNÇÃO e BELISÁRIO, 2007).

A investigação sobre o trabalho em saúde amplia o debate sobre os impactos deste para os trabalhadores do setor e tem revelado um panorama de adoecimento entre esses trabalhadores. Em decorrência desse crescente adoecimento dos trabalhadores da saúde, a Organização Mundial de Saúde (OMS) voltou o olhar para o contexto do trabalho em saúde, elegendo o decênio 2006-2016 como a década de valorização do trabalho e dos trabalhadores da área da saúde (ASSUNÇÃO e BELISÁRIO, 2007).

A saúde dos trabalhadores guarda estreita relação com as condições e a organização do trabalho. O Manual de doenças Relacionadas ao Trabalho do Ministério da Saúde (BRASIL, 2001), aponta que entre os determinantes da saúde do trabalhador estão compreendidos os condicionantes sociais, econômicos, tecnológicos e organizacionais responsáveis pelas condições de vida; os fatores de risco ocupacionais – físicos, químicos, biológicos, mecânicos; e aqueles decorrentes da organização laboral – presentes nos processos de trabalho.

Assunção e Belisário (2007) citam como agravantes da exposição aos riscos os danos da hipersolicitação das capacidades humanas no trabalho, efeitos oriundos da organização do trabalho.

Fato é que o adoecimento dos profissionais de saúde é uma realidade preocupante e crescente no Brasil, sendo esses trabalhadores acometidos por danos e agravos à saúde de ordem física e psicossocial desencadeados pelo trabalho.

Ao longo dos discursos nos eram pontuadas queixas e desconfortos dos participantes em relação à sua saúde e à inferência de suas causas ao trabalho. Assim, compreendemos a importância de apreender qual era a percepção destes trabalhadores quanto à repercussão do trabalho em seu estado de saúde.

Nosso ponto de partida neste sentido foi obter a reflexão dos participantes em torno da questão: “O trabalho influencia sua saúde? De que forma?”. No decorrer das entrevistas, a maioria dos participantes (27 profissionais) apontou a influência do trabalho sobre sua saúde, em medidas e intensidades diferenciadas, como nos apontam estes participantes:

[...] Ah, É lógico que influencia! Trabalhar nos moldes atuais, por exemplo: hoje eu trabalhei durante o dia, estou trabalhando à noite e amanhã continuo durante o dia. Essa não é a melhor condição para você trabalhar. Mas isso não é uma condição do hospital, é uma condição da minha vida. (P10)
Influencia muito na saúde! Por causa do estresse que a gente passa. Eu estou com pressão alta, com problema de coluna por causa de posição de pegar veia. Porque para segurar uma criança para pegar veia não tem como você sentar, manter a postura... com criança não tem como, entendeu? (P36)

Há para outros participantes a compreensão de que o trabalho influenciou no desenvolvimento de agravos à saúde, como a hipertensão arterial, distúrbios circulatórios, cefaleia, processos alérgicos, distúrbios do sono e obesidade:

[...] Nossa, influencia em tudo! Hoje estou fazendo tratamento para hipertensão e cefaleia. (P15)

[...] Quando eu cheguei aqui, eu não tinha muita coisa que eu tenho hoje, né? Eu não tinha problema alérgico, hoje tenho, tenho bastante alergia. Eu dormia melhor, hoje eu já durmo menos; hoje eu tenho muitas varizes, dores no corpo, acho que nisso foi o trabalho. O dia que eu tenho um plantão difícil ou quando eu trabalho dois dias seguidos, eu tenho insônia. Então eu acho que influencia na minha vida. (P28)

[...] Influencia na minha saúde da seguinte forma: quando eu tenho um plantão mais estressante ou que eu estou preocupada com alguma coisa do trabalho, eu como mais e acabo engordando. (P2)

No discurso destes participantes, foram marcados fatores como o estresse em função das dificuldades enfrentadas nos serviços de saúde, em que a precariedade de recursos materiais e humanos é uma constante; o ritmo de trabalho intenso para os profissionais que possuem mais de um vínculo empregatício; e o trabalho noturno como alguns dos elementos que contribuíram para o desenvolvimento dos agravos relatados.

Dentre os relatos sobre as queixas mais frequentes, a dor e o desconforto osteomioarticular predominaram entre a maioria dos participantes, principalmente entre os profissionais da enfermagem. Contudo pudemos perceber pelo discurso destas participantes que alguns sintomas relatados não são apontados por elas como uma alteração no estado de saúde:

[...] Ah, dor nas costas. Muita dor nas costas, na coluna. É porque a gente tem que ficar o tempo todo abaixada pra poder puncionar, fica muito 'curvada', então a lombar da gente desgasta muito. Eu não sentia, comecei a sentir tem uns 6 meses, mas agora é muita dor mesmo. Mas minha saúde é boa! (P26)

[...] Acho que a questão que influencia é mais física, não assim na saúde mesmo. Dor no corpo, nas costas, nos pés... no final do dia

quando eu vou embora e entro no ônibus, o pé parece que está inchado e doendo. (P19)

Os participantes relacionavam as dores e desconfortos aos cuidados com a criança, em virtude das posturas inadequadas que são necessárias para acessar uma veia, dar banho no leito, pegá-las no colo; além das dificuldades encontradas no setor em relação ao mobiliário, altura dos equipamentos, a falta de um elevador, entre outros. De fato, pudemos observar que o conjunto das condições de trabalho nesse setor coopera para o desencadeamento dos sintomas osteomioarticulares e vasculares, como a inadequação dos mobiliários e do layout das enfermarias, a falta de um elevador para o transporte de pacientes e materiais, entre outros.

Percebemos, nesses últimos depoimentos, que as participantes não reconhecem os sintomas referidos como um agravo à saúde. Parece-nos que para estes trabalhadores o valor do trabalho que executam supera os agravos apontados, tornando-os pequenos frente ao sentido que o trabalho adquire para esses profissionais.

Apreendemos pela análise desta categoria que o trabalho influencia, em medidas diferenciadas, na saúde desses participantes. Há neste grupo a percepção de que elementos da condição e, sobretudo, da organização do trabalho repercutem na saúde dos trabalhadores que atuam no setor de internação pediátrica deste Hospital Universitário.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O cotidiano de trabalho dos profissionais que atuam nesse setor é constituído por diferenciados processos que, mesmo tendo a produção do cuidado como cerne, guardam especificidades inerentes às categorias profissionais a que pertencem. Esses processos de trabalho interagem em alguns momentos, no entanto essa interação não configura uma efetiva articulação das práticas e dos saberes no fazer cotidiano. A realidade nos evidencia que a atuação desses profissionais ainda é notadamente fragmentada.

A colaboração entre os colegas é uma realidade no setor, parece-nos que sustentada pelo longo tempo de convívio entre a maioria dos profissionais. A partir das falas que versaram sobre a trajetória profissional dos participantes, percebemos que o longo tempo de convívio, a participação como sujeitos da implantação deste setor, o aprendizado que conquistaram juntos e com a prática, são vivências significativas que ancoram a situação de trabalho, favorecendo a colaboração e a confiança entre os pares.

A despeito das adversidades vivenciadas pelo Hospital Universitário e conseqüentemente pelo setor de internação pediátrica, os profissionais que ali atuam declaram exercer, em certa medida, o controle sobre seus processos de trabalho. Nessa perspectiva, alegam que esse controle é exequível diante de certo grau de autonomia e liberdade para interferirem no processo de trabalho, contando com a colaboração entre os pares para a composição do trabalho real.

Há de se destacar, ainda, que a variabilidade e os imprevistos que ocorrem no cotidiano desses trabalhadores requerem, na mesma intensidade, reações

criativas, rápidas e seguras, que são compartilhadas entre os colegas em confiança.

Assim, diante da situação de trabalho a que estão submetidos, o trabalho real se configura, procurando compor e ultrapassar as incoerências, as insuficiências e as impossibilidades práticas da organização prescrita do trabalho. Esse contexto também abriga a luta dos trabalhadores por manter e/ou conquistar o equilíbrio entre o trabalho e a saúde.

Ao lado dessa luta pelo equilíbrio e pela saúde, há entre os participantes a percepção de que o trabalho trouxe repercussões na saúde física e mental em proporções diferenciadas, traduzidas pelas queixas e agravos à saúde, como cefaleias, distúrbios do sono, dores osteomioarticulares, hipertensão arterial, alergia e obesidade. No entanto, parece-nos que o valor e o lugar que o trabalho ocupa na vida desses trabalhadores ainda assume uma dimensão maior do que os agravos mencionados.

Mediante esse contexto, compreendemos que as relações de confiança, a cooperação, a percepção da autonomia e o valor atribuído ao trabalho podem constituir um contraponto de resistência ao adoecimento e afetar de forma positiva o cotidiano dos trabalhadores.

5. REFERÊNCIAS

ANTUNES, R. **Adeus ao Trabalho? Ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho**. 13ª ed. rev. ampl. São Paulo: Cortez, 2008.

ASSUNÇÃO, A. A.; BELISÁRIO, S. A. **Condições de trabalho e saúde dos trabalhadores da saúde**. Belo Horizonte: Núcleo de Educação em Saúde Coletiva, 2007.

BORSOI, I. C. F. *Da relação entre trabalho e saúde à relação entre trabalho e saúde mental*. **Psicologia e Sociedade**, Belo Horizonte, v.19, ed. esp., n. 1, p. 103-111, 2007.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE; PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION. REPRESENTAÇÃO DO BRASIL. **Doenças relacionadas ao trabalho: manual de procedimentos para os serviços de saúde**. Editora MS, 2001.

BROTTO, T. C. A.; DALBELLO-ARAUJO, M. *É inerente ao trabalho em saúde o adoecimento de seu trabalhador?* **Rev. bras. saúde ocup.**, São Paulo, v. 37, n. 126, p.290-305, 2012 .

CALGARO, J. C. C. Ensaio sobre os efeitos perversos do gerencialismo no sofrimento do trabalhador: contribuições da sociologia clínica e teoria prática. In: MENDES, A.M.; SARAIVA, A.B. (Orgs). **Psicodinâmica e Clínica do Trabalho: temas, interfaces e casos brasileiros**. Curitiba: Juruá Editora, p.179-192, 2011.

CHANLAT, J. F. O gerencialismo e a ética do bem comum: a questão da motivação para o trabalho nos serviços públicos. In: **VII Congresso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública**. Disponível em <http://unpan1.un.org/intradoc/groups/public/documents/CLAD/clad0043316.pdf> (acessado em 20/Nov/2013). [Links]. 2002.

CHIAVEGATO, L.; NAVARRO, V. A organização do trabalho em saúde em um contexto de precarização e do avanço da ideologia gerencialista. **Revista Pegada**, Presidente Prudente, v. 13, n. 2, p. 67-82, 2012.

DEJOURS, C.; ABDOUCHELI, E.; JAYET, C. Itinerário teórico em psicopatologia do trabalho. DEJOURS, C; ABDOUCHELI, E.; JAYET, C. **Psicodinâmica do trabalho: contribuições da escola dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho**. São Paulo: Atlas, 2008.

DEJOURS, C.; DESSORS, D.; DESRIAUX, F. Por um trabalho, fator de equilíbrio. **Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v. 33, n. 3, p. 98-104, 1993.

DEJOURS, C. **A banalização da injustiça social**. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1999.

_____. Itinerário teórico em psicopatologia do trabalho. In: DEJOURS, C; ABDOUCHELI, E.; JAYET, C. (Orgs). **Psicodinâmica do trabalho: contribuições da escola dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho**. São Paulo: Atlas, 1ª ed, 10. reimp, 2009.

DELUIZ, N. Qualificação, competências e certificação: visão do mundo do trabalho. **Rev. Formação**, Brasília, v. 1, n. 2, p. 5-15, 2001.

DRAGO, L. M. B. **“SERVINDO A DOIS SENHORES”**: a gestão do HUCAM entre o ensino e a assistência. Vitória, 2011. 215 f. Dissertação (Mestrado em Política Social) - Universidade Federal do Espírito Santo, 2011.

GALVÁN, G. B. Equipes de saúde: o desafio da integração disciplinar. **Revista da SBPH**, Belo Horizonte, v. 10, n. 2, p. 53-61, 2007.

GOMEZ, C. M.; LACAZ, F. A. C. *Saúde do trabalhador: novas-velhas questões*. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 797-807, 2005.

JARDIM, S. et al. Trabalho e doença mental. In: BORGES, L.H.; MOULIN, M.G.B.; ARAÚJO, M.D. (Orgs) **Organização do trabalho e saúde: múltiplas relações**. Vitória: Editora EDUFES/CCHN, p. 137-156, 2001.

LITTIKE, D. **Improvizando a gestão por meio da gestão do imprevisto: o processo de trabalho dos gestores de um Hospital Universitário Federal**. Vitória, 2012. 182 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Espírito Santo.

MACHADO, J. M. H.; CORREA, M. V. C. Conceito de vida no trabalho na análise das relações entre processo de trabalho e saúde no hospital. **Inf. epidemiol. SUS**, Brasília, v. 11, n. 3, p. 159-166, 2002.

MACHADO, S. P.; KUCHENBECKER, R. Desafios e perspectivas futuras dos hospitais universitários no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, vol. 12, n. 4, p. 871-877, 2007.

MERHY, E. E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec, 2002.

MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F.; CRUZ NETO, O.; GOMES, R. **Pesquisa Social: Teoria, Método e Criatividade**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2009.

MINAYO-GOMEZ, C.; THEDIM-COSTA, S. M. F. A construção do campo da saúde do trabalhador: percurso e dilemas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 13(Supl. 2):21-32, 1997.

MONTEIRO, J. K. Organização do trabalho e sofrimento psíquico de trabalhadores da saúde. In: MENDES, A. M.; MERLO, A. R. C.; MORRONE, C. F.; FACAS, E. P.(Orgs). **Psicodinâmica e Clínica do trabalho: Temas, interfaces e casos brasileiros**. Curitiba: Juruá, p 335-345, 2011.

MOULIN, M. D. G. B. De heróis e de mártires: visões de mundo e acidente de trabalho no setor de rochas ornamentais. **Cadernos de Psicologia Social do Trabalho**, São Paulo, v. 10, n. 1, p. 37-53, 2007.

RIBEIRO, C. V. S. A Saúde do Servidor Público em Tempos de Gerencialismo. In: **Anais do XV Encontro Nacional da ABRAPSO**. Disponível em <http://abrapso.org.br/siteprincipal/images/Anais_XVENABRAPSO/169.%20a%20sa%DAde%20do%20servidor%20p%DAblico%20em%20tempos%20de%20gerencialismo.pdf>. (Acessado em 15/Jan/2014). [Links]. Maceió, 2009.

SATO, L.; BERNARDO, M. H. *Saúde mental e trabalho*: os problemas que persistem. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 869-878, 2005.

SELIGMANN-SILVA, E. **Trabalho e desgaste mental: o direito de ser dono de si mesmo**. São Paulo: Cortez, 2011.

_____. *Psicopatologia no trabalho*: aspectos contemporâneos. In: CONGRESSO INTERNACIONAL SOBRE SAÚDE MENTAL NO TRABALHO, 2007, Goiânia. **Anais 2º Congresso Internacional sobre saúde mental no trabalho**. Disponível em: <<http://www.prt18.mpt.gov.br>> Acesso em: 10 dez. 2010.

SELIGMANN-SILVA, E.; MENDES, R. **Psicopatologia e psicodinâmica do trabalho. Patologia do trabalho**, p. 287-310, 1999.

SILVA JÚNIOR, J. S. D. **Afastamento do trabalho por transtornos mentais e fatores associados: um estudo caso-controle entre trabalhadores segurados da Previdência Social**. 2012. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo. Faculdade de Saúde Pública. Departamento de Saúde Ambiental.

VASCONCELOS, A.; FARIA, J. H. *Saúde mental no trabalho: contradições e limites*. **Psicologia & Sociedade**, Belo Horizonte, vol. 20, n.3, p. 453-464, set./dez. 2008.

ARTIGO 2 – PANORAMA DA SÍNDROME DE *BURNOUT* EM PROFISSIONAIS DA ÁREA DA SAÚDE DO SETOR DE INTERNAÇÃO PEDIÁTRICA DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO.

Resumo

O trabalho atua como constituinte da identidade social e fator de integração social essencial para a saúde. Os transtornos mentais decorrentes dos processos de trabalho, tal como a síndrome de *burnout* (SB), têm crescido internacionalmente. A SB é constituída por três dimensões: exaustão emocional (EE), despersonalização (DE) e realização profissional (RP). Uma das categorias mais acometidas é o profissional da saúde. As especificidades da produção do cuidado, associadas à situação do trabalho, podem contribuir para a saúde e/ou adoecimento. *Objetivo:* Avaliar as dimensões da SB em profissionais de saúde do setor de internação pediátrica de um hospital universitário. *Metodologia:* Foi utilizada a abordagem qualitativa (observação participante, entrevistas individuais e notas de campo) e a quantitativa (questionário sociodemográfico e o *MBI*). *Resultados:* Encontramos baixo risco em EE (55,6%) e DE (61,1%), com médio risco para RP em 52,8%. *Discussão e Conclusão:* Aspectos positivos da organização do trabalho podem ter contribuído para os baixos riscos de EE e DE. A baixa participação nas tomadas de decisões parece ter influenciado na RP. O discurso dos participantes marca a insatisfação pelo sucateamento do hospital e, por outro lado, a satisfação pelo trabalho. Conhecer esse panorama poderá subsidiar ações capazes de minimizar a repercussão negativa da organização do trabalho na saúde dos trabalhadores.

Palavras-chave: Síndrome de *Burnout*. Organização do Trabalho. Saúde do trabalhador.

OVERVIEW OF BURNOUT SYNDROME IN PROFESSIONAL HEALTH OF SECTOR PEDIATRIC THE PEDIATRIC WARD OF AN ACADEMIC HOSPITAL

Abstract

Work contributes to the formation of one's identity and is essential to social integration, which, in turn, crucially affects health. Worldwide there has been an increase in work-related psychological disorders, such as the *burnout* syndrome (BS). BS encompasses three dimensions: emotional exhaustion (EE), depersonalization (DE) and decreased job satisfaction (DJS). Health workers are particularly prone to this condition. The specifics of care provision associated with job demands may contribute to their health and/or illness. *Aim:* To assess the three *burnout* dimensions among workers in a pediatric unit of an academic hospital. *Methodology:* We combined qualitative (participant observation, interviews and field notes) and quantitative (sociodemographic questionnaire and MBI) approaches. *Results:* Participants were at low risk of both EE (55.6%) and DE (61.1%) and at average risk for DJS (52.8%). *Discussion and Conclusion:* Satisfactory working environment may account for the low percentages of EE and DE, while the low participation in decision-making processes may have influenced the numbers for DJS. The data collected pointed to decaying hospital facilities while work satisfaction remained fairly high. An awareness of these problems may ground strategies to minimize the health threats posed by the working environment of health care workers.

Key-words: *Burnout* Syndrome. Work Organization. Worker Health.

PANORAMA DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN PROFESIONALES DEL ÁREA DE LA SALUD DEL SECTOR DE INTERNACIÓN PEDIÁTRICA DE UN HOSPITAL UNIVERSITARIO.

Resumen

El trabajo actúa como constituyente de la identidad social y factor de integración social esencial para la salud. Los trastornos mentales consecuentes de los procesos de trabajo, como el síndrome de burnout (SB), han crecido internacionalmente. El SB está constituido en tres dimensiones: agotamiento emocional (EE), despersonalización (D) y realización profesional (RP). Una de las categorías más afectadas es el profesional de la salud. Las especificaciones de la producción del cuidado, asociadas a la situación del trabajo, pueden contribuir a la salud y/o enfermedad. Objetivo: Evaluar las dimensiones del SB en profesionales de salud del sector de internación pediátrica de un hospital universitario. Metodología: Se utilizó el abordaje cualitativo (observación participante, entrevistas individuales y notas de campo) y la cuantitativa (cuestionarios sociodemográficos y el MBI). Resultados: Encontramos bajo riesgo en EE (55,6%) y DE (61,1%) con riesgo medio para RP en 52,8%. Discusión y Conclusión: Aspectos positivos de la organización del trabajo pueden haber contribuido para los bajos riesgos de EE y DE. La baja participación en las tomas de decisiones parece que influyeron en la RP. El discurso de los participantes indica la insatisfacción por las pésimas condiciones del hospital y, por otro lado, la satisfacción por el trabajo. Conocer este panorama podrá subsidiar acciones capaces de disminuir la repercusión negativa de la organización del trabajo en la salud de los trabajadores.

Palabras clave: Síndrome de Burnout. Organización del Trabajo. Salud del trabajador.

1. INTRODUÇÃO

O trabalho configura uma prática transformadora da realidade e atua como potencial constituinte da identidade social. É permeado por uma função psíquica que se consolida como um dos grandes alicerces de constituição do sujeito e de sua rede de significados (FRANCO, DRUCK e SELIGMANN-SILVA, 2010; DEJOURS; ABDOUCHELI e JAYET, 2008; DEJOURS, DESSORS e DESRIAUX, 1993; MOULIN, 2007).

Pelo trabalho também é atribuída uma remuneração social, transformando-o em fator de integração social, essencial para nosso equilíbrio, e um elemento produtor de saúde (DEJOURS, DESSORS e DESRIAUX, 1993). Justamente em função desse papel estruturante, as condições e o modo de organização do trabalho podem contribuir para a promoção de saúde ou para o adoecimento, tanto no estado de saúde em geral quanto na saúde mental dos trabalhadores.

Ressaltando esse papel estruturante, o Manual sobre os Transtornos Mentais e do Comportamento (BRASIL, 2001) aponta o lugar fundamental que o trabalho ocupa na dinâmica do investimento afetivo das pessoas. Esse documento também aborda os requisitos envolvidos na relação entre o trabalho e o processo saúde-doença, entre os quais destacam-se as condições favoráveis à livre utilização das habilidades e ao controle do processo de trabalho pelos trabalhadores, identificados como fatores potenciais de promoção de bem-estar e saúde. Por outro lado, o trabalho desprovido de significação, sem suporte social, não reconhecido ou que se constitua em fonte de ameaça à integridade física e/ou à psíquica, pode desencadear sofrimento psíquico (BRASIL, 2001).

Dados do INSS apontam que os transtornos mentais ocupam a 3ª posição entre as causas de concessão de benefício previdenciário, como auxílio doença, afastamento do trabalho por mais de 15 dias e aposentadorias por invalidez (BRASIL, 2001; SILVA JUNIOR, 2012).

Dois grupos de patologias decorrentes dos processos de trabalho - o da LER/DORT e o dos transtornos mentais - têm crescido internacionalmente, como destacam Franco, Druck e Seligmann-Silva (2010). Dentre os transtornos mentais, as autoras ressaltam os do ciclo vigília-sono e a síndrome de *burnout*.

Na versão brasileira do Código Internacional de Classificação de Doença – CID-10, a expressão inglesa *burnout* foi traduzida para o português como “estar acabado”. Essa denominação refere-se ao quadro clínico chamado de Síndrome do Esgotamento Profissional, sob o código Z73-0, na classificação oficial (SELIGMANN-SILVA, 2007; BORGES, 2005).

O termo *burnout* significa “queima”, “combustão total” ou “queimado até o final”. Em países de língua inglesa, ele costuma ser empregado para denotar um estado de esgotamento completo de energia individual associado a uma intensa frustração com o trabalho (MASLACH, SCHAUFELI e LEITER, 2001; SELIGMANN-SILVA, 2007).

Em meados dos anos 1970, esse fenômeno foi investigado e descrito, por Freudenberger como um incêndio devastador, um “incêndio interno que reduz a cinzas as expectativas e a autoimagem de alguém antes profundamente entusiasta e dedicado ao trabalho” (p. 523). Ele identificou dois tipos de pessoas mais expostas ao *burnout* – as dinâmicas, propensas a assumir funções de liderança ou de grande responsabilidade; as idealistas, empenhadas em alcançar

metas desafiadoras, profundamente entusiastas e dedicadas ao trabalho (SELIGMANN-SILVA, 2007, 2011).

A psicóloga social Christina Maslach, em estudos com profissionais de serviços sociais e de saúde, foi quem compreendeu primeiramente que as pessoas com *burnout* apresentavam atitudes negativas e de *distanciamento* pessoal. A definição que tem emergido na maioria das investigações científicas é a fundamentada na perspectiva sociopsicológica, entendida como um fenômeno psicossocial, decorrente de uma resposta crônica aos estressores interpessoais ocorridos na situação de trabalho. É constituída por três dimensões: a exaustão emocional, caracterizada por cansaço extremo e sensação de falta de disposição para enfrentar o dia de trabalho; a despersonalização, referente à adoção de atitude de insensibilidade ou hostilidade em relação às pessoas que receberão o serviço/cuidado; e a perda da realização profissional, traduzida em sentimentos de incompetência e de frustração pessoal e profissional. Então compreendemos que *burnout* não é um problema do indivíduo, mas uma experiência individual específica do contexto do trabalho (BENEVIDES-PEREIRA, 2002; VIEIRA, 2010).

O quadro clínico da síndrome apresenta, como manifestação central, uma exaustão que surge, aparentemente, de forma brusca. Esse fenômeno é acompanhado por uma segunda manifestação, própria da síndrome de *burnout*, a despersonalização (MASLACH, SCHAUFELI e LEITER, 2001; SELIGMANN-SILVA, 2007).

Os trabalhadores mais acometidos são, em sua maioria, os que se dedicam à prestação de cuidados a pessoas, como os profissionais da saúde e da educação. Na medida em que as formas de gerenciamento e controle

contemporâneos, frutos da reestruturação produtiva, incidiram sobre os serviços de saúde e as instituições de ensino, houve um aumento da incidência da síndrome entre os profissionais dessas categorias (SELIGMANN-SILVA, 2011).

Entre essas categorias profissionais, identifica-se, como questão central para o desenvolvimento da síndrome, o impedimento de desempenhar o trabalho social de forma coerente com os princípios e valores éticos, intrínsecos à formação e à própria ética dessas profissões. Tal impedimento “*violenta o sentido dessas formas de trabalho*” e compromete o trabalho significativo (SELIGMANN-SILVA, 2011, p.527).

Trata-se de uma condição crônica, cujos determinantes advêm da organização do trabalho, como a sobrecarga, a falta de autonomia e de suporte social para realização das tarefas (VIEIRA, 2010; MASLACH, SCHAUFELI e LEITER, 2001), bem como para exercer o apoio necessário no enfrentamento às artimanhas da organização do trabalho que “esvaziam o sentido” das atividades dos trabalhadores (SELIGMANN-SILVA, 2011, p.527).

Mediante a visão de *burnout* como processo complexo e gradual, cujos determinantes advêm da organização do trabalho, faz-se necessário diferenciá-la da teoria do estresse, cuja base está alicerçada nos elementos individuais. Embora o modelo dos estudos iniciais da síndrome de *burnout* tenha tido suas raízes na teoria do estresse, Seligmann-Silva e Mendes (1999) ressaltam dois desdobramentos: a inclusão de aspectos psicodinâmicos, seguida dos aspectos sociais; os relacionados à organização do trabalho e às linhas de enfoque das pesquisas sobre *burnout*.

Além da preocupação quanto às generalizações entre *burnout* e o estresse, alguns autores salientam que não se deve confundir estresse crônico e síndrome de *burnout*, nem tratá-los como sinônimos (BRASIL, 2001; JARDIM, RAMOS e SILVA FILHO, 2004; SELIGMANN-SILVA, 2007).

A partir da análise de vários autores sobre a diferença entre *burnout* e estresse, Tamayo (1997) e Murofuse, Abranches e Napoleão (2005) concluíram que *burnout* é gradual e de natureza subjetiva; envolve atitudes, condutas e sentimentos que acarretam problemas de ordem prática e emocional ao trabalhador, aos usuários e à organização do trabalho; e implica a busca de um significado existencial no trabalho. Já no estresse, não estão envolvidas tais atitudes e condutas, trata-se de um esgotamento pessoal com interferência na vida do indivíduo e não necessariamente (e/ou exclusivamente) na sua relação com o trabalho. Nessa mesma perspectiva, o manual de doenças relacionadas ao trabalho do Ministério da Saúde corrobora a noção de estresse como um esgotamento pessoal do indivíduo, não em sua relação com o trabalho (BRASIL, 2001).

No Brasil, a recomendação da Portaria 1339/99 do Ministério da Saúde prevê a síndrome de *burnout* como relacionada ao trabalho, exemplificada pelas doenças “comuns”, mais frequentes ou mais precoces em determinados grupos ocupacionais, e para as quais onexo causal é de natureza eminentemente epidemiológica. Pertence ao grupo II, formado por doenças em que o trabalho pode ser um fator de risco, **contributivo, mas não necessário** (grifo nosso) (BRASIL, 2001).

Portanto, apesar de reconhecida pelos órgãos legais vinculados aos Ministérios do Trabalho e da Saúde como pertencente aos grupos de doenças relacionadas ao trabalho, ainda não se reconhece oficialmente o trabalho como causa necessária para o desenvolvimento da síndrome de *burnout*.

Os profissionais de saúde representam um dos grupos de trabalhadores mais propensos ao desenvolvimento da síndrome. Estudos internacionais de prevalência mostram taxas de *burnout* variando entre 30 e 47%. No Brasil, os profissionais de saúde também representam um dos grupos de trabalhadores mais afetados, com ocorrência de *burnout* na faixa de 10% (VIEIRA, 2010).

Cabe destacar as especificidades que marcam o setor saúde, sobretudo após as transformações decorrentes da reestruturação produtiva. Primeiramente, esse setor compartilha características comuns a processos presentes em outros setores da economia, tais como a fragmentação do trabalho e a perda do controle do trabalho pelo trabalhador. Outro aspecto é que toda assistência à saúde é um serviço, portanto compõe o setor serviço. O terceiro ponto é que o setor saúde é um serviço constituído por inter-relações pessoais intensas uma vez que dessa intrínseca relação deriva a própria eficácia do ato de cuidar (NOGUEIRA e SANTANA, 2000). O autor ressalta, ainda, que essas três dimensões se articulam de forma intercomplementar e interatuante, com as quais o usuário contribui e compõe esse processo de trabalho.

O cuidado em saúde, de fato, é produzido a partir do protagonismo do sujeito no agir cotidiano de cada trabalhador de saúde, o que Merhy (2002) denomina de micropolítica - a esfera das relações, a dimensão humana e subjetiva de cada um. Essa relação tão intensa entre trabalhador-usuário,

produzindo e consumindo em ato o produto, no caso a saúde, é que vai produzir o cuidado em si, e pode ser fonte de saúde e/ou adoecimento para esse trabalhador.

Dessa forma, as especificidades inerentes à produção do cuidado em saúde, associadas às condições e à organização do trabalho, podem influenciar a dinâmica dos níveis de risco das dimensões de *burnout* nos trabalhadores da saúde.

No Brasil, a maior parte das pesquisas de *burnout* em profissionais da área da saúde contempla unidades de urgência, emergência e terapia intensiva, setores considerados com altos índices de adoecimento físico e psíquico dos trabalhadores. No entanto, em diferentes unidades hospitalares, os índices de prevalência da síndrome e os níveis de risco para cada dimensão de *burnout* são bem variados entre esses setores.

Um estudo comparativo com 205 profissionais da área da saúde de três hospitais universitários no Rio Grande do Norte demonstra essa variabilidade nos níveis de *burnout*. Os profissionais do Hospital Universitário Onofre Lopes apresentaram maiores níveis nas três dimensões de *burnout*, totalizando 93% dos participantes com níveis de moderado a alto, e os do Hospital Universitário Ana Bezerra e da Maternidade Escola Januário Cicco apresentaram baixos níveis nas dimensões de *burnout*, em especial, na exaustão emocional (BORGES et al., 2002).

Um estudo de prevalência entre médicos de um hospital público identificou 11% acometidos pela síndrome de *burnout*; desses, 62% trabalham em pronto-socorro e 100% possuem mais de três empregos. Quanto ao desenvolvimento

das dimensões da síndrome entre todos os médicos, o estudo revela que 68% dos participantes apresentaram baixo risco para exaustão emocional; 60%, baixo risco para despersonalização; 64%, baixo risco na dimensão realização profissional (MAGALHÃES e GLINA, 2006).

Esses dados instigam-nos a pensar se as características do trabalho e a forma de organização das atividades nos setores envolvidos podem exercer alguma influência no desencadeamento das dimensões da síndrome de *burnout*. Tudo indica que a variabilidade apontada acima pode estar mais relacionada aos modos de gestão, do gerenciamento da micropolítica do que às pessoas e às características da assistência prestada nesses setores.

O estudo de Feliciano, Kovacs e Sarinho (2005) avaliou qualitativamente cinco hospitais da rede pública da cidade do Recife a fim de conhecer os sentimentos de profissionais do pronto-socorro infantil diante das situações de trabalho, sob o foco das dimensões da síndrome de *burnout*. Os resultados apontaram percepções díspares, como cansaço, esgotamento, angústia, revolta devido à sobrecarga e às limitações dos recursos frente às situações que envolvem risco de vida, tudo isso permeado pela satisfação de gostar do que fazem e do reconhecimento da própria utilidade.

Resultados similares foram encontrados na investigação da incidência de *burnout* em 27 profissionais que atuam em um hospital pediátrico. A análise qualitativa revelou que a dimensão da síndrome mais prevalente foi a exaustão emocional, entretanto esse grupo apresentou alta pontuação na dimensão realização profissional (MAGALHÃES e GLINA, 2006).

O delineamento das dimensões da síndrome de *burnout* sofre influência direta das micropolíticas envolvidas na organização do trabalho, portanto faz-se necessário um olhar aprofundado, visando identificar e compreender os fatores envolvidos no cotidiano desses trabalhadores, atores desse contexto específico.

Este artigo é parte integrante de uma pesquisa, realizada em um hospital universitário, sobre a saúde, o cotidiano de trabalho e as dimensões da síndrome de *burnout* de trabalhadores da unidade de internação pediátrica. Nossos objetivos são descrever os aspectos sociodemográficos e avaliar as dimensões da síndrome de *burnout* nos profissionais de saúde desse setor.

2. METODOLOGIA

Tendo em vista os objetivos apresentados, utilizamos duas vertentes metodológicas para apreender os fenômenos que emergem do cotidiano de trabalho desses profissionais: as abordagens qualitativa e quantitativa.

A abordagem qualitativa possibilita o aprofundamento na esfera dos significados e dos sentidos. Segundo Minayo et al. (2009), “*esse nível de realidade precisa ser exposto e interpretado, em primeira instância, pelos próprios pesquisados*” (Minayo et al., 2009, p.22).

Para pesquisar o complexo processo saúde-doença, reconhecemos a importância e a validade dessa interação metodológica uma vez que, segundo Minayo et al. (2009), os dois tipos de abordagem e os dados delas advindos, quando trabalhados teórica e praticamente, podem produzir riqueza de informações, aprofundamento e maior fidedignidade interpretativa.

Este estudo foi realizado com profissionais de saúde que atuam no setor de internação pediátrica do Hospital Universitário Cassiano Antonio Moraes (HUCAM), vinculado à Universidade Federal do Espírito Santo. A presença em campo se deu por um período de nove meses, ao longo dos plantões diurno e noturno, de outubro de 2012 a julho de 2013.

Adotamos, na abordagem qualitativa, as estratégias da observação participante, entrevistas individuais semiestruturadas e registros no diário de campo. As entrevistas semiestruturadas, que permitem ao entrevistado dissertar sobre o tema em questão, sem prender-se às questões formuladas (MINAYO et al., 2009), foram realizadas individualmente em locais reservados, no próprio

setor, escolhidos pelo participante durante seu turno de trabalho. A princípio, o tema que as norteou versou sobre *Como é o seu trabalho e como ele influencia a sua saúde?* A partir desse eixo, realizamos os desdobramentos de interesse da pesquisa. Em um segundo momento, os participantes puderam expor e/ou contextualizar suas escolhas em relação ao instrumento que avalia a síndrome de *burnout* - o inventário da síndrome de *burnout* de Maslach (MBI). As entrevistas de todos os participantes foram gravadas e transcritas na íntegra.

As primeiras observações tiveram por finalidade conhecer os profissionais, o contexto do trabalho naquele setor, a rotina de cada categoria profissional, o ambiente e a estrutura da organização do trabalho. O registro da observação foi feito por meio das notas de campo, escritas diariamente.

A abordagem quantitativa da pesquisa possibilitou caracterizar os aspectos sociodemográficos dos participantes e identificar as dimensões da síndrome de *burnout* entre os trabalhadores desse setor. Os instrumentos utilizados para obtenção desses dados quantitativos foram o questionário sociodemográfico para delimitamento dos participantes e o MBI para avaliação da síndrome.

O questionário sociodemográfico foi elaborado com perguntas abertas e fechadas, das quais coletamos informações sobre: dados pessoais, formação/qualificação profissional, características da organização do trabalho, presença de dor ou desconforto ao término da jornada de trabalho, prática de atividades física e de lazer e estado de saúde geral.

Segundo Gil-Monte e Peiró (1997), o MBI, elaborado por Christina Maslach e Susan Jackson em 1978, é o instrumento mais utilizado para avaliar o *burnout*, independentemente das características ocupacionais da amostra e de sua origem.

Sua construção partiu de duas dimensões: exaustão emocional e despersonalização. A terceira dimensão, realização profissional, surgiu após estudo realizado com centenas de pessoas de uma gama de profissionais (MASLACH, 1993 apud CARLOTO e CAMARA, 2004).

O MBI é composto por 22 questões que englobam as três dimensões da síndrome de *burnout*: exaustão emocional (EE), despersonalização (DE) e realização profissional (RP), assim distribuídas: exaustão emocional (1 a 9); realização profissional (10 a 17); despersonalização (18 a 22). A forma de pontuação de todos os itens pesquisados adota a escala do tipo Likert, que varia de zero a seis.

A versão do MBI adotada neste estudo foi traduzida e validada no Brasil por Benevides-Pereira (2001).

Tabela 1 – Valores da escala do MBI desenvolvidos pelo Núcleo de Estudos Avançados sobre a Síndrome de *Burnout*, 2001.

DIMENSÕES	PONTOS DE CORTE DOS ESCORES		
	Baixo Risco	Médio Risco	Alto Risco
Exaustão Emocional	≤ 15	16-25	≥ 26
Despersonalização	≤ 2	3 - 8	≥ 9
Realização Profissional*	≥ 43	34-42	≤ 33

* Escore reverso

Fonte: Benevides Pereira, 2001.

O indicativo da síndrome de *burnout* corresponde à associação de altos escores em exaustão emocional e despersonalização a baixos escores em realização profissional (esta subescala é inversa), aproximando dos critérios de Ramirez et al. (1996) e do manual do MBI.

Para selecionarmos os informantes da pesquisa, utilizamos a lotação do participante na divisão de pediatria e a atuação como profissional de saúde nos níveis auxiliar, técnico ou superior como critérios de inclusão. A partir desse levantamento, o procedimento inicial foi disponibilizar os instrumentos aos participantes de acordo com suas escalas de trabalho e apresentar o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) aos interessados elucidando quaisquer dúvidas acerca da pesquisa.

Os participantes assinaram o TCLE e receberam os instrumentos da coleta dos dados com as devidas orientações quanto ao preenchimento. Nos plantões subsequentes, ao recolhermos o material preenchido, realizamos o agendamento das entrevistas, de acordo com a disponibilidade do profissional.

Todos os princípios éticos de pesquisa com seres humanos, previstos na legislação vigente, foram atendidos, recebendo autorização do Comitê de Ética em Pesquisa, sob o protocolo de nº 119.437/2012.

No presente artigo, optamos por apresentar os dados quantitativos com a introdução de fragmentos de discurso dos participantes, que elucidaram e ampliaram a compreensão dos resultados.

ANÁLISE DOS DADOS

1 Análise Quantitativa

Realizamos a análise descritiva para os dados sociodemográficos, com indicação das frequências absolutas e relativas. Os dados referentes ao MBI foram analisados pelos testes de Mann-Whitney e Kruskal-Wallis, comparando cada dimensão de burnout com algumas das variáveis sociodemográficas – o número de vínculos e o nível de atuação no Hospital Universitário. Para avaliar a relação entre os escores obtidos nas dimensões da síndrome comparados ao tempo de trabalho no hospital, utilizamos a análise de correlação seguida do coeficiente de Spearman. Em todas as análises, foi considerado significativo um p valor $\leq 0,05$. As análises estatísticas foram realizadas no software SPSS 16.0.

2. Análise Qualitativa

Para a análise dos dados qualitativos, utilizamos o método de interpretação de sentidos, cuja proposta *“busca os sentidos das falas e das ações para se chegar a uma compreensão ou explicação que vão além do descrito e do analisado”* (MINAYO et al., 2009, p.80).

Para a análise dos dados, segundo o método de interpretação dos sentidos, o autor propõe as seguintes etapas: a) fazer uma leitura compreensiva do material selecionado para ter uma visão de conjunto e apreender as particularidades do material na perspectiva dos atores, das informações e das ações coletadas; b) explorar o material e buscar ir além dos fatos e das falas, identificando e problematizando ideias explícitas e implícitas e outros sentidos

mais amplos (socioculturais) atribuídos a elas; c) elaborar uma síntese interpretativa quando se procura articular entre os objetivos do estudo, a base teórica adotada e os dados empíricos obtidos (MINAYO et al., 2009).

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

1 Dados Sociodemográficos

O setor de internação pediátrica possui, em seu quadro de servidores, aproximadamente, 60 profissionais de saúde, dos quais 36 concordaram em participar da pesquisa. O grupo foi formado por 10 médicos, 03 enfermeiras, 01 fisioterapeuta, 01 nutricionista, 12 técnicos de enfermagem e 09 auxiliares de enfermagem.

O sexo feminino predominou entre os participantes (86,1%). Quanto ao estado civil, 19,4% são solteiros, 61,1% são casados e/ou vivem com companheiro (a) e 19,4% separados. A maioria dos participantes, 80,6%, possui filhos. Quanto à faixa etária, a maioria dos profissionais encontra-se na faixa entre 50 a 61 anos (44,4%). A demonstração dos dados consta na tabela 2.

O predomínio do sexo feminino, também evidenciado em outros estudos (MENEHINI, PAZ e LAUTERT, 2011; GUIDO et al., 2012), retrata um fenômeno observado desde a década de 80 - a feminização da força de trabalho em saúde. Uma das profissões que está passando por um processo de feminização mais recente é a medicina. Na década de 1970, as mulheres somavam 11%; nos anos 1980, já eram 22%; e, na década seguinte, 33%. Para as próximas décadas, o prognóstico é de 50% (MACHADO, OLIVEIRA e MOYSES, 2010).

Dados do IBGE do ano de 2000, apontados por Machado et al. (2006), retratam a franca expressão feminina na força de trabalho em saúde, com ênfase para as seguintes ocupações: nutricionistas (95%), enfermeiros e psicólogos (90%), dentistas (50,93%) e médicos (35,94%). Segundo as autoras, 62% dos profissionais de saúde no Brasil são do sexo feminino.

A faixa etária dos participantes evidencia o longo período em que os hospitais universitários não realizaram concursos públicos para ampliação e/ou renovação de pessoal. A dificuldade para a renovação do quadro, tanto para reposição de aposentadorias quanto para ampliação do número de profissionais, pode acarretar escassez de recursos humanos e consequente sobrecarga de trabalho para os profissionais do setor.

Nossos participantes, em sua maioria, são profissionais mais maduros, cujo tempo de formação profissional é de 10 a 30 anos para 75% deles, e 55,6% dos participantes atuam nesse hospital também de 10 a 30 anos. Para alguns autores, a condição de maturidade profissional oferece maior domínio em situações de conflito uma vez que quanto maior a experiência profissional, maior será a segurança no desempenho do seu trabalho (FRANÇA e FERRARI, 2012; MENEGAZ, 2004).

Tabela 2 – Características sociodemográficas dos profissionais de saúde da divisão de pediatria do HUCAM quanto ao sexo, idade, estado civil e filhos.

Variáveis	n	%
Sexo		
Masculino	5	13,9
Feminino	31	86,1
Faixa etária		
29 a 39 anos	10	27,8
40 a 49 anos	9	25,0
50 a 61 anos	16	44,4
Sem informação	1	2,8
Estado civil		
Solteiro(a)	7	19,4
Casado(a)/Vive com companheiro(a)	22	61,1
Separado(a)	7	19,4
Tem filhos?		
Sim	29	80,6
Não	7	19,4
Total	36	100,0

Quanto à remuneração desses profissionais, 63,9% apontam uma renda individual entre 1 a 6 salários mínimos. A renda familiar, que agrega a renda dos demais membros da família, varia de 1 a 6 salários para 33,3% dos participantes e ultrapassa a 12 salários mínimos para 36,1%.

A percepção quanto à remuneração, comparada aos valores praticados no mercado, foi relativamente positiva entre os participantes, que não apontaram em suas falas insatisfação quanto ao salário:

[...] eu acho que o nosso salário, porque em vista de outros hospitais né. O salário da gente é um bom salário em relação ao mercado. Isso aí deixa a gente mais tranquila e satisfeita com o trabalho, né? (P27)

No entanto, a necessidade de complementação da renda tem levado alguns profissionais a buscarem outros vínculos empregatícios. Entre os nossos participantes, 38,9% alegam ter dois vínculos profissionais. No discurso de alguns participantes, identificamos que essa complementação da renda pode possibilitar a realização de uma meta, ou ainda ser indispensável à manutenção do padrão de vida familiar:

[...] no início eu escondia [o outro vínculo], mas depois. [...] eu tinha muitos empréstimos, o meu salário aqui não é tão bom ainda como o das meninas. Estou pagando muitas coisas, então preciso dos dois empregos. Apesar de que eu tenho o objetivo de comprar a minha casa, depois de comprar a minha casa eu quero ter qualidade de vida". [...] eu tenho um apartamento que é muito pequeno, desses projetos do governo, é muito pequeno, bairro de periferia. Eu não gostaria de morar lá, até por causa da violência que é demais. (P16)

[...] como não consigo me manter com a renda só daqui, eu tenho que ter outras atividades. Tenho filha fazendo faculdade e não posso diminuir meu ritmo agora. Isso repercute na minha saúde mesmo, eu me sinto exausta, isso é fato. (P1)

Em relação ao vínculo dos profissionais com o hospital, 77,8% são servidores da Universidade, 8,3% de empresas terceirizadas e 13,8% cedidos por outras instituições. O turno de trabalho da maioria dos participantes é diurno (58,3%). A equipe de técnicos e auxiliares de enfermagem faz uma escala de 12 horas de trabalho por 60 horas de descanso. Os enfermeiros, o fisioterapeuta e a nutricionista têm uma carga horária de 6 horas diárias. Os plantões dos médicos são de 12 horas, e o número de plantões por semana é variado. Já a carga horária dos médicos docentes com dedicação exclusiva não possui uma divisão sistemática entre as horas de assistência e de docência. Normalmente essas atividades são integradas e distribuídas ao longo da carga horária dos docentes, que totaliza 40 horas semanais, com ou sem dedicação exclusiva (DE).

Quanto aos cuidados com a saúde em geral, os resultados apontam que 55,5% dos participantes praticam atividade física regular; destes, 60% praticam 3 vezes por semana e 20% de 3 a 5 vezes por semana. Outro aspecto ressaltado pelas pesquisas como fator fundamental para uma boa qualidade de vida é a prática de atividades de lazer. A maioria dos participantes (77,8%) alegou que dedica tempo semanal ao lazer, entre atividades diversas com a família e com os amigos. Essa dimensão emergiu no discurso de alguns participantes elucidando a prática da atividade física e do lazer como ferramentas eficazes na promoção da saúde física e mental:

*[...] E eu agora arrumei um jeito de correr, então como eu sou corredora também arrumei uma maneira de conviver com esse estresse. [...] Libera umas endorfinas, já chego em casa relaxada!
(P1)*

[...] Seria bom se eu fosse um pouquinho mais valorizado para eu poder ter mais horas de lazer e de descanso. Eu tento trabalhar relativamente menos e prover o que a minha família precisa com moderação, a gente tenta ter uma vida modesta, mas sem esquecer o tempo livre para estar junto, ao lado dos meninos. (P3)

[...] Eu tive uma lesão [...] que eu não sabia o que era, aí eu procurei o médico. [...] Isso é uma coisa autoimune, se eu não der um rumo na minha vida, daqui a pouco eu tô com coisa pior. Aí aparece doença autoimune, aparece um câncer, aparece qualquer coisa. E eu resolvi mudar minha vida. Comecei a fazer acupuntura, fazer exercício físico, priorizar o lazer, eu mudei a minha postura a partir do momento que eu descobri que eu estava trabalhando muito, entendeu? Que não era legal para minha saúde. (P2)

A despeito da consciência dos benefícios da atividade física e do lazer para o autocuidado, os participantes apontaram as muitas dificuldades encontradas para atingirem esse objetivo:

[...] Eu gosto de fazer outras coisas, de correr na praia, de ir ao cinema. Eu gosto de não estar tão cansada quando o marido chega em casa. Eu tenho filhos. Quero ir numa academia e não consigo. Então assim, eu gosto de fazer outras coisas também... mas não consigo. (P11)

[...] Se você não souber administrar bem o seu tempo, o lazer que você precisa ter, você entra às vezes em depressão, não é? Você pode ter um AVC... e aí por aí vai. (P17)

Alguns estudos apontam que a valorização da dimensão pessoal e familiar, privilegiando os momentos de convivência familiar, de lazer e de prática de atividade física regular, podem atenuar os efeitos deletérios dos desconfortos físicos e psíquicos oriundos do mundo do trabalho (EZAÍAS, HADDAD e VANNUCHI, 2012). Além disso, é importante ressaltar, com base no discurso dos participantes, que reunir condições para a prática de atividade física regular e de

lazer requer também certo controle do processo de trabalho. Em alguma medida, a organização do trabalho nesse setor fornece ferramentas que possibilita a esses trabalhadores estarem presentes, efetivamente, na dinâmica pessoal e familiar.

Outra faceta que envolve a situação de trabalho são os processos de dores osteomioarticulares entre os profissionais de saúde. O cotidiano de trabalho, além das tensões e sobrecargas do dia a dia, exige a manutenção de posturas corporais por vezes inadequadas e/ou por tempo prolongado. Na medida em que a organização do trabalho não faz as adequações entre a estrutura temporal do trabalho e a divisão de tarefas, e as condições de trabalho não são ajustadas, esses profissionais estão expostos ao desenvolvimento de tensões musculares, dores e ao sofrimento psíquico.

Em decorrência da combinação ou não desses fatores, 58,3% dos nossos participantes relatam queixas de dor e desconforto ao longo da jornada de trabalho:

[...] trabalhar com criança... é, você sempre pega no colo, abaixa para pegar tudo e abaixa para pegar uma veia, então a coluna dói, dói o braço. Tem plantão que é mais calmo enquanto que outros são mais agitados. Você fica andando de um lado para o outro e a sola do pé dói muito [...]. (P18)

[...] outro problema é o layout da enfermaria, aquilo para mim é horrível. São 3 leitos muito baixos, um espaço muito pequeno e a gente tem que ficar entrando e saindo de lado para se movimentar entre a criança e o acompanhante. O espaço é muito pequeno para trabalhar. As dores são inevitáveis. (P23)

As queixas mais frequentes foram dor nas pernas (33,3%), dor na coluna (23,8%) e fadiga generalizada (23,8%). Entre técnicos de enfermagem da área hospitalar, Rocha et al. (2013) encontraram alta incidência de dores

osteomusculares na região lombar, tornozelos, pés e ombros, causada devido a posturas inadequadas e à sobrecarga de trabalho.

Uma questão que emergiu fortemente no discurso dos participantes foi a inadequação das condições de trabalho no setor. Entre as várias queixas apontadas, destacam-se a falta de um espaço exclusivo para manipular as medicações e a altura inadequada dos leitos, bancadas, cadeiras e tomadas à beira dos leitos. Esse cenário contribui, segundo nossos participantes, para as dores e desconfortos referidos ao término da jornada de trabalho.

Além disso, é relevante registrar que os trabalhadores de enfermagem realizam trocas frequentes em suas escalas de plantões. Essas trocas comprometem o período de descanso desses trabalhadores, que, além de desrespeitar seu limite físico, contribui para a intensificação do trabalho e para o surgimento de dor e desconforto ao longo da jornada de trabalho.

O absenteísmo foi observado em nossa pesquisa indicando que 38,9% dos profissionais necessitaram de afastamento nos últimos 6 meses, sendo que a maioria afastou-se, pelo menos, uma vez durante esse período; destes, 85,7% são da enfermagem. Ressaltamos que não foi investigada a relação entre os afastamentos e as dores e desconfortos mencionados.

2. Dados do Maslach *Burnout* Inventory (MBI) – As dimensões da síndrome de *burnout*

A avaliação das dimensões de *burnout* apontou que o nosso grupo apresenta baixo risco nas dimensões exaustão emocional (EE) e

despersonalização (DE) e médio risco na dimensão realização profissional (RP). A demonstração dos dados consta na tabela 3.

Ressaltamos que 3 participantes apresentaram duas dimensões em alto risco e uma em médio risco, configurando risco eminente de *burnout*, segundo a avaliação do MBI.

Resultados similares aos nossos, quanto ao baixo risco na dimensão EE, foram encontrados por Ezaias et al. (2012). Entretanto, seus dados indicaram baixos escores na dimensão RP e altos escores na dimensão DE.

Tabela 3 – Níveis de risco das dimensões da síndrome de *burnout* entre os profissionais do setor de internação pediátrica do HUCAM.

Variáveis	n	%
Exaustão emocional		
Baixo risco	20	55,6
Médio risco	8	22,2
Alto risco	8	22,2
Realização profissional*		
Baixo risco	11	30,6
Médio risco	19	52,8
Alto risco	6	16,7
Despersonalização		
Baixo risco	22	61,1
Médio risco	12	33,3
Alto risco	2	5,6
Total	36	100,0

* Escore Reverso

A maior parte dos estudos nacionais e internacionais tem evidenciado altos níveis nas dimensões da síndrome entre os profissionais de saúde (VIEIRA, 2010; FELICIANO, KOVACS e SARINHO, 2005; BORGES et al., 2002; MALLMANN et al., 2009).

Os altos níveis de *burnout*, apontados em grande parte da literatura, têm considerado o somatório dos escores de alto e médio risco para calcular o chamado índice de *burnout*, como o estudo realizado por Borges et al. (2002) em três hospitais universitários. Nesse estudo, foram avaliados os níveis gerais da síndrome.

Por entendermos *burnout* como um processo dinâmico, evolutivo e gradual, acreditamos que estudar o delineamento de cada dimensão pode fornecer subsídios para ações e intervenções na organização do trabalho e, assim, repercutir positivamente nesse processo.

Segundo o modelo processual de *burnout* (MASLACH, JACKSON e LEITER, 1996), a exaustão emocional, por ser a primeira dimensão a surgir, indica que o processo encontra-se em curso no grupo estudado, resultando em sentimentos de sobrecarga física e emocional (MASLACH e LEITER, 1999). Esse traço inicial da síndrome é, conforme elucida Guido et al. (2012), percebido pelo trabalhador principalmente pelo cansaço mental.

Nossos resultados apontam baixo risco nas dimensões EE / DE e parecem indicar que a organização do trabalho tem favorecido a esses profissionais certo grau de liberdade e controle sobre o próprio trabalho:

[...] eu que defino a organização das minhas atividades, o planejamento do tempo. Temos liberdade para isso. A enfermeira determina a enfermaria, o resto é comigo! (P28)

[...] é a gente que administra o nosso tempo. Temos liberdade para isso. (P18)

[...] aqui ainda sobra um tempinho para fazer o descanso, né? Nós temos uma rotina, a gente sabe de cor e salteado o que

precisamos fazer. Então a gente faz a rotina no decorrer do tempo certinho. (P26)

Portanto, o fato de a organização de trabalho do setor propiciar aos trabalhadores as condições necessárias para a realização de seu trabalho com o tempo, o cuidado e o ritmo adequados parece contribuir com os baixos escores encontrados na EE e DE.

O discurso de alguns participantes evidencia essa percepção:

[...] Ah então, aqui é bem mais tranquilo. Na UTIN é mais dinâmico. Ah... aqui é bem mais tranquilo. (P7)

[...] aqui é mais tranquilo do que onde eu trabalhava. Lá a gente trabalhava umas 4 vezes mais do que aqui, aqui tem menos paciente. No outro hospital eu ficava às vezes com 20 pacientes cirúrgicos. Aqui a gente fica com no máximo 6. É o que eu falo pro pessoal aqui “vocês estão no céu e não sabem”. (P29)

[...] A nossa rotina aqui é muito simples, porque a gente não tem CTI, a gente não tem pronto socorro, então como é só enfermaria, é a mesma coisa todos os dias. Bom, só quando surge alguma coisa mais grave que a gente sai muito da nossa rotina. (P23)

[...] Quando eu cheguei aqui eu me senti ociosa até, pelo o que eu fazia e pelo ritmo de trabalho que eu tinha lá no Hospital Infantil. (P19)

Diante de alguns depoimentos, evidenciamos que a organização do trabalho nesse setor auxilia na manutenção de um ritmo de trabalho, com exceções de eventuais plantões agitados, e propicia aos profissionais executarem o seu trabalho com certo grau de liberdade. Isso pode influenciar nos baixos níveis de EE entre esses profissionais.

Entretanto, essas evidências e ponderações não minimizam uma possível influência de fatores relacionados à organização do trabalho na saúde desses trabalhadores. Ao considerarmos o somatório dos escores de médio e alto risco obtidos em cada dimensão, temos um panorama que nos indica um estado de alerta posto que, na dimensão EE, 44,4% dos participantes apresentam médio e alto risco; na dimensão RP, 69,5% com médio e alto risco.

O desenvolvimento das dimensões de *burnout* é um processo gradual, multidimensional e dinâmico. Sendo assim, trabalhadores que apresentam médio risco poderão evoluir para alto risco, ou retroceder a baixo risco frente a ações de prevenção e adequação na organização do trabalho. Portanto, obter um panorama acerca do médio risco de cada dimensão é uma condição prioritária no desenvolvimento de ações preventivas que envolvam todas as facetas das condições e organização do trabalho.

Cabe destacar o papel desempenhado pela despersonalização. Para Maslach (2003), certo distanciamento psicológico do trabalho pode ser visto como uma resposta individual eficaz. No entanto, quando utilizado excessivamente, pode trazer consequências negativas às relações do profissional com os demais colegas de equipe e usuários, comprometendo o envolvimento positivo com o seu trabalho (MASLACH e LEITER, 1999). Entre os nossos participantes, a dimensão que apresentou menor risco foi a DE, resultado similar ao encontrado em outros estudos (PALAZZO, CARLOTTO e CASTRO, 2012; DIAS, QUEIRÓS e CARLOTTO, 2010). Isso parece indicar que os nossos participantes têm uma integração e envolvimento com seu trabalho, além de falarem, com entusiasmo,

sobre o quanto gostam do que fazem e a satisfação em cuidar de crianças, como indicam a seguir as falas dos participantes:

[...] para mim é como se fosse um hobby trabalhar na pediatria. Chego aqui, assumo minhas atividades... também é minha atividade me divertir bastante com as crianças, eu gosto como se fosse diversão mesmo. É uma terapia para mim. (P31)

[...] Eu gosto muito, não faria outra coisa. Sempre quis fazer pediatria. Eu gosto muito. Essa é a parte boa do trabalho, a parte que vale a pena! (P6)

A realização profissional é uma dimensão que representa a autoavaliação do trabalhador acerca do seu trabalho. Palazzo, Carlotto e Castro (2012) avaliam que quanto mais positiva é a percepção do ambiente de trabalho e quanto maior for a possibilidade de influir na tomada de decisões, maior a realização profissional. Nesse sentido, Ezaias, Haddad e Vannuchi (2012) ressaltam o fato de os trabalhadores, principalmente de hospitais públicos, conviverem cotidianamente com a precariedade das condições de trabalho, e da interferência disso na forma de realizar corretamente suas funções, produzindo um impacto negativo em sua realização profissional.

Assim, o médio risco na dimensão RP entre os participantes alerta-nos quanto à necessidade de compreender, por meio de uma análise mais profunda, os fatores relacionados à organização do trabalho e à participação efetiva desses profissionais nas tomadas de decisões no setor envolvido. Nas entrevistas, a maioria dos participantes aponta que participam do planejamento e das tomadas de decisões do setor, por meio das reuniões do colegiado da pediatria, apesar de alguns reconhecerem que estão desestimulados em relação a essa questão:

[...] eu participei muito, mas hoje eu não participo mais não. Eu cansei. Cansei por causa das dificuldades. Quando eu entrei eu tinha uma visão, tentei mudar as coisas, tivemos algumas vitórias, mas não consegue passar daquilo. Eu desisti, deixa pra outros que estão vindo. (P31)

[...] eu já participei muito das coisas daqui do setor, agora, de uns tempos para cá me afastei. Estou meio afastada de tudo, desmotivei. As mesmas coisas sempre nada ia para frente... aí fui desmotivando e me afastando. (P28)

Esse contexto leva-nos a refletir como elementos envolvidos nessa dinâmica do médio e do alto risco na dimensão RP a baixa participação dos trabalhadores no planejamento e tomadas de decisões que envolvem principalmente o Hospital Universitário, bem como sua pouca interferência nesse processo.

Ao correlacionarmos as dimensões da síndrome com alguns aspectos sociodemográficos, não encontramos relações estatisticamente significantes entre as dimensões de *burnout* com o número de vínculos empregatícios e com o nível de atuação nesse setor. (Tabelas 4 e 5)

Assim entendemos que o efeito das variáveis sociodemográficas sobre a síndrome de *burnout*, como sugerem os estudos de Paredes e Sanabria (2008), é inconsistente. As variáveis relacionadas às condições e à organização do trabalho parecem exercer uma influência moduladora muito mais forte ao desenvolvimento (ou não) da síndrome do que as variáveis sociodemográficas.

Tabela 4 – As dimensões da síndrome de *burnout* em função do número de vínculos empregatícios dos profissionais do setor de internação pediátrica do Hospital Universitário.

Dimensão exaustão emocional				
Variáveis	Mediana	Média	Desvio-padrão	p-valor
Número de vínculos				
Um	15,00	16,27	12,29	0,708
Dois a três	14,00	18,93	14,46	
Dimensão realização profissional				
Número de vínculos				
Um	40,50	40,09	6,33	0,162
Dois a três	39,00	37,79	5,21	
Dimensão despersonalização				
Número de vínculos				
Um	1,00	1,95	2,46	0,084
Dois a três	4,50	4,43	4,60	

Teste de Kruskal-Wallis, onde $p < 0,05$.

Tabela 5 – As dimensões da síndrome de *burnout* entre os níveis de atuação dos profissionais do setor de internação pediátrica do Hospital Universitário.

Dimensão exaustão emocional				
Variáveis	Mediana	Média	Desvio-padrão	p-valor
Nível de atuação				
Auxiliar	13,00	15,38	14,16	0,254
Técnico	14,00	12,77	6,35	
Superior	17,00	22,27	15,57	
Dimensão realização profissional				
Nível de atuação				
Auxiliar	44,00	41,88	7,28	0,126
Técnico	39,00	37,77	5,75	
Superior	40,00	39,00	5,26	
Dimensão despersonalização				
Nível de atuação				
Auxiliar	0,50	2,00	3,16	0,347
Técnico	2,00	2,31	2,50	
Superior	2,00	3,93	4,50	

de
Wallis, onde $p < 0,05$.

Teste
Kruskal-

No entanto, consideramos relevante a informação sobre o tempo de atuação no Hospital Universitário, que apesar de não apresentar correlação, indicou que os profissionais que atuam há mais tempo nesse hospital atribuíram maiores escores em RP ($p=0,084$). (Tabela 6)

Tabela 6 – Correlação entre as dimensões da síndrome de *burnout* e tempo de atuação dos profissionais do setor de internação pediátrica no Hospital Universitário.

Dimensões da Síndrome de <i>Burnout</i>	Tempo de atuação no HUCAM	
	Coefficiente de correlação	p-valor
Exaustão emocional	-0,027	0,876
Realização profissional	0,292	0,084
Despersonalização	-0,166	0,334

Parece que o fato de desenvolverem suas atividades laborais no HUCAM tem um valor e um significado muito forte entre esses profissionais. Muitos deles vivenciaram nesse ambiente sua formação acadêmica e relatam sentimentos de pertencimento a este lugar.

[...] Eu estou no aqui desde o meu retorno da residência. Eu terminei medicina em 84, fui fazer residência e em 87 eu já estava aqui. Eu estou sempre aqui. Não sei o que é ficar fora daqui. Eu só saí para fazer residência, mestrado e doutorado. Então se eu contar a faculdade, estou aqui desde 79. (P6)

[...] Uma relação de tantos anos aqui dentro, todo mundo me conhece, a direção, todos eles. Então é uma relação boa, a maioria é um pessoal que tá aqui há muitos anos. Muitos deles estão aqui desde quando eu era interna. Então eles me viram estudante. É uma relação muito boa, de muita cumplicidade. (P6)

[...] como eu fui aluna daqui, eu já conhecia todos os outros professores que passaram a ser agora colegas de trabalho, mas, a gente chega cheio de ideologia e nossa, eu me senti realizada, que era o meu sonho voltar a trabalhar na casa onde eu fui formada[...] (P1)

[...] Eu me adaptei muito bem aqui, até porque quando eu estudei, já estudei aqui no hospital. Então eu sentia como se fosse a minha casa aqui, nunca tive dificuldades de trabalhar aqui, conheço as pessoas assim, há muitos anos. (P15)

Os relatos desses participantes indicam a boa relação estabelecida entre a maioria das pessoas; muitas participaram da concepção do setor e iniciaram suas atividades profissionais nesse local; outras construíram toda a sua trajetória acadêmica e profissional ao lado de muitas pessoas que ali trabalham até hoje.

As relações interpessoais são marcadas pela colaboração e cumplicidade entre muitos profissionais que atuam nesse setor, mas essa percepção não é unânime. Alguns entrevistados relatam que o relacionamento é bom, mas não há plena interação entre os profissionais.

Entre as falas que pontuaram aspectos positivos e negativos no cotidiano de trabalho do referido setor emergiram elementos, como a liberdade, o ritmo de trabalho, a divisão de tarefas, o controle sobre seu trabalho e as relações interpessoais, que parecem repercutir positivamente no trabalho desses profissionais.

Por outro lado, como um dos aspectos que mais contribuem para o esgotamento físico e psíquico, os participantes ressaltam a precariedade da estrutura física e material do Hospital Universitário:

[...] Na época que eu entrei chovia dentro da enfermaria, os pacientes tinham risco de choque, a fiação e os banheiros não

funcionavam, nem para o médico plantonista, ele não tinha banheiro porque as descargas não funcionavam. Então cada vez que chovia inundava todos, faltava medicação, faltava lençol, você pedir exame, não tinha. (P1)

[...] A qualidade em si no trabalho, equipamentos, qualidade em geral. Seringa a qualidade tá zero, ou menos 1. Tá muito ruim a qualidade. É teto caindo, já caiu quatro vezes. Então eu fico triste com isso. Não gosto de ver falando mal do serviço público, mas tá acontecendo muita coisa, muita coisa. (P36)

[...] As condições de trabalho não são boas. Fisicamente se a gente for falar, o prédio é bonito, bem pintadinho, mas eu não tenho condições de dar a assistência que eu gostaria de dar, porque faltam recursos humanos. Um dos fatores que mais estressa a gente é a falta de recursos humanos. Falta mão de obra, equipamento, material. (P15)

Essas são as condições de trabalho elencadas por nossos entrevistados como fonte de desconforto, que emergiram não só entre os participantes dessa pesquisa, mas ecoam pelos corredores ao longo dos plantões, por meio de queixas, frustrações e insatisfações cotidianas. A despeito das queixas, esse eco é permeado pelo reconhecimento da importância do trabalho que executam, por seu valor social e por gostarem imensamente do que fazem.

No interstício entre a dualidade que marca o discurso desses participantes - do desconforto ao gosto pelo trabalho realizado -, perpassam uma série de elementos advindos das condições e da organização do trabalho, que podem ter contribuído, tanto positiva quanto negativamente, para o delineamento das dimensões da síndrome de *burnout*.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O cotidiano de trabalho dos participantes desta pesquisa revelou a influência de aspectos positivos e negativos da organização do trabalho na dinâmica das dimensões da síndrome de *burnout*.

Nesse cenário, encontramos a maioria dos profissionais com baixo risco para o desenvolvimento de *burnout*, com destaque para o baixo risco detectado nas dimensões exaustão emocional e despersonalização.

Apontamos como elementos positivos presentes na organização do trabalho a divisão de tarefas, a colaboração entre os colegas, o dimensionamento da jornada e das folgas e as relações interpessoais.

Todavia, aspectos da situação de trabalho que parecem ter influenciado no médio risco encontrado na dimensão realização profissional foram a baixa percepção quanto à participação e intervenção nas ações de planejamento e nos processos decisórios que envolvem principalmente o Hospital Universitário.

Os profissionais elegeram o sucateamento do Hospital Universitário como fonte de desconforto relacionada ao trabalho, sobretudo quanto à estrutura física, recursos humanos e materiais. Esses elementos fluíram ao longo do discurso dos entrevistados e realçaram a relação entre a condição e a organização do trabalho com a saúde do trabalhador.

Uma observação digna de nota é que os relatos de desconforto, insatisfação, frustração e esgotamento tornavam-se menos relevantes nos momentos em que emergiam as falas sobre a imensa satisfação e o amor pelo que fazem. Nas entrevistas, podemos observar que essa percepção e a situação

de trabalho favorável em muitos aspectos, traz para esses profissionais a clareza sobre o sentido de seu trabalho.

Destacamos, no entanto, que esse possível equilíbrio entre a organização do trabalho e os trabalhadores é dinâmico. A visão dos níveis de risco de *burnout* entre alto e moderado, principalmente na dimensão realização profissional, parece demonstrar esse movimento.

Conhecer o panorama dessas dimensões em todos os níveis de risco, bem como apreender da situação de trabalho os elementos envolvidos nesse processo, possibilita o desenvolvimento de ações preventivas e de intervenções necessárias às condições e organização do trabalho. Essas intervenções são capazes de promover mudanças na unidade hospitalar, micro ou macropolíticas, com o objetivo de propiciar um trabalho livre das amarras e artimanhas que têm contribuído para o adoecimento dos profissionais de saúde em hospitais universitários.

5. REFERÊNCIAS

BENEVIDES-PEREIRA, A. MBI-Maslach *Burnout* Inventory e suas adaptações para o Brasil. In: **Anais da 32ª Reunião Anual de Psicologia**. Rio de Janeiro: Editora, 2001. p. 84-85.

_____. ***Burnout: quando o trabalho ameaça o bem-estar do trabalhador***. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002.

BORGES, L. O. ARGOLO, J. C. T., PEREIRA, A. L. S., MACHADO, E. A. P., SILVA, W. C. A síndrome de *burnout* e os valores organizacionais: um estudo comparativo em hospitais universitários. **Psicologia: reflexão e crítica**. Porto Alegre, v. 15, n. 1, p. 189-200, 2002.

BORGES, L. O. **Os profissionais de saúde e seu trabalho**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE NO BRASIL. **Doenças relacionadas ao trabalho: manual de procedimentos para os serviços de saúde**. Brasília: Editora MS, 2001.

CARLOTTO, M. S.; CAMARA, S. G. Análise fatorial do Maslach *Burnout* Inventory (MBI) em uma amostra de professores de instituições particulares. **Rev.Psicologia em Estudo**. Maringá, v. 9, n. 3, 2004.

DEJOURS, C.; ABDOUCHELI, E.; JAYET, C. Itinerário teórico em psicopatologia do trabalho. In: DEJOURS, C; ABDOUCHELI, E.; JAYET, C. **Psicodinâmica do trabalho: contribuições da escola dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho**. São Paulo: Atlas, 2008. 145p.

DEJOURS, C.; DESSORS, D.; DESRIAUX, F. Por um trabalho, fator de equilíbrio. **Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v. 33, n. 3, p. 98-104, 1993.

DIAS, S.; QUEIRÓS, C.; CARLOTTO, M. S. *Síndrome de burnout e fatores associados em profissionais da área da saúde: um estudo comparativo entre Brasil e Portugal*. **Aletheia**, Canoas, n. 32, p. 4-21, 2010.

EZAIAS, G. M.; HADDAD, M. D. C. L.; VANNUCHI, M. T. O. Manifestações psicocomportamentais do *Burnout* em trabalhadores de um hospital de média complexidade. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste-Rev Rene**, Fortaleza, v. 13, n. 1, 2012.

FELICIANO, K. V. D. O.; KOVACS, M. H.; SARINHO, S. W. Feelings of paediatric emergency service professionals: reflexions on *burnout*. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 5, n. 3, p. 319-328, 2005.

FRANÇA, F. M.; FERRARI, R. Síndrome de *Burnout* e os aspectos sócio-demográficos em profissionais de enfermagem. **Acta Paul Enferm**, São Paulo, v.

25, n. 5, p. 743-8, 2012.

FRANCO, T.; DRUCK, G.; SELIGMANN-SILVA, E. As novas relações de trabalho, o desgaste mental do trabalhador e os transtornos mentais no trabalho precarizado. **Rev. bras. saúde ocup**, São Paulo, v. 35, n. 122, p. 229-248, 2010. Disponível em :< <http://www.scielo.br/pdf/rbso/v35n122/a06v35n122.pdf> >. Acesso em: 7 abr. 2012.

FREUDENBERGER, H. J. Staff burn-out. **Journal of social issues**, v. 30, n. 1, p. 159-165, 1974.

GIL-MONTE, P. R.; PEIRÓ, J. M. **Desgaste psíquico en el trabajo: el síndrome de quemarse**. Madrid: Síntesis, 1997.

GUIDO, L. A.; GOULART, C. T.; SILVA, R. O. M.; LOPES, L. F. D.; FERREIRA, E. M. Estresse e *Burnout* entre residentes multiprofissionais. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 20, n. 6, p. Tela 1-Tela 8, 2012.

JARDIM, S. R.; RAMOS, A.; SILVA FILHO, J.F **O diagnóstico de *burnout* na atenção em saúde mental dos trabalhadores. Cenários do trabalho: subjetividade, movimento e enigma**. Rio de Janeiro: DP&A, 2004.

MACHADO, M. H.; WERMELINGER, M.; TAVARES, M. F. L.; MOYSES, N. M. N.; TEIXEIRA, M.; OLIVEIRA, E. S. **Análise da força de trabalho do setor saúde do Brasil: focalizando a feminização. Observatório de Recursos Humanos**. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, 2006.

MACHADO, M. H.; OLIVEIRA, E.; MOYSES, N. M. N. Tendências do mercado de trabalho em saúde no Brasil. In: PIERANTONI, C.; DAL POZ, M. R.; FRANÇA, T. (Org.). **O Trabalho em Saúde: abordagens quantitativas e qualitativas**. 1. ed. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, 2010. p. 103-116.

MAGALHÃES, R. A. C.; GLINA, D. M. R. Prevalência de *Burnout* em médicos de um Hospital Público de São Paulo. **Saúde, Ética & Justiça**, São Paulo, v. 11, n. 1/2, p. 29-35, 2006.

MALLMANN, C. S., PALAZZO, L. S., CARLOTTO, M. S.; CASTRO, O. R. G. Fatores associados à síndrome de *burnout* em funcionários públicos municipais. **Psicologia: teoria e prática**, São Paulo, v. 11, n. 2, p. 69-82, 2009.

MASLACH, C. Job *Burnout* New Directions in Research and Intervention. **Current directions in psychological science**, San Francisco, v. 12, n. 5, p. 189-192, 2003.

MASLACH, C.; JACKSON, S.; LEITER, M. P. **Maslach *burnout* inventory manual**, 1996

MASLACH, C.; LEITER, M. P. **Trabalho: fonte de prazer ou desgaste: guia para vencer o estresse na empresa**. Campinas: Papyrus, 1999.

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

MENEGAZ, F. D. L. **Características da incidência de *burnout* em pediatras de uma organização hospitalar pública**. Florianópolis, 2004. 85 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Centro de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal de Santa Catarina.

MENEGHINI, F.; PAZ, A. A.; LAUTERT, L. Fatores ocupacionais associados aos componentes da síndrome de *Burnout* em trabalhadores de enfermagem. **Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 20, n. 2, p. 225-233, 2011.

MERHY, E. E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec, 2002.

MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F.; CRUZ NETO, O.; GOMES, R. **Pesquisa Social: Teoria, Método E Criatividade**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2009.

MOULIN, M. D. G. B. De heróis e de mártires: visões de mundo e acidente de trabalho no setor de rochas ornamentais. **Cadernos de Psicologia Social do Trabalho**, São Paulo, v. 10, n. 1, p. 37-53, 2007.

MUROFUSE, N. T.; ABRANCHES, S. S.; NAPOLEÃO, A. A. Reflexões sobre estresse e *Burnout* e a relação com a enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 2, p. 255-261, 2005.

NOGUEIRA, R. P.; SANTANA, J. O trabalho em serviços de saúde. In: SANTANA J.P. (organizador). **Desenvolvimento gerencial de unidades básicas do Sistema Único de Saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2000. p. 129-136.

PALAZZO, L. S.; CARLOTTO, M. S.; CASTRO, D. R. G. Síndrome de *Burnout*: estudo de base populacional com servidores do setor público. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, n. 6, p. 1066-73, 2012.

PAREDES, O.; SANABRIA, P. Prevalencia del síndrome de *burnout* en residentes de especialidades médico quirúrgicas, su relación con el bienestar psicológico y con variables sociodemográficas y laborales. **Revista Médica**, Bogotá, v. 16, n. 1, p. 25-32, 2008.

RAMIREZ, A.; RAMIREZ, A. J.; GRAHAM, I.; RICHARDS, M. A.; CULL, A.; GREGORY, W. M. Mental health of hospital consultants: the effects of stress and satisfaction at work. **The Lancet**, v. 347, n. 9003, p. 724-728, 1996.

ROCHA, C. S. A.; SILVA, C. B., GOMES NETO, M.; MARTINEZ, B. P. Alterações osteomusculares em técnicos de enfermagem em um ambiente hospitalar. **Revista Pesquisa em Fisioterapia**, Salvador, v. 3, n. 1, p. 3-12, 2013.

SELIGMANN-SILVA, E. **Trabalho e desgaste mental: o direito de ser dono de si mesmo**. São Paulo: Cortez 2011.

_____. Psicopatologia no trabalho: aspectos contemporâneos. In: **CONGRESSO INTERNACIONAL SOBRE SAÚDE MENTAL NO TRABALHO**, 2007, Goiânia. Disponível em: <http://www.prt18.mpt.gov.br>. Acesso em: 10 dez. 2010.

SELIGMANN-SILVA, E.; MENDES, R. Psicopatologia e psicodinâmica do trabalho. In: MENDES, R. (Org.). **Patologia do trabalho**. Rio de Janeiro: Atheneu, 1999. p. 287-310.

SILVA JÚNIOR, J. S. *Afastamento do trabalho por transtornos mentais e fatores associados: um estudo caso-controle entre trabalhadores segurados da Previdência Social*. São Paulo, 2012. 110 p. Dissertação (Mestrado em Saúde Ambiental) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo.

TAMAYO, R. **Relação entre a síndrome de *burnout* e os valores organizacionais no pessoal de enfermagem de dois hospitais públicos**. Distrito Federal, 1997. 141 p. Dissertação de mestrado não publicada (Mestrado em Psicologia) – Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília,.

VIEIRA, I. Conceito(s) de *burnout*: questões atuais da pesquisa e a contribuição da clínica. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 35, n. 122, p. 269-276, 2010.

ARTIGO 3 – ANÁLISE QUALITATIVA DAS QUESTÕES DO MASLACH *BURNOUT* INVENTORY (MBI) RESPONDIDAS PELOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DO SETOR PEDIÁTRICO DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO.

Resumo

As transformações no mundo do trabalho têm repercutido nos modos de produção e na relação do trabalhador com seu trabalho. As inovações introduzidas pelo modelo gerencialista contribuiu para a desvalorização do serviço público e a precarização do trabalho no setor saúde. As repercussões na saúde dos trabalhadores têm motivado as pesquisas sobre a relação entre trabalho e saúde mental. Dentre os transtornos mentais que mais crescem mundialmente destaca-se a síndrome de *burnout* (SB). O instrumento mais utilizado para avaliá-la é o *Maslach Burnout Inventory* (MBI). *Objetivo:* Apreender os elementos da situação de trabalho que elucidaram as respostas ao MBI. *Metodologia:* Foi utilizada a abordagem qualitativa (observação participante, entrevistas individuais e notas de campo) e a quantitativa (questionário sociodemográfico e o MBI). *Resultados e Discussão:* Os dados apontaram baixo risco para SB. A organização de trabalho apresentou elementos positivos, mas não isentos de conflitos e desconfortos. Apesar dos problemas, o trabalho é balizado por carga horária adequada, ritmo de trabalho satisfatório, reconhecimento, fortalecidas relações de cooperação e confiança. Destaca-se o perfil dos trabalhadores: fortemente vocacionados, identificados com sua profissão, conscientes e realizados pelo valor social de seu trabalho. *Conclusão:* Considerando o caráter processual da SB, ressaltamos que os resultados retratam o momento da avaliação da SB sob tais condições e organização de trabalho. Assim, apreender a relação entre trabalho e SB requer uma avaliação processual, e cabe aos atores envolvidos nos processos de trabalho do HU construir as mudanças na direção de melhores condições de trabalho e saúde.

Palavras-chave: Organização do Trabalho. Síndrome de *Burnout*. *Maslach Burnout Inventory*. Saúde do trabalhador.

QUALITATIVE ANALYSIS OF THE ANSWERS GIVEN TO THE MASLACH *BURNOUT* INVENTORY (MBI) BY PEDIATRIC HEALTH WORKERS IN AN ACADEMIC HOSPITAL

Abstract

Changes in the working organization and culture have deeply affected the mode of production and the workers' job satisfaction. Innovations brought about by managerialist approaches have contributed to undervaluing the public sector in general, and health workers have been particularly affected. This has encouraged a number of studies on the relationship between mental health and job satisfaction. Among work-related mental disorders, *burnout* syndrome (BS) has become increasingly common. The *Maslach Burnout Inventory* (MBI), a 22-item survey aimed at assessing professional *burnout*, is the main research instrument used in *burnout*-related studies. **AIM** To analyze the occupational organization in an academic hospital *vis à vis* the MBI answers given by pediatric health workers. **METHODOLOGY:** Qualitative (participant observation, one-to-one interviews and field notes) and quantitative (sociodemographic questionnaire and MBI) approaches were combined. **RESULTS AND DISCUSSION** Participants were at low risk for *burnout* and an overall positive working organization was detected, though minor conflicts and distress were reported. Satisfactory workload and pace, together with professional acknowledgment, collaborative work and trust characterized the working environment. Health workers at the institution can be described as devoted to work, carrying strong work identity, critically aware and fulfilled by their work. Since BS is a dynamic process, it should be stressed that these findings portrait the situation at the time of assessment, under that particular working organization. Thus, assessing BS in the workplace requires a process evaluation, and changes towards improved occupational health and job satisfaction should be undertaken by all agents involved in the process.

KEY WORDS -: Working Organization. *Burnout Syndrome* . *Maslach Burnout Inventory*. Occupational health.

ANÁLISIS CUALITATIVO DE LAS RESPUESTAS ATRIBUIDAS AL MASLACH BURNOUT INVENTORY (MBI) POR LOS PROFESIONALES DEL SECTOR PEDIÁTRICO DE UN HOSPITAL UNIVERSITARIO.

Resumen

Las transformaciones en el mundo del trabajo han repercutido en los modos de producción y en la relación del trabajador con su trabajo. Las innovaciones introducidas por el modelo gerencial contribuyen a la desvalorización del servicio público y la precariedad del trabajo en el sector salud. Las repercusiones en la salud de los trabajadores han motivado a que se hagan investigaciones sobre la relación entre trabajo y salud mental. Entre los trastornos mentales que más crecen mundialmente, se destaca el síndrome de *burnout* (SB). El instrumento más utilizado para evaluarlo es el *Maslach Burnout Inventory (MBI)*. *Objetivo:* Comprender los elementos de la situación de trabajo que explicaron las respuestas al MBI. *Metodología:* Se utilizó el abordaje cualitativo (observación participante, entrevistas individuales y notas de campo) y la cuantitativa (cuestionario sociodemográfico y el *MBI*). *Resultados y Discusiones:* Los datos mostraron bajos riesgos de SB. La organización de trabajo mostró elementos positivos, pero no exentos de conflictos y malestares. A pesar de los problemas, el trabajo es marcado por carga horaria adecuada, ritmo de trabajo satisfactorio, reconocimiento, relaciones fortalecidas de cooperación y confianza. Se destaca el perfil de los trabajadores: vocación definida, identificados con su profesión, conscientes y realizados por el valor social de su trabajo. *Conclusión:* Considerando el carácter procesal de la SB, destacamos que los resultados retratan el momento de la evaluación de la SB bajo tales condiciones y organización del trabajo. De esta manera, comprender la relación entre trabajo y SB requiere una evaluación procesal, y cabe a los actores involucrados en los procesos de trabajo del HU construir los cambios para mejores condiciones de trabajo y salud.

Palabras clave: Organización del Trabajo. Síndrome de *Burnout*. *Maslach Burnout Inventory*. Salud del trabajador.

1. INTRODUÇÃO

As transformações ocorridas nas últimas décadas no mundo do trabalho têm repercutido nos modos de produção e na relação do trabalhador com o seu trabalho. A consolidação do capitalismo foi marcada por mudanças no setor industrial que envolveu a qualificação do trabalhador, as inovações tecnológicas, os modos de organização do trabalho, as formas de controle sobre os trabalhadores, a intensificação do trabalho, a máxima eficiência, a produtividade, configuradas nos modelos taylorista, fordista, toyotista e gerencialista. (MERLO e LÁPIS, 2005; CALGARO, 2011). Inicialmente focados no setor industrial, os modelos propostos de organização e gestão do trabalho disseminaram-se nos diversos setores da indústria, comércio e serviços das esferas privadas e públicas.

No Brasil, a partir da década de 1990, o gerencialismo no serviço público foi introduzido com base no Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado, configurando como ação prioritária o enxugamento da máquina estatal, sob a bandeira do máximo de eficiência e eficácia na prestação de serviços (CALGARO, 2011).

O modelo gerencialista caracteriza-se por alguns princípios básicos, como o culto ao desempenho e a excelência, à motivação, ao empreendedorismo, com vistas a garantir o máximo de controle, eficiência, competitividade e cumprimento das metas estabelecidas pela organização do trabalho. O gerencialismo propagou-se por todos os setores da economia de tal forma que:

Resultados financeiros, lucro e eficiência empresarial passaram a figurar como sujeito das práticas de gestão, em detrimento da saúde, do bem-estar e da qualidade de vida física, social e psicológica dos trabalhadores. Submersos a esse cotidiano de trabalho, a doença e o sofrimento humano prevaleceram, remetendo o planeta ao surgimento de um mundo que não apenas privilegiava a destruição ambiental e ecológica, mas que se torna cada vez mais injusto, materialista, imediatista e consumista. (CALGARO, 2011, p.179)

Na busca de resultados econômicos positivos, pautados na eficiência do atendimento aos usuários, o gerencialismo trouxe ferramentas próprias da iniciativa privada à gestão pública brasileira. A adoção desse modelo gerencial acarretou, na opinião de Calgato (2011), consequências desastrosas para os trabalhadores do setor público, sobretudo em função da adoção de práticas, como flexibilização do horário de trabalho em benefício da empresa; pressão por resultados e excelência na prestação de serviços por meio do estabelecimento de metas e intensificação do trabalho; crescente exigência de novas habilidades; e crítica redução de investimentos em pessoal, infraestrutura, materiais e equipamentos (CALGARO, 2011). Esse conjunto de estratégias adotadas contribuiu para a desvalorização do serviço público e a precarização do trabalho também no setor saúde.

Segundo Merhy (2002), as inovações introduzidas nos sistemas produtivos provocaram profundas mudanças nos processos de trabalho em saúde, nos modos de gestão do trabalho e na forma de produzir o cuidado em saúde. As repercussões dessas transformações na saúde dos trabalhadores têm motivado os pesquisadores a ampliarem o olhar sobre a relação entre a organização do trabalho e a saúde mental.

No ano de 2010, os transtornos mentais e comportamentais ocuparam a 3ª principal causa de concessão de benefícios previdenciários no Brasil (SILVA JUNIOR, 2012). Os transtornos do ciclo vigília-sono e a síndrome de *burnout* figuram entre os transtornos mentais decorrentes dos processos de trabalho mais prevalentes nos últimos anos (FRANCO, DRUCK e SELIGMANN-SILVA, 2010).

Fundamentada na perspectiva sociopsicológica, proposta por Maslach, a síndrome de *burnout* é definida como um fenômeno psicossocial decorrente de uma resposta crônica aos estressores interpessoais ocorridos na situação de trabalho. Trata-se de uma experiência individual específica do contexto do trabalho, não um problema do indivíduo (BENEVIDES-PEREIRA, 2002; MASLACH et al. 2005; CARLOTTO e GOBBI, 2000; VIEIRA, 2010).

A revisão de literatura realizada por Jardim, Silva Filho e Ramos (2004), abrangendo 20 anos de pesquisa sobre *burnout*, de 1980 a 2001, aponta que a síndrome tem sido descrita como “*resultante da vivência profissional em um contexto de relações sociais complexas, envolvendo a representação que a pessoa tem de si e dos outros*” (p. 74). Em algum momento, o trabalhador, antes muito envolvido com seus pacientes ou com o próprio trabalho, desgasta-se, perde a energia e o encantamento. Nas palavras de Jardim, Silva-Filho e Ramos (2004, p.74), “o trabalhador perde o sentido de sua relação com o trabalho, desinteressa-se e qualquer esforço lhe parece inútil”.

A descoberta e a definição de *burnout* não partiram de uma proposta teórica prévia, mas desenvolveu-se baseada nos resultados de vários anos de pesquisa exploratória, como apontam Maslach e Schaufeli (1993). As investigações realizadas concluíram que a definição de *burnout* é

multidimensional, compreendendo um conjunto de três dimensões essenciais que especificam e demarcam a síndrome: a exaustão emocional (EE), a despersonalização (DE) e a perda da realização profissional (RP) (MASLACH, SCHAUFELI e LEITER, 2001).

A primeira manifestação da síndrome, muitas vezes percebida pelos trabalhadores por um intenso cansaço mental, é a exaustão emocional. Essa dimensão é caracterizada por cansaço extremo, sensação de falta de disposição para enfrentar o dia de trabalho, incapacidade de recuperar-se para o dia seguinte, esvaziamento afetivo.

A avaliação da exaustão emocional busca identificar nos trabalhadores o esgotamento emocional para o trabalho; a sensação de estar no limite de suas possibilidades; a percepção de alta demanda de tarefas; os sentimentos de cansaço extremo ao término da jornada, de exaustão decorrente do trabalho direto com pessoas por tempo prolongado e de frustração pelo trabalho realizado (MASLACH, SHAUFELI e LEITER, 2001; JARDIM, SILVA-FILHO e RAMOS, 2004; GUIDO et al., 2012).

A segunda dimensão, a despersonalização, é uma manifestação específica da síndrome de *burnout*, caracterizada pela adoção de atitude de insensibilidade ou hostilidade em relação às pessoas que receberão o serviço/cuidado (MASLACH, SHAUFELI e LEITER, 2001). Como pontua Selligmann-Silva (2011, p.525): “[...] instala-se o desinteresse pelo trabalho, tudo que anteriormente ‘*movia a alma*’ passa a ser indiferente ou irritante”. (grifo da autora)

Essa dimensão abrange o aspecto relacional e envolve atitudes de descrença, distância, frieza e indiferença em relação ao trabalho e às pessoas

relacionadas a esse ambiente, incluindo a equipe, pacientes e seus acompanhantes. Na avaliação dessa dimensão, buscam-se identificar indicadores sobre a relação do trabalhador com seus pacientes e colegas: se os trata como se fossem objetos; se ele tem se tornado insensível às pessoas que assiste; se experimenta sentimentos de culpa pelos problemas de seus pacientes; e se o trabalho que realiza o tem tornado uma pessoa emocionalmente mais endurecida.

Na dimensão realização profissional, o trabalhador experimenta uma redução do seu envolvimento pessoal no trabalho, ineficiência, incapacidade, dificuldade de concentração e queda no desempenho. A perda da realização profissional, que se traduz em sentimentos de incompetência e de frustração pessoal e profissional, abrange a autopercepção do profissional em relação ao seu trabalho. Ao avaliar essa dimensão, procura-se identificar indicadores de que o profissional entende com facilidade as necessidades do paciente; consegue criar uma atmosfera tranquila no ambiente de trabalho; sente-se estimulado após a realização do trabalho; consegue lidar de forma eficaz com os problemas das pessoas assistidas; percebe a influência positiva que exerce na vida das pessoas em função do seu trabalho (MASLACH, SHAUFELI e LEITER, 2001; MASLACH e JACKSON, 1981).

Freudenberger (1974) identificou que dois tipos de pessoas estão mais expostas ao *burnout*: as dinâmicas, propensas a assumir funções de liderança ou de grande responsabilidade; as idealistas, que se empenham para alcançar metas desafiadoras, profundamente entusiastas e dedicadas ao trabalho (SELIGMANN-SILVA, 2007). Esses profissionais identificados por Freudenberger, como bem ressalta Selligmann-Silva (2011), possuíam muitas vezes uma história pessoal

que evidenciava a atribuição de uma verdadeira missão; mantinham expectativas grandiosas em relação ao seu trabalho e à recompensa que esperavam merecer; dispunham, ainda, de uma consciência sobre o sentido social e humano de suas atividades (PITTA, 1994; SELIGMANN-SILVA, 2007).

Esse caráter vocacional das profissões de saúde advém da construção histórica do ato de cuidar dos enfermos. Pitta (1994) reforça que essa vocação foi situada no âmbito da religião, e não da ciência e da técnica, e atribui aos atos e atividades socialmente reconhecidos, inerentes ao ato de cuidar e ao valor de natureza moral e ética, os mecanismos pelos quais a “vocação” para o trabalho se institui e se mantém, apesar do trabalho duro e penoso. Essas dimensões estão fortemente presentes na formação do exercício profissional na área da saúde.

Freudenberger (1974) observou que profissionais cujo objeto de trabalho era o cuidado e a assistência, que possuíam como característica marcante esse elemento vocacional e a percepção do trabalho configurada como uma missão eram mais suscetíveis à síndrome de *burnout*. A conexão entre a síndrome de *burnout* e o trabalho configurado como missão é apontada por Seligmann-Silva (2011, p.52): “[...] no caso de burnout o que se torna característico é a perda da perspectiva de concretizar algo que tinha se configurado como missão”. Nessa perspectiva, podemos entender que elementos envolvidos na relação do profissional com o seu trabalho podem deteriorar o valor social e o sentido do trabalho, contribuindo para o desenvolvimento da síndrome de *burnout*. Muitos estudos têm procurado identificar e estabelecer relações entre os elementos da organização do trabalho que podem produzir o adoecimento ou promover a saúde dos trabalhadores da área da saúde.

Segundo Jardim, Silva-Filho e Ramos (2004), os fatores associados ao *burnout* são mais complexos do que aparentam. Eles compõem um conjunto de condições inter-relacionais no mundo do trabalho: a organização e as condições de trabalho, as relações estabelecidas com a equipe e colegas, a identificação e satisfação com o trabalho. Para os autores, os fatores que podem predispor à síndrome de *burnout* são o papel conflitante, a perda de controle ou autonomia, a ausência de suporte social, a situação de sobrecarga e a frustração no trabalho.

Uma revisão realizada por Castro (2010), sobre o processo de desenvolvimento de *burnout* menciona estudos em que se verificou a exaustão emocional regularmente associada a altas demandas de trabalho – sobrecarga, pressão de tempo, conflitos e ambiguidades de papel; e as dimensões despersonalização e perda da realização profissional frequentemente associadas a baixos recursos – baixa autonomia, pouco ou nenhum poder de decisão e falta de suporte de colegas e chefia.

O estudo de Maslach e Leiter (1999) apontou que as dimensões de *burnout* estão relacionadas às altas demandas de trabalho e aos poucos recursos. Além dos citados pelos autores acima, somam-se o aumento da complexidade das tarefas e a falta de recompensa e de reconhecimento.

A síndrome de *burnout* também está relacionada a condições negativas, que abrangem as seguintes dimensões, segundo Vieira (2010): a- Nível socioeconômico: absenteísmo, queda de produtividade e aposentadoria precoce; b- Saúde Física: aumento do risco cardiovascular, alterações fisiológicas, metabólicas, do sistema imune, além de distúrbios musculoesqueléticos; c- Saúde Mental: associação com ansiedade, depressão, abuso do álcool.

É importante destacar que a organização e as condições do trabalho podem tanto propiciar o adoecimento quanto influenciar positivamente na saúde dos trabalhadores. A pesquisa de Monteiro (2010) indicou que, no contexto de trabalho em que o reconhecimento e a valorização estiveram presentes, houve uma maior percepção da satisfação com o trabalho e um impacto positivo na saúde do trabalhador.

Essa percepção do trabalho na promoção da saúde é também apontada por Seligmann-Silva (2003) ao considerar, para o profissional de saúde, o trabalho hospitalar associado a valores sociais e éticos de grande alcance relacionados à vida, ao alívio de sofrimento e à recuperação da saúde.

Avaliação da Síndrome de *Burnout*

A partir da década de 1980, à medida que crescia o interesse sobre a investigação da síndrome de *burnout* – suas dimensões e as consequências para a saúde do trabalhador aumentaram as pesquisas envolvendo uma gama variada de profissionais, principalmente os dedicados à assistência e ao cuidado com outras pessoas.

Concomitante ao crescente desenvolvimento da investigação científica sobre o tema, Maslach e Jackson desenvolveram, a partir dos resultados de uma série de estudos exploratórios, uma escala de medida para o *burnout*, o “Maslach *Burnout* Inventory” – MBI. A partir da evolução das pesquisas sobre a síndrome de *burnout*, outras escalas foram criadas e propostas para a avaliação da

síndrome⁴. Segundo Gil-Monte e Peiró (1999), embora existam outros instrumentos que avaliam *burnout* em populações gerais ou categorias específicas, o MBI é o mais utilizado atualmente pela comunidade científica internacional, independentemente das características ocupacionais da amostra e de sua origem.

Trata-se de um questionário, composto por 22 questões a serem respondidas por meio de uma escala do tipo Likert: “0” como “nunca”, até “6” como “todos os dias”, com duas versões semelhantes, uma para profissionais da saúde (MBI-HSS, Human Services Survey) e outra para docentes (MBI-ES, Educators Survey), diferindo apenas nos itens relativos aos usuários aos quais as atividades são direcionadas: pacientes ou alunos.

Maslach, Jackson e Leiter (1996) a 3ª edição do inventário, denominado GS – General Survey, com apenas 16 itens e empregado a todas as profissões, indistintamente (BENEVIDES-PEREIRA, 2002). Entretanto, o MBI ainda é a versão mais utilizada para fins de avaliação da síndrome.

As três dimensões da síndrome de *burnout* são avaliadas por meio de um bloco de questões, em que constam, especificamente, os aspectos envolvidos nessa síndrome. A escala do tipo Likert varia de zero a seis, sendo: (0) nunca, (1) uma vez ao ano ou menos, (2) uma vez ao mês ou menos, (3) algumas vezes no mês, (4) uma vez por semana, (5) algumas vezes por semana e (6) todos os dias.

A dimensão exaustão emocional é avaliada pelas questões de 1 a 9, que buscam identificar a frequência com que o trabalhador percebe tais afirmativas: Sinto-me esgotado/a ao final de um dia de trabalho; Sinto-me como se estivesse

⁴ Para informações detalhadas sobre os instrumentos para avaliação da síndrome de *burnout* elaborados a partir do MBI e de outras perspectivas teórico-metodológicas, sugerimos consultar: GIL-MONTE, P.R.; JIMÉNEZ, B.M. El Síndrome de Quemarse por el Trabajo (*BurnoutBurnout*). 2007. Ed. Pirâmide, p.49-58.

no meu limite; Sinto-me emocionalmente exausto/a com meu trabalho; Sinto-me frustrado/a com meu trabalho; Sinto-me esgotado/a com o meu trabalho; Sinto que estou trabalhando demais neste emprego; Trabalhar diretamente com pessoas me deixa muito estressado/a; Trabalhar com pessoas o dia todo me exige um grande esforço; Sinto-me cansado a quando me levanto de manhã e tenho que encarar outro dia de trabalho.

As questões de número 10 a 17 avaliam a dimensão realização profissional por meio da frequência atribuída às seguintes afirmativas: Sinto-me cheio de energia; Sinto-me estimulado/a depois de trabalhar em contato com os pacientes; Sinto que posso criar um ambiente tranquilo para os pacientes; Sinto que influencio positivamente a vida dos outros através do meu trabalho; Lido de forma adequada com os problemas dos pacientes; Posso entender com facilidade o que sentem os pacientes; Sinto que sei tratar de forma tranquila os problemas emocionais no meu trabalho; Tenho conseguido muitas realizações em minha profissão.

Por fim, a dimensão despersonalização é avaliada pelas questões de 18 a 22, que afirmam: Sinto que os pacientes culpam-me por alguns dos seus problemas; Sinto que trato alguns pacientes como se fossem objetos; Tenho me tornado mais insensível com as pessoas desde que exerço este trabalho; Não me preocupo realmente com o que ocorre com alguns dos meus pacientes; Preocupa-me o fato de que este trabalho esteja me endurecendo emocionalmente.

O inventário identifica os níveis de *burnout* de acordo com os escores de cada dimensão. Os altos escores em exaustão emocional e despersonalização e

baixos escores em realização profissional (essa subescala é inversa) indicam alto nível de *burnout*. Gil-Monte e Peiró (1997) reforçam a importância de avaliar o MBI como um construto tridimensional, ou seja, as três dimensões devem ser avaliadas e consideradas a fim de manter sua perspectiva de síndrome (CARLOTTO e CAMARA, 2008).

Esse método avaliativo favoreceu o importante crescimento das pesquisas sobre *burnout*, sobretudo contribuindo para o alto número de desenhos metodológicos com ênfase no estudo epidemiológico. Determinar a epidemiologia da síndrome é crucial para subsidiar ações de prevenção e de assistência à saúde dos trabalhadores.

No entanto, nota-se na literatura uma ausência de critérios claros na determinação dos pontos de corte e também, em alguns estudos, de uma pontuação baseada na soma global das três dimensões, o que desconsidera o caráter tridimensional e o aspecto processual de *burnout* – fatores preponderantes na avaliação da síndrome, segundo o Manual do MBI. Tais distorções têm gerado dados epidemiológicos da síndrome de *burnout* com resultados muito díspares e, por vezes, excessivamente alarmantes (Gil-Monte e Jiménez, 2007). Uma das críticas proferidas por esses autores é que tais distorções dificultam e/ou impossibilitam a aproximação dos dados com a realidade vivenciada no cotidiano de trabalho.

Para uma análise de *burnout* mais ajustada à realidade dos trabalhadores, consideramos imprescindível destacar o aspecto processual da síndrome. O delineamento das suas dimensões ocorre de forma dinâmica, podendo evoluir para alto risco de *burnout* ou retroceder a baixos níveis de risco, conforme

situações de trabalho favoráveis ou não à impressão do saber do trabalhador em seu ofício.

Assim como Gil-Monte e Peiró (1997), entendemos que o MBI é um instrumento confiável para o que se propõe e ainda é o mais utilizado mundialmente nas pesquisas sobre o tema; indagamo-nos, contudo, em que medida a escolha feita pelos trabalhadores nas questões do MBI são balizadas pelas vivências do cotidiano de trabalho no setor pesquisado? Quais elementos da organização do trabalho alinhavam as justificativas atribuídas pelos trabalhadores às questões do MBI?

As pesquisas sobre a síndrome de *burnout* entre profissionais da saúde, talvez pela predominância dos estudos de prevalência, não têm abarcado os aspectos subjetivos envolvidos no desenvolvimento da síndrome sob a ótica dos trabalhadores, por isso, caso não buscássemos descortinar os dados quantitativos para enxergar além dos números, nossa questão de interesse neste estudo não seria plenamente respondida.

Recorremos, assim, à análise qualitativa das questões do Maslach Burnout Inventory (MBI) para apreender a percepção dos trabalhadores sobre elementos do cotidiano de trabalho envolvidos em suas respostas ao instrumento de investigação da síndrome de *burnout*.

2. METODOLOGIA

Este estudo é parte de uma pesquisa sobre a saúde, o cotidiano de trabalho e as dimensões da síndrome de *burnout* em trabalhadores da unidade de internação pediátrica do Hospital Universitário Cassiano Antonio Moraes (HUCAM).

O delineamento do perfil dos participantes e a avaliação dos níveis de risco da síndrome de *burnout* foram determinados pelo questionário sociodemográfico e pelo Maslach Burnout Inventory (MBI)..

A abordagem qualitativa sustentou a pesquisa por meio das estratégias da observação participante, das entrevistas individuais semiestruturadas e do registro no diário de campo, realizado por notas de campo, escritas diariamente. As primeiras observações tiveram por finalidade a familiarização com os profissionais, o contexto do trabalho naquele setor, a rotina de cada categoria profissional, o ambiente e a estrutura da organização do trabalho.

Os critérios de inclusão adotados foram a lotação do participante na divisão de pediatria e sua atuação como profissional de saúde nos níveis auxiliar, técnico ou superior. Após as primeiras aproximações, a pesquisa foi apresentada para cada profissional durante seu turno de trabalho. Na sequência, os interessados tomaram ciência do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), informamos as etapas da pesquisa e dirimimos todas as dúvidas.

Os participantes assinaram o TCLE e receberam os instrumentos da coleta dos dados com as devidas orientações quanto ao preenchimento. Os instrumentos preenchidos foram recolhidos nos plantões subsequentes e, nesse

momento, realizamos o agendamento para as entrevistas individuais, de acordo com a disponibilidade de cada profissional.

As entrevistas semiestruturadas, gravadas e transcritas na íntegra, foram realizadas individualmente em locais reservados, no próprio setor, escolhidos pelo participante durante seu turno de trabalho. O tema inicial das entrevistas versou sobre *Como é o seu trabalho e como ele influencia a sua saúde?* A partir desse eixo, realizamos os desdobramentos de interesse da pesquisa. Na sequência, os participantes puderam elucidar qualitativamente suas respostas nas questões do MBI, centro do presente estudo. Os participantes contextualizaram suas repostas no MBI para o bloco de questões que avaliava cada dimensão. Discutiram a frequência com que percebiam cada afirmativa e os fatores presentes no contexto do trabalho que embasaram suas escolhas.

O período de duração da pesquisa de campo foi de nove meses - outubro 2012 a julho de 2013, durante os plantões diurno e noturno. Todos os princípios éticos de pesquisa com seres humanos, previstos na legislação vigente, foram atendidos, e, com isso, sob o protocolo de nº 119.437/2012, o Comitê de Ética em Pesquisa autorizou a pesquisa.

Para a análise qualitativa das questões do MBI, contextualizadas nas respostas dos participantes, utilizamos o método de interpretação de sentidos, cuja proposta “busca os sentidos das falas e das ações para se chegar a uma compreensão ou explicação que vão além do descrito e do analisado” (MINAYO et al., 2009, p.80).

A análise do material de campo iniciou com uma leitura das entrevistas em busca da visão de conjunto e da apreensão das particularidades na perspectiva

dos participantes e das informações coletadas. Após essa leitura, identificamos temas que pudessem expressar o discurso dos entrevistados, com a intenção de, além dos fatos e das falas, identificar e problematizar ideias explícitas e implícitas e outros sentidos mais amplos atribuídos a elas. Por fim, elaboramos uma síntese interpretativa entre os objetivos do estudo, a base teórica adotada e os dados empíricos obtidos (MINAYO et al., 2009).

Do discurso dos participantes que atribuíram altos e baixos escores nas dimensões *burnout*, visamos à apreensão de pontos comuns, divergências e contradições que pudessem elucidar a percepção desses trabalhadores sobre a relação entre o cotidiano do seu trabalho e a síndrome de *burnout*.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Inicialmente faremos a apresentação dos participantes desta pesquisa, seguida da exposição dos níveis de risco de *burnout* encontrados entre os participantes. Na sequência, explanaremos a análise qualitativa que resultou em duas categorias que permearam, em diferentes aspectos, as três dimensões de *burnout*: a situação de trabalho e o gosto por cuidar de crianças. Participaram do estudo 34 profissionais da área da saúde do setor de internação pediátrica, sendo o grupo formado por 10 médicos, 2 enfermeiras, 1 fisioterapeuta, 1 nutricionista, 12 técnicos e 8 auxiliares de enfermagem. Dos participantes entrevistados, 29 são do sexo feminino e 5 do sexo masculino. Quanto à escolaridade, a maioria possui bom nível de qualificação, sendo 3 doutores, 2 mestres, 14 especialistas, 9 possuem curso superior completo e 6 concluíram o 2º grau. Em relação ao número de vínculos, 20 participantes possuem como único vínculo o Hospital Universitário Cassiano Antonio Moraes e 14 alegam possuir de dois a três vínculos profissionais. O tempo de formação profissional é de 10 a 30 anos para 27 participantes, e 20 dos participantes atuam nesse hospital de 10 a 30 anos.

Os dados obtidos pela avaliação dos níveis de risco de *burnout* revelaram a influência de aspectos positivos e negativos da organização do trabalho na dinâmica das dimensões dessa síndrome.

A maioria dos profissionais apresentou baixo risco para o desenvolvimento de *burnout*, com destaque para o baixo risco detectado nas dimensões exaustão emocional (55,6%) e despersonalização (61,1%), e médio risco encontrado na dimensão realização profissional (52,8%). Nessa etapa inicial⁸ emergiram

elementos positivos da organização do trabalho que podem ter contribuído para esse resultado.

Assim, no recorte temporal desta pesquisa, os resultados apontaram baixo risco para a síndrome de *burnout* entre os profissionais avaliados. Revelaram, ainda, algumas pistas sobre a dimensão positiva que assume essa organização do trabalho a partir de elementos, como a divisão de tarefas, a colaboração entre os colegas, o dimensionamento da jornada e das folgas, as relações interpessoais e a percepção do controle sobre o trabalho.

A presença desses elementos no setor estudado nos aponta para uma organização do trabalho que, de certa forma, parece contribuir para a satisfação desses participantes em relação à atividade laboral desempenhada. Contudo, vale destacar que, independentemente dos escores atribuídos às dimensões de *burnout*, os participantes elegeram como fonte de desconforto no contexto do trabalho o sucateamento do HUCAM, sobretudo quanto à estrutura física, aos recursos humanos e materiais.

Uma vez descritos o perfil dos participantes e os níveis de risco da síndrome de *burnout*, faremos uma explanação a respeito das percepções apreendidas durante a análise dos participantes e suas escolhas nas questões do MBI. Ao refletirem e buscarem suas justificativas sobre as questões do MBI emergiram contextos e fragmentos da trajetória acadêmica e profissional dos participantes, que delinearão as seguintes categorias: situação de trabalho e o gosto por cuidar de crianças. Para melhor compreensão da categoria situação de trabalho, utilizamos quatro subcategorias compostas por: materiais e equipamentos, ritmo de trabalho, relacionamento interpessoal e reconhecimento.

3.1. Situação de Trabalho

Pesquisadores e estudiosos de diversas especialidades voltadas para o trabalho humano utilizam a expressão *situação de trabalho* para englobar as condições e a organização do trabalho.

Por condições de trabalho, entendemos os elementos que envolvem as condições físicas, químicas e biológicas vinculadas às tarefas executadas no trabalho.

A organização do trabalho, como bem elucida Selligmann-Silva (1999), engloba numerosos aspectos que articulam a estruturação hierárquica, a divisão das tarefas, a estrutura temporal do trabalho, bem como as políticas de pessoal e formas de gerenciamento. Ainda segundo a autora, a organização do trabalho é a esfera mais preponderante nas determinações dos agravos psíquicos relacionados ao trabalho.

De acordo com Selligmann-Silva (2011), a expressão *situação de trabalho* faz referência ao:

[...] conjunto complexo que inclui as condições físicas, químicas e biológicas do ambiente de trabalho; os aspectos técnicos; a organização prescrita e a organização real das atividades de trabalho, bem como a gestão destas; a caracterização dos canais formais de comunicação e das relações interpessoais. (SELLIGMANN-SILVA, 2011, p.255).

Elegemos essa expressão para nomear uma categoria que engloba tanto os aspectos relacionados às condições de trabalho quanto os elementos relacionados à organização do trabalho desenvolvido pelos participantes.

3.1.1. Materiais e Equipamentos

Um hospital universitário é uma complexa unidade que abrange a formação de profissionais de saúde (ensino de graduação e pós-graduação), assistência à saúde, pesquisa e extensão. A dinâmica dessa Instituição Pública é permeada pelas políticas de Educação e Saúde (DRAGO, 2011) e requer um grande aporte de recursos públicos para garantir seu funcionamento. A baixa autonomia dos hospitais universitários para obtenção de recursos financeiros, materiais e pessoal deve-se principalmente à burocracia dos processos licitatórios a que estão submetidos os serviços públicos⁵. Esse processo dificulta sobremaneira a aquisição de materiais e equipamentos, bem como a contratação de obras e serviços. A manifestação dos participantes desta pesquisa em relação aos materiais e equipamentos foi quase unânime, mencionando as carências e dificuldades na aquisição e manutenção desses itens. Como fonte de desconforto, a maioria apontou a falta de material, de equipamentos novos, de manutenção dos existentes, e a burocracia que envolve esse processo:

[...] você vê que tem um monte de coisas que precisam ser consertadas e você não consegue ter alcance pra consertar tudo aquilo, porque infelizmente a gente burocratizou tanto o serviço público, né? Os processos de aquisição de equipamentos, é tudo muito burocratizado (P10).

[...] Essa questão de frustração, de cansaço, é exatamente por causa dessa situação, você querer fazer um melhor e às vezes não poder fazer por falta de um material. (P31).

[...] como te falei da nossa falta de condição. Às vezes você quer dar uma dignidade de atendimento e você não tem uma cama, você não tem um colchão adequado é... o equipamento e o

⁵ Para informações mais detalhadas acerca dos processos licitatórios na esfera pública, sugerimos consultar a Lei 8.666 de 21 de junho de 1993, que institui as normas para licitações e contratos da Administração Pública.

material para você fazer uma assistência segura. A gente era para ter melhores condições e nós não temos! (P15)

A dificuldade encontrada pelos serviços públicos para aquisição e manutenção de materiais e equipamentos confere um desgaste aos profissionais envolvidos no trabalho desse setor. Além disso, apreendemos desses relatos que a precária condição de trabalho adquire uma dimensão dramática por tratar-se de assistência à saúde. A falta de instrumentos e insumos necessários poderá afetar a vida de outra pessoa, podendo ser determinante nos casos de agravos das condições de saúde e até de morte. Quando se trata de assistência em pediatria, podemos perceber, a partir do discurso dos participantes, que essa dimensão assume um caráter ainda mais emergente em função da fragilidade da criança e pelo forte sentimento de proteção e cuidado que emana dessa assistência.

Nesta perspectiva, ao discorrerem sobre as questões que avaliam a exaustão emocional, tanto os participantes que atribuíram altos escores a essa dimensão quanto os que pontuaram baixos escores referiram-se à falta de material e equipamentos como um forte determinante do esgotamento físico e mental, principalmente quando é admitida no setor uma criança grave, como ratifica o depoimento de duas participantes:

[...] esse esgotamento num final de um dia de trabalho... antigamente eu saia cansada, mas agora eu saio esgotada. Porque tem diferença. Mas hoje em dia eu chego em casa, eu não quero nem conversar. É impressionante! Que é tanto problema que a gente vê... ai chega uma criança como ontem, o saturímetro não queria funcionar, por que? Porque o equipamento já está sucateado, velho. Não chega equipamento novo, entendeu? Tem equipamentos novos no mercado, [...] e o hospital não compra. Acho que nem sabe que existe. (P36)

[...] O esgotamento mental só me vem quando falta muita coisa assim... sabe? Chega um paciente grave você quer arrumar as coisas e falta material adequado, aí você fica nervosa mesmo. (P33)

Em meio a minuciosos relatos de fatos ocorridos nos plantões em virtude da falta de material e equipamentos, desponta uma prática consensuada entre os participantes: o imprevisto, que surge a partir do empenho dos trabalhadores na tentativa de minimizar as consequências decorrentes da falta de materiais e equipamentos que poderiam comprometer (e por vezes comprometem) a assistência às crianças internadas.

Esse artifício é denominado por Dejours (2009) como “quebra-galho necessário”, uma vez que consiste numa prática em que o trabalhador não tem a intenção de fraudar normas e prescrições, mas se vê obrigado a fazê-lo para possibilitar a realização do seu trabalho. (DEJOURS, 2009).

Essa prática está presente no cotidiano desses trabalhadores, como uma norma incorporada à rotina do trabalho do setor de internação pediátrica, conforme assinala a fala desta participante:

[...] Em relação a material e equipamento muitas vezes deixa muito a desejar. Compromete nosso trabalho às vezes. Daí a gente tem que improvisar muita coisa no setor, aqui a enfermagem sempre precisa improvisar. (P34)

A fala dos participantes a seguir nos fornece alguns detalhes sobre os improvisos realizados pelos profissionais no cotidiano do seu trabalho:

[...] a parte material, a parte dos instrumentos é muito fraco, fraco pra não dizer zero, fraco mesmo. Durante o atendimento a gente tenta criar alguns instrumentos artesanais para o tratamento dos

*adolescentes e das crianças maiores. Improvisar... entendeu?
(P12)*

[...] é muito difícil você conseguir um material. Eu precisava de máscara de nebulização. A equipe passando por essa pressão, tendo que se adaptar de outra forma, ou usar uma máscara não sei quantas vezes numa criança pra dar conta... improvisar... a equipe se adapta, a gente se adapta como pode. (P16)

Este cenário exige deles muita criatividade e inventividade; de certa forma, além de evidenciar as necessidades prementes para a execução do trabalho no setor, pode contribuir para o desgaste dos trabalhadores.

Dejours (2009, p.101) postula que a prática do quebra-galho é “um dos mecanismos fundamentais de regulação e de negociação da organização do trabalho”, por isso um dos tópicos de regulação apontados pelo autor para essa prática é a coesão. Para a existência de coesão, partimos do pressuposto de que existe uma relação de confiança entre os pares, principalmente entre os profissionais de um mesmo plantão. Parece-nos que isso ocorre em virtude dos laços de confiança mais fortalecidos pelo longo tempo de convivência na mesma equipe de plantão, como observamos na análise dos níveis de risco de *burnout*.

Destacamos, ainda, que a organização do trabalho, de certo modo, possibilita essa negociação pela prática do “quebra-galho”. Isso parece viável nesse setor visto que os trabalhadores percebem certo grau de liberdade e autonomia para atuarem nesse interstício entre o trabalho prescrito e o trabalho real.

Na esfera dos microprocessos de trabalho, ou seja, o conjunto de ações, articulações e inter-relações necessárias para a prática do cuidado com a criança, há uma percepção quanto a um relativo grau de autonomia e liberdade, e isso

torna possível a interferência desses trabalhadores na situação de trabalho de acordo com a necessidade, ainda que para isso lancem mão de improvisações para darem conta da assistência.

Os trabalhadores administram os recursos materiais e humanos, articulam as possibilidades de intervenção criativa e cooperativa para que o trabalho atenda às necessidades do cuidado integral e às expectativas dos próprios trabalhadores de realizarem seu trabalho com qualidade. No entanto, quando chega o momento em que todos esses recursos chegam ao limite das possibilidades de intervenção, a articulação com a esfera dos macroprocessos - lugar da gestão e das relações hierárquicas torna-se premente no sentido de prover os recursos necessários.

Entretanto, nesta esfera dos macroprocessos a interferência dos trabalhadores parece não ser possível. As falas de profissionais que atuam em cargos de gestão no setor expõem essa percepção:

[...] Eu não tenho autonomia nenhuma. Então eu faço uma gestão de um lugar sem autonomia, porque você tem que ter autonomia. Pra você ter autonomia num lugar, você tem que ter o poder financeiro, poder comprar as coisas, ou fazer uma expansão, ou recurso humano, e eu não tenho. Isso aqui você não tem, porque é um hospital público. Essa autonomia é zero. Isso é angustiante. Porque você sabe o que tem que fazer, mas você não consegue realizar, você depende de outras pessoas, isso é ruim. E a outra coisa é que você poderia ter alguma autonomia se você tivesse um processo de trabalho bem estruturado, definido. Então, eu sinto que, como isso não tem, eu também não consigo fazer uma boa gestão. (P6)

[...] Na situação em que os hospitais universitários estão hoje, a gente não tem muito controle sobre a administração do hospital porque estamos só administrando problemas! E são problemas que as soluções não passam por nós. A maioria eu não posso resolver, a grande maioria eu não posso resolver porque não tenho autonomia para isso. É angustiante! (P15)

Esses relatos também assumem uma conotação mais complexa na medida em que dessa gestão derivam os desdobramentos necessários para a assistência aos pacientes; e como também estão inseridos na assistência, esses participantes vivenciam cotidianamente as duas pontas desse processo.

Cenários como esse, que exigem cada vez mais dos trabalhadores de saúde uma série de artimanhas para minimizar as adversidades da situação de trabalho, têm retratado a saúde pública de nosso País e expressam as condições adversas a que estão expostos os servidores dos hospitais universitários, uma vez que têm vivenciado um gradual processo de precarização ao longo das últimas décadas.

As precárias condições do Hospital Universitário onde desenvolvemos este estudo foram retratadas em um dossiê, escrito em maio de 2012 pelo Diretório Acadêmico de Medicina, com objetivo de sensibilizar as autoridades públicas e a sociedade quanto à urgência de medidas de âmbito político Estadual e Federal:

[...] Diante da omissão histórica da União, pela não realização de concurso público para recomposição do quadro efetivo, a falta de pessoal foi inevitável. Aliás, ao longo dos anos, a escassez de recursos humanos, aliada ao baixo investimento financeiro, ao sucateamento da infraestrutura e à gestão pouco eficiente, frutos do descaso governamental, produziram um cenário tão desfavorável que já tornam inviável o funcionamento do único Hospital Universitário do Estado.

Essa realidade sobre a gestão do Hospital Universitário foi bem retratada pelo estudo de Drago (2011):

[...] Hoje os Hospitais Universitários apresentam quadro de servidores insuficientes, fechamento de leitos e serviços, sucateamento, contratação de pessoal via fundação de apoio

(terceirizados e estagiários) e a subutilização da capacidade instalada para alta complexidade (DRAGO, 2011, p.106).

E esse cenário é ratificado na fala desta participante:

[...] aqui, um Hospital Federal... Hospital Escola e deixa muito a desejar. As condições de trabalho são muito precárias. (P5)

Cabe assinalar que os baixos níveis de risco de *burnout* entre esses profissionais não traduz a inexistência de problemas no setor. Não devemos perder de vista o caráter processual de *burnout* – trata-se de uma condição crônica, crescente e evolutiva, mas também dinâmica. Seu movimento está intrinsecamente relacionado às condições e à organização do trabalho. Sendo assim, os níveis de risco de *burnout* podem tanto evoluírem quanto retrocederem frente à determinada situação de trabalho.

Em nosso estudo, diversos relatos de cansaço, esgotamento, frustração com a falta de materiais e equipamentos estiveram presentes no discurso da maioria dos participantes que atribuíram altos e baixos escores em todas as dimensões de *burnout*, com mais frequência no discurso daqueles que indicaram altos escores de exaustão emocional e baixa realização profissional.

Entre os participantes com alto risco na dimensão exaustão emocional, o comprometimento da qualidade da assistência devido às condições precárias de trabalho foi a principal justificativa para a percepção do esgotamento físico e mental. Isso parece reforçar a designação do sucateamento do Hospital Universitário, principalmente quanto às condições de trabalho como fonte de desconforto relacionado ao trabalho entre os participantes desta pesquisa.

3.1.2 *Ritmo de Trabalho*

O ritmo de trabalho é um aspecto da estruturação temporal do trabalho e diz respeito à intensidade e à extensão da jornada de trabalho, cujas características ditam a aceleração ou a monotonia das tarefas no trabalho (SELIGMANN-SILVA, 1999).

3.1.2.1 *A intensidade da Jornada de trabalho*

Quando a organização do trabalho possibilita a realização de um trabalho no ritmo e intensidade que conferem dignidade ao trabalhador, o cotidiano de trabalho transforma-se em fonte de realização e saúde.

Essa possibilidade de trabalhar com mais tranquilidade, com menos pressão e sobrecarga, predominou nos relatos da maioria dos entrevistados, conferindo à organização do trabalho aspectos positivos, que contribuem para um ritmo de trabalho compatível com a saúde física e mental dos trabalhadores.

A divisão das enfermarias desse setor também norteia a divisão das tarefas entre os profissionais. O setor de internação pediátrica é dividido em duas enfermarias, subdivididas em 4 enfermarias com capacidade aproximada de 2 a 3 leitos; um médico-docente responsável, acompanhado pelos alunos de graduação dos cursos de medicina, enfermagem e fisioterapia, médicos residentes, médicos plantonistas, enfermeiros e equipe de técnicos e auxiliares de enfermagem. Além disso, os pacientes recebem a assistência de fisioterapeutas, nutricionistas, psiquiatras e assistentes sociais, todos lotados nesse setor.

O ritmo de trabalho difere muito entre cada categoria profissional, no entanto a percepção de que o ritmo de trabalho é bastante favorável à realização das tarefas e ao bem-estar abrange a maioria dos participantes:

[...] O setor é bem tranquilo, consigo realizar meu trabalho com calma e qualidade. O máximo de pacientes no setor, quanto está muito lotado, o que não é muito frequente, são 8 crianças. Não é frequente a lotação completa de todas as enfermarias. Os pacientes mais graves, quando admitidos, são logo transferidos. É tranquilo para todo mundo do setor. (P12)

A fala dos participantes que trabalharam em outros hospitais de ritmo bem mais intenso demonstra o quanto o ritmo de trabalho nesse setor faz a diferença:

[...] É aquilo que eu te falei, saí de um lugar que eu trabalhava muito e vim para um lugar que trabalho menos. Eu estava num lugar agitado e vim para um lugar mais tranquilo. No início foi difícil, mas me adaptei. É bem mais tranquilo trabalhar assim. (P29).

[...] como eu sempre trabalhei lá no hospital infantil, por exemplo, eu sempre trabalhei com barra pesada mesmo. É CTI, oncologia, queimados, isolamento. Eu nunca trabalhei num lugar assim, num setor calminho, tranquilo. Eu senti uma grande diferença quando eu vim para cá pela tranquilidade daqui. É muito melhor para trabalhar, você dá uma assistência de qualidade e sofre menos. (P17)

Os participantes, no discurso sobre o ritmo de trabalho, justificaram ser o tempo de execução de suas atividades suficiente e, dessa forma, contribui para a tranquilidade na rotina de trabalho. A maioria dos profissionais da enfermagem alega que o período de 12 horas de plantão é suficiente para realizarem todas as tarefas.

Assim, constatamos que a organização do setor acaba adquirindo uma dimensão bastante positiva ao possibilitar um ritmo favorável para um trabalho digno e produtor de saúde. A contextualização das respostas às questões do MBI refletiu essa positividade. .

As falas sobre a tranquilidade do ritmo de trabalho e a possibilidade de realizarem suas tarefas no tempo adequado foram pontuadas pelos participantes com baixo risco em exaustão emocional e realização profissional. O ritmo de trabalho parece-nos ser mais uma questão elementar na direção de apreendermos os fatores que contribuíram para os baixos riscos de *burnout* encontrados nesse setor.

3.1.2.2 A extensão da Jornada de trabalho

A carga horária de trabalho no Hospital Universitário assume uma dimensão positiva no discurso de muitos participantes, principalmente para os profissionais da Enfermagem, que pontuaram, alguns deles, a possibilidade de uma pausa entre jornadas tornar, de fato, possível descansar e renovar as energias para retomar o próximo plantão.

Essa característica da carga horária de trabalho foi traduzida, por alguns participantes, como um fator de tranquilidade e satisfação com o trabalho:

[...] Eu acho que a nossa carga horária, em vista de outros hospitais, é muito boa né? Isso ajuda muito a gente. A gente não está aqui todo dia, tem aquele descanso 12 x 60, o salário da gente também é um salário bom. (P27).

[...] eu gosto de trabalhar aqui, eu não tenho outro emprego, eu só trabalho aqui. Então isso aqui pra mim é muito bom. Eu só trabalho 10 dias e fico 20 em casa. (P33)

[...] quando eu vim trabalhar aqui a escala de serviço no meu outro emprego era 12 por 36. Quer dizer, eu trabalhava 12 horas no dia e no outro dia eu tinha que estar em casa fazendo as coisas, e quando chegava pra trabalhar no plantão seguinte eu não tinha nem conseguido me recuperar. Então quando eu vim para cá, num plantão 12 por 60, se o plantão foi estressante, no outro dia você descansa um pouco. Você tem tempo para se recuperar e já está com pique maior, entendeu? (P25)

Com relação ao número de vínculos empregatícios, identificamos que alguns dos nossos participantes possuem de 2 a 3 vínculos, seja em outra Unidade Hospitalar ou ainda em outras Universidades e Serviços de Saúde.

Queremos assinalar aqui a especificidade das esferas que compõem o Hospital Universitário - a gestão, o ensino, a assistência e a extensão. Alguns desses trabalhadores desempenham um conjunto de atividades que permeiam essas quatro áreas, e a maioria deles atua direta ou indiretamente no ensino e na assistência, além dos profissionais que assumem outras funções nos demais vínculos empregatícios, em situações de trabalho diversificadas.

Consequentemente, como exposto nas falas a seguir, o conjunto das atividades desempenhadas ao longo do dia, tanto para quem possui mais de um vínculo empregatício quanto para quem atua em todas as esferas do Hospital Universitário, culmina no cansaço e no esgotamento:

[...] Eu já acordo muito cansada, fico exausta ao longo do dia. Acho que é a minha carga horária, porque eu preciso ter 2 empregos para complementar a minha renda. (P16)

[...] Me sinto esgotada ao final do meu trabalho em dias como eu falei para você. Tem dias que você está cansada e junta os problemas administrativos da gestão, com aulas na graduação e na pós-graduação, com um paciente grave aqui no hospital, por exemplo, e ainda tem paciente ligando o dia inteiro. Chega ao final do dia eu estou exausta. (P6)

Alguns profissionais conferem à exaustão e ao esgotamento o trabalho que extrapola a jornada prevista. Como nos descreve essa participante que atua no Hospital Universitário e em outra Universidade, na docência e na gestão:

[...] quando as coisas acumulam eu fico angustiada porque eu quero sempre estar 100% nas coisas. Mas tem dia que é pior, então eu acho que ainda existe essa exaustão nesse sentido, você trabalha o dia inteiro, faz mil coisas e aí você chega em casa e ainda tem que fazer alguma coisa do trabalho, ir no computador, mandar e responder e-mails. E ainda preparar aulas e outras atividades que tenho dentro da área da pediatria, como o Congresso que estive à frente da organização... Fico exausta, esgotada! (P5)

Nessa perspectiva, evidenciamos na análise dos níveis de risco de *burnout*⁸ que a carga horária e a remuneração são percebidas pelos participantes que atuam na enfermagem como fonte de satisfação e realização profissional, sobretudo os profissionais que possuem apenas um vínculo empregatício. Essa dinâmica é refletida nas dimensões de *burnout* uma vez que participantes com mais de um vínculo empregatício perceberam com mais frequência a exaustão emocional relacionada ao trabalho. Entre os participantes que apresentaram alto risco em exaustão emocional, foi evidenciado alto risco também em realização profissional, contudo percebemos que a carga horária de trabalho surge como outro elemento da organização do trabalho que subsidia os baixos níveis de risco de *burnout* encontrados em nossa pesquisa.

3.1.3. *Relacionamento Interpessoal*

A análise das relações interpessoais dos profissionais do setor de pediatria aponta-nos dois importantes fatores a serem considerados: o tempo de atuação

no Hospital Universitário e o tempo de convívio entre colegas de um mesmo plantão.

Entre os profissionais mais antigos, os vínculos estabelecidos ao longo de anos de convivência, muitos desde a formação acadêmica, são bastante fortes. Para alguns, os vínculos estenderam-se além do trabalho e permitiram criar uma rede de apoio, como relataram estas participantes, que estão há mais de vinte e cinco anos no Hospital Universitário:

[...] Eu conheço esse pessoal desde que eu sou estudante. A equipe da enfermagem, a maioria, da pediatria felizmente é um pessoal muito antigo que não roda, que não faz muito rodízio pelos lugares, é uma prática da pediatria manter, até por causa do perfil deles, tem que manter o perfil de gostar de crianças. Até agora a maioria é um pessoal que está aqui há muitos e muitos anos. Muitos deles estão aqui desde quando eu era interna. Então eles me viram estudante. É uma relação muito boa, de muita cumplicidade. (P6)

[...] Conheço as pessoas há muitos anos. Todo mundo que trabalha aqui, que tem essa trajetória se esbarrou em algum momento. Então é o pessoal do almoxarifado, é o pessoal do 4º andar, alguns têm até ligações pessoais de amizade com os funcionários do hospital. E com tantos problemas que vivenciamos, acho que é por essa ligação que ainda estamos em pé, senão a gente já tinha todo mundo caído. (P15)

Ao longo do trabalho de campo, à medida que nos inseríamos no cotidiano desses trabalhadores, foi ficando clara essa relação de cumplicidade e confiança expressa nos depoimentos.

Entre uma tarefa e outra, observamos que era frequente uma fala sobre o relacionamento interpessoal. A maioria dos participantes apontou a confiança, a cooperação e a cumplicidade como elementos presentes no relacionamento com os colegas de sua equipe. Percebemos que os participantes inicialmente qualificaram as relações com a equipe como ótimas, alguns como boas, outros

ainda pontuaram que o relacionamento já foi melhor do que é hoje, e houve poucas falas de dificuldades na relação com a chefia, por exemplo.

Mas era possível captar, mesmo que um tanto “velado”, alguns ruídos acerca do relacionamento interpessoal, incluindo os colegas, a chefia e os acompanhantes dos pacientes. Durante as entrevistas, alguns relatos revelaram essas percepções diferenciadas sobre o relacionamento entre os colegas e com a chefia imediata:

[...] Relacionamento aqui já foi melhor. Já teve um clima de mais amizade. Hoje é bom, mas já foi melhor e pode ser melhor. Mas... por causa de problemas que eu acho que não foram bem administrados no setor e aí criaram um... talvez um sentimento não tão mais afetivo o quanto era antes, entendeu? As pessoas se afastaram um pouco. (P21)

[...] É difícil o relacionamento... trabalhar com pessoas, cada um com sua ideia. Se eu converso com você, se eu te passo, seria mais fácil de resolver do que ficar o tititi daqui e dali. Isso me estressa muito, nossa senhora. Acho que isso é mais estressante do que trabalhar o dia inteiro. Essas conversinhas assim acabam deixando a gente triste porque a gente quer fazer o melhor. (P13).

[...] esse esforço para relacionar com pessoas... eu colocaria o relacionamento com as chefias do setor. Eu não tenho dificuldade de lidar com o paciente nem com o meu colega de trabalho. Não que eu seja indisciplinada não, porque eu acho que tem muita injustiça! (P16)

Notamos que há conflitos nas relações interpessoais, mas, concomitantemente aos conflitos, há uma relação marcada pela confiança entre os colegas de plantão. Contextualizada por Dejours (2009, p.107), a confiança no trabalho é “[...] antes de mais nada, uma relação psicológica e afetiva. Ela não pode estruturar-se a não ser sobre certa transparência, uma experiência partilhada e a certeza de que se pode crer na palavra dada pelos colegas”.

A confiança diz respeito à construção de acordos, normas e regras que vão delineando os modos e meios de executar o trabalho. Essa práxis que distingue o trabalho da técnica só é possível de ser construída e fortalecida por meio do convívio entre os pares e, ainda, por certo grau de liberdade conquistado pelos trabalhadores na organização do trabalho (DEJOURS, 2008).

É o que parece acontecer com os profissionais da enfermagem. Como a equipe dos plantões é fixa, a maioria desses profissionais trabalha junto nesse setor há muitos anos, e essa estreita convivência fortalece os laços criados entre eles. Eventualmente ocorrem as trocas de plantões, geralmente para favorecer as necessidades individuais ou de outro colega. A negociação dessas trocas é feita, frequentemente, entre os próprios pares.

Dessa forma, o intenso e prolongado convívio entre os colegas de plantão consolidou uma relação de confiança e cooperação e também estabeleceu uma rede de apoio entre eles:

[...] Ah, no geral com os colegas, por a gente trabalhar durante muito tempo junto, a gente passou a conhecer mais ou menos como é o perfil de cada um. A gente já sabe quem vai estar de mau humor de manhã, [risos] quem vai estar de mau humor à tarde. Eu acho o relacionamento bom, acho muito bom, gosto muito das minhas companheiras de trabalho, falo companheiras porque só tem 2 homens aqui e eu não trabalho com eles. (P23)

[...] se eu estiver precisando de ajuda eu sei que posso contar com o meu colega que está aqui no meu plantão, que com certeza ele vai me ajudar e isso é uma coisa muito legal. (P20)

[...] Olha bem... isso é relativo de plantão pra plantão, né? Trabalho com minhas colegas de plantão há muitos anos. Mas tanto o dia quanto à noite tem suas dificuldades de relacionamento e suas qualidades também. Eu considero que me dou bem com todos eles. (P31)

Esse contexto da relação interpessoal entre os colegas de equipe surgiu como um fator positivo que permeia o cotidiano de trabalho nesse setor e parece ter contribuído para o baixo risco encontrado em despersonalização – dimensão de *burnout* que envolve as relações interpessoais no ambiente de trabalho.

Já o relacionamento com a gestão do Hospital Universitário e com os acompanhantes e familiares dos pacientes parece configurar-se de outra forma. Com a gestão do Hospital, as relações são percebidas por alguns participantes da equipe, principalmente os que estão envolvidos com atividades de gestão, como centralizadora. Percebe-se no discurso que a gestão do Hospital Universitário não envolve seus pares nas tomadas de decisões, como mostra o relato desta participante, que ressalta, em contrapartida, o bom relacionamento entre a equipe da pediatria:

[...] se a gente for olhar de cima para baixo a nossa relação com essa gestão que está posta no hospital não é boa. As coisas vêm de cima para baixo, não tem transparência. Apesar de haver até um esforço de algumas pessoas que lá estão. Agora com relação aos funcionários aqui, nossos aqui, que trabalham aqui na pediatria, a gente tenta fazer um trabalho junto, bem cooperativo, bem participativo, bem democrático. No geral o relacionamento é bom. (P15)

Este relato indica a falta de transparência nas ações da gestão do hospital, o que pode contribuir para a deterioração das relações de confiança entre a gestão do Hospital Universitário e seus pares.

O setor saúde é um serviço constituído por inter-relações pessoais intensas uma vez que dessa intrínseca relação deriva a própria eficácia do ato de cuidar (NOGUEIRA e SANTANA, 2000) e envolve, para além da equipe de trabalho, os pacientes, seus acompanhantes e familiares. Esse contato intenso, ao mesmo

tempo em que é determinante na produção do cuidado em saúde, pode desencadear desgaste físico e mental nos trabalhadores dessa área, mas por outro lado, pode tornar-se fonte de reconhecimento, dependendo de como se configuram essas relações.

No discurso desses participantes, podemos identificar alguns sinais de desgastes decorrentes de algumas características do setor saúde. Dentre essas características, destaca-se o relacionamento intenso com a família dos pacientes, principalmente com a mãe que passa a maior parte do tempo no setor, por vezes, permeado por conflitos e cobranças:

[...] Os problemas com a família do paciente é que é o problema, entendeu? E de certa forma, quando você vai lidar com aquelas mães que são mais tranquilas, tem uma facilidade maior. Quando as mães são mais assim, agitadas, incoerentes, que largam as crianças dentro do berço mesmo e vão lá pra fora Deus sabe fazer o quê, entendeu? Aí sim. Aí é um problema. Porque aí, eu tenho que abrir a janela e chamar a mãe. E a mãe não vem tranquila, né? (P12)

[...] Porque às vezes o que acontece... não é nem o paciente, geralmente é a mãe... porque a gente entende, né? Está com o filho doente, fica triste que o filho tá sendo furado. Então isso aí às vezes deixa a gente triste, porque a gente faz tudo com carinho, com atenção, entendeu? Quando a gente vai punccionar uma veia, a mãe destrata a gente, trata a gente mal, como se a gente fosse a culpada por aquela criança perder a veia, entendeu? Então isso aí me deixa chateada, me deixa estressada. Mas é raro acontecer isso. (P28)

O relacionamento com a chefia imediata e com alguns perfis de acompanhantes nos pareceram os mais conflituosos, porém, segundo os relatos, tais conflitos não são frequentes, sobretudo com os acompanhantes. Com a chefia imediata, a maior parte das divergências é atribuída às escalas de plantões e folgas.

Ainda que existam conflitos e desgastes nas relações interpessoais vivenciadas por esses trabalhadores, o vínculo de cooperação e confiança evidenciado na relação entre os colegas de plantão parece, de certo modo, permear o contexto dessas relações.

As experiências vivenciadas no cotidiano de trabalho, alinhavadas pelo discurso dos participantes, nos faz acreditar que as relações de confiança e cooperação conferiram um equilíbrio dinâmico às situações adversas nas relações interpessoais. A manutenção desse equilíbrio desempenhou um importante papel nos baixos níveis de exaustão emocional e despersonalização encontrados nesse grupo de trabalhadores.

3.1.4. *Reconhecimento*

Segundo Dejours (2008, p. 73), “a análise psicodinâmica sugere que a retribuição esperada pelo indivíduo é fundamentalmente simbólica. Reveste uma forma específica já atestada por estudos empíricos: trata-se do reconhecimento”.

Estudiosos na área do trabalho humano, como Selligman-Silva (2003; 2007; 2011); Lancman e Sznelwar (2008); Machado, Oliveira e Moyses (2010); entre outros já apontaram que os profissionais da área da saúde possuem uma consciência sobre o sentido social e humano de suas atividades, bem como do reconhecimento da própria utilidade. Essa dimensão social, humana e utilitária do trabalho está alicerçada por princípios e valores éticos vinculados à formação e por uma ética própria de profissões como as da área da saúde, que confere um valor social ao trabalho.

O reconhecimento e a gratificação pela utilidade do trabalho realizado e pela diferença que fazem na vida dessas crianças emergiram no discurso da maioria dos participantes:

[...] o maior estímulo que a gente sente é quando você pega uma criança muito grave, ela vai ficando cada dia melhor e tem alta. Olha não tem coisa melhor, tá? É tanto que às vezes eles voltam aqui só pra ver a gente, entendeu? Então isso aí sabe, não tem nada que pague. (P17)

[...] Toda vez que você faz alguma coisa e que você vê um sorriso, você fica estimulado a continuar fazendo o que você gosta de fazer. Tem paciente que volta aqui só pra poder ver a gente, e isso te estimula por que... poxa vida, ele volta porque ele gosta de mim, gosta da gente, valoriza o nosso trabalho! (P18)

[...] eu acho que é a maior satisfação é você ver o resultado do seu trabalho, e trabalhar com criança tem uma coisa muito gratificante! Então você vê a criança, você passa um dia ela tá meio ruim, no outro dia você passa ela já tá bem, já está rindo. Isso pra gente é muito gratificante. (P9)

A criança desperta no profissional uma atitude acolhedora e afetiva, facilmente identificada por meio do olhar e do tom de voz emanados das falas dos participantes ao atribuírem ao cuidado com a criança a gratificação e a satisfação pelo seu trabalho.

Podemos observar que o reconhecimento entre os pares não emergiu no discurso dos participantes, no entanto o cuidar de crianças marcou fortemente esse importante constituinte da identidade profissional.

Essa assistência é apontada como diferenciada pela quase totalidade dos participantes. O fato de se destacarem nesse contexto tem um valor simbólico muito significativo para esses profissionais. De tal forma que tanto os que demonstraram maiores riscos para *burnout* quanto os de menor risco assinalaram

o reconhecimento e a gratificação pela utilidade do trabalho que realizam como fonte de realização profissional.

3.2. O gosto por cuidar de crianças

Ao longo do convívio na rotina de trabalho dos profissionais desse setor, aos poucos foi se revelando a multiplicidade de sentimentos e elementos relacionados à situação de trabalho que permearam as justificativas dos participantes sobre as dimensões positivas do seu trabalho, dentre elas, a percepção de que a remuneração social pelo trabalho realizado transcende a esfera do valor do trabalho como sustento:

[...] Eu acho que é porque eu gosto do que eu faço, eu gosto muito. Estou te falando de coração, eu gosto do que eu faço. Tem um valor muito grande isso aqui pra mim, porque o dinheiro que eu recebo aqui é o dinheiro que me sustenta, e que me mantém, né? Mas não é só por isso, eu gosto do meu trabalho. Eu poderia ter feito enfermagem superior, eu fiz administração hospitalar, mas eu poderia ter feito. Mas eu gosto de ser técnica de enfermagem. Eu te falo de coração, eu não faço por obrigação nem por dinheiro somente, eu faço com carinho o meu serviço, eu gosto de trabalhar aqui. (P28)

O gosto pelo trabalho:

[...] Mas assim eu fico muito tranquila, muito feliz, eu gosto de sair de casa e vir para o trabalho e eu me sinto muito bem aqui. Até me perguntaram: quando é que você vai se aposentar? Eu falei assim: compulsória! Desde que eu tenha saúde, senão vou sair antes. Então realmente eu me sinto bem. O local que eu trabalho, eu gosto de trabalhar aqui. (P6)

[...] Eu sou assim realmente apaixonada pelo o que eu faço, eu gosto muito do que faço! Dedico mesmo, as minhas 12 horas de plantão, tirando o meu horário de descanso, eu dou assistência mesmo, não tem tempo ruim comigo. (P34)

O trabalho é também um fator essencial de nosso equilíbrio e um elemento fundamental de saúde, sob o aspecto positivo, pode atuar como produtor de saúde (DEJOURS, DESSORS e DESRIAUX, 1993). Nessa perspectiva, este participante alega que o fato de gostar do que faz e acreditar no valor do seu trabalho o protege, em certa medida, do cansaço, das dores e o auxilia na manutenção de boas relações interpessoais:

[...] O que eu atribuo às dimensões positivas é você acreditar no seu trabalho, você estar fazendo uma coisa que você gosta. Se você não estiver fazendo o que você gosta e você não acreditar no seu trabalho aí eu poderia me sentir cansado, aparecer dores no meu corpo, não ter um relacionamento bom com a equipe... aí quer dizer, tudo isso aqui viraria ao contrário, né? O que está hoje na escala 0 passaria para escala 10, seria os dois extremos. Realmente não haveria meio termo. É você ter a certeza que a sua profissão é válida, que tem valor, né? (P12)

Sobre trabalho e profissão, citamos Jardim e Silva-Filho (1996, p.105)⁶: “O trabalho não entra na vida das pessoas. Está lá desde sempre: um ideal, um gosto a ser construído, ser trabalhador, ser profissional” . A profissão requer qualificação, planejamento, um projeto, investimento pessoal em tornar-se profissional. Os autores procuram mostrar que:

Ser trabalhador aparece como natural, porém na esfera da profissão o que é considerado natural é a ‘vocação’, ou a aptidão, que são vistas como dons passíveis de serem moldados, mas sempre implicando um esforço. (Jardim e Silva-Filho, 1996, p.107).

O discurso de algumas participantes expressa e marca a identificação e a realização pela esfera do trabalho e da profissão:

⁶ Jardim e Silva Filho (1996) fazem uma ampla discussão sobre o tornar-se profissional utilizando as noções de identificação e de projeto, em pesquisa realizada com pilotos de trem do metrô carioca.

[...] Eu gosto do que faço! Eu gosto de ser médica, eu gosto muito da minha profissão e do trabalho que eu faço aqui. Eu sempre quis ser médica, era um sonho. É mais uma coisa pessoal assim, independente do paciente que eu tenha, independente da situação ruim que a gente trabalha, independente das coisas ruins que estão acontecendo no Brasil... independente disso... se você falasse 'Você queria ser outra coisa?' Não, entendeu? Eu gosto, eu gosto de ser médica! E gosto de ser professora, as duas profissões de rendimento baixo... [gargalhadas] pediatra e professor! Isso me faz feliz e valorizada! (P5)

[...] Acho que é o amor à profissão que eu tenho. No momento em que fiz o curso eu não me achava capaz de fazer isso, né? Ai só depois que eu estive aqui dentro, que eu comecei a lidar com as coisas aqui dentro, só depois daí que eu comecei a sentir que isso aqui era tudo que eu precisava na minha vida, entendeu? (P26)

[...] Nossa, eu amo minha profissão. Eu amo. Eu fiz serviço social agora, mas eu falei não, não quero mudar de profissão. (P27)

Essa dimensão que engloba o gostar do que faz e a realização pelo trabalho realizado sobressai, de maneira incisiva, na fala de praticamente a totalidade dos participantes.

É justamente o fato de essas pessoas serem vocacionadas, identificadas com sua profissão, gostarem do que fazem e valorizarem essa posição social de profissional da saúde que as tornam mais susceptíveis ao desenvolvimento de *burnout*, caso confrontadas com situações de trabalho que as impeçam de “concretizar algo que tinha se configurado como missão”, como pontua Seligmann-Silva (2011, p.525). Esse conjunto de elementos que conferem a esses trabalhadores a satisfação e a realização pelo seu trabalho são os mesmos que podem levá-los à síndrome de *burnout*.

Ao lado do gosto pelo trabalho, emergem os sentimentos despertados pelo cuidar de crianças - algo realmente especial e motivador, um olhar diferenciado traduzido pelas falas destes participantes:

[...] É, desperta uma coisa maternal né... uma 'maternagem' assim... uma coisa de olhar diferente. (P15)

[...] Uma criança que chega às vezes caidinha, com dor... depois ela já conversa, já brinca... e a família também já está com uma cara melhor. Eu acho que isso tudo é a gratificação do nosso trabalho, passa muito por aí. (P9)

[...] O que eu gosto mesmo é de trabalhar com a criança, é desse retorno que a gente tem todo dia com eles. (P28)

[...] Trabalhar com criança é muito gratificante! Porque você vê a sinceridade no olho da criança, você vê verdade no que ela fala, então é importante, pra mim é muito importante. (P18)

[...] Eu faço os piores momentos deles serem melhores! Isso é muito bom mesmo. Isso é maravilhoso. Que bom que eu descobri isso a tempo. (P26)

O cuidar de crianças, enquanto uma grandeza, foi retratada unanimemente na fala dos participantes, muitas vezes justificada pela fragilidade, singeleza e energia que a criança espalha no ambiente e no coração de quem as cuida.

Nessa categoria, reconhecemos o lugar que o gostar do que se faz e o cuidar de crianças ocupa no trabalho desses participantes; um relevante elemento somado aos demais aspectos positivos encontrados na situação de trabalho desse setor, movendo esses profissionais na direção de um trabalho digno e produtor de saúde.

O conjunto dos elementos apresentados, pela ótica dos trabalhadores, além de justificar as escolhas nas questões do MBI e sustentar os resultados de

baixo risco de *burnout*, revela que, a despeito dos problemas apontados, o cotidiano de trabalho é balizado por uma carga horária adequada, pelo ritmo de trabalho satisfatório, pelo reconhecimento, por fortalecidas relações de cooperação e confiança.

Apreendemos, a partir dos discursos e da vivência com essa equipe, que o cotidiano é alicerçado pelo forte sentimento de gostar do que faz, pela valorização pelo trabalho realizado e, sobretudo, pela marcada presença da dimensão vocacional, que preenche as falas e o fazer desses profissionais.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise dos elementos que balizaram as questões do MBI contribuiu para dimensionar e qualificar as conexões entre a situação de trabalho e as vivências de realização e desconforto nesse contexto de trabalho. A organização de trabalho apresentou elementos preponderantemente positivos, mas não isentos de conflitos, desconfortos e, sobretudo, desafios, próprios de uma Instituição complexa e multifacetada como o hospital universitário.

O maior desafio, também apontado como fonte de desconforto pelos trabalhadores, é o sucateamento do Hospital Universitário. A precária condição de trabalho, traduzida pela falta de materiais, equipamentos e recursos humanos, adquire dimensões dramáticas na medida em que compromete a qualidade da assistência. Em graus diferenciados, essa condição parece contribuir sobremaneira para o esgotamento e para a exaustão vivenciados por esses profissionais.

Alguns elementos da organização do trabalho desempenharam entre si um papel modulador, que nos parece justificar os baixos níveis de *burnout* encontrados entre esses trabalhadores. A carga horária de trabalho é um desses elementos que marca, para a maioria dos trabalhadores, a possibilidade de uma pausa entre jornadas compatível com o descanso efetivo e reparador.

Outro elemento fundamental, que também se conecta às demais dimensões positivas, é o ritmo de trabalho desse setor, traduzido pelo discurso dos participantes como favorável a um trabalho digno e produtor de saúde na medida em que propicia um volume de trabalho possível de ser realizado durante a carga horária, considerada suficiente para a realização de todas as tarefas.

As relações interpessoais no ambiente de trabalho são permeadas por vínculos de cooperação e confiança, fortalecidos pelo tempo de convívio entre os colegas de um mesmo plantão. Ainda que existam conflitos e desgastes, esse vínculo parece promover um equilíbrio no relacionamento entre os participantes, com a equipe de trabalho, a gestão, os pacientes e seus familiares.

Outro elemento da organização do trabalho conectado aos demais na compreensão da dinâmica das dimensões de *burnout* foi o reconhecimento. Ainda que não tenha emergido nas falas dos participantes o reconhecimento pelos pares, uma marca crucial foi o reconhecimento da utilidade pelo trabalho realizado e o prazer de fazerem a diferença na vida dessas crianças.

A grandeza de cuidar de crianças; grandeza no sentido de elevação de sentimentos, de generosidade, de vastidão, ao lado da forte convicção dos trabalhadores de gostar do que fazem e sentirem-se realizados pelo seu trabalho, constitui e estrutura o valor atribuídos por eles ao trabalho.

Nessa complexa conexão entre a situação de trabalho e a síndrome de *burnout*, ainda que cada elemento tenha exercido maior ou menor influência em alguma dimensão da síndrome, apreendemos um sinergismo nessa dinâmica. Os elementos positivos conferidos à organização do trabalho interpõem-se e acabam por ajustar um nível ou outro da percepção do trabalhador acerca da exaustão emocional, da despersonalização e da realização profissional.

No entanto, justamente o conjunto das características que compõem o perfil desses trabalhadores como fortemente vocacionados, identificados com sua profissão e realizados pelo valor social de seu trabalho, também os tornam mais propensos ao desenvolvimento da síndrome de *burnout* se submetidos à situação

de trabalho que os impeça de cumprir esse trabalho que ora se configura repleto de sentido e valor social.

O desenvolvimento de *burnout* é caracterizado por um processo gradual, evolutivo e multidimensional, portanto ressaltamos que esses resultados não são estáticos, tampouco definitivos. Eles retratam o momento em que esta pesquisa foi realizada, nas condições e com a organização de trabalho que compunham o cotidiano desses trabalhadores durante o período observado.

Acreditamos que compreender a relação entre a situação de trabalho e a síndrome de *burnout* requer um constante processo de avaliação e de escuta, cabendo a todos os atores dessa engrenagem de trabalho do Hospital Universitário (gestores, trabalhadores e usuários) construir as mudanças na direção de melhores condições de trabalho e saúde.

5. REFERÊNCIAS

BENEVIDES-PEREIRA, A. **Burnout: quando o trabalho ameaça o bem-estar do trabalhador**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002. ISBN 8573961937.

CALGARO, J. C. C. Ensaio sobre os efeitos perversos do gerencialismo no sofrimento do trabalhador: contribuições da sociologia clínica e teoria prática. In: MENDES, A. M.; SARAIVA, A. B. (Orgs). **Psicodinâmica e Clínica do Trabalho: temas, interfaces e casos brasileiros**. Curitiba: Juruá Editora, 2011. p.179-192.

CARLOTTO, M. S.; CÂMARA, S. G. Propriedades psicométricas do Questionário de Satisfação no Trabalho (S20/23). **Psico-USF**, Itatiba, v. 13, n. 2, p. 203-210, 2008.

CARLOTTO, M. S.; GOBBI, M. D. Síndrome de *Burnout*: um problema do indivíduo ou do seu contexto de trabalho? **Alethéia**, Canoas, n. 10, p. 103-114, 2000. ISSN 1413-0394.

CASTRO, F. G. **Burnout, Projeto de ser e Paradoxo organizacional**. 408p. Florianópolis, 2010. Tese (Doutorado em Psicologia), Universidade Federal de Santa Catarina.

DEJOURS, C. Itinerário teórico em psicopatologia do trabalho. DEJOURS, C; ABDOUCHELI, E.; JAYET, C. (Orgs). In: **Psicodinâmica do trabalho: contribuições da escola dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho**. 1. ed. 10. reimp. São Paulo: Atlas, 2009.

DEJOURS, C. Addendum: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho. In: LANCMAN, S.; SZNELWAR, L.I. (Orgs.) **Christophe Dejours: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho**. 2. ed. rev. e ampl. Brasília: Paralelo 15, 2008.

DEJOURS, C.; DESSORS, D.; DESRIAUX, F. Por um trabalho, fator de equilíbrio. **Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v. 33, n. 3, p. 98-104, 1993.

DRAGO, L. M. B.. **“SERVINDO A DOIS SENHORES”**: a gestão do HUCAM entre o ensino e a assistência. Vitória, 2011. 215 f. Dissertação (Mestrado em Política Social) - Universidade Federal do Espírito Santo.

FRANCO, T.; DRUCK, G.; SELIGMANN-SILVA, E. As novas relações de trabalho, o desgaste mental do trabalhador e os transtornos mentais no trabalho precarizado. **Rev. bras. saúde ocup**, São Paulo, v. 35, n. 122, p. 229-248, 2010. Disponível em :<<http://www.scielo.br/pdf/rbso/v35n122/a06v35n122.pdf>>. Acesso em: 7 abr.

2012.

FREUDENBERGER, H. J. Staff burn-out. **Journal of social issues**, v. 30, n. 1, p. 159-165, 1974.

GIL-MONTE, P. R.; PEIRÓ, J. M. Validez factorial del Maslach *Burnout* Inventory en una muestra multiocupacional. **Psicothema**, Oviedo, v. 11, n. 3, p. 679-689, 1999.

GIL-MONTE, P. R.; PEIRÓ, J. M. **Desgaste psíquico en el trabajo: el síndrome de quemarse**. Madrid, Síntesis, 1997.

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

GUIDO, L. A.; GOULART, C. T.; SILVA, R. O. M.; LOPES, L. F. D.; FERREIRA, E. M. Estresse e *Burnout* entre residentes multiprofissionais. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 20, n. 6, p. Tela 1-Tela 8, 2012.

JARDIM, S. R.; SILVA FILHO, J. F.; RAMOS, A. **O diagnóstico de *burnout* na atenção em saúde mental dos trabalhadores. Cenários do trabalho: subjetividade, movimento e enigma**, Rio de Janeiro: DP&A, 2004. p. 73-87.

JARDIM, S.; SILVA FILHO, J. F. Profissão: identificação e projeto. **PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, p. 101-109, 1996.

LANCMAN, S.; SZNELWAR, L. O mundo do trabalho e a psicodinâmica do trabalho. In: **Christophe Dejours: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho**, Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2008, p. 25-45.

MACHADO, M. H.; OLIVEIRA, E.; MOYSES, N. M. N. Tendências do mercado de trabalho em saúde no Brasil. In: Celia Pierantoni, Mario Roberto Dal Poz, Tania França. (Org.). **O Trabalho em Saúde: abordagens quantitativas e qualitativas**. 1ª.ed. Rio de Janeiro: CEPESC, UERJ, 2011, v. 001, p. 103-116. Rio de Janeiro, 2010.

MASLACH, C.; JACKSON, S.; LEITER, MP. **Maslach *Burnout* Inventory Manual**, 1996.

MASLACH, C.; JACKSON, S. E. The measurement of experienced *burnout*. **Journal of Organizational Behavior**, Malden, v. 2, n. 2, p. 99-113, 1981.

MASLACH, C.; LEITER, M. P. **Trabalho: fonte de prazer ou desgaste: guia para vencer o estresse na empresa**. Campinas: Papirus, 1999.

MASLACH, C.; ROSSI, A. M.; PERREWÉ, P. L.; SAUTER, S. L. Entendendo o *burnout*. In: Rossi AM, Perrewé PL, Sauter SL (Org.). **Stress e qualidade**

de vida no trabalho: perspectivas atuais da saúde ocupacional. São Paulo: Atlas, 2005. p. 41-55.

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

MASLACH, C.; SCHAUFELI, W. B. Historical and conceptual development of *burnout*. In W.B.SCHAUFELI, C. MASLACH & T.MAREK (Orgs.): **Professional *burnout*: Recent developments in theory and research**, 1993.

MERHY, E. E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo.** São Paulo: Hucitec, 2002.

MERLO, A. R. C.; LAPIS, N. L. A saúde e os processos de trabalho no capitalismo: algumas considerações. **Boletim da Saúde. Escola de Saúde Pública**, Porto Alegre, p. 17-29, 2005.

MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F.; CRUZ NETO, O.; GOMES, R. **Pesquisa Social: Teoria, Método E Criatividade.** Petrópolis, RJ: Vozes, 2009.

MONTEIRO, J. K. Organização do trabalho e sofrimento psíquico de trabalhadores da saúde. In: MENDES, A. M.; MERLO, A. R. C.; MORRONE, C. F.; FACAS, E. P.(Orgs). **Psicodinâmica e Clínica do trabalho: Temas, interfaces e casos brasileiros.** Curitiba: Juruá, 2010, p 335-345.

NOGUEIRA, R. P.; SANTANA, J. O trabalho em serviços de saúde. In: SANTANA J.P. (org.). **Desenvolvimento gerencial de unidades básicas do Sistema Único de Saúde.** Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2000, p. 129-136.

PITTA, A. **Hospital: dor e morte como ofício.** São Paulo: Hucitec, 1994.

RIBEIRO, C. V. S. A Saúde do Servidor Público em Tempos de Gerencialismo. In: **Anais do XV Encontro Nacional da ABRAPSO.** Disponível em http://abrapso.org.br/siteprincipal/images/Anais_XVENABRAPSO/169.%20a%20sa%DAde%20do%20servidor%20p%DAblico%20em%20tempos%20de%20gerencialismo.pdf (Acessado em 15/Jan/2014). [Links]. Maceió, 2009.

SELIGMANN-SILVA, E. **Psicopatologia no trabalho: aspectos contemporâneos. Patologia do trabalho**, Rio de Janeiro: Atheneu, 2003, p. 64-98.

_____. **Trabalho e desgaste mental: o direito de ser dono de si mesmo.** São Paulo: Cortez, 2011.

_____. *Psicopatologia no trabalho: aspectos contemporâneos.* In: CONGRESSO INTERNACIONAL SOBRE SAÚDE MENTAL NO TRABALHO,

2007, Goiânia. **Anais 2º Congresso Internacional sobre saúde mental no trabalho**. Disponível em: <http://www.prt18.mpt.gov.br>. Acesso em: 10 dez. 2010.

SELIGMANN-SILVA, E.; MENDES, R. **Psicopatologia e psicodinâmica do trabalho. Patologia do trabalho**, São Paulo: Atheneu, 1999, p. 287-310.

SILVA JÚNIOR, J. S. **Afastamento do trabalho por transtornos mentais e fatores associados: um estudo caso-controle entre trabalhadores segurados da Previdência Social**. São Paulo 2012. 147 p.. Dissertação (Mestrado em Saúde Ambiental) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo.

VIEIRA, I. Conceito (s) de *burnout*: questões atuais da pesquisa e a contribuição da clínica. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 35, n. 122, p. 269-276, 2010.

WEBER, M. **A Ética Protestante e o Espírito do Capitalismo**, tradução de M. Pietro Nasseti. 4. ed. 10 imp. São Paulo: Ed. Martin Claret, 2012.

VI. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta tese teve por objetivo compreender os modos de trabalhar, os elementos relacionados ao trabalho e a saúde dos profissionais de saúde de uma unidade de internação pediátrica, entendendo a complexidade que envolve o ser profissional da saúde e as repercussões deste ofício para a saúde destes trabalhadores. Cabe ressaltar que os profissionais da área da saúde, como também a categoria de educadores, têm sido alvo de pesquisas sobre a relação entre o trabalho e a saúde em virtude do crescente adoecimento físico e mental dos trabalhadores destas áreas.

Conduzimos esta pesquisa apoiados na perspectiva do discurso dos trabalhadores, conhecendo os elos que conectam o seu saber fazer, o contexto do trabalho no cotidiano, as múltiplas relações estabelecidas no setor, os modos de enfrentamento das dificuldades e das impossibilidades, o valor atribuído ao trabalho realizado e as dimensões da síndrome de *burnout*, que se configura entre os transtornos mentais que mais tem crescido entre os trabalhadores da área da saúde.

O cenário de nossa pesquisa é parte integrante de um hospital universitário que por ser lócus de ensino, pesquisa, extensão e assistência confere uma maior complexidade ao trabalho realizado. A priori ser profissional da saúde de um hospital universitário emerge como uma dimensão que influencia positivamente o trabalho neste setor, uma vez que a maioria destes trabalhadores estabeleceu um convívio de muitos anos, seja por terem cursado sua graduação neste hospital, ou

por terem ingressado na mesma época no hospital universitário para compor a equipe que iria inaugurar o setor de internação pediátrica.

Grande parte destes trabalhadores compartilha a percepção de pertencimento a este lugar, por considerarem-se sujeitos da construção da história deste setor e do hospital universitário. Assim a trajetória da maioria desses profissionais ancora, em certa medida, as relações de confiança e a cooperação entre os pares que, embora não isentas de conflitos, são fortalecidas por este longo tempo de convívio e parceria.

O cotidiano de trabalho neste setor é permeado por elementos da organização e da condição de trabalho que têm repercutido positivamente no trabalho e na saúde destes trabalhadores. Dentre eles ressaltamos as relações de confiança, a cooperação entre os pares, o dimensionamento da jornada de trabalho e das folgas, o ritmo de trabalho, o reconhecimento e a percepção do controle sobre seu processo de trabalho,

Nessa perspectiva, esse controle é factível diante de certo grau de autonomia para interferirem no processo de trabalho, contando com a colaboração e a confiança entre os pares, sobretudo para atender às variabilidades e os imprevistos que ocorrem no cotidiano desses trabalhadores.

A variabilidade e a imprevisibilidade são características presentes, em maior ou menor grau, em todos os processos de trabalho. No entanto, o trabalho em saúde envolve riscos eminentes de agravos e de morte, e vencer as dificuldades e os imprevistos requer o uso de recursos próprios dos trabalhadores como ações rápidas, seguras e criativas.

Para tanto, é possível para esses trabalhadores intervirem no interstício entre o trabalho prescrito e o trabalho real lançando mão de improvisos frente à falta de recursos materiais e humanos, que é uma tônica nos hospitais universitários.

Enquanto esses ajustes são exequíveis, os trabalhadores vão reinventando seus fazeres para garantirem a produção do cuidado com o máximo de qualidade possível. Na medida em que tais recursos e possibilidades se esgotam, emergem os desconfortos e as insatisfações em virtude da precariedade da estrutura física e material, da escassez de recursos humanos e, conseqüentemente, em relação à gestão do hospital universitário que, segundo os trabalhadores, é centralizadora e atua no constante “apagar incêndios”, não adotando ações de planejamento e nem envolvendo seus pares nos processos de tomadas de decisões, que são marcados por ações eminentemente pontuais e emergenciais.

Este modo de gestão gera muita insatisfação e conflitos decorrentes dos poucos recursos, da morosidade para aquisição e manutenção de materiais, equipamentos e infraestrutura, da burocracia própria do serviço público que dificulta ainda mais estes prazos em virtude dos processos licitatórios, da falta de um planejamento para reposição dos trabalhadores que aposentaram e os que estão em vista de se aposentarem.

A gestão do hospital universitário possui características dos modelos de gestão taylorista/fordista, como o trabalho fragmentado, parcelado, com baixa participação e autonomia dos trabalhadores, e ainda absorve peculiaridades do modelo gerencialista de gestão, como em outras esferas do setor público,

pautado na missão institucional com vistas ao máximo de eficiência, qualidade e produtividade.

Embora este setor esteja integrado a um hospital universitário que tem inserido elementos do gerencialismo em seu modo de gestão, os próprios trabalhadores preservam entre eles o valor social do trabalho que realizam: cuidar da saúde de uma criança. O discurso das metas e da competitividade ainda não está presente no cotidiano deste trabalhador, eles conservam um fazer próprio em um cotidiano de trabalho permeado pela cooperação como uma regra implícita, sustentada pelas relações de confiança entre os pares.

Apreendemos do discurso e do tempo de convivência com estes trabalhadores durante a pesquisa de campo que o reconhecimento do valor social do trabalho que realizam e a satisfação em cuidar de crianças são elementos preponderantes para a dimensão positiva atribuída por estes profissionais ao seu trabalho. O aspecto vocacional que envolve os profissionais de saúde é bem marcado entre os trabalhadores deste setor, tanto pela dimensão do valor social da profissão quanto pelo significado de cuidar de crianças.

Esse conjunto de elementos está intimamente relacionado aos baixos riscos para o desenvolvimento da síndrome de *burnout* encontrados neste grupo de trabalhadores, com destaque para o baixo risco detectado nas dimensões exaustão emocional e despersonalização.

Acreditamos que estejam envolvidas nos baixos riscos destas dimensões as relações interpessoais pautadas na confiança e na cooperação, a possibilidade de intervir no processo de trabalho gozando de certo grau de autonomia, o ritmo

de trabalho, o dimensionamento da jornada de trabalho, o gosto por cuidar de crianças, o valor social e o reconhecimento pelo trabalho realizado.

Ainda que alguns desses elementos já tenham sido apontados na literatura como sendo significativos para a relação positiva entre o trabalho e a saúde, compreendemos com o cotidiano destes trabalhadores que o trabalho em saúde, mesmo ao lado de dificuldades e obstáculos, não desemboca necessariamente no adoecimento. Enquanto a configuração da organização e das condições do trabalho possibilitar aos trabalhadores preservarem o seu *savoir-faire*, o trabalho em saúde poderá favorecer a saúde de seus trabalhadores.

Ressaltamos, no entanto, que esse processo que envolve os elementos da organização do trabalho, os trabalhadores e as dimensões da síndrome de *burnout* é dinâmico, e que os baixos níveis de risco em exaustão emocional, despersonalização e realização profissional não implicam ausência de problemas ou conflitos, mas demonstram uma dinâmica em que os trabalhadores conseguem preservar um modo de viver o trabalho que os favorece subjetivamente e contribui significativamente para o equilíbrio entre o trabalho e a saúde física e mental.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALBORNOZ, S. **O que é o trabalho**. São Paulo: Brasiliense, 6ª ed., 2008.

AMORIM, C. Síndrome de *Burnout* em fisioterapeutas e acadêmicos de fisioterapia: um estudo preliminar. In: BENEVIDES-PEREIRA, A.M.T. (org) **Burnout: quando o trabalho ameaça o bem-estar do trabalhador**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002.

ANTUNES, R. **Adeus ao Trabalho? Ensaios sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho**. 13ª ed. rev. ampl. São Paulo: Cortez, 2008.

ANTUNES, R.; ALVES, G. As mutações no mundo do trabalho na era da mundialização do capital. **Rev. Educ. Soc.**, Campinas, 25(87), p. 335-351, 2004. Disponível em <<http://www.cedes.unicamp.br>>

ANTUNES, R.; ALVES, G. **O caracol e sua concha: ensaios sobre a nova morfologia do trabalho**. São Paulo: Ed Boitempo, 2005.

ASSUNÇÃO, A. A.; BELISÁRIO, S. A. **Condições de trabalho e saúde dos trabalhadores da saúde**. Belo Horizonte: Núcleo de Educação em Saúde Coletiva, 2007.

ASSUNÇÃO, A. A.; JACKSON FILHO, J. M. Transformações do trabalho no setor saúde e condições para cuidar. In: **Trabalhar na saúde: experiências cotidianas e desafios para a gestão do trabalho e do emprego**. Editora Fiocruz, 2011. p. 45-65.

BENEVIDES-PEREIRA, A. **Burnout: quando o trabalho ameaça o bem-estar do trabalhador**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002.

BERNARDINO, M.T.S.M; BENTO, P.E.G. Reestruturação produtiva, condições de trabalho e saúde no Brasil. **Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar**, São Carlos, v. 10, n. 1, 2010.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE NO BRASIL. **Doenças relacionadas ao trabalho: manual de procedimentos para os serviços de saúde**. Brasília: Editora MS, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo nº 008/2011 da Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS. Institui as diretrizes da Política Nacional de Promoção da Saúde do SUS, 2011.

BORGES, L. O. **Os profissionais de saúde e seu trabalho**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005.

BORSOI, I.C.F. Da relação entre trabalho e saúde à relação entre trabalho e saúde mental. **Psicologia & Sociedade**, v.19, ed. esp., n. 1, p. 103-111, 2007.

BRAVERMAN, H. **Trabalho e Capital Monopolista – A degradação do Trabalho no Século XX**. Rio de Janeiro: Ed: LTC, 3ªed, 1986.

CALGARO, J.C.C. Ensaio sobre os efeitos perversos do gerencialismo no sofrimento do trabalhador: contribuições da sociologia clínica e teoria prática. In: MENDES, A.M.; SARAIVA, A.B. (Orgs). **Psicodinâmica e Clínica do Trabalho: temas, interfaces e casos brasileiros**. Curitiba: Juruá Editora, 2011. p.179-192.

CAMPOS, G. W. S. Educação médica, hospitais universitários e o Sistema Único de Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 187-194, 1999.

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. 7. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2011. 277 p.

CARLOTTO, M.S.; CÂMARA, S.G. Análise da produção científica sobre a Síndrome de *Burnout* no Brasil. **Psico**, Canoas, v. 39, n. 2, 2008.

CARLOTTO, M. S.; GOBBI, M. D. Síndrome de *Burnout*: um problema do indivíduo ou do seu contexto de trabalho? **Alethéia**, Canoas, n. 10, p. 103-114, 2000.

CASTRO, F. G. ***Burnout*, Projeto de ser e Paradoxo organizacional**. 2010. 408p. Tese (Doutorado em Psicologia), Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2010.

CENTRO DE REFERÊNCIA TÉCNICA EM PSICOLOGIA E POLÍTICAS PÚBLICAS (CREPOP). **Saúde do trabalhador no âmbito da saúde pública: referências para a atuação do (a) psicólogo (a)**. Brasília: CFP, 2008.

CHANLAT, J. F. O gerencialismo e a ética do bem comum: a questão da motivação para o trabalho nos serviços públicos. In: **VII Congresso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública**. Lisboa, 2002. Disponível em: <http://unpan1.un.org/intradoc/groups/public/documents/CLAD/clad0043316.pdf> (acessado em 20/Nov/2013). [Links].

COSTA, D.; LACAZ, F. A. C.; JACKSON FILHO, J. M.; VILELA, R. A. G. Saúde do Trabalhador no SUS: desafios para uma política pública. **Rev. Bras. Saúde ocup**, São Paulo, v. 38, n. 127, p. 11-30, 2013.

DEJOURS, C.; DESSORS, D.; DESRIEAUX, F. Por um trabalho, fator de equilíbrio. **Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v. 33, n. 3, p. 98-104, 1993.

DEJOURS, C. Addendum: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho. In: LANCMAN,S.; SZNELWAR, L.I. (Orgs.) **Christophe Dejours: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho**. 2. ed. rev. e ampl. Brasília: Paralelo 15, 2008.

DRAGO, L. M. B. “SERVINDO A DOIS SENHORES”: a gestão do HUCAM entre o ensino e a assistência. 2011. 215 f. Vitória, 2011. Dissertação (Mestrado em Política Social) - Universidade Federal do Espírito Santo,.

FELICIANO, K. V. D. O.; KOVACS, M. H.; SARINHO, S. W. Feelings of paediatric emergency service professionals: reflexions on *burnout*. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 5, n. 3, p. 319-328, 2005.

FITZSIMMONS, J. A.; FITZSIMMONS, M. J. **Administração de serviços: operações, estratégias e tecnologia da informação**. 4ed. Editora Bookman, 2005. 564 p.

FLEURY, A. C.; VARGAS, N. Aspectos conceituais. In: _____. **Organização do trabalho: uma abordagem interdisciplinar: sete estudos sobre a realidade brasileira**. São Paulo: Atlas, 1987. p. 17-37.

FRANCO, T.; DRUCK, G.; SELIGMANN-SILVA, E. As novas relações de trabalho, o desgaste mental do trabalhador e os transtornos mentais no trabalho precarizado. **Rev. bras. saúde ocup**, São Paulo, v. 35, n. 122, p. 229-248, 2010.

FREUDENBERGER, H. J.; RICHELSON, G. **Burnout**. Bantam, NewYork, 1980.

GIL-MONTE, P.R.; PEIRÓ, J.M. Validez factorial del Maslach *Burnout* Inventory en una muestra multiocupacional. **Psicothema**, Oviedo-Espanha, v. 11, n. 3, p. 679-689, 1999.

GIL-MONTE, P. R.; PEIRÓ, J. M. **Desgaste psíquico en el trabajo: el síndrome de quemarse**. Madrid, Síntesis, 1997.

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

GOMEZ, C. M.; LACAZ, F. A. C. Saúde do trabalhador: novas-velhas questões. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 797-807, 2005.

GONDAR, J. O. O trabalho como objeto histórico. **Cadernos do NUPSO 2**, Rio de Janeiro, n. 3, p. 20-32, 1989.

GONZÁLEZ, E. R. Nova economia gera riscos psicossociais no trabalho. *Valor econômico*. São Paulo, 27/06/2011. Entrevista concedida ao repórter Rafael Sigollo. Disponível em:< <http://www.valor.com.br/arquivo/895021/nova-economia-aumenta-risco-de-estresse>>. Acesso em: 28/02/2012.

GUIDO, L. A.; GOULART, C. T.; SILVA, R. O. M.; LOPES, L. F. D.; FERREIRA, E. M. Estresse e *Burnout* entre residentes multiprofissionais. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 20, n. 6, p. Tela 1-Tela 8, 2012.

JACQUES, M. G. C. Abordagem teórico-metodológicas em saúde/doença mental e trabalho. **Rev. Psicologia e Sociedade**, Belo Horizonte, v.15(1):97-116, 2003.

JARDIM, S. R. Processo de trabalho e sofrimento psíquico: o caso dos pilotos de metrô do Rio de Janeiro. 1994. 314 f. Rio de Janeiro, 1994. Tese (Doutorado em Psiquiatria)—Instituto de Psiquiatria, Universidade Federal do Rio de Janeiro,

JARDIM, S. R. Trabalho e doença mental. In: BORGES, L.H.; MOULIN, M.G.B.; ARAÚJO, M.D. (Orgs) **Organização do trabalho e saúde: múltiplas relações**. Vitória: Editora EDUFES/CCHN, p. 137-156, 2001.

JARDIM, S. R.; SILVA FILHO, J. F.; RAMOS, A. **O diagnóstico de *burnout* na atenção em saúde mental dos trabalhadores. Cenários do trabalho: subjetividade, movimento e enigma**, Rio de Janeiro: DP&A, 2004. p. 73-87.

KANTORSKI, L. P. As transformações no mundo do trabalho e a questão da saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 5, n. 2, p. 5-15, 1997.

LACAZ, F. A. C. **Saúde do Trabalhador: Um estudo sobre as formações discursivas da academia, dos serviços e do movimento sindical**. 432 f. Campinas, 1996, [Tese Doutorado]. Universidade Estadual de Campinas.

LANCMAN, S.; SZNELWAR, L. O mundo do trabalho e a psicodinâmica do trabalho. In: **Christophe Dejours: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho**, 2008, p. 25-45.

LEITER, M. P; DURUP, J. The discriminant validity of *burnout* and depression: a confirmatory factor analytic study. **Anxiety, stress and coping**, V.7, p. 357-373, 1994.

LITTIKE, D. *Improvizando a gestão por meio da gestão do improviso: o processo de trabalho dos gestores de um Hospital Universitário Federal*. 2012. 182 f. Vitória, 2012. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Espírito Santo.

MACHADO, J. M. H.; ASSUNÇÃO, A. Á. **Panorama da saúde dos trabalhadores da saúde**. Belo Horizonte: UFMG/Faculdade de Medicina, 2012.

MACHADO, S. P.; KUCHENBECKER, R. Desafios e perspectivas futuras dos hospitais universitários no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 871-877, 2007.

MASLACH, C.; JACKSON, S.; LEITER, M. P. **Maslach *burnout* inventory manual**, 1996

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

MASLACH, C.; SCHAUFELI, W. B. Historical and conceptual development of *burnout*. In W.B.SCHAUFELI, C. MASLACH & T.MAREK (Orgs.): **Professional *burnout*: Recent developments in theory and research**, 1993.

- MASLACH, C.; JACKSON, S. E. The measurement of experienced *burnout*. **Journal of Organizational Behavior**, v. 2, n. 2, p. 99-113, 1981.
- MASLACH, C.; ROSSI, A.M.; PERREWÉ, P.L.; SAUTER, S.L. Entendendo o *burnout*. In: Rossi AM, Perrewé PL, Sauter SL (Org.). **Stress e qualidade de vida no trabalho: perspectivas atuais da saúde ocupacional**. São Paulo: Atlas, 2005. p. 41-55.
- MASLACH, C.; LEITER, M. P. **Trabalho: fonte de prazer ou desgaste: guia para vencer o estresse na empresa**. Campinas: Papyrus, 1999.
- MEIRELLES, D. S. O conceito de serviço. **Revista de Economia Política**, São Paulo, v. 26, n. 1, p. 119-136. 2006a.
- MEIRELLES, D. S. Características das firmas e dos setores de serviço, segundo o processo de trabalho. In: DE NEGRI, J.A.; KUBOTA, L.C. (Orgs.) **Estrutura e dinâmica do setor de serviços no Brasil**. Brasília: IPEA, 2006b. 502p.
- MENDES, I. A. C.; MARZIALE, M. H. P. DÉCADA DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD: 2006-2015. **Rev Latino-am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 1, p. 5-6, 2006.
- MERHY, E. E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec, 2002.
- MERHY, E. E.; FRANCO, T. B.. **Reestruturação produtiva e transição tecnológica na saúde**. São Paulo: Hucitec, 1997.
- MERLO, A. R. C.; LAPIS, N. L. A saúde e os processos de trabalho no capitalismo: algumas considerações. **Boletim da Saúde. Escola de Saúde Pública**, Porto Alegre, p. 17-29, 2005.
- MINAYO-GOMEZ, C.; THEDIM-COSTA, S. M. F. A construção do campo da saúde do trabalhador: percurso e dilemas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 13(Supl. 2):21-32, 1997.
- MINAYO-GOMEZ, C.; PENA, P. G. L. Premissas para a compreensão da saúde dos trabalhadores no setor serviço. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.19, n.2, p.371-383, 2010.
- MOULIN, M. G. B. Homens de pedra? Pesquisando o processo de trabalho e saúde na extração e no beneficiamento do mármore. **Cadernos de Psicologia Social do Trabalho**, São Paulo, vol. 3/4, p. 47-63, 2000/2001.
- MUROFUSE, N. T.; ABRANCHES, S. S.; NAPOLEÃO, A. A. Reflexões sobre estresse e *Burnout* e a relação com a enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 2, p. 255-261, 2005.

NAVARRO, V. L.; PADILHA, V. Dilemas do trabalho no capitalismo contemporâneo. **Psicologia & Sociedade**, Belo Horizonte, v. 19, ed. esp., n. 1, p. 14-20, 2007

NOGUEIRA, R. P.; SANTANA, J. O trabalho em serviços de saúde. In: SANTANA J.P. (organizador). **Desenvolvimento gerencial de unidades básicas do Sistema Único de Saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2000. p. 129-136.

NORO, C. P.; KIRCHHOF, A. L. C. Prevalência dos transtornos mentais em trabalhadores de instituição federal de ensino superior – RS (1997 – 1999). **Saúde: Revista do Centro de Ciências da Saúde/Universidade Federal de Santa Maria**, Santa Maria, v. 30, n. 1-2, p.104-11, 2004.

NORMANDO, I. M. C. **Administração de serviços públicos com foco no cidadão: uma avaliação dos serviços prestados pelos órgãos julgadores do Superior Tribunal de Justiça**. Brasília - DF, 2009. Monografia apresentada ao Programa de Pós Graduação em Administração da Faculdade de Economia, Administração, Contabilidade e Ciência da Informação e Documentação (FACE)..

PAGLIOSA, F. L.; DA ROS, M. A. O relatório Flexner: para o bem e para o mal. **Revista brasileira de educação médica**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 4, p. 492-499, 2008.

PAPARELLI, R.; SATO, L.; OLIVEIRA, F. A Saúde Mental relacionada ao trabalho e os desafios aos profissionais da saúde. **Rev. bras. Saúde ocup**, São Paulo, v. 36, n. 123, p. 118-127, 2011.

PIRES, D. **Reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil**. Annablume, 2008. 253 p.

PITTA, A. **Hospital: dor e morte como ofício**. São Paulo: Hucitec, 1994.

RELATÓRIO SOBRE A SAÚDE NO MUNDO - **Saúde Mental: Nova Conceção, Nova Esperança**. ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE – OMS/ONU, World Health Report - WHO - Genève - Swiss, 2001. Disponível em <http://www.acs.min-saude.pt/files/2008/03/rel-mundial-sm-2001.pdf>

RIBEIRO, C. V. S. A Saúde do Servidor Público em Tempos de Gerencialismo. In: **Anais do XV Encontro Nacional da ABRAPSO**. Maceió, 2009. Disponível em http://abrapso.org.br/siteprincipal/images/Anais_XVENABRAPSO/169.%20a%20sa%20da%20do%20servidor%20p%20ablico%20em%20tempos%20de%20gerencialismo.pdf. (Acessado em 15/Jan/2014). [Links].

RIBEIRO, H. P. Do nexos causal à causalidade complexa dos adoecimentos e doenças do trabalho contemporâneo: experiências. In: **I Encontro Nacional de Atenção à Saúde dos Servidores**, Brasília, 2008. Disponível em

<<http://www.grupos.com.br/group/sintesc/Messages.html?action=download&year=09&month=12&id=1262256438717301&attach=Do%20nexo%20causal%20%E0%20causalidade%20complexa%20dos%20adoecimentos%20e%20doen%EA7as.pdf>

RODRIGUES, C. S.; FREITAS, R. M.; ASSUNÇÃO, A. Á.; BASSI, I. B.; MEDEIROS, A. M. Absenteísmo-doença segundo autorrelato de servidores públicos municipais em Belo Horizonte. **Revista Brasileira de Estudos de População**, Rio de Janeiro, v. 30, p. S135-S154, 2013.

SANTOS, P. G.; PASSOS, J. P. A síndrome de *burnout* e seus fatores desencadeantes em enfermeiros de unidades básicas de saúde. *Rev. de Pesq.: Cuidado é Fundamental Online*, Rio de Janeiro, v. 1(2), p. 235-241, 2009.

SELIGMANN-SILVA, E. **Trabalho e desgaste mental: o direito de ser dono de si mesmo**. São Paulo: Cortez, 2011.

_____. *Psicopatologia no trabalho: aspectos contemporâneos*. In: **CONGRESSO INTERNACIONAL SOBRE SAÚDE MENTAL NO TRABALHO, 2007**, Goiânia. *Anais 2º Congresso Internacional sobre saúde mental no trabalho*. Disponível em: <http://www.prt18.mpt.gov.br>. Acesso em: 10 dez. 2010.

_____. **Psicopatologia no trabalho: aspectos contemporâneos. Patologia do trabalho**, Rio de Janeiro: Atheneu, 2003, p. 64-98.

_____. Desemprego e psicopatologia da recessão. In: BORGES, L. H.; MOULIN, M.G. B.; ARAÚJO, M. D. (Orgs.) **Organização do trabalho e saúde: múltiplas relações**. Vitória: Editora EDUFES/CCNH, p. 219-254, 2001.

SELIGMANN-SILVA, E.; MENDES, R. **Psicopatologia e psicodinâmica do trabalho. Patologia do trabalho**, p. 287-310, 1999.

SATO, L.; BERNARDO, M. H. Saúde mental e trabalho: os problemas que persistem. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 869-878, 2005.

SILVA JÚNIOR, J. S. D. **Afastamento do trabalho por transtornos mentais e fatores associados: um estudo caso-controle entre trabalhadores segurados da Previdência Social**. 2012. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo. Faculdade de Saúde Pública. Departamento de Saúde Ambiental.

SILVA, A. T. C.; MENEZES, P. R. Esgotamento profissional e transtornos mentais comuns em agentes comunitários de saúde. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 5, 2008.

SOBRINHO, C. L. N.; NASCIMENTO, M. A.; CARVALHO, F. M. Transformações no trabalho médico. **Rev Bras Educ Med**, Rio de Janeiro, v. 29, p. 129-35, 2005.

SODRE, F.; LITTIKE, D.; DRAGO, L. M. B.; PERIM, M. C. M. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares: um novo modelo de gestão?. **Rev. Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n. 114, 2013.

TAMAYO, R. **Relação entre a síndrome de *burnout* e os valores organizacionais no pessoal de enfermagem de dois hospitais públicos.** Distrito Federal, 1997. 141 p. Dissertação de mestrado não publicada (Mestrado em Psicologia) – Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília.

TRIGO, T. R.; TENG, C. T.; HALLAK, J. E. C. Síndrome de *burnout* ou estafa profissional e os transtornos psiquiátricos. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v.34(5), 2007.

TRINDADE, L. L.; LAUTERT, L. Síndrome de *Burnout* entre os trabalhadores da Estratégia de Saúde da Família. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 44, n. 2, p. 274-279, 2010.

VASCONCELOS, A.; FARIA, J. H. Saúde mental no trabalho: contradições e limites. **Psicologia & Sociedade**, Belo Horizonte, v. 20, n.3, p. 453-464, set.-dez./2008.

VIEIRA, I. Conceito(s) de *burnout*: questões atuais da pesquisa e contribuição da clínica. **Rev. Bras. Saúde Ocupacional**, São Paulo, 35(122):269-276, 2010.

VIEIRA, I.; RAMOS, A.; MARTINS, D.; BUCASIO, E.; BENEVIDES-PEREIRA, A. M.; FIGUEIRA, I.; JARDIM, S.. *Burnout* na clínica psiquiátrica: relato de um caso. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, v.28(3), 2006.

WEBER, M. **A Ética Protestante e o Espírito do Capitalismo**, tradução de M. Pietro Nassetti. 4. ed. 10 imp. São Paulo: Ed. Martin Claret, 2012.

ZARIFIAN, P. **Objetivo competência: uma nova lógica.** 1ªed.4 reimpr. São Paulo: Atlas, 2011.

APÊNDICES

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS E NATURAIS PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado para participar da pesquisa “O cotidiano dos trabalhadores do setor de internação pediátrica do Hospital Universitário Cassiano Antonio de Moraes e a síndrome de *burnout*”. Você foi escolhido por integrar a equipe de trabalhadores deste setor, independentemente da característica do seu vínculo profissional com essa instituição.

Com o seu depoimento e de outros servidores pretendemos analisar as repercussões do seu trabalho em sua saúde. Acreditamos que os resultados desta pesquisa poderão contribuir para a melhoria das políticas voltadas às condições e à organização do trabalho no hospital universitário, sobretudo em relação à saúde e ao bem-estar dos servidores.

Não há riscos na sua participação desta pesquisa. As entrevistas serão gravadas e os dados que serão divulgados não permitirão sua identificação.

A qualquer momento, você poderá desistir de participar da pesquisa e se precisar de algum esclarecimento adicional poderá entrar em contato com os pesquisadores por meio dos telefones e endereço que constam no final deste Termo.

A realização da entrevista terá início somente após a leitura deste termo e esclarecimentos de dúvidas e após seu consentimento mediante assinatura.

Declaro que entendi os objetivos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

Asseguramos que todas as informações prestadas por você são sigilosas e serão utilizadas somente para esta pesquisa. Os dados serão divulgados em eventos científicos e os nomes dos participantes serão mantidos em sigilo. Os questionários serão arquivados por 5 anos sob responsabilidade da pesquisadora.

Você receberá uma cópia deste termo e pode entrar em contato com o pesquisador principal para tirar suas dúvidas sobre o projeto através dos telefones: (27)3335-2505 e (27) 9264-8175 e do endereço: Av. Fernando Ferrari s/n, Campus Goiabeiras, Vitória, ES (Departamento de Psicologia Social e do Desenvolvimento – UFES).

TERMO DE CONSENTIMENTO

Eu, _____, declaro que concordo participar, voluntariamente, da pesquisa “O cotidiano dos trabalhadores das unidades pediátricas do Hospital Universitário Cassiano Antonio de Moraes e a síndrome de *burnout*” em desenvolvimento pela pesquisadora Grace Kelly Filgueiras Freitas, doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Espírito Santo. Estou ciente de que os resultados são confidenciais e que serão utilizados unicamente para fins de pesquisa. Autorizo a divulgação do resultado em geral da pesquisa e o resultado individual somente para minha pessoa.

Participante

Grace Kelly Filgueiras Freitas
Coordenadora da Pesquisa

Caso você tenha dificuldade em entrar em contato com o pesquisador responsável, comunique o fato ao Comitê de Ética em Pesquisa pelo telefone 3335-7211 ou pelos e-mails: cep@ccs.ufes.br ; cep.ufes@hotmail.com

APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO SÓCIO-DEMOGRÁFICO

NOME: _____

() Auxiliar () Técnico () Nível Superior

DATA NASCIMENTO: _____ **SEXO:** () Feminino () Masculino

RAÇA: () Branco () Mulato () Negro () Amarelo () Outros _____

NATURALIDADE: _____

TEMPO DE TRABALHO (em anos): Na profissão: _____ No HUCAM: _____

ESCOLARIDADE: () 1º grau incompleto () 1º grau completo (...)

() 2º grau incompleto () 2º grau completo () Nível superior completo

() Especialização () Mestrado () Doutorado

PROFISSÃO: _____

QUAL SUA FUNÇÃO NO HUCAM? _____

TEMPO DE FORMAÇÃO (em anos): _____

POSSUI QUANTOS VÍNCULOS EMPREGATÍCIOS: () 1 () 2 a 3 () Acima de 3

QUAL SEU VÍNCULO COM O HUCAM? _____

SUA RENDA MENSAL: () 1 a 3 salários mínimos () 4 a 6 salários mínimos

() 7 a 9 salários mínimos () 10 a 12 salários mínimos () Acima de 12 salários mínimos

RENDA FAMILIAR: () 1 a 3 salários mínimos () 4 a 6 salários mínimos

() 7 a 9 salários mínimos () 10 a 12 salários mínimos

() Acima de 12 salários mínimos

ESTADO CIVIL: () Solteiro(a) () Casado(a) () Vive com companheiro(a)

() Separado(a) () Viúvo(a) () Outro: _____

TEM FILHOS? () Sim () Não Quantos filhos: _____

QUANTAS PESSOAS MORAM COM VOCÊ? _____

QUAL A SUA RELIGIÃO: _____

VOCÊ PRÁTICA ATIVIDADE FÍSICA? () Sim () Não

Caso pratique, marque a frequência: () 3 vezes por semana () 3 a 5 vezes por semana

() Todos os dias () Outro: _____

VOCÊ SENTE ALGUMA DOR OU DESCONFORTO AO TÉRMINO DE SUA JORNADA DE TRABALHO? () Sim () Não Caso sinta, poderia descrever abaixo?

NECESSITOU DE AFASTAMENTO DO TRABALHO (MESMO QUE POR UM DIA) POR PROBLEMAS DE SAÚDE NOS ÚLTIMOS 6 MESES? () Sim () Não

Caso a resposta anterior tenha sido SIM, responda as questões a seguir:

Qual foi o problema de saúde?

Quanto tempo permaneceu afastado? _____

Quantas vezes precisou afastar-se do trabalho por problemas de saúde nos últimos 6 meses? _____

VOCÊ DEDICA UM TEMPO SEMANAL PARA O LAZER? ()Sim ()Não

Caso tenha respondido SIM, descreva quais as suas atividades de lazer:

AGRADECEMOS SUA COLABORAÇÃO!

APÊNDICE C – INVENTÁRIO *BURNOUT* MASLACH - MBI

3 - Algumas vezes ao mês

Nº	LEIA ATENTAMENTE AS SEGUINTE AFIRMAÇÕES PONTUANDO, O MAIS SINCERAMENTE POSSÍVEL, CONFORME A INTENSIDADE DESCRITA:	NUNCA	UMA VEZ AO ANO OU MENOS	UMA VEZ AO MÊS AO MENOS	ALGUMAS VEZES AO MÊS	UMA VEZ POR SEMANA	ALGUMAS VEZES POR SEMANA	TODOS OS DIAS
1	Sinto-me esgotado/a ao final de um dia de trabalho.							
2	Sinto-me como se estivesse no meu limite.							
3	Sinto-me emocionalmente exausto/a com meu trabalho.							
4	Sinto-me frustrado/a com meu trabalho.							
5	Sinto-me esgotado/a com o meu trabalho.							
6	Sinto que estou trabalhando demais neste emprego.							
7	Trabalhar diretamente com pessoas me deixa muito estressado/a.							
8	Trabalhar com pessoas o dia todo me exige um grande esforço.							
9	Sinto-me cansado a quando me levanto de manhã e tenho que encarar outro dia de trabalho.							
10	Sinto-me cheio de energia.							
11	Sinto-me estimula do/a depois de trabalhar em contato com os pacientes.							
12	Sinto que posso criar um ambiente tranquilo para os pacientes.							
13	Sinto que influencio positivamente a vida dos outros através do meu trabalho.							
14	Lido de forma adequada com os problemas dos pacientes.							
15	Posso entender com facilidade o que sentem os pacientes.							
16	Sinto que sei tratar de forma tranquila os problemas emocionais no meu trabalho.							
17	Tenho conseguido muitas realizações em minha profissão.							
18	Sinto que os pacientes culpam-me por alguns dos seus problemas.							
19	Sinto que trato alguns pacientes como se fossem objetos.							
20	Tenho me tornado mais insensível com as pessoas desde que exerço este trabalho.							
21	Não me preocupo realmente com o que ocorre com alguns dos meus pacientes.							
22	Preocupa-me o fato de que este trabalho esteja me endurecendo emocionalmente.							

0 - nunca

1 - Uma vez ao ano ou menos

2 - Uma vez ao mês ou menos

4 - Uma vez por semana

5 - Algumas vezes por semana

6 - Todos os dias

APÊNDICE D – ROTEIRO DE QUESTÕES PARA A ENTREVISTA

Tema norteador principal: Como é o seu trabalho e como ele influencia em sua saúde?

1. Como foi sua trajetória de trabalho até chegar a esse setor?
2. Como foi sua adaptação aqui? O que demandou de você essa adaptação?
3. Como é o cotidiano do seu trabalho? O que você acha das condições de trabalho?
4. Como é o trabalho com a equipe? A divisão de tarefas, a colaboração nas tarefas e o relacionamento com os colegas e com as pessoas que ocupam a chefia?
5. Você acha que o tempo para realizar todas as suas atividades é suficiente?
6. Você participa do planejamento e avaliação das ações no HUCAM? E do planejamento e avaliação das atividades do seu setor? Isso seria importante para você?
7. Quem define a organização e o controle de suas atividades? É possível realizar todas as atividades conforme as normas e prescrições?
8. Como é o seu relacionamento com os pacientes? Como é o cuidar de crianças para você? Que sentimentos essa assistência desperta em você?
9. Você acha que seu trabalho influencia em sua saúde? De que forma?