



UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
MESTRADO EM PSICOLOGIA

**A SÍNDROME DE *BURNOUT* NO CONTEXTO
HOSPITALAR PEDIÁTRICO**

ANDRÉA BATISTA MAGALHÃES

Goiânia
Fevereiro 2006



**UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
MESTRADO EM PSICOLOGIA**

**A SÍNDROME DE *BURNOUT* NO CONTEXTO
HOSPITALAR PEDIÁTRICO**

ANDRÉA BATISTA MAGALHÃES

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado em Psicologia, da Universidade Católica de Goiás, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Orientação: Prof. Dr. Sebastião Benício da Costa Neto.

Goiânia
Fevereiro 2006

*"Se vi mais longe é porque estava
nos ombros dos gigantes".*

Isaac Newton (1642-1727)

DEDICATÓRIA

Minhas atividades com o Prof. Sebastião iniciaram durante meu estágio da graduação em 2001, quando sua orientação foi fundamental para o desenvolvimento do meu trabalho. Naquele momento, uma decisão foi tomada: eu faria mestrado com ele. Não poderia ter sido diferente. Eu tinha certeza que teria muito mais a aprender.

Este espaço se torna pequeno para dedicar ou mesmo agradecer o trabalho e a competência dispensados para a realização deste estudo, onde minhas limitações foram compreendidas, minhas dificuldades (todas) sanadas, minhas dúvidas esclarecidas, sempre com muita dedicação e discernimento. Nosso tempo, sempre tão ajustado, não foi, em nenhum momento, empecilho para que toda a pesquisa fosse realizada com qualidade. Talvez um dia encontre palavras para expressar e agradecer este orientador sempre presente, disposto a lidar com meus limites e minhas dificuldades, cuidadoso com as questões mais simples das nossas discussões, exigente quando necessário, reconhecendo e reforçando constantemente minha capacidade intelectual. Suas palavras foram, em momentos muito especiais, a energia que precisei para continuar este objetivo profissional.

Então, a você Sebá, dedico este trabalho, que sempre configurou como ‘nosso trabalho’, e por ter contribuído de forma marcante e ao mesmo tempo singular para o meu crescimento profissional e pessoal. Uma frase lida na dedicatória de um trabalho muito bonito diz: *“Gratidão é palavra de pleno sentido pra mim; gratidão é o sentimento que matiza minha relação para com ela”*. Sábias palavras que talvez possam visualizar a dimensão do carinho e do reconhecimento que tenho por você.

Muito obrigada.

Agradecimentos

Aos Professores Dra. Teresa Cristina Cavalcanti Ferreira de Araujo, Dra. Helenides Mendonça e Dr. Fábio Jesus Miranda, que gentilmente aceitaram compor a Banca de Avaliação, obrigada pela acolhida, contribuindo para o nosso aperfeiçoamento científico.

À Universidade Católica de Goiás, na pessoa do Magnífico Reitor Wolmir Therezio Amado, por ter concedido a bolsa de estudo, acreditando na minha formação e na certeza do retorno profissional que este passo na minha carreira pode oferecer à instituição.

À equipe de profissionais do Hospital das Clínicas, em especial aos profissionais que participaram desta pesquisa, pela acolhida e disponibilidade em colaborar, compartilhando de depoimentos importantes para a realização deste trabalho. Agradeço a cada um que me permitiu olhar o outro lado das atividades dos profissionais de saúde: o trabalho por amor. E a secretária da Pediatria do HC, Natalina Mendes Pereira, ao disponibilizar os cadastros dos profissionais e viabilizar os primeiros contatos com estes.

Ao Prof. Dr. Bernardo Moreno Jiménez, que consentiu a utilização dos seus instrumentos nesta pesquisa, obrigada pela disponibilidade em contribuir para a construção deste trabalho.

À Profa. Dra. Ana Maria Benevides-Pereira, sempre atenciosa, obrigada pela acessibilidade em momentos de dúvidas, enriquecendo as sugestões bibliográficas.

À Profa. Maria Bernadete Serravalle Rugue, pela contribuição bibliográfica, no momento da discussão de dados, em que havia a necessidade de leitura específica sobre o assunto, o que nos foi concedido com muita atenção.

À Profa. Ms. Maria Aparecida Batista Borges, por sua leitura, revisão e correção lingüística, em momento de acúmulo de atividades cooperando para a qualidade textual do trabalho.

Ao Professor Dwain Phillip Santee, pela preciosa e necessária tradução do resumo. A colaboração foi essencial.

Aos colegas do Departamento de Recursos Humanos da UCG, na pessoa do Diretor Prof. José Pedro Toschi, na compreensão do fator tempo para a realização

deste trabalho. Estendendo aos colegas, Fidelcina Pereira dos Santos (sempre atenta), Flávio Cunha Peres, Josette Campos de França Toletino (lindinha), e Marley Alves dos Santos Baiocchi Cappi, que contribuíram assumindo parte de minhas responsabilidades em momentos de ausência para a execução deste projeto.

À Psicóloga Ms. Márcia Christovam da Silva Rocha, minha mestre, minha amiga, sem o seu suporte, pouco se teria alcançado. Obrigada por devolver minha tranquilidade emocional para que fosse possível continuar a caminhada. Quando crescer, quero ser como você!

À Psicóloga Teresinha Dantas Caixeta, por contribuir para o meu crescimento profissional e pessoal, desde a época da graduação, enriquecendo este trabalho com pontuações pertinentes para o estudo realizado. Em alguns momentos apenas um olhar foi o suficiente.

À minha mãe, Marilda Batista Teixeira, amada mãe, sem ela nada teria, seria, faria, existiria... Obrigada por me fazer ser o que sou, e me sentir plena quando lhe olho e vejo que posso ser um pedacinho do que você sonhou construir.

À “vovó” Maria da Glória Teixeira, segunda mãe, mulher de fibra, de caráter, de ética. Obrigada pelo apoio inquestionável, guardando nossa filha Cecília em seu coração, contribuindo para amenizar minha ansiedade para que este trabalho fosse realizado. E ao “vovô” José Fernando Teixeira Oliveira, cujo cuidado carinhoso dispensado à minha filha, colaborou indiretamente para a conclusão deste trabalho.

Ao Wesley Pacheco Calixto, meu amado esposo, sua forma de me ajudar, me ensina a crescer e ser independente, mostrando-me que nosso coração pode doar muito mais do que receber. Minha vida – *ossos filhos*, mestrado, trabalho, família – enfim, tudo o que me orienta não teria sentido sem você. É quântico!

A minha amada filha Cecília Magalhães Pacheco, que chegou trazendo a alegria e o brilho colorido da vida. Tão pequena e já me ensinando a compartilhar o tempo, a dividir as alegrias, a somar as vitórias, a diminuir as angústias e multiplicar os sonhos.

À Juliana Batista Magalhães Rézio, irmã querida, fundamental na transcrição das entrevistas. Seu apoio contribuiu para a qualidade do trabalho, mas também para a continuidade dele em um momento de alegria, mas de grande ansiedade na minha vida.

À Eucliva Floriana de Oliveira, amada amiga, irmã, mãe, companheira, vizinha. Obrigada por me escutar, pelas nossas discussões intelectuais, suavizando minhas angústias de forma carinhosa, amenizando, com sábias palavras, as dificuldades para a realização deste trabalho.

À Cynthia Marques Ferraz da Maia, grande e carinhosa amiga, companheira de mestrado, de supervisão, obrigada pelas valiosas trocas de informações que enriqueceram este trabalho.

Às amigas Lílian Márcia Cunha Resende e Renner Danielle Seixas Santana, que me acompanham de longa data sempre estimulando e valorizando meus estudos. Amo vocês.

À Maria Cláudia Rodrigues, figurinha essencial para a conclusão deste trabalho. Obrigada por cuidar de mim e de minha família, atitude sem a qual, eu não teria conquistado meus objetivos.

À Deus, onde me apoiei e me fortifiquei para a realização deste trabalho. Pela energia, que sempre reforço na espiritualidade. Acredito que tudo que é belo, forte, fiel, e real transcende a alma humana e chega mais perto de Deus.

À todos, muito obrigada!

Resumo

Este estudo trata da investigação da Síndrome de *Burnout* em profissionais que atuam em contexto hospitalar pediátrico. O *Burnout* – ou estresse crônico ocupacional - tem sido um tema de interesse de diversos pesquisadores que buscam compreender questões relativas à saúde do trabalhador. Desta forma, objetivou-se identificar, descrever e compreender indicadores de *Burnout* entre profissionais de saúde de uma pediatria de um hospital universitário público. Foram utilizados os Questionários Breve de *Burnout* (CBB) e de Personalidade Resistente ao *Burnout* (CPR), além de uma entrevista semi-estruturada. Participaram da pesquisa 27 profissionais com escolaridade mínima de graduação, que atuam na Pediatria do HC-UFG (10 médicos; 7 enfermeiras; 5 multiprofissionais, ou sejam, Assistente Social, Musicoterapeuta, Nutricionista, Pedagoga e Psicóloga; e, 5 Médicas Residentes). A análise quantitativa revelou que os profissionais ainda não estão em *Burnout*, mas têm escores médio em Processos de *Burnout*, ou seja, já são afetados por fatores que precedem a Síndrome de *Burnout*. Nos fatores organizacionais, as equipes tiveram escores baixo nas subescalas de Tarefa e de Organização. Na subescala Tédio, Enfermeiras e Médicas Residentes cotaram escores alto, que indicam estarem caminhando para a Exaustão Emocional. A análise do CPR mostrou Médicos e Equipe Multiprofissional com escore alto em Implicação. Em relação ao Controle, Equipe Multiprofissional e Residentes tiveram escores baixo, e sobre Desafio, Médicos e Médicos-Residentes cotaram escores alto. O CPR avaliou que apenas os Médicos mantém vulnerabilidade alta com relação ao *Burnout*. A análise qualitativa demonstrou que os profissionais estão sendo afetados pela variável organizacional, trazendo transtornos físicos e psicosociais. A Exaustão Emocional é representada por 57 citações (menções discursivas), mas o nível de satisfação profissional também é alto. Os fatores mais citados pelos profissionais como estressores e produtores de desgastes profissionais são: estressores físicos e psicológicos, condição de trabalho insatisfatória, relações de trabalho insatisfatórias e sobrecarga de trabalho e/ou horários. Ressalta-se a importância de trabalhar junto à instituição estabelecendo ações preventivas à Síndrome de *Burnout*, vez que, instalados e diagnosticados, os prejuízos são de ordem individual, coletiva e organizacional. Considera-se, finalmente, a necessidade da continuidade de pesquisas, relativas ao *Burnout*, com profissionais que trabalham em outras clínicas do HC/UFG.

Palavras Chaves: Síndrome de *Burnout*, Pediatria, Estratégias Psicológicas de Enfrentamento, Saúde do Trabalhador, Equipe de Saúde.

Abstract

This study investigates the Burnout syndrome in professionals in the pediatric hospital context (Hospital das Clínicas / Universidade Federal de Goiás). Burnout - or chronic occupational stress - has been the preferred subject of research by many of those interested in questions pertaining to working class health. The goal was to identify, describe and comprehend these indicators of Burnout. Twenty-seven health workers, with at least an undergraduate education, participated as subjects (ten doctors, seven nurses, five medical residents, a social worker, a musical-therapist, a nutritionist, an educator and a psychologist). The instruments used were: the brief versions of the Burnout Questionnaire and the Resistance to Burnout Personality Questionnaire, complemented by a semi-structured interview. The quantitative analysis showed that the workers could not yet be characterized as having Burnout but had average scores in Burnout Processes. That is, they were already affected by factors that precede Burnout Syndrome. On the organizational factors the working teams showed low scores on the Task and Organization sub-scales. On the Tedium sub-scale nurses and resident doctors showed high scores, which indicate oncoming emotional exhaustion. On personality scores the doctors and other professionals showed high scores on Implication. In terms of Control both the residents and the other professionals showed low scores. Doctors and resident doctors showed high scores on Challenge. The personality questionnaire showed that only the doctors had high vulnerability to Burnout. Qualitative data showed that these professionals are being affected by the organizational variable, with psychosocial and physical disorders. Emotional exhaustion is represented by 57 mentions in the discourse, but professional satisfaction level was high. The most commonly cited stressors were: physical and psychological stressors, unsatisfactory working conditions, unsatisfactory work relations and excessive working hours. It is important to mention the importance of working alongside health institutions for the prevention of Burnout since the damages are not only for the individual, but for the group and organization as well. Finally, there is a need for continuous research on Burnout with professionals who work in other clinics related to the studied hospital.

Key words: Syndrome of Burnout, Pediatrics, Coping, Health of the Worker, Team of Health.

SUMÁRIO

Resumo	viii
Abstract.....	ix
Lista de Tabelas	xi
Lista de Figuras.....	xii
Lista de Siglas	xiii
Introdução	01
CAPÍTULO I – A Saúde do Trabalhador no Contexto Hospitalar Pediátrico	16
Saúde e Cultura Organizacional	18
Indicadores de Cuidados à Saúde do Trabalhador	22
A Organização Hospitalar e o Contexto Pediátrico	25
Conceito de Estresse e Contexto de Trabalho	29
Pesquisas de Estresse no Contexto Hospitalar	34
CAPÍTULO II – A Síndrome de <i>Burnout</i>	37
Estratégias de Enfrentamento Psicológico como Mediadores de <i>Burnout</i>	48
Modelo de <i>Burnout</i> Utilizado no Estudo – O Mediacional.....	54
Objetivo Geral.....	59
Objetivos Específicos.....	59
Método	60
Tipo de Investigação	60
Participantes.....	60
Critérios de inclusão considerados na escolha dos participantes	61
Campo de Investigação	61
Recursos.....	62
Materiais Permanentes	62
Materiais Consumo	62
Instrumentos.....	62
Procedimentos.....	63
Aspectos Éticos da Pesquisa	65
Resultados	67
Análise dos Dados.....	67
Dados sócio-demográficos dos Profissionais da Pediatria.....	67
Escala CBB – Questionário Breve de <i>Burnout</i>	70
Escala CPR – B – Questionário de Personalidade Resistente ao <i>Burnout</i>	76
Análise Qualitativa dos Dados.....	78
Descrição das Categorias e Sub-categorias Temáticas relativas à Síndrome de <i>Burnout</i> de profissionais da Pediatria do HC/UFG.....	81
Discussão.....	92
Considerações Finais	109
Referências Bibliográficas.....	112
Anexos.....	123
Anexo 1 – Carta de Solicitação para trabalho em campo	124
Anexo 2 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	125
Anexo 3 – Roteiro de Entrevista Semi-Estruturada	127
Anexo 4 – Escala CBB – Questionário Breve de <i>Burnout</i>	128
Anexo 5 – Escala CPR– Questionário Personalidade Resistente ao <i>Burnout</i>	131
Anexo 6 – Autorização para utilização das escalas	132
Anexo 7 – Protocolo de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa.....	133
Anexo 8 – Modelo de Entrevista Transcrita	134
Anexo 9 – Critérios de Correção das Escalas CBB e CPR-B disponibilizados pelo Autor Bernardo Moreno-Jimenez.....	139

Lista de Tabelas

Tabela 1 – Dados Sócio-demográficos dos Profissionais da Pediatria do HC/UFG (N=27)	68
Tabela 2 – Dados da Situação de Trabalho dos Profissionais da Pediatria do HC/UFG	69
Tabela 3 – Escore Bruto Médio dos indicadores de <i>Burnout</i> e Desvio Padrão (DP) em Profissionais da Pediatria do HC/UFG (N=27), obtidos com a CBB	71
Tabela 4 – Somatória dos Resultados Individuais do CBB (Questionário Breve de <i>Burnout</i>) de Profissionais da Pediatria do HC/UFG (N=27)	75
Tabela 5 – Escores Individuais de Indicadores de Personalidade Resistente ao <i>Burnout</i> , obtidos por meio do CPR - B, entre Profissionais da Pediatria do HC/UFG (N=27).....	77
Tabela 6 – Escore Bruto Médio dos Indicadores da Personalidade Resistente, segundo a Implacação, o Controle e o Desafio, obtidos por meio da Escala CPR – B (N=27)	78
Tabela 7 – Frequência de Respostas nas Categorias e Subcategorias Temáticas relativas a Síndrome de <i>Burnout</i> de Profissionais da Pediatria do HC/UFG	80

Lista de Figuras

Figura 1 – Modelo Mediacional baseado na teoria de Bernardo Moreno-Jimenez.....	55
Figura 2 - Média de indicadores de <i>Burnout</i> de Profissionais da Pediatria do HC/UFG (N=27), obtidos com a CBB – Processo de <i>Burnout</i>	72
Figura 3 – Média de indicadores de <i>Burnout</i> de Profissionais da Pediatria do HC/UFG (N=27), obtidos com a CBB – Fatores Organizacionais.....	73
Figura 4 - Média de indicadores de <i>Burnout</i> de Profissionais da Pediatria do HC/UFG (N=27), obtidos com a CBB – Síndrome de <i>Burnout</i>	74

Lista de Siglas

- CEP** – Comitê de Ética em Pesquisa
- CFP** – Conselho Federal de Psicologia
- CID10** – Cadastro Internacional de Doenças
- CISAT** – Comissão Intersindical de Saúde e Trabalho
- CNS** – Conselho Nacional de Saúde
- CONEP** – Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
- DIESAT** – Departamento Intersindical de Estudos e Pesquisas de Saúde e dos Ambientes de Trabalho
- GEPEP** – Grupo de Estudos e Pesquisas sobre Estresse e *Burnout*
- HC** - Hospital das Clínicas
- INSS** - Instituto Nacional de Seguridade Social
- LOS** – Lei Orgânica da Saúde
- MBI** - *Maslach Burnout Inventory*
- MTE** – Ministério do Trabalho e Emprego
- NEPASB** – Núcleo de Estudos e Pesquisas Avançadas sobre a Síndrome de *Burnout*
- OMS** – Organização Mundial de Saúde
- PCMSO** – Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional
- SESMT** – Serviços Especializados em Segurança e Medicina do Trabalho
- SUS** – Sistema Único de Saúde
- UFG** – Universidade Federal de Goiás

Introdução

A história do trabalho, ao longo dos anos, atravessa mudanças percebidas desde a sua distribuição de poder e desenvolvimento tecnológico até suas rotinas, tarefas práticas e técnicas que exigem mão de obra e conhecimento específicos para a função. Essas mudanças, de acordo com a literatura moderna, vêm produzindo efeitos em várias esferas da vida humana: social, mental, política, cultural e educacional (Ferreira, Borges & Mendes, 2002), sobrecarregando a vida dos trabalhadores, trazendo dificuldade de adaptação a uma nova conjuntura econômica e colocando em risco o seu bem-estar, o que, a longo prazo, pode potencializar os problemas de saúde.

De acordo com Mendes e Morrone (2002), o trabalho pode configurar como fonte de prazer para o indivíduo, sendo uma das razões pelas quais se tem tamanha importância na vida do trabalhador. É também o meio de se conquistar realização pessoal, financeira e de identidade, permitindo ao ser humano se construir como sujeito psicológico e social. As condições do trabalho tornam-se então primordiais para o seu sucesso, ainda que nem sempre isso aconteça. Via de regra, na visão do trabalhador, estas condições são difíceis; o trabalho pode tornar-se algo penoso e doloroso, deixando de ser uma fonte de prazer e levando-o ao sofrimento.

As experiências institucionais mostram que os trabalhadores procuram se harmonizar de acordo também com o senso de justiça que dirige as normas e as rotinas do trabalho. Esta percepção do poder institucional, e como ela se instala, demonstra a forma que o indivíduo se posiciona com relação ao seu trabalho. Uma experiência negativa pode levar o trabalhador a sentir-se vítima de injustiças, produzindo certo grau de hostilidade em seu ambiente de trabalho ou em relação aos seus superiores. Nestas situações, é comum o trabalhador reagir com raiva e

hostilidade, deixando de desempenhar suas funções de forma produtiva, demonstrando não sentir prazer por suas atividades (Mendonça, Barreto & Paula, 2004).

As percepções de injustiça organizacional também colaboram para o sofrimento no âmbito profissional. As relações de poder, quando verticalmente impostas, geram a insatisfação no trabalho, baixo comprometimento organizacional, falta de confiança, baixo desempenho, raros comportamentos de cidadania e outros comportamentos que lentamente vão contribuindo para o adoecimento do profissional. Nem sempre estas condutas são percebidas a tempo, e o sofrimento passa a ser uma rotina, tendo como base a presença de grande tensão psicológica, estados emocionais desagradáveis e um lento e gradual afastamento das atividades (Assmar & Ferreira, 2004).

As experiências de injustiça, individuais ou coletivas, que se acumulam nas instituições refletem um contexto cultural pouco sadio. Podem surgir relações interpessoais conflituosas, prejuízos para o desempenho dos profissionais e da instituição e a insatisfação do público atendido. As condições laborais e as relações afetivas alteradas ainda são responsáveis por pouca disposição psíquica para o indivíduo enfrentar as humilhações, o aumento do individualismo, a sensação de inutilidade, a falta de prazer e a sensação de esvaziamento (Heloani & Capitão, 2003).

De acordo com Dejours (1991), para o profissional executar uma tarefa sem envolvimento material e afetivo exige-se um esforço maior da vontade que, em outras circunstâncias, é suportado pela motivação e pelo desejo. Quando as ações no trabalho são criativas e vistas de forma positiva, possibilitam a modificação do sofrimento, aumentando a resistência do profissional às várias formas de

desequilíbrio psíquico e corporal. Assim, a organização do trabalho pode ser o mediador entre a saúde, a doença e o sofrimento psíquico.

De acordo com o Ministério do Trabalho e Emprego – MTE (2004), em 1997, cerca de 400.000 trabalhadores sofreram acidentes e doenças relacionadas ao trabalho, gerando um custo direto para o sistema previdenciário. Por razões financeiras, nos últimos cinco anos os níveis atualmente registrados se estabilizaram em faixas preocupantes, sendo a maioria das vítimas jovens e adultos com menos de 40 anos de idade, ou seja, em idade produtiva.

O conceito de saúde foi muito discutido ao longo dos anos e, ainda que a Organização Mundial de Saúde – OMS, afirme que saúde é um completo bem-estar físico, psíquico e social, e não apenas a ausência de doença (Rezende, 1986, citado por Chiquetti, Vezozzo, Lopes & Andrade, 2000), Chaves (1972, citado por Castro, 1978) definiu saúde englobando a este conceito as atividades desenvolvidas pelo homem e suas relações:

Um estado em que o indivíduo tem o vigor físico para o desempenho das atividades normalmente esperadas dos indivíduos de sua idade, não apresenta alterações na estrutura ou no funcionamento de seus subsistemas (órgãos e aparelhos), que causem dor ou desconforto ou possam ser origem de doença e mantém harmonia e equilíbrio em suas funções mentais, suficientes para uma vida normal de relações com seus semelhantes, dentro da cultura a que pertence (p. 227).

Contribuindo para estas definições, e integrando o pensamento desta pesquisa, Thomson (1977, citado por Jonas, Torrezan & Márquez, 1993) completa este conceito lembrando o ambiente como fator de importantes repercussões na

saúde, uma vez que a escolha profissional de cada indivíduo por uma ocupação que seja pertinente às suas capacidades e ao seu temperamento, ou mesmo a opção de afastar das ocupações que podem ser prejudiciais à saúde deste profissional também é uma variável para a manutenção do bem-estar físico e emocional do ser humano.

Conforme dados do Ministério da Saúde (2001), os problemas de saúde mental afastam um número grande de profissionais por longos períodos, não tendo estes, muitas vezes, reconhecimento legítimo de seu problema. Os determinantes da saúde do trabalhador abrangem os fatores sociais, econômicos, tecnológicos e organizacionais (responsáveis pelas condições de vida) e os fatores de risco ocupacional, alguns deles decorrentes da organização laboral dos processos de trabalho. Por isso, as ações de saúde podem ter como foco, também, as mudanças e nos processos de trabalho que constituem as relações saúde-trabalho em toda a sua complexidade.

Legalmente, as ações no contexto de saúde estão prescritas na Constituição Federal de 1988, e regulamentadas pela Lei Orgânica da Saúde – LOS. O que pode ser conferido é a previsão de um cuidado com qualquer profissional em qualquer atividade de trabalho, que é afastado por doenças, ocupacionais ou não; ou mesmo uma preocupação com o ambiente de trabalho que oferece riscos à saúde. Formalmente, os critérios auxílio, diagnóstico, tratamento, prevenção e orientação à saúde do trabalhador estão prontos e publicados. Não há uma preocupação específica com os profissionais que realizam atividades assistenciais e atuam na área da saúde.

No que diz respeito à saúde mental a legislação se antecipou à prática assistencial, apesar de ser ainda muito restrito o registro de profissionais da saúde com doenças mentais crônicas, por conseqüências ocupacionais. Normalmente, a

prática assistencial força uma legislação em favor de condições para tratamento e acompanhamento de natureza médica, social, psicológica e ética.

Contudo, no caso de profissionais afastados por estresse ocupacional não há registro dos efeitos dessas recomendações, ou seja, na prática, não são especificados, de forma quantitativa, os profissionais afastados por doenças ocupacionais, em especial em função do estresse crônico. Neste sentido, há de se destacar uma carência de precisão de dados relativos à saúde ocupacional do brasileiro.

No Brasil, as relações entre trabalho e saúde do trabalhador montam um quebra-cabeça envolvendo situações que englobam tecnologia, organização, gestão, economia e resultados, “que se reflete sobre o viver, o adoecer e o morrer dos profissionais” (Ministério da Saúde, 2001, p. 19). A preocupação se instala quando estas situações não podem caminhar equilibradamente, forçando o profissional a ultrapassar seus próprios limites em função dos resultados e produtividade de suas funções. Na área da saúde, em especial em áreas com funções assistenciais, esta é uma rotina comum com agendas repletas de plantões, atendimentos extras, cargas horárias alteradas etc., o que acaba refletindo na vida tanto profissional quanto pessoal de qualquer ser humano que se percebe nestas condições.

Ferreira e Mendes (2003) reforçam a necessidade de investigar a saúde ocupacional de profissionais da saúde quando revelam os índices de adoecimento. Os autores afirmam que, no contexto ocupacional, adoecer é um processo marcado pela influência das relações socioprofissionais e pelas necessidades econômicas, que demonstram as transformações do mundo do trabalho. Assim, uma das formas do ser humano responder a esses conflitos, aos desafios e às contradições que seu ambiente de trabalho lhe impõe é por meio do adoecimento.

A adoção de novas tecnologias, a precariedade das relações de trabalho e os métodos gerenciais também facilitam a intensificação do trabalho, contribuindo para aumentar a prevalência de doenças relacionadas à atividade do profissional. Dessa forma, os aspectos negativos do custo humano e do sofrimento psíquico que são originados no trabalho podem ser, em alguns momentos, maiores que as possibilidades do indivíduo de se defender, permitindo que as estratégias de enfrentamento à situação sejam ineficazes ou insuficientes para que o profissional não adoça (Ferreira & Mendes, 2003).

A atualidade profissional ainda mostra a necessidade que os profissionais têm em trabalhar pela cultura do desempenho, da excelência, da competição exacerbada, da produtividade e da fidelidade aos objetivos. Estes aspectos trazem questionamentos de como algumas instituições com características similares favorecem o aparecimento do estresse ocupacional, ou por que alguns profissionais não conseguem enfrentar os desgastes ocorridos por essas exigências de uma forma mais saudável. É preciso entender como e por que algumas pessoas que trabalham exaustivamente pela vida de outras, em um contexto criado para atender e cuidar de pessoas consegue, em um determinado momento, manter relações tão impessoais com o espaço e o cotidiano de trabalho.

A investigação da saúde do trabalhador em um hospital-escola, em especial do profissional que trabalha em contexto pediátrico, admite demonstrar como estes profissionais lidam com as exigências e expectativas geradas pelo tipo de trabalho oferecido. Uma pediatria, por se tratar de um espaço eminentemente produtivo, permite que a instituição também seja cobrada pela formação de pessoas para o mercado. É também um espaço ocupacional, prestador de serviços, devendo os profissionais produzir resultados, garantir a qualidade e as especificidades das

tarefas. As exigências nascem de todos os lados: de pacientes, de familiares, de residentes, de estudantes, de médicos-*staff*, de diretores, do governo e demais profissionais inseridos no local.

Em se tratando, especificamente, de um espaço hospitalar pediátrico, ambiente naturalmente estressor em função do tipo de paciente atendido, ao mesmo tempo em que pode ser uma excelente escola para o aprendizado das relações humanas profissionais, incluindo suas conseqüências e vantagens, também é um contexto de desgaste de diferentes naturezas. Supõe-se que cuidar da saúde de uma criança é uma propriedade que gera mais angústia do que cuidar da saúde de um adulto, isso em função da própria expectativa que, tanto profissionais, quanto familiares e pacientes criam em torno do tratamento e acompanhamento feito nos ambientes pediátricos. De acordo com Chiattonne (1996), no ambiente hospitalar o sofrimento físico prevalece sobre o sofrimento psíquico, podendo este sofrimento fazer parte da visão que a instituição faz do paciente hospitalizado. Mas o adoecer da criança destrutura o cotidiano do ser humano, desestabiliza a família, altera as relações sociais e profissionais, não deixando de alterar a condição psíquica dos envolvidos.

O profissional que atua em espaço pediátrico, precisa lidar com uma série de fatores que acompanham a internação de uma criança: angústia diante do diagnóstico, necessidades financeiras e sociais dos pais, ausências de informações pertinentes ao tratamento, óbitos; e quando consegue entender o sofrimento físico para apoiar, esclarecer e identificar as angústias que a criança e a família trazem junto com o adoecer trabalha concomitantemente sua própria saúde, ou sua estrutura pessoal, conseguindo ver todo o processo da hospitalização e seus desgastes.

A doença de uma criança permite a formação de laços com todas as pessoas próximas, em maior ou menor grau, e dificilmente o profissional de pediatria trabalhará sem também apoiar-se na família do paciente, na equipe e em todas as pessoas envolvidas com o contexto hospitalar. Isso ocorre porque as atividades assistenciais e de apoio também se estendem a essas pessoas. Quando o paciente encontra segurança na equipe que o atende e em seus familiares colabora melhor com o tratamento, facilita a participação nos exames clínicos e a hospitalização se torna menos angustiante. Estas posturas, ou seja, estes cuidados que a equipe dispensa a seus usuários atingem as condutas do profissional e refletem no atendimento globalizado do paciente, que, segundo Chiattonne (1996), permite ao profissional de saúde trabalhar de forma humanista e holística, envolvendo toda a equipe de profissionais, que busca funcionar de forma interdisciplinar.

Neste contexto, o trabalho de humanização do atendimento à saúde têm colaborado significativamente quando se trata da saúde da criança. Um exemplo é o Instituto da Criança do Hospital das Clínicas, da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, criado em 1976. Ao longo de sua história, segundo Forte, Kudo, Mendes e Duarte (2004), a instituição tem buscado obter a melhor qualidade na atenção a seus usuários, familiares e profissionais que cuidam dessas crianças. Tem ainda como princípio norteador a visão integral da saúde da criança e do adolescente, trabalhando e fortalecendo as estruturas básicas da equipe multiprofissional.

A literatura moderna demonstra séria preocupação em estudar e entender a relevância da saúde mental nas relações de trabalho. Especificamente no Brasil, existe uma vasta gama de estudos que acompanham e analisam como profissionais enfrentam os desgastes e suas conseqüências (Benevides-Pereira, 2001; Benevides-

Pereira, 2002b; Heloani & Capitão, 2003; Brant & Gomez, 2004; Murta, 2005; Tamayo *et al*, 2004;). Em se tratando do estresse ocupacional crônico, de acordo com Tamayo e Tróccoli (2002a), o estado atual das pesquisas sobre o assunto, aponta para uma necessidade de maior investimento em estudos que examinam a influência de variáveis que influenciam no vínculo que o profissional tem com a organização, bem como sua satisfação com as tarefas exercidas.

Os estudos podem ampliar modelos mais complexos sobre o surgimento do estresse crônico no contexto ocupacional (Tamayo & Tróccoli, 2002a). Esses estudos abrem caminho para que instituições priorizem suas atividades em prevenção e tratamento em saúde mental. É importante ressaltar que, para que isso aconteça, as doenças psíquicas e/ou mentais ocupacionais precisam deixar de ser vistas como um fenômeno composto apenas de características de personalidade do indivíduo que interfere no seu vínculo profissional com seus usuários. Podem, portanto, ser tratadas como um problema que surge a partir da relação do indivíduo com seu trabalho, ou seja, entendidas como um fenômeno multicausal que interfere nas suas relações de trabalho.

O estresse crônico ocupacional, denominado Síndrome de *Burnout*, é registrada no Cadastro Internacional de Doenças – CID10 (Z73.0) (Organização Mundial de Saúde, 2000). De acordo com Benevides-Pereira (2002a), a Lei nº 3048/99 reconhece, no Brasil, a Síndrome de Esgotamento profissional como uma doença de trabalho, compreendida como sensação de estar “acabado”.

O esgotamento profissional é uma condição que leva o profissional a desenvolver comportamentos diferentes dos habituais no ambiente de trabalho, como cansaço excessivo, desinteresse pelas funções antes importantes, desgastes emocionais que o levam a desgostar de suas atividades, demonstrando distúrbios que

podem definir possíveis interações entre fatores psicossociais, estresse, carga horária excessiva do trabalho e outros contextos que alteram de forma desnorteada a rotina do trabalho individual. Alterações nos aspectos emocional e físico, bem como estratégias sociais desumanizadas, aparecem como manifestações do estresse crônico ocupacional, ocorrendo quando o retorno do trabalho realizado não corresponde com o desejo e os objetivos individuais deste profissional. Ressalte-se que profissionais que realizam tarefas eminentemente assistenciais têm mais chances de desenvolverem o *Burnout* (Benevides-Pereira, 2002a).

É possível questionar se ainda não existe a devida formação de profissionais da saúde, para o diagnóstico e tratamento de *Burnout*, haja visto que a compreensão científica sobre a síndrome ainda é pouco divulgada ou conhecida entre profissionais da saúde. A compreensão que existe pode ser, ainda, uma concepção preconceituosa, pois o diagnóstico da síndrome passa pelo relato do sujeito, sendo um relato impregnado de aspectos subjetivos. Esse conjunto de características possivelmente contribui para que os profissionais afastados formalmente com diagnóstico de *Burnout* sejam tão poucos. Por outro lado, verifica-se que os profissionais são afastados por força de atestados com outros diagnósticos e que não indicam a incidência do *Burnout*.

Para Benevides-Pereira (2002a), os estudos de *Burnout* no Brasil ainda são escassos. Em função disso, a partir de 1995 a autora passou a se dedicar ao estudo do assunto. Com seu apoio, em 1997 um grupo de professores, psicólogos e estudantes de Psicologia da Universidade Estadual de Maringá formaram o Núcleo de Estudos e Pesquisas Avançadas sobre a Síndrome de *Burnout* – NEPASB, sendo, posteriormente, alterado o nome para Grupo de Estudos e Pesquisas sobre Estresse e *Burnout* – GEPEB.

Maslach (1986) é responsável pela escala de medida de *Burnout* mais adotada no mundo, o *Maslach Burnout Inventory* (MBI), traduzida, adaptada e validada também no Brasil. São três as versões desta escala: *MBI – Service Human Survey*, para profissionais de saúde; *MBI – Educators Survey* – voltado para professores, e *MBI – General Survey*, para demais categorias.

Maslach e Jackson (1977, citados por Benevides-Pereira, 2002b), identificaram variáveis sócio-ambientais como coadjuvantes no processo de *Burnout*, se referindo a alguns comportamentos específicos do profissional em relação ao seu trabalho. A sensação de esgotamento, que pode ser físico ou mental, não dispor de energia para o desenvolvimento de tarefas é uma dessas variáveis que comprometem a saúde do profissional. Além disso, em alguns casos o profissional demonstra um contato frio e impessoal com os usuários de seu serviço, chegando a ser indiferente. No conjunto, são comportamentos que denotam a insatisfação com suas atividades laborais, podendo promover o abandono da função, o adoecimento e a falta de disponibilidade física e emocional para a continuidade de suas tarefas ocupacionais.

O Ministério da Saúde (2001) descreve o *Burnout* como resultante da vivência profissional em um contexto de relações sociais complexas, envolvendo a representação que o profissional faz de si mesmo e dos outros. Uma equipe que trabalha por meio de condutas interdisciplinares pode perceber quando um trabalhador, antes muito envolvido afetivamente com seus clientes ou com seu trabalho em si, desgasta-se e, em determinado momento, perde a energia ou se “queima” completamente. Este profissional perde o sentido de sua relação com o trabalho, desinteressando-se de qualquer particularidade de suas tarefas.

Segundo Silva (2000), a Organização Internacional do Trabalho já reconhece que o estresse e a Síndrome de *Burnout* não são fenômenos isolados, mas podem ser convertidos em um risco ocupacional significativo.

Diante do exposto, neste estudo questiona-se: qual o impacto que um ambiente de saúde pediátrico exerce sobre a saúde de seus trabalhadores? Em que medida o desgaste nas relações de trabalho conduz o profissional a um estresse crônico ocupacional? De que forma a instituição de trabalho, com suas normas, diretrizes e condutas influenciam na saúde do trabalhador? Quais estratégias de enfrentamento têm sido apontadas pelos profissionais como mais ou menos eficientes para lidar com as situações no contexto pediátrico?

O interesse em estudar como e por que o profissional cuidador pode adoecer pelo seu trabalho nasceu a partir de uma experiência em uma pediatria oncológica. Neste espaço, foi possível deparar com os desgastes e transtornos a que o profissional da saúde está submetido no ambiente de trabalho hospitalar. O convívio com as atividades diárias mostrou o quanto é importante para o profissional inserido neste local manter o equilíbrio diante de situações nem sempre esperadas ou que não tenham uma solução adequada que satisfaça o paciente e sua família, gerando, conseqüentemente, o estresse.

O trabalho realizado em um contexto hospitalar pediátrico oncológico, bem como a oportunidade de conversar com estes profissionais, permitiu constatar a presença de variáveis tais como a angústia, que acompanha o profissional por não atender à demanda exigida; a necessidade de atender às exigências burocráticas do próprio hospital; os resultados cobrados constantemente (tanto da instituição, quanto das pessoas atendidas por ela), a competição entre próprios colegas (muitas vezes,

escondida sob a rotina do trabalho); e, a obrigação de atender a um grande número de pacientes sem as devidas condições física, material e emocional.

Supõe-se que ao estudar a saúde destes trabalhadores no contexto da saúde, no espaço pediátrico, surge a preocupação de se conhecerem as formas de amenizar os desgastes e o sofrimento que acompanham estes profissionais, principalmente quando se trata de cuidar da saúde de crianças, de forma que elas possam usufruir de melhor qualidade de vida em longo prazo, tanto em sua vida profissional, quanto pessoal. Contudo, uma análise, para ser completa, não deveria se pautar nos aspectos inerentes de cada profissional de saúde, mas ser contextualizada no ambiente de trabalho e na interação produzida por ambas as partes.

Esta investigação pode oferecer espaço importante para a Psicologia, em especial à Psicologia da Saúde, cujos profissionais da área têm a oportunidade de ampliar o entendimento da subjetividade de cada indivíduo relacionada ao desgaste crônico laboral. Pode, ainda, contribuir, a partir dos dados contextuais, para uma discussão mais profunda a respeito da Síndrome de *Burnout*, enriquecendo as análises teóricas e as ações humanizadoras em Saúde.

A partir do reconhecimento das possibilidades de saúde e de adoecimento no ambiente hospitalar, o psicólogo pode atuar por meio da intervenção terapêutica, com base no diagnóstico de sintomas e desenvolvimento de comportamentos que caracterizam a Síndrome de *Burnout*. Ao identificar as necessidades de apoio que os profissionais precisam, o Psicólogo da Saúde pode despertá-los para um olhar e uma escuta voltadas para identificar as diferenças e angústias que o próprio ambiente produz nas relações de trabalho, permitindo desenvolver projetos preventivos e de tratamento, quando necessários, em especial se houver a possibilidade do trabalho de equipe.

Dessa forma, a intervenção profissional pode atuar a partir do reconhecimento de que há algo incompatível entre os profissionais e suas tarefas, ou quando os resultados não são os esperados. Segundo Sebastiani (2003), novos estudos têm uma importância especial a respeito da participação do Psicólogo da Saúde nas diferentes propostas de atenção à saúde da população, já que os processos de instalação de doença, enfermidades e anormalidades são, especificamente, de cunho psicossocial. Perceber que os profissionais precisam de atenção pode ser um bom prognóstico para a instituição.

Esta investigação procura ampliar as formas de avaliações de *Burnout* em contexto hospitalar, de modo a contribuir para a elucidação do papel desempenhado por cada profissional inserido neste ambiente, e a forma como o mesmo está desenvolvendo este papel.

O Capítulo I faz um caminho pelos processos de saúde nas culturas organizacionais, e investiga de que forma as organizações, em especial, as de contexto pediátrico, se posicionam, contribuindo ou não para a saúde de seus profissionais. O capítulo aborda ainda as pesquisas que enriquecem os estudos sobre estresse e estresse no contexto hospitalar pediátrico.

O Capítulo II faz uma explanação sobre a Síndrome de *Burnout*, seus conceitos e sua evolução, assim como a forma com que esta Síndrome tem alterado a saúde de profissionais que atuam na área. Relata que sintomas e estímulos são observados em contextos pediátricos, permitindo visualizar condições institucionais que permeiam o desenvolvimento da doença. As relações, individuais e/ou organizacionais, podem determinar a qualidade de vida dos profissionais que exercem atividades assistenciais, revelando de quais estratégias de enfrentamento

estes profissionais estão lançando mão em situações de conflito ou adversidade profissional.

Os objetivos – geral e específicos – encerram a parte teórica do estudo dando início aos conteúdos tratados no Método: tipo de investigação, participantes, critérios de pesquisas, recursos procedimentos e os resultados obtidos com o desenvolvimento da pesquisa. Segue-se a Discussão dos resultados alcançados, integrando a revisão bibliográfica de todo o conteúdo teórico. Os objetivos deste estudo são revistos neste capítulo discutindo o alcance dos mesmos nos resultados da pesquisa.

Finalmente, as Considerações Finais retratam uma sucinta pontuação pessoal da pesquisadora, as limitações e as contribuições que este estudo almeja. A composição do trabalho se encerra com as Referências Bibliográficas e os Anexos.

CAPÍTULO I

A Saúde do Trabalhador no Contexto Hospitalar Pediátrico

A saúde do trabalhador tem construído seu caminho ao longo de muitas lutas, conquistas, tragédias, doenças, disponibilidades físicas, óbitos justificados em acidentes de trabalho e, principalmente, nas necessidades primárias de se fazer – em qualquer espaço geográfico e dentro da capacidade intelectual de cada contexto – um ambiente de trabalho que ofereça bem-estar e, ao mesmo tempo, condições adequadas para o desenvolvimento das tarefas a que os indivíduos se propõem com um mínimo de segurança, respaldo institucional, controle de acidentes e a valorização de atividades específicas ou não (Ministério da Saúde, 2001).

Na última década, cresceu a preocupação com a humanização nos serviços de saúde, com os profissionais que atuam neste contexto e com a população atendida. A qualificação dos serviços de atendimento à criança tem sido prioridade nas concepções de apoio às equipes de trabalho. Assim, conhecer a estrutura do ambiente e da equipe que trabalha pode ser fator importante para reforçar os benefícios do trabalho, priorizando o bem-estar de usuários, profissionais e comunidade (Forte *et al.*, 2004).

As políticas de assistência social, que acontecem nos ambientes hospitalares pediátricos, as atividades voltadas para a saúde e apoio à criança e familiares possibilitam maiores desgastes na equipe de trabalho, produzindo em suas respectivas tarefas e ocupações transtornos reais e constantes.

Nas questões de saúde, o indivíduo deve ser tratado em sua totalidade. Lindquist (1993) afirma que a pediatria não é um espaço em que a criança deva ser concebida como uma enfermidade, bem como qualquer ser humano que dependa dos serviços médicos hospitalares. É importante tratar o paciente em sua globalidade, o

que nem sempre acontece nos departamentos de especialidade médica para adultos. Esta concepção gera uma maior mobilidade dos profissionais que trabalham em pediatria, e tem ganhado corpo a partir da humanização dos serviços de saúde ampliado este conhecimento às equipes que trabalham com crianças ou em espaços pediátricos.

Dessa forma, o modelo de assistência à saúde que integra o trabalho da equipe pode estimular o auto-cuidado e o repensar sobre o estilo de atividade profissional, que em determinado momento leva o profissional a fundir com seus propósitos de realização pessoal. Os profissionais, em alguns momentos, têm a chance de se sentirem co-responsáveis pela busca ativa de solução de problemas e nem sempre conseguem a solução desejada ou esperada para a realização de suas tarefas, o que contribui para que se desenvolvam sintomas de doenças de cunho ocupacional. Supõe-se que, tanto quanto possível, se o profissional tiver a oportunidade de compartilhar suas experiências e conflitos terá a chance de amenizar os desgastes que podem nascer do contexto profissional.

A ampliação das condições de qualidade de vida dos profissionais, inseridos em contexto pediátrico, pode harmonizar a manutenção do trabalho deste profissional em suas atividades, oferecendo melhor serviço ao usuário. Essas condições podem refletir de forma indireta no processo social de uma instituição, por meio do retorno da satisfação da comunidade que beneficia do trabalho em si.

Assim, a necessidade de atender a uma demanda sempre crescente faz surgir novos riscos para a saúde dos trabalhadores em contexto amplo, envolvendo aspectos multidimensionais. Segundo Oliveira (1997), os riscos mais sutis que a saúde de um profissional pode correr não são compreendidos com base na visão exclusiva da Medicina do Trabalho – uma visão que sempre busca uma ligação íntima com

acidentes e doenças profissionais – mas na perspectiva do próprio profissional, que precisa estar atento aos sintomas e às condições de trabalho a que está submetido.

Para Silva (2000, citado por Codo, Sampaio & Hitomi, 1993), a organização do trabalho exerce sobre o homem ações específicas, e o aparelho psíquico sofre o impacto dessas ações. Em algumas condições, surge um sofrimento que pode ser atribuído a uma história individual - portadora de projetos e desejos pessoais – e à uma organização do trabalho que os ignora.

Este sofrimento, que pode ser de natureza mental, começa quando o homem, em seu espaço de trabalho, não consegue mais realizar nenhuma modificação em suas tarefas, ou não compartilha da cultura organizacional instalada ou tem dificuldades em exercê-las como antes. Neste momento, o profissional passa a mecanizar sua relação com seu trabalho, podendo descaracterizar suas atividades rotineiras.

Saúde e Cultura Organizacional

A vida de uma organização ou de uma instituição está intimamente relacionada com sua cultura organizacional, que reflete a oportunidade de especificar seus valores, seu poder, seu estilo administrativo, sua justiça e funcionamento organizacionais. Os estudos sobre cultura organizacional são recentes, e se devem às transformações políticas, econômicas e sociais que as instituições, enquanto empresas, têm enfrentado (Freitas, 1991).

Mais recentes ainda são os estudos sobre saúde e cultura organizacional, que nasceram da prioridade de manter o bem-estar de profissionais e a longevidade de suas atividades ocupacionais (Paz & Tamayo, 2004).

Uma cultura inflexível e voltada apenas para os interesses da sua instituição pode favorecer patologias do comportamento irreversíveis, uma vez que os profissionais não terão condições e espaço para se expressarem e se posicionarem como necessitam. Por isso, a cultura organizacional pode promover saúde e/ou adoecimento no trabalho, dependendo das estratégias e rotinas a que submetem seus profissionais, favorecendo ou não as condições psíquicas de manutenção do indivíduo enquanto profissional ativo deste ambiente de trabalho.

Esta subjetividade implica na forma como o profissional lida com as dificuldades de suas tarefas, nas relações entre produtividade exercida e exigida pela hierarquia da instituição e nas estratégias que utiliza para enfrentar o sofrimento ou o adoecimento advindo de suas atividades ocupacionais.

Os trabalhadores, para manterem a integridade psíquica, encontram na cultura as possibilidades de resistirem às adversidades do ambiente ao qual estão inseridos, cuja finalidade é transformar as situações que podem causar danos à sua saúde. Neste sentido, a cultura organizacional pode ter um duplo sentido: promover ou prejudicar a saúde no trabalho.

As definições são amplas e contemplam uma multiplicidade de enfoques. Para Shein (1992), a cultura organizacional é constituída de pressupostos básicos que o próprio grupo criou, descobriu ou desenvolveu, possibilitando que ele aprenda a lidar com os problemas de adaptação externa e integração interna. Alvesson (1993) acrescenta que as experiências, valores, significados e compreensões do meio ambiente ao qual o profissional está inserido também representam uma cultura organizacional.

O entendimento de Alvesson (1993) é complementado por Trice e Beyer (1993), que consideram que os aspectos da cultura associada às concepções, normas

e valores caracterizam a vida das instituições, e precisam manter uma comunicação de forma contínua e clara dos seus colaboradores para se manter atuante.

É importante conhecer em que nível o profissional está satisfeito ou não com seu trabalho. Esta condição pode direcionar a saúde do trabalhador, conduzindo para o bem-estar ou para a somatização de conflitos no ambiente de trabalho, dependendo da forma como o profissional se posiciona. Locke (1984) afirma que o grau de satisfação no trabalho pode ser o resultado da justaposição entre os valores recebidos pelo indivíduo com o seu trabalho e os resultados que ele valoriza ou espera auferir como, por exemplo, salário, reconhecimento, promoção etc. Dessa forma, quanto mais receber o que valoriza, mais satisfeito ficará; ao contrário, mais insatisfeito estará se o que receber estiver muito longe dos valores que aprecia, gerando determinado grau de insatisfação no ambiente de trabalho.

Esta insatisfação gerada e/ou produzida no ambiente de trabalho pode levar ao adoecimento ou ao aparecimento de doenças ocupacionais. De acordo com Salancik e Pfeffer (1978, citados por Ferreira & Assmar, 2004), o que vai orientar a percepção das tarefas e o grau de satisfação com elas é o ambiente social do indivíduo com os seus sinais e informações. O que se tem percebido é que profissionais que têm uma auto-avaliação positiva apresentam níveis mais baixos de insatisfação, permitindo aos profissionais se manifestarem de forma mais favorável a seu trabalho.

Assim, é preciso considerar que alguns indivíduos podem apresentar maior predisposição à hostilidade e a outros comportamentos que influenciam em sua saúde, diminuindo ou aumentando seu nível de ansiedade e estresse, principalmente em situações desfavoráveis em que as demandas das situações de trabalho excedem as competências e os recursos que o indivíduo tem à sua disposição.

Neste sentido, Semmer (1996) afirma que quando o indivíduo tem maiores tendências a adotar estratégias que priorizem a solução dos problemas, ou seja, com uma atitude direta e construtiva do problema como uma forma de solucioná-lo, ao invés de focar a atenção na solução do problema em respostas emocionais, costuma apresentar maiores índices de saúde, tanto física quanto mental.

Há de se considerar também o impacto da ambigüidade e do conflito na saúde. Quando se fala em ambigüidade, refere-se às dúvidas e às incertezas sobre as reais exigências das tarefas a serem desempenhadas pelo profissional e às suas conseqüências. O conflito se instala quando os papéis exercidos pelos profissionais estão vinculados às incompatibilidades entre as expectativas das várias funções a se desempenhar e as propriamente desempenhadas. Estas variáveis se mostram associadas aos níveis de ansiedade, tensão e fadiga vivenciados no trabalho, bem como a indicadores físicos e psicológicos de estresse (Burke, 1988, citado por Ferreira & Assmar, 2004).

Outra variável importante na saúde do profissional são as relações interpessoais no contexto de trabalho, incluindo as relações com colegas, com chefes, superiores e/ou subordinados. Se as relações são de confiança e são voltadas para a qualidade do trabalho, ganham características de apoio e suporte social gerando benefícios à saúde, permitindo que o indivíduo lide de maneira mais eficaz com o estresse ocupacional. Ao contrário, relações calcadas na desconfiança ou na competição costumam gerar reações de intrigas e agressão (Danna, 1999).

Em 2002, Peterson e Wilson (2004), com base nos trabalhos de Scheim (1992), desenvolveram o modelo saúde-trabalho-cultura, identificando a cultura organizacional como causa primária do estresse. Para tanto, a cultura organizacional, por meio de seus valores sobre as pessoas e do modo mais viável de como elas

interatuam para alcançarem seus objetivos profissionais, define a forma como o profissional age, pensa e comporta-se.

Estes valores podem criar comportamentos e estruturas que predisõem a diferentes tipos de estresse, ou seja, a cultura cria ambientes de trabalho que podem interferir na saúde da instituição e do profissional trabalhador .

O ser humano, quando inserido no contexto de trabalho, e sendo um profissional ativo, requer da instituição valores que possam lhe transmitir confiança e responsabilidade, para que contribua, por meio do seu conhecimento e da sua experiência, numa freqüente troca de informações e práticas de aprendizagem. Estas práticas, nas instituições, podem estimular o desenvolvimento humano, assegurando a saúde de seus colaboradores.

Ilgen (1990) faz referência ao chamado “clima para a saúde”. Nas instituições, este clima favorece a preocupação com a cooperação entre seus colaboradores, chefes, coordenadores e subordinados, o apoio da rede suporte social e a saúde dos trabalhadores, que estimulam a aprendizagem por meio do aperfeiçoamento, da transferência de tecnologia e das práticas exercidas. Estas referências indicam um menor índice de queixas de funcionários, baixo absenteísmo e rotatividade e reduzido número de atestados médicos em função de doenças ocupacionais, podendo colaborar para a redução do número de profissionais afastados em função de doenças ocupacionais.

Indicadores de Cuidados à Saúde do Trabalhador

Historicamente, nas políticas públicas de saúde brasileira sempre houve uma maior defesa de um modelo que priorizava as ações de saúde na atenção secundária (modelo clínico-assistencialista). Conseqüentemente, as atividades e os programas de

saúde passaram a ser propostas, predominantemente, nos hospitais, levando a uma cisão – ou pelo menos a um atraso - das outras ações ligadas à saúde coletiva. Isto teve um impacto de marginalização tanto nos investimentos e trabalhos em Saúde Pública, quanto na valorização da epidemiologia (modelo sanitaria). Assim, os cursos em Ciências da Saúde optaram por um enfoque curativo, e as mudanças e crises sucessivas nos sistemas governamentais de assistência à saúde e previdência social deram ênfase aos investimentos, incentivando aqueles da iniciativa privada no modelo hospitalar (Sebastiani, 2003).

A OMS, baseada na chamada Atenção Primária – definida como estratégia de ampliação de cobertura e de participação social, cria, durante a Conferência Mundial de Saúde de Alma Ata, em 1978, uma proposta específica dentro da própria organização, para a atenção à saúde de grupos populacionais de trabalhadores, em especial os rurais, mineiros e imigrantes. Em 1983, lança o documento “*Programa de Acción em la Salud de los Trabajadores*” (OPAS, 1983, citada por Lacaz, 1997), cujas diretrizes definia a implantação de programas em saúde pública de serviços sanitários e voltados para aqueles que trabalhavam na área da saúde.

Em 1978, no Brasil, é criada a Comissão Intersindical de Saúde e Trabalho – CISAT, em São Paulo e que, em dois anos, tornou-se o Departamento Intersindical de Estudos e Pesquisas de Saúde e dos Ambientes de Trabalho – DIESAT, fundado em agosto de 1980, com abrangência nacional (Lacaz, 1997). Ainda, segundo este autor, a elaboração da Constituição Federal de 1988 privilegiou as dificuldades da saúde, tendo como marco a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde, em março de 1986, e a I Conferência Nacional de Saúde dos Trabalhadores, em dezembro do mesmo ano, quando a luta pela defesa da saúde como direito e o uso do Sistema Único de Saúde – SUS abriram amplas participações para os profissionais.

Porém, as dificuldades não foram superadas, e as exigências de uma elite, impedindo a democratização das relações nos ambientes e locais de trabalho inibiram o ajuste profissional na saúde naquela época.

A II Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador, realizada em março de 1994 (Ministério da Saúde, 1994, citado por Lacaz, 1997), fez importante alusão à unificação no SUS de todas as ações de saúde do trabalhador, procurando ganhar o espaço com riscos de perdas. Então, realizou-se modificações na Norma Regulamentadora 4 da Portaria MTb 3.124/78, que tratou dos Serviços Especializados em Segurança e Medicina do Trabalho – SESMT, e suas competências, incluindo a obrigatoriedade de que “todo local onde haja trabalhadores coloque em prática o Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional – PCMSO, envolvendo exames médicos de trabalhadores, avaliação de riscos e seu controle” (Lacaz, 1997, p.15).

Há um crescente interesse por questões relacionadas aos vínculos entre trabalho e saúde/doença mental. A conseqüência é, em parte, do número crescente de transtornos mentais e do comportamento associados ao trabalho que se constata nas estatísticas oficiais e não oficiais. De acordo com Jacques (2003), e segundo estimativas da OMS, “os chamados transtornos mentais menores acometem cerca de 30% dos trabalhadores ocupados, e os transtornos mentais graves, de 5% a 10%” (p.98). No Brasil, segundo estatísticas do Instituto Nacional de Seguridade Social – INSS, referentes apenas aos trabalhadores com registro formal, 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 (Ministério da Saúde, 2001, citado por Jacques, 2003).

Especificamente no contexto pediátrico, Menegaz (2004), em pesquisa realizada em uma organização hospitalar pública, objetivou contribuir para a compreensão do fenômeno do desgaste físico e emocional que podem desencadear os processos de adoecimento de profissionais que atuam na prestação de serviços assistenciais à saúde.

A autora investigou, por meio do MBI (*Maslach Burnout Inventory*), 41 profissionais médicos pediátricos, em que 75,6% eram do sexo feminino e apenas 24,4% do sexo masculino. A autora constatou a incidência de *Burnout* em 22 sujeitos que participaram da pesquisa (53,7%), sendo que 39,0% da amostra pesquisada possui classificação média para desenvolver *Burnout*. Somente em dois profissionais do sexo feminino e um do sexo masculino foi constatada classificação baixa para o risco de desenvolver a Síndrome de *Burnout*.

O trabalho de atendimento à crianças, segundo Benevides-Pereira (2002c), principalmente quando envolve sofrimento e morte, tem sido referido como uma das causas principais do diagnóstico de *Burnout* em profissionais do contexto da saúde.

A Organização Hospitalar e o Contexto Pediátrico

Os trabalhos em espaços pediátricos costumam chamar a atenção dos profissionais, interferindo na saúde psíquica dos mesmos de forma constante. O clima para a saúde faz-se presente na medida em que a preocupação com a saúde da criança é mais latente que a do adulto, mobilizando, mais especificamente, quem trabalha em contextos pediátricos. De acordo com Tacsí e Vendruscolo (2004), a cada ano morrem cerca de 12 milhões de crianças antes de chegar aos 5 anos de idade, principalmente em países em desenvolvimento. Normalmente a criança chega ao hospital, nos serviços de emergência, exigindo da equipe de assistência todo o

desenvolvimento de suas potencialidades para que se possa prover o atendimento exigido. Isso desgasta sobremaneira os profissionais, principalmente quando se torna uma rotina de trabalho.

Melo Filho (1992) define o espaço pediátrico como uma especialidade oficialmente médica, como ramo da Medicina e que assiste à criança e ao adolescente em todos os âmbitos de sua saúde tanto no crescimento, quanto no desenvolvimento; trabalhando aspectos curativos e preventivos.

O espaço pediátrico se torna um lugar de promoção e prevenção à saúde da criança, e sua recuperação e reabilitação, quando doente, é parte de uma complexa estrutura de tarefas ocupacionais, envolvendo vários profissionais de uma equipe. Particularmente, o médico aparece como “responsável” pela integração da criança na sociedade, pois trabalha com o paciente e com o paciente indireto, que é a família da criança que assiste (Marcondes, 1972). Este profissional é também a pessoa mais visada no contexto pediátrico.

Os serviços de pronto atendimento, principalmente dos grandes centros urbanos, recebem uma demanda de pacientes muito alta, e a tendência da equipe é trabalhar com rapidez e eficácia, tentando minimizar as situações de risco. Tacsí e Vendruscolo (2004) afirmam que diante de uma criança em situação de risco iminente ocorre, nos profissionais da saúde e na equipe de enfermagem em especial, “uma diversidade de respostas subjetivas, produto de uma reação intensa a essas experiências e das relações que se estabelecem com a criança e sua família” (p. 478). Estas situações são conseqüências da sensibilidade que predomina no ser humano e, de forma bastante especial, nos profissionais que atuam em serviço pediátrico.

Essas responsabilidades profissionais refletem na atuação do corpo clínico da instituição, em especial em médicos e enfermeiros, que se encontram na linha de

frente do trabalho, envolvidos pessoal ou profissionalmente. Batista e Codo (2000) enfatizam que quanto maior a defasagem entre o "trabalho como deve ser" e a "realidade do trabalho", maior será o investimento afetivo e cognitivo realizado, portanto, maior será o sofrimento no ambiente laboral.

Uma unidade pediátrica, onde se trabalha eminentemente saúde, principalmente em um espaço hospitalar, leva cada indivíduo a refletir mais seguramente sobre o trabalho profissional absorvido pelo contexto em si (Crespin, 1996). Este contexto, baseado nas características de emergência da proposta de qualidade da saúde do trabalhador no Brasil, inclui uma política social com a identificação dos papéis dos indivíduos nele inseridos. Por isso, o ambiente é um espaço sujeito aos agravos decorrentes das doenças prevalentes na infância, juntamente com o estresse que o adoecimento de uma criança traz para profissionais, equipe e família. As necessidades de recursos materiais e humanos especializados para os atendimentos emergenciais se tornam mais urgentes quando se trata de crianças (Taksi & Vendruscolo, 2004).

Além disso, as relações de trabalho não se estreitam apenas aos seus profissionais inseridos, principalmente no tocante ao ambiente de trabalho em saúde. As relações ultrapassam os alicerces do grupo e encontram outras relações como, por exemplo, com o público, com o corpo administrativo da instituição no qual o grupo está inserido, com os pacientes etc.

Estas relações geram uma expectativa que nem sempre a instituição tem condições de responder ou realizar. O trabalho em pediatria deve ser visto como uma atividade ocupacional como outra, mas a busca pelo serviço é feita por pessoas que exigem muito mais dos profissionais que o simples atendimento. Segundo Crespin (1996), os responsáveis pela criança buscam um ser miraculoso, capaz de fazer

milagres, de curar imediatamente, exigindo muito destes profissionais, o que gera desgaste e angústia nas atividades exercidas por estes profissionais. Neste sentido, toda a equipe de saúde vivencia situações que Crespin (1996) designou como impossíveis de realizar, criando um antagonismo entre o desejo e a dificuldade em fazê-lo, promovendo assim, conflitos intra-pessoais que conduzem ao sofrimento psíquico e ao adoecimento.

Para Costa Neto (1994, p. 39) “nenhuma instituição de saúde, com o mínimo de complexidade, pode funcionar apenas com seu corpo de médicos e paramédicos”. Incluindo aí o público atendido por ele, o autor reforça que “a contínua e regular comunicação com o público sobre os aspectos de promoção e manutenção de saúde é essencial para uma adesão participativa às atitudes promotoras de saúde e de qualidade de vida” (1994, p. 39). Por isso, a importância de ressaltar a qualidade de vida também do profissional de saúde.

A necessidade de desmitificar o conceito de saúde e priorizar o entendimento do processo saúde e doença permitiu a alguns pesquisadores investigar sobre os processos de saúde e doenças em situações ocupacionais, convergindo os objetivos para as análises de fatores de estresse em profissionais de saúde. Benevides-Pereira (2002c) ressalta a importância e a escassez de dados em pesquisas com profissionais médicos, pois a Medicina é apontada como uma atividade de risco ao *Burnout*, mesmo sendo a maioria dos estudos referente à equipe de saúde.

Na Espanha, em pesquisa com 209 médicos, pôde-se constatar que o apoio social e a autonomia interferem no processo de adoecimento e podem moderar os efeitos do estresse crônico. Este trabalho foi realizado utilizando nove itens do MBI, e os resultados mostraram médias ponderadas de 3,08 em Exaustão Emocional, 1,91

de Despersonalização e 2,1 no item denominado Falta de Competência (Roma, Rippol, Caballer, Ferreres, Gil & Peiró, citados por Benevides-Pereira, 2002c).

Lautert (1997) realizou um estudo com 341 enfermeiras que trabalham em dois hospitais universitários de grande porte na cidade de Porto Alegre. Um de seus objetivos era verificar a diferença entre os escores de *Burnout*, de variados grupos demográficos de enfermeiras, quanto à idade, estado civil, tipo de hospital, nível de escolaridade, tempo que exerce a profissão, tempo que trabalha na instituição e tipo de treinamento que recebeu. A metodologia do trabalho contou com o programa estatístico EPI-info3, na análise dos dados do Inventário de *Burnout*. Entre os principais resultados, verificou-se que as enfermeiras que realizam tarefas de cunho assistencial mantêm relações frágeis entre as atividades exercidas e as expectativas pessoais e/ou profissionais, sobrecarregando sua rotina de trabalho, o que pode acarretar o estresse nas funções exercidas.

O estresse, visto como um processo de funcionamento orgânico é considerado normal, necessário e benéfico para o ser humano se tornar mais atento, sensível e apto a enfrentar situações de perigo, de dificuldades ou de ameaças. A preocupação se instala quando outros fatores, como por exemplo, ambiente de trabalho, rotinas de atividades e responsabilidades requeridas por cargos contribuem para agravar ou aumentar a ocorrência de diagnósticos de estresse (Coutrin, Freua & Guimarães, 2003).

Conceito de Estresse e Contexto de Trabalho

As organizações institucionais, bem como a sociedade como um todo, vem procurando analisar, quais e de modo mais amplo conhecer, as principais conseqüências que um profissional e o seu contexto de trabalho sofrem quando são

acometidos pelo desgaste das atividades exercidas. O contexto pediátrico tem sido um deles, por excelência.

As primeiras referências à palavra “*stress*” de origem latina, significando aflição e diversidade datam do século XIV. No século XVII, este termo passou a ser utilizado em inglês para designar opressão, desconforto ou adversidade (Camelo & Angerami, 2004). O termo estresse vem da física, e neste sentido indica o grau de deformidade que uma estrutura sofre quando é submetida a um esforço (França & Rodrigues, 1997, citados por Silva, 2000). Mas foi Hans Selye, numa perspectiva organicista, que utilizou o termo pela primeira vez em 1926, denominando estresse um conjunto de reações que o corpo humano desenvolve ao estar em contato constante com situações que ordenam um esforço para ele se adaptar (Silva, 2000). O estresse pode ser o resultado de uma reação que o organismo tem quando estimulado por fatores externos desfavoráveis.

Em termos científicos, o estresse é a resposta fisiológica e de comportamento de um indivíduo que se esforça para adaptar-se e ajustar-se a estímulos internos e externos. Como a energia necessária para esta adaptação é limitada, se houver persistência do estímulo estressor, mais cedo ou mais tarde o organismo entra em uma fase de esgotamento. Nesta fase, conforme Lipp (2003) há uma quebra da resistência, permitindo o aparecimento de alguns sintomas, que produzem um aumento nas estruturas linfáticas, exaustão psicológica em forma de depressão e exaustão física na forma de doenças, podendo se agravar até a morte.

Este aspecto abre espaço para reconhecer as origens das fontes de estresse. As fontes internas estão relacionadas com a maneira de ser do indivíduo, ao tipo de personalidade e ao seu modo de reagir à vida. Os estressores externos podem estar

relacionados com as exigências a que o ser humano se expõe, como, por exemplo, os problemas no trabalho.

O estresse é, portanto, um mecanismo normal, necessário e benéfico ao organismo, pois faz que o ser humano fique mais atento e sensível diante de situações de perigo ou de dificuldade. Mesmo situações consideradas positivas e benéficas, como é o caso, por exemplo, das promoções profissionais, casamentos desejados, nascimento de filhos etc., podem produzir estresse.

Numa explicação psicológica, especificamente, o termo estresse pode ser empregado para “evocar as múltiplas dificuldades que o indivíduo tem problema para enfrentar (os acontecimentos estressantes da vida, também chamados de acontecimentos vitais), e os meios de que dispõe para administrar esses problemas (as estratégias de enfrentamento)” (Doron & Parot, 1998, p. 316).

O que vai determinar se os indícios de estresse irão ocorrer será a capacidade do organismo em atender às necessidades do momento, independente de serem positivas ou negativas. A função de toda a revolução orgânica é preparar o organismo para a adaptação imediata à situação causadora do estresse para, em essência, favorecer a sobrevivência. Portanto, o estresse não implica, obrigatoriamente, numa alteração patológica e doentia, mas sua ocorrência frequente pode cronificar o seu estado.

Outro agravante do estresse, em seu aspecto cultural, está na "liberdade" que a pessoa tem de expressar os comportamentos e atitudes fisiologicamente próprias do estado de tensão. O ser humano moderno, ao se confrontar com os estímulos estressores do cotidiano do seu trabalho, normalmente é impedido de manifestar reações de agressão ou de medo sincero, sendo obrigado a apresentar um comportamento emocional ou motor politicamente correto, porém, incongruente com

sua real situação neuroendócrina. Se a situação estressante persiste indefinidamente pode sair muito “caro” organicamente, o que representaria o custo de desempenhar um papel ocupacional incompatível com a natureza biológica do estresse. Haverá um elevado desgaste do organismo, predispondo a doenças psicossomáticas (Ballone, 2002).

Embora haja uma vasta série de modificações na composição química e na estrutura funcional do organismo diante do estresse, estas podem ser consideradas fisiológicas e necessárias à adaptação do indivíduo à situação atual, porém, quando muito intensas ou muito duráveis tais modificações podem resultar em dano ou lesão. Nesse caso, ao invés de contribuírem para a adaptação farão exatamente o contrário, ou seja, contribuirão para o adoecimento do indivíduo.

Os efeitos do estresse excessivo e contínuo não se limitam ao comprometimento da saúde. Pode ainda ter uma implicação facilitadora no desenvolvimento de inúmeras doenças, propiciando danos na qualidade de vida e na laboriosidade do homem, gerando crescente interesse pelas causas e métodos de redução do estresse. Supõe-se que algumas doenças podem partir dos sintomas de estresse: arteriosclerose, distúrbios no ritmo cardíaco, enfarte e derrame cerebral, problemas dermatológicos, problemas relacionados à obesidade etc. A queda na habilidade de se concentrar e de pensar de modo lógico é uma consequência primária na redução da produtividade profissional (Lipp & Tanganelli, 2002).

É possível considerar uma "dose baixa" de estresse normal e fisiologicamente desejável, sendo uma ocorrência indispensável para a saúde e capacidade produtiva do homem. As características desse estresse positivo são: aumento da vitalidade, manutenção do entusiasmo, do otimismo, da disposição física, do interesse etc. Por outro lado, o estresse patológico e exagerado pode ter consequências mais danosas,

como por exemplo o cansaço, irritabilidade, falta de concentração, depressão, pessimismo, queda da resistência imunológica e mau-humor (Ballone, 2002).

O estresse do trabalho - ou o chamado estresse ocupacional – pode ser definido como um estado emocional desagradável, por situações que podem gerar tensão, frustração, ansiedade, exaustão emocional em função de aspectos do trabalho, ou da natureza do ambiente de trabalho, e definidos pelos indivíduos como ameaçadores (Kyriacow & Sutcliffe, 1981).

Lazarus e Folkman (citados por Figueroa, Schufer, Muiños, Marro & Coria, 2001) justificaram a importância do ambiente e da relação do sujeito com seu meio, definindo estresse como uma consequência de uma situação em que o indivíduo consegue avaliar as exigências do ambiente, como, por exemplo, uma sobrecarga que excede seus recursos. Esta situação é muito comum em ambientes de trabalho. O ser humano moderno coloca-se em posição de alarme diante de um inimigo abstrato e impalpável, mas, não obstante, que dorme e acorda com ele.

Especificamente, uma clínica pediátrica hospitalar é um espaço onde o profissional tem um leque de eventos estressantes emergidos na própria rotina do trabalho, nas relações profissionais e nas condutas que nem sempre respondem às expectativas da instituição. O profissional, quando se acerca de sua responsabilidade, mas de pouca possibilidade de autonomia e autoridade, tende a agravar seu esgotamento, atrapalhando sua adaptação ao trabalho, requerendo um investimento de recursos de enfrentamento que vai depender de características pessoais e de expectativas frente ao mundo.

As estratégias psicológicas de enfrentamento (na língua anglo-saxônica denominadas *Coping*), segundo Folkman e Lazarus (1985), Nacaratto (1995) e Zakir (2001), influenciam consideravelmente a resistência aos desafios que o indivíduo ou

o profissional enfrentam. Essas estratégias estão presentes no repertório da pessoa e trabalha como um fator mediador entre o estímulo desafiador e o desenvolvimento da reação do estresse.

É importante considerar esta mediação de fatores internos na ação de eventos que podem ou não ser interpretados como estressantes por diferentes pessoas. Os processos de instalação do estresse e seu enfrentamento têm sido objeto de investigação no contexto da saúde.

Pesquisas de Estresse no Contexto Hospitalar

O estresse, o excesso de compromissos profissionais e a carga horária alta têm sido os grandes vilões da qualidade vida dos profissionais da saúde. As pesquisas sobre saúde do trabalhador têm tomado um espaço importante na literatura científica, e também em empresas, instituições e espaços que permitem investigar o equilíbrio físico e emocional de prestadores de serviços e como o bem-estar de seus profissionais interferem na rotina e na produtividade. Os estudos sobre *Burnout* têm acontecido em diversos segmentos profissionais, ampliando a necessidade de identificar causas e sintomas que levam qualquer profissional a desenvolver a Síndrome em seu espaço ocupacional.

Amorim (2002) ressalta que estudos realizados por De la Fuente, Garcia, Ortega e De la Fuente (1994), objetivando analisar o estresse ocupacional e institucional em profissionais de saúde, verificaram que quanto maior for o tempo de profissão, maior será a segurança que o profissional tem no trabalho e menor vulnerabilidade à tensão. Afirmam ainda que as mulheres estejam mais suscetíveis ao desgaste profissional em função da dupla ou tripla carga de trabalho.

Pesquisadores têm se dedicado mais ao estudo do *Burnout* em profissionais médicos e de enfermagem (Lautert, 1997; McConnell, 1982; Gil-Monte, Peiró, Valcacer & Grau, 1996; Moreno, Garrosa & González, 2000; Ayala, Maslach & Pines, 2000; Balevre, 2001; Kilfedder, Power & Wells, 2001; citados por Amorim, 2002). A comunidade científica internacional também abre espaço para os estudos com os profissionais de fisioterapia e desenvolveu pesquisas que se destinam a medir e a avaliar a satisfação profissional e/ou risco de doenças ocupacionais (Cromie, Robertson & Best, 2000, citados por Amorim, 2002).

Nos profissionais médicos, a responsabilidade com a cura e a vida dos pacientes, além da carga extra de trabalho e ocupações, são predisposições para o estresse e o *Burnout*. Além disso, há ainda a cobrança do *status* da profissão, o que também contribui para o desgaste profissional, uma vez que, nos dias atuais, de modo geral a remuneração financeira também está aquém do desejado.

A literatura faz referência a agentes estressores da profissão médica (Arranz, Torres, Cancio & Hernández, 1999; Firth-Cozen, 1999; Veja & Urdániz, 1997; Vicente, 1999, citados por Benevides-Pereira, 2002c) que podem ser observados em outros profissionais de contexto pediátrico, quando voltados para suas atividades assistenciais: demandas acima das condições efetivas para o bom atendimento; número insuficientes de profissionais disponíveis diante das necessidades existentes; reduzida participação nas decisões organizativas; plantões e longas jornadas de trabalhos; dificuldade de promoções; equipe paramédica pouco preparada ou insuficiente; necessidade de atualização contínua; pressão do tempo e atuações de urgência; convivência com o sofrimento e a morte; exigência sempre maior na qualidade do atendimento, nem sempre condizente com as condições do ambiente ocupacional; problemas de comunicação e competição no ambiente laboral;

relacionamento com superiores; ausência de locais adequados no ambiente de trabalho, privados e cômodos, para intervalos de descanso; e, salário insuficiente.

Logo, é a associação de alguns desses estressores que pode desencadear a Síndrome de *Burnout*. Os profissionais de contexto hospitalar, principalmente os de ambiente pediátricos, ainda são pressionados pela labilidade que a criança exerce nos indivíduos, causando emoção natural de sua condição de saúde. Incluem também pressões por parte da instituição, ocasionadas pelas condições laborais incompatíveis com o atendimento adequado ao paciente e por uma estrutura organizacional usualmente desumanizada (Benevides-Pereira, 2002c).

A ocorrência de transtornos psicológicos em médicos (28%), avaliados por meio do Questionário de Saúde Geral – *General Health Questionnaire*, permite identificar alterações de saúde mental como depressão, ansiedade, inadequação social e outros sintomas (Goldeberg, 1978, citado por Benevides-Pereira, 2002c). Estudos mostram também o consumo de substâncias químicas (fumo, álcool, drogas e medicamentos) entre os médicos maior que em outros profissionais, devido à facilidade de auto-medicação e acesso a psicofármacos (Jane, Brugué, Farran, Sole & Selma, 1999, citados por Benevides-Pereira, 2002c).

CAPÍTULO II

A Síndrome de *Burnout*

As atividades profissionais humanas vêm sofrendo importantes transformações, e o ambiente do trabalho tem se modificado e acompanhado o avanço das tecnologias com mais velocidade do que a capacidade de adaptação dos trabalhadores. Os profissionais vivem hoje sob contínua tensão, não só no ambiente de trabalho, como também na vida em geral.

Há, portanto, uma ampla área da vida moderna onde se misturam os estressores do trabalho e da vida cotidiana. A pessoa, além das habituais responsabilidades ocupacionais, da alta competitividade exigida pelas empresas e da necessidade de aprendizado constante tem que lidar com os estressores normais da vida em sociedade, tais como a segurança social, a manutenção da família, as exigências culturais etc. É bem possível que todos esses novos desafios superem os limites adaptativos, levando ao estresse.

É possível afirmar que o tipo de desgaste a que as pessoas estão submetidas permanentemente nos ambientes e nas relações com o trabalho pode ser fator determinante de doenças. Os agentes estressores psicossociais são tão potentes quanto os microorganismos e a insalubridade no desencadeamento de doenças. Tanto o operário, como o executivo podem apresentar alterações diante dos agentes estressores psicossociais.

O desgaste emocional a que pessoas são submetidas, nas relações com o trabalho, é fator muito significativo na determinação de transtornos relacionados ao estresse, como é o caso das depressões, ansiedade patológica, pânico, fobias, doenças psicossomáticas etc. Em suma, a pessoa com esse tipo de estresse ocupacional não

responde à demanda do trabalho, e geralmente se encontra irritável e deprimida (Benevides-Pereira, 2002b).

Um dos agravantes do estresse no trabalho é a limitação a que a sociedade submete as pessoas quanto às manifestações de suas angústias, frustrações e emoções. Por causa das normas e regras sociais, as pessoas acabam ficando prisioneiras do “politicamente correto”, obrigadas a aparentar um comportamento emocional ou motor incongruente com seus reais sentimentos de agressão ou medo.

No ambiente hospitalar pediátrico os estímulos estressores são muitos. O espaço ocupacional da saúde pode contribuir para que o profissional experimente ansiedade significativa (reação de alarme) diante de desentendimentos com colegas, da sobrecarga e da corrida contra o tempo, da insatisfação salarial e, dependendo da pessoa, até com o tocar do telefone. A desorganização no ambiente ocupacional põe em risco a ordem e a capacidade de rendimento do trabalhador. Geralmente, as condições pioram quando não há clareza nas regras, normas e tarefas que deve desempenhar cada um dos trabalhadores, assim como nos ambientes insalubres e a falta de ferramentas adequadas (Matamoros, 1997).

Atualmente, é o próprio ambiente de trabalho o grande responsável pela maioria das síndromes ou doenças ocupacionais. O processo de globalização da economia, o aumento extravagante da tecnologia, os ambientes competitivos, a perda do senso de comunidade e a diminuição do valor do trabalho sendo substituído pela busca das recompensas (nem sempre bem vindas) são responsáveis para que os acontecimentos afetem sobremaneira o bem-estar físico e mental dos seus profissionais. Nem sempre, o trabalhador tem condições de perceber o que está acontecendo; muitas vezes, assim percebem somente quando já está com sua saúde debilitada. Nas últimas décadas, o *Burnout* tem se convergido em um dos temas mais

discutidos dentro das investigações científicas sobre saúde ocupacional (Veja, Pérez & Amador, 2003).

De acordo com Benevides-Pereira (2002b), a palavra *Burnout* é um termo (e um problema) bastante antigo. Na língua inglesa, no jargão popular *Burn-out* refere-se a algo que deixou de funcionar por absoluta falta de energia. França (1987) traz o significado da palavra como gíria de rua, aludindo àquele que se acabou pelo uso excessivo de drogas.

Os estudos de *Burnout* trazem referência a partir de artigos de Freudenberger - psiquiatra que trabalhava em uma clínica para tratamento de toxicomaníacos em Nova York. Por volta de 1975, Freudenberger observou que, após um ano de trabalho, a maioria de seus voluntários sofriam uma progressiva perda de energia, alegando a este esgotamento sintomas de ansiedade e depressão, bem como a desmotivação pelo trabalho e agressividade com os pacientes (Benevides-Pereira, 2002a). Freudenberger não foi o primeiro a utilizar o termo *Burnout* quando se referia ao esgotamento físico e mental e aos transtornos de comportamentos que eram observados em profissionais da saúde. No meio científico, o termo *Burnout* explica a cronificação de um processo de estresse.

Schaufeli e Ezzmann (1998, citados por Benevides-Pereira, 2002b) afirmam que a adoção do vocabulário *Burnout* já havia sido proposta por Brandley em 1969, quando propôs uma nova estrutura organizacional com o objetivo de conter o fenômeno psicológico que acomete trabalhadores assistenciais, chamando de *staff Burnout*. O termo *Burnout* é precedido outras nomenclaturas como *overstrain* (Breay, 1913, citado por Benevides-Pereira, 2002b); *neurocirculatory asthenia* (Cohen & White, 1951, citados por Benevides-Pereira, 2002b); *surmenage* (Tuke, 1982, citado por Benevides-Pereira, 2002b) e fadiga industrial (Park, 1934, citado

por Benevides-Pereira, 2002b). Todos os termos que dariam origem ao *Burnout* se referiam aos aspectos negativos do trabalho considerados os mais importantes para o aparecimento de sintomas psicossociais. A partir de 1970, o termo *Burnout* foi amplamente difundido (Schaufeli & Ezzmann, 1999, citados por Benevides-Pereira, 2002b).

Benevides-Pereira (2002b) afirma que alguns autores ainda preferem a manutenção do termo estresse, mas, para diferenciá-lo de *Burnout*, denominaram estresse ocupacional, ou seja, especificam o estresse que acontece no campo do trabalho, em atividades profissionais, em especial aquelas em que o contato com o outro, o usuário do trabalho, é muito próximo. Neste campo, o *Burnout* também é chamado de estresse ocupacional assistencial, ou ainda estresse laboral, designando uma síndrome que acontece especificamente no contexto do trabalho.

Para que se possa considerar o *Burnout* como um processo é importante diferenciá-lo do estresse, que, apesar de semelhantes, têm seus construtos divergentes (Farber, 1991, citado por Carlotto & Gobbi, 1999). Enquanto *Burnout* é considerado a intensificação da sintomatologia própria de estresse laboral, é a relação temporal que o diferencia do estresse, ou ainda quando os métodos de enfrentamento utilizados pelo profissional são insuficientes. Além disso, a base da síndrome se origina na tensão emocional e nos recursos que o indivíduo utiliza para enfrentar o processo nas inter-relações nas quais convive no espaço profissional. O *Burnout* ainda difere do estresse por sua qualidade negativa, crônica e inadaptada. Segundo Byrne (1993, citado por Carlotto & Gobbi, 1999) “*Burnout* é a etapa final das progressivas tentativas malsucedidas do indivíduo em lidar com o estresse decorrente de condições de trabalho negativas” (p. 108).

O *Burnout* tem sempre uma característica negativa que chamamos de distresse, e estará sempre relacionado com o mundo do trabalho, enquanto o estresse pode apresentar tanto aspectos positivos, quanto negativos. É necessário também ressaltar a diferença que acontece entre estresse ocupacional e *Burnout*. O estresse ocupacional pode ser reconhecido quando o agente desencadeador está se referindo a uma atividade desempenhada. O que vai diferenciá-lo do *Burnout* será a perspectiva relacional que está no *Burnout*, ou seja, há menos chances de identificar sintomas de origem de despersonalização em profissionais em cujas atividades não estão inseridas tarefas de cunhos assistenciais, ou seja, de cuidadores.

Nos anos 1970, a linha de investigação desenvolvida por Maslach centrou-se nos processos emocionais baseada em anos de investigação exploratória. Havia, naquela época, a preocupação da autora em determinar os processos de categorização cognitiva dos estados emocionais experimentados e estudar como as pessoas controlavam seus próprios estados emocionais (Jimenez, Rodriguez, Alvarez & Caballero, 1997).

Por analogia, um indivíduo pode entrar em *Burnout* ao se sentir incapaz de investir em seu trabalho, em consequência da incapacidade de lidar com suas atividades. Mas este processo é evolutivo, crescente e crônico.

A Síndrome de *Burnout* tem sido abordada a partir de quatro perspectivas: a Clínica, primeira perspectiva, tem como precursor Herbert Freudenberger, por relacionar seus estudos à etiologia, sintomas, evolução clínica e ao tratamento da síndrome. Considerava que o profissional, ao se sentir exausto, já não conseguia preocupar-se com as necessidades do indivíduo que o procurava (Carlotto, 2001).

Na segunda perspectiva – a Social-psicológica – a autora Christina Maslach identifica no ambiente de trabalho características básicas da síndrome. Relaciona o estresse ao papel que o indivíduo desempenha em seu trabalho (Carlotto, 2001).

Cary Cherniss (1980, citado por Carlotto, 2001), ressaltando a terceira perspectiva, a Organizacional, considera as definições dos autores anteriormente citados, e amplia o modelo social-psicológico considerando afinidades organizacionais como geradoras de *Burnout*. Procurou justificar de que forma os aspectos de funcionamento de uma organização e seu ambiente cultural podem afetar seus profissionais. Cherniss defende ainda que as três dimensões da síndrome (exaustão emocional, despersonalização e redução da realização profissional) podem representar três mecanismos de enfrentamento usados em situações de estresse.

Por fim, a Social-histórica encontra em Sarason (1983) a idéia de que o impacto da sociedade pode determinar a síndrome bem mais que as relações individuais e /ou organizacionais (Carlotto, 2001).

As causas para o desenvolvimento da Síndrome de *Burnout* podem ser divididas em duas categorias: individuais e institucionais. De acordo com o interesse desta pesquisa, as causas institucionais podem ser classificadas de acordo com a (Veja, Pérez & Amador, 2003):

- Necessidade de reconhecimento – encontra-se relacionada ao conjunto de ações que a instituição pode enaltecer ou estimular as atividades técnicas. A ausência destas ações são atitudes importantes na presença do *Burnout*;
- Subvalorização do profissional – o profissional tem o sentimento de inferioridade. No âmbito da saúde, sente-se inferior à figura do médico, da instituição ou dos pacientes;

- Necessidade de superação profissional – a existência de programas que valorizem o perfil ocupacional deve estar ao alcance do profissional. Quando estes programas ficam longos tempos sem serem executados aumentam as possibilidades de aparição do *Burnout*;
- Sobrecarga de trabalho – causada pelo excesso de trabalho assistencial na instituição, juntamente com outras atividades;
- Necessidade de trabalho em equipe – a valorização do trabalho em equipe auxilia os profissionais a enfrentarem a carga de trabalho, depositando no grupo suas diferenças individuais;
- Necessidade de autonomia – associada à possibilidade do profissional de planificar seu trabalho individual, respeitando as metas da equipe e os objetivos do departamento; e,
- Característica da tarefa (rotina ou diversidade) – referência às atividades que podem ser rotineiras ou monótonas e, por outro lado, tarefas que caracterizam por permitirem satisfazer interesses amplos e diversos.

As conseqüências geram, gradativamente, a possibilidade de o profissional desenvolver doenças ocupacionais, em especial a Síndrome de *Burnout*, entre elas: decepção – sentimentos de desencanto associados à falta de realização profissional; comportamentos desumanizados – conjunto de condutas que os profissionais adotam e que se manifestam de forma despersonalizada, afetando a qualidade dos atendimentos e das tarefas que costuma realizar; e, esgotamento – experiência de cansaço unido à pressão assistencial e às atividades extras (Veja, Pérez & Amador, 2003).

As propostas de pesquisa de Maslach e as três dimensões que sintetizam a Síndrome de *Burnout* são atualmente as mais referidas nos estudos científicos.

Burnout é definido como um fenômeno multidimensional, composto por três variáveis sócio-ambientais como co-participantes do seu processo (Maslach, 1976; Cherniss, 1980; Pines & Maslach, 1980; Maslach & Jackson, 1981; Leiter & Maslach, 1988; Maslach, 1993; Maslach & Leiter, 1997; Maslach & Golberg, 1998, citados por Carlotto & Gobbi, 1999):

- Exaustão emocional – refere-se à sensação de esgotamento que pode ser físico e mental, à diminuição de energia vital para o exercício laboral. Os sentimentos de esgotamento emocional são refletidos em sentimentos de frustração e tensão no trabalho. De acordo com Carlotto e Gobbi (1999), “a maior causa da exaustão no trabalho é a sobrecarga e o conflito pessoal nas relações” (p.105);

- Despersonalização ou Desumanização – variável que não significa que o indivíduo não tem mais sua personalidade, apenas que esta vem sofrendo alterações, levando o profissional a manter relações frias e impessoais com os usuários de seu trabalho. Podem demonstrar atitudes de cinismo, ironia, pouco caso e indiferença com relações às pessoas. Há a substituição do vínculo afetivo por um vínculo racional. É neste momento que o indivíduo pode apresentar ansiedade, aumento de irritabilidade, perda de motivação, redução de metas de trabalho e comprometimento com os resultados e

- Reduzida realização profissional – o profissional avalia negativamente sua atividade ocupacional, evidenciando insatisfação com o que está realizando. Há sinais de baixa auto-estima, fracasso profissional, sentimento de insuficiência e, em alguns momentos, ímpetos de abandonar o emprego.

Então, é possível considerar que sempre que o fator humano do trabalho não puder caminhar paralelamente às condições precisas do trabalho, haverá um

desequilíbrio que faz o ser humano reagir negativamente no processo ocupacional que está inserido.

Há uma ordem cronológica no aparecimento das três dimensões já citadas, que ocorrem gradativamente, em maior ou menor risco, mas como uma consequência linear do desequilíbrio entre profissional e ambiente de trabalho. A exaustão emocional é o primeiro sintoma que pode ser alcançado, devido ao excessivo número de demandas ou às exigências no trabalho. A este comportamento pode perceber o afastamento psicológico do profissional de seu usuário e de que forma suas relações sociais começam a ser prejudicadas, fazendo o caminho para o aparecimento da segunda variável citada: a despersonalização (Carlotto & Gobbi, 1999).

De acordo com os estudos de Maslach e Jackson (1981, citados por Carlotto & Gobbi, 1999), estas duas dimensões estão intrinsecamente ligadas e no resultado deste processo de funcionamento defensivo, encontra-se a última fase, que é definida como redução da realização profissional.

O *Burnout* pode ser visto como um processo que se desenvolve paulatinamente, de modo progressivo e cumulativo. Em alguns casos, o profissional pode demorar a realizar um diagnóstico preciso. Geralmente, ele pode estar tão absorvido pelo processo que se recusa a aceitar que possa estar debilitado. A importância do diagnóstico se firma em função de que a Síndrome pode levar o indivíduo a ter seu bem-estar físico e emocional deteriorado de maneira a não ter como reverter o processo. Este caminho leva o profissional acometido a transferir as sintomatologias para outras condutas de tratamento que nem sempre levam ao sucesso terapêutico.

A possibilidade de desenvolvimento do *Burnout* em trabalhadores que exercem atividades assistenciais, envolvendo questões da ajuda, vem sendo

questionada e ampliada a outras categorias profissionais (Maslach, Schaufeli & Leiter, 2001). Acredita-se que a dedicação dos profissionais a tarefas assistenciais podem constituir um espaço de prazer além das atividades rotineiras, desde que se consiga perceber o grau de comprometimento social sem desequilibrar sua saúde psíquica.

Os sintomas, de acordo com Benevides-Pereira (2002b), podem ser subdivididos em quatro grupos: físicos, psíquicos, comportamentais e defensivos. Em contexto mais amplo, os sintomas podem se agrupar em dois grupos: físicos e psíquicos. Os psíquicos se subdividem em cognitivos, emocionais, comportamentais e defensivos.

Os físicos podem ser exemplificados como fadiga constante e progressiva; dores musculares ou osteomusculares; distúrbios do sono; cefaléias e enxaquecas; perturbações gastrointestinais; imunodeficiência; transtornos cardiovasculares; distúrbios do sistema respiratório; disfunções sexuais e alterações menstruais nas mulheres.

Os sintomas psíquicos – cognitivos podem ser observados por meio de falta de atenção e concentração, alterações de memória e lentificação do pensamento e os sintomas emocionais são sentimento de alienação, sentimento de solidão, impaciência, sentimento de impotência, labilidade emocional, dificuldade de auto-aceitação, baixa auto-estima, astenia, desânimo, disforia, depressão, desconfiança e paranóia.

Os sintomas comportamentais são negligência ou escrúpulo excessivo; irritabilidade; incremento da agressividade; incapacidade para relaxar; dificuldade na aceitação de mudanças; perda da iniciativa; aumento do consumo de substâncias; e, comportamento de alto risco e suicídio.

Entre os sintomas defensivos destacam-se: tendência ao isolamento; sentimento de onipotência; perda do interesse pelo trabalho (ou mesmo lazer); absenteísmo; ímpetos de abandonar o trabalho; e, ironia e cinismo;

Não se pode estudar *Burnout* sem considerá-lo um processo, pois a Síndrome irá ocorrer quando o lado humano do trabalho e das atividades exercidas não forem consideradas. Maslach e Leiter (1997, citados por Carlotto & Gobbi, 1999) reforçam que o *Burnout* pode acontecer sempre que existir um desequilíbrio entre a natureza do trabalho e a personalidade ou natureza do profissional em suas tarefas específicas. Dessa forma, pode-se concluir que cada pessoa terá uma forma particular de expressar a síndrome, mas, de uma maneira geral, a mesma apresentará como um processo gradual, ou seja, o profissional começa perdendo o significado, o prazer e a satisfação pelo seu trabalho. Estes comportamentos dão lugar a sentimentos de indiferença com as atividades e os compromissos parecem perder o sentido.

Nunca é demasiado considerar que o *Burnout* leva à deteriorização do bem-estar físico e emocional. Do ponto de vista organizacional, este deve ser um aspecto muito importante para se levar em consideração. Profissionais em risco ou já diagnosticados podem abandonar suas atividades a qualquer momento, já que as mesmas não têm a mesma “importância” para o profissional. Para Faber (1991, citado por Carlotto & Gobbi, 1999), a Síndrome não é o resultado do estresse em si, ou de várias crises de estresses apenas, mas o resultado da falta de suporte que o sistema organizacional proporciona ao indivíduo. Quando o ambiente de trabalho favorece o aparecimento de *Burnout*, observa-se maior rotatividade de funcionários dentro das empresas, absenteísmo, queda de qualidade e produtividade, incremento de licenças por problemas de saúde, baixa moral dos trabalhadores, o “desligamento psicológico”, entre outras incidências. O “prejuízo” é para ambas as partes.

Nem sempre o estresse levará o profissional a desenvolver *Burnout*. As variáveis de personalidade humana e de conduta de vida determinarão em que grau ou se o profissional desenvolverá a Síndrome. Além disso, são determinantes as condições estressantes, a percepção subjetiva de *Burnout*, a vulnerabilidade para o estresse e as estratégias individuais que cada pessoa utiliza, quando exposto em situações desgastantes, para enfrentar a realidade atual.

Folkman, Lazarus, Dunkel-Schetter, DeLongis e Gruen (1986, citados por Carlotto & Gobbi, 1999) explicam que as estratégias de enfrentamento psicológico – *Coping* – são entendidas como esforços cognitivos e comportamentais que podem alterar constantemente, sendo desenvolvidas para responder às demandas específicas externas e/ou internas, avaliadas como excessivas para os recursos do indivíduo. Neste aspecto, cada indivíduo reagirá, ou terá uma determinada reação diante de uma mesma situação estressante. É preciso compreender de que forma algumas pessoas enfrentam melhor as circunstâncias adversas, não se permitindo cronificar o quadro de estresse ocupacional. Por isso, a importância das estratégias de enfrentamento na análise e percepção da Síndrome de *Burnout*.

Estratégias de Enfrentamento Psicológico como Mediadores de *Burnout*

Para compreender a complexidade das situações de risco de profissionais no ambiente de trabalho, em especial da saúde, é importante direcionar o olhar para a maneira como estes profissionais lidam com situações estressantes durante o exercício de suas atividades.

Torna-se necessário investigar comportamentos, ações ou respostas adotadas por estes profissionais para lidar com problemas, identificando os aspectos sadios preservados que aparecem diante de situações estressantes e que geram resultados

adequados para que o indivíduo consiga permanecer em suas atividades. Estas respostas são chamadas de estratégias de enfrentamento ou *Coping*.

O conceito de *Coping* data de meados do século XX, cujo termo fazia referência a aspectos da personalidade do indivíduo. Bolger (1990, citado por Zanini & Santacana, 2005) ainda considera esta colocação afirmando que o *Coping* pode ser definido como a personalidade do indivíduo em ação.

Lazarus (1966, citado por Gimenez, 1997) define o enfrentamento como um conjunto de estratégias que o indivíduo utiliza para lidar ou passar por uma situação de ameaça iminente. Em 1984, Lazarus e Folkman (citados por Pinheiro, Tróccoli & Tamayo, 2003) redefinem o *Coping* como uma variável individual que pode ser representada pelas formas como as pessoas usualmente reagem às situações de estresse, que são determinadas por fatores pessoais, exigências situacionais e recursos disponíveis. As estratégias de enfrentamento podem, portanto, ser entendidas como qualquer resposta que o indivíduo apresenta diante de eventos estressantes externos, presentes em sua rotina de vida.

A literatura questionou este conceito valorizando os aspectos ambientais para explicar as estratégias de enfrentamento, permitindo considerar a influência dos aspectos pessoais no processo de *Coping*. Ainda assim, faziam-no dentro da perspectiva de características da personalidade como auto-estima e auto-eficácia, não tendo como base uma teoria da personalidade em especial (Zanini & Santacana, 2005).

Neste sentido, outra definição pode ser apresentada, conceituando o enfrentamento como um “tipo de comportamento que protege as pessoas de sofrerem danos psicológicos decorrentes de experiências sociais problemáticas” (Gimenez, 1997, p. 113). Complementando este conceito, Lazarus e Folkman (1984, citados por

Gimenes, 1997) utilizando de uma análise psicológica, definem enfrentamento como “o processo para lidar com exigências externas ou internas que são avaliadas como sobrecarregando ou excedendo os recursos da pessoa” (p. 114).

A Psicologia da Saúde, em especial, tem dedicado suas pesquisas para compreender melhor a perspectiva teórica que concebe o estresse e o seu enfrentamento a partir da interação do organismo e seu ambiente (Lazarus, 1982; Kessler, Price & Wortman, 1985, citados por Seidl, Tróccoli & Zannon, 2001). Estes estudos tiveram início quando Hans Selye, ao pesquisar sobre a síndrome de adaptação geral, caracterizou a resposta de estresse por meio de reações fisiológicas do organismo exposto a situações externas que alteravam a sua homeostase, ou seja, analisou a melhor forma como as pessoas comumente reagem ao estresse, satisfazendo a manutenção de um equilíbrio ótimo e adaptativo entre o organismo e seus ambientes interno e externo, com referência às regulações biológicas em geral.

Os estudos sobre *Burnout* permitem conhecer e analisar as diferentes estratégias de enfrentamento que se pode denotar em situações de estresse, podendo ou não estarem relacionadas a agentes estressores específicos.

Pode-se considerar o enfrentamento como o resultado dos esforços cognitivos e comportamentais, quando voltados para o exame de exigências ou pendências internas ou externas. Essas pendências podem ser avaliadas como sobrecarga aos recursos que o indivíduo possui (Folkman, Lazarus, Gruen & De Longis, 1986, citados por Seild, Tróccoli & Zannon, 2001).

Esta concepção torna-se importante para avaliar os aspectos cognitivos e o enfrentamento como mediadores entre o organismo e o ambiente a que este organismo está inserido, pois as reações podem estar relacionadas a fatores pessoais,

demandas situacionais como emprego, cargos específicos, compromissos religiosos e recursos disponíveis.

Segundo Antoniazzi, Dell’Aglío e Bandeira (1998), desde o início do século XX, a psicologia do ego tem concebido as estratégias de enfrentamento enquanto conceitos paralelos aos de mecanismos de defesa, motivado interna ou inconscientemente como forma de lidar com conflitos de ordem sexual ou agressiva. Para Tapp (1985, citado por Antoniazzi, Dell’Aglío & Bandeira, 1998), os eventos externos e ambientes incluídos posteriormente como possíveis desencadeadores dos processos de *Coping* foram categorizados hierarquicamente como imaturos, a exemplo dos mecanismos de defesa.

A partir de então, estudos voltaram a atenção para a distinção entre os dois conceitos. A primeira distinção afirma que os comportamentos associados aos mecanismos de defesa são mais rígidos e inadequados com relação à realidade externa, originários de questões passadas e derivados de condições inconscientes. Ao contrário das estratégias de enfrentamento que foram entendidas como mais flexíveis e propositais, adequados à realidade e orientadas para o futuro, trabalhando de forma consciente (Antoniazzi, Dell’Aglío & Bandeira, 1998). As pesquisas mais recentes voltam seus estudos para a influência da personalidade e as estratégias de enfrentamento psicológico. As evidências mostram que somente os fatores situacionais não são capazes de explicar toda a variação de estratégias que um indivíduo pode utilizar.

As estratégias de enfrentamento podem ser classificadas quanto à sua função, em duas categorias, que são os enfrentamentos focalizado no problema e/ou na emoção (Gimenes, 1997; Seild, Tróccoli & Zannon, 2001). Entre os estudos, há uma outra distinção quanto às diferentes categorias gerais de estratégias utilizadas pelo

indivíduo como formas de enfrentar o estresse, tais como: busca de informações, ação direta, inibição da ação, processos intrapsíquicos e a busca de apoio social (Carver *et al.*, 1989; Dewe *et al.*, 1993; Taylor, 1986; citados por Pinheiro, Tróccoli & Tamayo, 2003).

Quando o indivíduo preocupa-se com a resolução do problema, tentando modificá-lo, ou mesmo com a situação que pode ter causado o estresse, estes comportamentos podem ser estratégias de enfrentamento focadas no problema, em que a pessoa visa tão somente lidar com o agente estresse que a ameaça, ou que causa dano. Estas estratégias geralmente são comportamentos ativos que aproximam o indivíduo à situação estressante, funcionando como planejamento e condição para solucionar o problema. A estratégia que emerge altera o problema existente na relação pessoa-ambiente. De acordo com Lazarus e Folkman (1984, citados por Tamayo & Tróccoli, 2002b), este tipo de enfrentamento tem como objetivo analisar e definir a situação, considerando seus custos e benefícios.

A regulação da resposta emocional, causada por um problema estressor no momento que a pessoa o enfrenta, é o tipo de enfrentamento focalizado na emoção. Estas estratégias incluem “a esquiva, a culpabilidade, o escape, o distanciamento, a atenção seletiva, as comparações positivas e a extração de aspectos positivos de acontecimentos negativos” Lazarus e Folkman (1984, citados por Tamayo & Tróccoli, 2002b, p. 40).

Ao contrário do enfoque no problema, as defesas priorizando as emoções podem representar atitudes de distanciamento ou somente funcionar como paliativo para a fonte estressora. Seild, Tróccoli e Zannon (2001) reforçam que essas estratégias não são necessariamente excludentes, ou seja, “diferentes estratégias de

enfrentamento podem ser utilizadas simultaneamente para lidar com determinada situação estressora” (p. 225).

A concepção de enfrentamento pode particularizar algumas características, tais como: destacar os resultados adaptativos e não os aspectos psicopatológicos de possíveis respostas de enfrentamento; valorizar as diferenças individuais na avaliação e na utilização das estratégias de enfrentamento; entender o enfrentamento no contexto da situação específica e das demandas particulares e minimizar os aspectos disposicionais ou de estilos de enfrentamento.

Mesmo assim, alguns autores ressaltam que determinadas estratégias de enfrentamento podem sofrer uma maior influência de sinais da personalidade, outras maior influência dos aspectos situacionais ou mesmo do ambiente no qual o indivíduo está inserido (Folkman *et al*, 1986, citados por Seild, Tróccoli & Zannon, 2001).

Os estudos de Folkman e Lazarus (1980, citados por Antoniazzi, Dell’Aglio & Bandeira, 1998) definem quatro características principais para as estratégias de enfrentamento: (a) é um processo ou uma interação entre indivíduo e ambiente; (b) tem função administrativa da situação estressora e não de controle ou domínio desta situação; (c) as estratégias pressupõem a noção de avaliação de como o fenômeno é percebido, interpretado e cognitivamente representado na mente do indivíduo; e, (d) o processo é uma mobilização de esforço, por meio do qual os indivíduos podem empreender esforços cognitivos e comportamentais para administrar, reduzir, minimizar ou tolerar as demandas internas ou externas que aparecem da situação com o contexto que está inserido.

Ao considerar as estratégias como uma interação entre o profissional e seu contexto de trabalho, torna-se importante explicar que as estratégias também irão

variando de acordo com os contextos cujos profissionais estarão exercendo suas atividades. Inclui também as características pessoais que determinam como e quais as estratégias podem ser melhores utilizadas em situações estressantes. Assim os fatores situacionais podem influenciar as respostas de enfrentamento determinando mudanças nos tipos de estratégias utilizadas.

Avaliar os recursos que o indivíduo adota, bem como seus processos para defender-se de situações que o oprime, pode especificar por que alguns profissionais que trabalham em contextos desgastantes – principalmente no ambiente de saúde – conseguem não desenvolver a Síndrome de *Burnout*. A diferença pode estar na característica das estratégias adotadas.

Modelo de *Burnout* Utilizado no Estudo – O Mediacional

De acordo com Sarason (1985, citado por Jimenez, Hernández, Benevides-Pereira & Herrer, 2003), o *Burnout* não é uma característica individual e interna exclusivamente do indivíduo. É melhor entendida como um complexo de características psicológicas que refletem as amplas estruturas de uma determinada sociedade. Por isso, optou-se pela utilização do modelo mediacional, que configura melhor com as características deste trabalho, visto que entre os fatores que levam ao *Burnout* existem elementos, conforme Figura 1, que mediam esta relação.

Neste âmbito, a organização do trabalho de uma instituição em si pode se tornar elemento precursor da Síndrome de *Burnout*. Este aspecto permite definir o modelo mediacional como norte desta pesquisa. Segundo proposições de Moreno-Jimenez (Jiménez *et al*, 2003; Jiménez, Hernández, Gálvez, González & Benevides-Pereira, 2002), permite investigar, entre os fatores que levam ao *Burnout*, os elementos que mediam a instalação da Síndrome propriamente dita. O modelo

permite considerar a existência de elementos que permeiam e colaboram para o aparecimento ou não do *Burnout*:

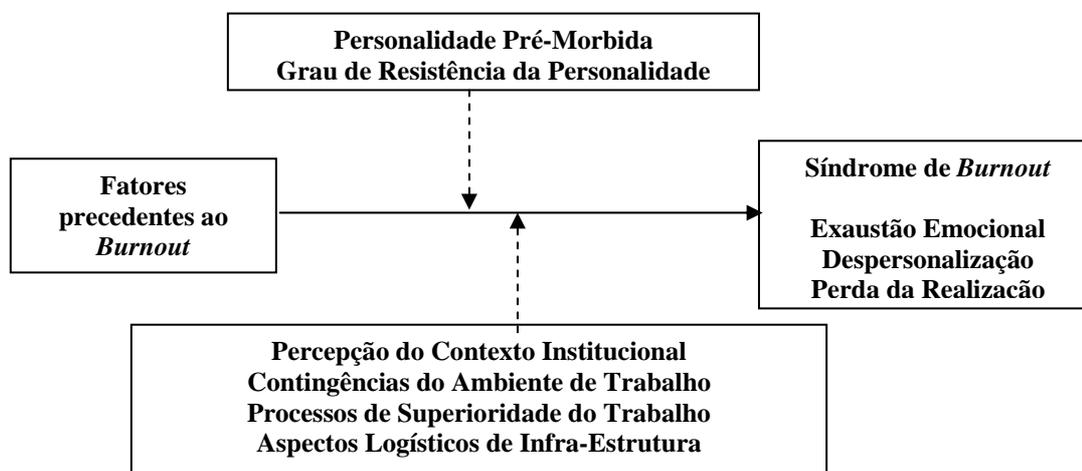


Figura 1 – Modelo Mediacional Baseado na Teoria de Bernardo Moreno-Jiménez

O modelo acima mostra as variáveis que mediam a possibilidade de desenvolvimento da Síndrome de *Burnout*. Entre os fatores precedentes de *Burnout* e a Síndrome de *Burnout* propriamente dita, é importante considerar os fatores que contribuem para que o profissional entre, ou não, em processo de *Burnout*. Ainda assim, é preciso considerar em que grau, a personalidade de cada indivíduo resiste às diversas variáveis, internas e ambientais, contribuindo para a intensidade da instalação da Síndrome.

O Grau de Resistência da Personalidade inclui uma série de características pessoais e individuais, que, ao entrar em contato com os fatores que precedem a Síndrome de *Burnout*, mediam e indicam o nível do aparecimento ou mesmo a relação que o profissional terá quando diagnosticado a patologia. Da mesma forma, as contingências do ambiente, neste caso, o espaço pediátrico, colaboram para que as relações se fortaleçam ou se comprometam em maior ou menor grau, de acordo com

a forma que cada profissional se relaciona mediante as variáveis que estão implícitas no contexto.

De acordo com Bloch (1977), Cichon e Koff (1980), Farber (1991), Huber, Gable e Iwanicki (1990), Lanni e Reuss-Ianni (1993) e Mayou (1987) (citados por Jiménez, Hernández & Gutiérrez, 2000), a concepção ativa do organismo e a personalidade em processos de estresse pressupõe que as personalidades respondem de forma diferente diante de mesmos estressores, não podendo estabelecer características estereotipadas ou lineares de respostas em comum. Por isso, a importância em determinar quais as fontes de resistência e de variação de cada sujeito diante de situações estressoras.

A estrutura psicológica e os processos individuais de personalidade proporcionam ao indivíduo o seu perfil de resistência ou de vulnerabilidade aos fatores ambientais e às fontes de estresse que capacitam o sujeito para desenvolver condutas ou respostas reativas e/ou adaptativas (Payne, 1988, citado por Jiménez, Hernández & Gutiérrez, 2000).

Neste sentido, Kobasa (1982, citada por Jiménez, Hernández & Gutiérrez, 2000) elabora um modelo aproximando a teoria à psicologia social do estresse e da saúde, de forma a determinar os indicadores do indivíduo e do contexto social que favorecem os processos de saúde. Em 1982, Kobasa define o conceito de personalidade resistente por meio de três dimensões:

- Compromisso ou Implicação – caracteriza-se pela tendência em envolver-se em todas as atividades propostas da vida do indivíduo e identificar-se com o significado dos próprios trabalhos. Permite que o indivíduo reconheça suas próprias metas, tomando decisões e mantendo seus valores. Os profissionais com a

característica do compromisso possuem habilidades e o desejo de enfrentar com sucesso as situações de estresse;

- Controle – indica que o indivíduo tem disposição para pensar e atuar com convicção de que pode intervir no decorrer dos acontecimentos. Podem também perceber as conseqüências positivas que precedem em muitos dos acontecimentos estressantes, permitindo o manejo dos estímulos em seu próprio benefício; e,

- Desafio – permite que o profissional perceba o campo como uma oportunidade para aumentar suas próprias competências e não como uma situação de ameaça. Proporciona ainda maior flexibilidade cognitiva e tolerância à ambigüidade que induz a considerar o campo como característica habitual da história e da vida (Berlyne, 1964 e Csikszentmihalyi, 1975, citados por Jiménez, Hernández & Gutiérrez, 2000).

Dessa forma, características de personalidade resistente ao *Burnout* induz às estratégias de enfrentamento adaptativas e à percepção dos estímulos potencialmente estressantes como oportunidade de crescimento. É possível verificar também que o indivíduo pode utilizar as estratégias de enfrentamento de forma indireta, favorecendo a busca de apoio social e a disposição para buscar estilos de vida saudáveis (Maddi & Kobasa, 1984, citados por Jiménez, Hernández & Gutiérrez, 2000), reduzindo a probabilidade de aparecimento de enfermidades. Conforme Kobasa, Maddi e Kahn (1982, citados por Jiménez, Hernández & Gutiérrez, 2000), os profissionais com personalidade resistente ao *Burnout* tendem a enfrentar de forma ativa e otimista os estímulos que lhe são estressores.

Atualmente, de acordo com Jiménez *et al* (2003), os estudos de *Burnout* têm sido de grande relevância para os contextos institucionais que carecem da prevenção de riscos laborais e da análise das condições de trabalho, considerando que as

psicopatologias podem ter uma etiologia ocupacional, mesmo não configurando no quadro de enfermidades profissionais em alguns países europeus.

Dessa forma, é possível supor que uma personalidade menos resistente possa ter maior chance de desenvolver *Burnout*, em função da perda nas diversas dimensões que constituem a Síndrome. Por outro lado, também em função desses mediadores (Percepção do Contexto Institucional, Contingências do Ambiente de Trabalho, Processos de Superioridade do Trabalho, Aspectos Logísticos de Infra-Estrutura), um profissional que se encontra exausto, emocionalmente, pode não despersonalizar suas atividades, dependendo de suas relações com o ambiente de trabalho inserido, que media sua rotina de atividades.

É importante avaliar o grau de comprometimento em todas as variáveis, determinando se o profissional realmente está em *Burnout*. Um escore elevado em apenas um dos fatores do *Burnout* não quer dizer que o profissional esteja em *Burnout*.

O ambiente pediátrico hospitalar, caracterizado como um contexto assistencial requer a inserção dos seus profissionais como parte integrante do local de trabalho. Para tanto, de acordo com Silva e Erdmann (2002), "...a qualidade do ambiente de cuidado depende das pessoas envolvidas, seus conhecimentos, sentimentos, atitudes e conscientização da importância das relações entre as pessoas e o ambiente nos seus limites de abrangência mais interna ou externa" (p. 77).

É importante conhecer como as relações do ambiente de trabalho influenciam na saúde mental de seus profissionais e o impacto que as variáveis institucionais produzem na vida destes trabalhadores. Uma vez que o ambiente, assim como os fatores que precedem ao adoecimento, pode contribuir para o desequilíbrio físico e emocional de seus colaboradores, a rotina de atividades e a predisponibilidade do

indivíduo também podem influenciar na saúde de seus profissionais. Os desequilíbrios orgânicos podem, então, estar inclusive, diretamente relacionados com a visão que estes profissionais fazem do contexto de justiça organizacional. Leventhal (1980, citado por Mendonça & Macedo, 2004) afirma que, se as regras estabelecidas para uma rotina justa de procedimentos não produz resultados desejados, há uma maior tendência dos profissionais responderem destrutivamente, provocando conseqüências que atingirão todo o sistema organizacional.

Objetivo Geral

Reconhecer, descrever e analisar os escores e os indicadores da Síndrome de *Burnout* em profissionais da saúde de contexto pediátrico hospitalar universitário.

Objetivos Específicos

- a) Identificar e analisar os fatores de estresse percebidos no ambiente de trabalho em saúde;
- b) Identificar a percepção das conseqüências biológicas e psicossociais associadas aos fatores estressores no contexto de trabalho;
- c) Reconhecer os indicadores da Síndrome de *Burnout* em profissionais da saúde que já a desenvolveram e/ou em profissionais em contexto de risco para *Burnout*;
- d) Identificar e analisar as estratégias de enfrentamento psicológico, utilizadas por profissionais da saúde no ambiente de trabalho; e,
- e) Avaliar o grau de Personalidade Resistente ao *Burnout*.

MÉTODOS

Tipo de Investigação

A pesquisa foi conduzida utilizando-se recursos quantitativos e qualitativos. O tema permitiu um estudo descritivo, exploratório e transversal, por estar uma única vez em contato com os participantes para a coleta de dados.

A análise qualitativa, segundo Ludke e André (1986), permite que o pesquisador seja o principal instrumento da investigação a ser realizada e o ambiente investigado, a sua fonte direta de dados. Admite o contato direto e prolongado do pesquisador com o ambiente e a situação que está sendo investigada, por meio do trabalho intensivo de campo.

Para Straub (2005), o estudo descritivo é o primeiro passo para o circuito da pesquisa, porque o pesquisador pode observar o comportamento de um determinado indivíduo ou de uma equipe.

A pesquisa exploratória permite a conciliação de um diagnóstico da situação investigada, combinando a utilização de métodos, como o levantamento de experiências realizadas com os profissionais envolvidos no tema que apresentam experiência prática ou convivem com o problema a ser investigado. Abrange objetivos de familiarização e de elevação do conhecimento e compreensão de um problema de pesquisa em perspectiva; de auxílio ao desenvolvimento da formulação do problema de pesquisa e, *a priori*, de informações disponíveis relacionadas a um problema de pesquisa conclusiva que já foi encerrada ou que está em andamento (Pagliarussi, Gregolin & Agnelli, 2005).

Participantes

Foram abordados 27 profissionais de saúde, com formação universitária, que atuam na Pediatria do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás.

Dentre eles: 10 médicos, 7 enfermeiras, 5 residentes, 1 psicóloga, 1 nutricionista, 1 musicoterapeuta, 1 pedagoga e 1 assistente social. Os profissionais têm idade média de 39 anos, com 3 profissionais com idade até 25 anos e 1 profissional com mais de 56 anos; o tempo médio de formação é de 13 anos, sendo que 10 profissionais têm até 10 anos de formação e 7 profissionais têm mais de 20 anos. Para melhor compreensão no decorrer do trabalho as profissionais: psicóloga, nutricionista, musicoterapeuta, pedagoga e assistente social, são referidas como um único grupo nomeado de Multiprofissionais.

Critérios de inclusão considerados na escolha dos participantes

Os critérios para que os profissionais fossem incluídos na pesquisa foram: (1) Pertencer ao Hospital das Clínicas – HC, da Universidade Federal de Goiás – UFG, e trabalhar na Clínica Pediátrica; (2) Ter idade entre 18 e 60 anos e (3) Ter tempo de experiência profissional superior a seis meses; (4) Ter formação superior na área de trabalho.

Campo de Investigação

Este estudo foi desenvolvido na Clínica Pediátrica do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás (HC-UFG).

Atualmente, a Pediatria conta com 27 leitos, sendo 1 destinado a situações que exigem isolamento e mais 1 reversível. Estes leitos são divididos em duas áreas que recebem crianças e adolescentes. Todos os internos têm direito a um acompanhante. As especialidades médicas têm 21 profissionais pediátricos assim distribuídos: Reumatologia, com dois profissionais na área; Nefrologia, com quatro profissionais; Gastroenterologia, com cinco profissionais e, Clínica Geral, com nove médicos. O quadro mantém ainda: 7 enfermeiras, 18 técnicos de enfermagem, 14

residentes, 1 psicóloga, 1 nutricionista, 1 pedagoga, 1 musicoterapeuta e 1 assistente social).

Recursos

Materiais Permanentes: foram utilizados: 01 Micro-Computador; 01 Impressora a laser; 01 Gravador de áudio digital.

Materiais de Consumo: 10 cartuchos de tinta para impressora (preto e colorido); cotas de xerox; material de papelaria (caneta, lápis, papel A4, borracha); 10 CD's para gravação de material; 03 caixas de disquetes; 01 carta de Solicitação para Trabalho em Campo (Anexo 1); 27 exemplares do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 2); roteiro de Entrevista Semi-Estruturada (Anexo 3); 27 exemplares da Escala CBB – Questionário Breve de *Burnout* (Anexo 4) e 27 exemplares da Escala CPR-B (Jiménez, 2005¹) – (Anexo 5).

Instrumentos

Na pesquisa foram utilizados os instrumentos: Escalas CBB e CPR-B (a autorização do autor se encontra no Anexo 6) e uma entrevista semi-estruturada.

- Entrevista semi-estruturada (Anexo 3) – composta por quatro grupos temáticos, subdivididos em questões que abordam situações do contexto de investigação do trabalho (Aspectos do ambiente de trabalho; Saúde física/emocional e ocupacional; Relação estresse, trabalho e estratégias de enfrentamento; Síndrome de *Burnout*). Tais temas foram escolhidos baseados na revisão bibliográfica;

- *Escala CBB – Questionário Breve de Burnout* (Anexo 4). De autoria de Bernardo Moreno-Jiménez (2005), é dividida em duas partes. A primeira contém,

¹ A escala, bem como os seus respectivos critérios de correção (Anexo 9), não foi publicada no Brasil na íntegra, mas foi disponibilizada pelo autor, via e-mail.

inicialmente, 18 questões de identificação do participante, abordando aspectos pessoais, familiares, atividades exercidas e de formação profissional. Na segunda parte o questionário aborda o assunto sobre *Burnout* por meio de 21 questões dispostas em forma de escala Likert de 5 pontos, conforme o exemplo abaixo:

Ex.: 1. Geralmente, estou farto (cheio) do meu trabalho.

1 2 3 4 5
 Em alguma ocasião Raramente Algumas vezes Frequentemente Na maioria das vezes

- *Escala CPR-B – Questionário de Personalidade Resistente ao Burnout*

(Anexo 5). Também de autoria de Bernardo Moreno-Jiménez (2005), constitui-se de um instrumento com 21 questões em que permitirá que o participante expresse o seu nível de concordância com as questões propostas, por meio de uma escala de 1 a 4 pontos (referindo-se a situações segundo as quais ele pode ir desde discordar totalmente – 1 ponto – até concordar totalmente – 4 pontos). As respostas devem ser anotadas nos quadros correspondentes. O objetivo desta escala é verificar qual o grau de resistência ao desenvolvimento da Síndrome na personalidade do participante. A pontuação é verificada por escores, de acordo com indicadores de implicação, controle e desafio.

Ex.: Expresse seu nível de acordo ou desacordo com as afirmações abaixo, segundo as seguintes expressões:

1 – Descordo Totalmente 2 – Descordo 3 – Concordo 4 - Concordo Totalmente

Me envolvo seriamente no que faço, pois é a melhor maneira de alcançar meus objetivos		—		
Ainda que implique maior esforço, opto pelos trabalhos que proporcionam uma experiência nova			—	

Procedimentos

Após a aprovação do Projeto de Pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa Médica e Animal do Hospital das Clínicas - UFG, orientador e pesquisadora entraram em contato com a chefe da Clínica Pediátrica do HC-UFG, solicitando a permissão para o contato com seus profissionais, a fim de participarem da

investigação. Houve também um contato informal com a chefe da Enfermagem, requerendo a colaboração das profissionais enfermeiras em horário de trabalho, caso se dispusessem a participar.

A secretária da Pediatria repassou uma lista com o nome e o telefone dos profissionais que atuam na Pediatria: ambulatório, enfermaria e pronto socorro. O contato era feito pessoalmente, agendando um horário para a participação no projeto. Neste momento, o profissional era informado sobre o objetivo do trabalho, a importância de sua participação e a média de tempo disponibilizada para que respondesse às escalas e à entrevista. Apenas um profissional médico se recusou a participar, se recusando mesmo a obter as informações gerais da pesquisa.

Os dados foram colhidos entre os meses de maio e agosto de 2005. Antes da participação na pesquisa, os profissionais eram novamente informados sobre os objetivos e a finalidade do projeto. Caso concordassem em participar, assinavam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias (Anexo 2). Uma cópia ficava com o entrevistado e outra com a pesquisadora.

Em um mesmo encontro, eram aplicadas a entrevista (gravada em áudio) e as escalas. O tempo médio de aplicação de todo o material, por participante, foi de 40 minutos. Em função das rotinas de trabalho dos profissionais, algumas vezes precisavam ser interrompidos para atendimento emergencial, um esclarecimento ou uma informação a ser dada. Além disso, alguns profissionais precisavam agendar mais de uma vez, por não terem condições de realizarem a pesquisa na data marcada, por causa dos atendimentos no hospital. De todos os profissionais, apenas uma enfermeira, pediu que não fosse gravada a entrevista, e uma se recusou a participar da mesma, sendo respeitadas nas suas exigências, respondendo apenas às escalas. Das entrevistas gravadas, três estavam inaudíveis, e foram descartadas para análise.

O motivo teria sido o local da realização, sendo que o ruído externo desconfigurou a qualidade da gravação. Dois candidatos pediram esclarecimentos quanto ao sentido das afirmações das escalas aplicadas.

Após a coleta de dados, a pesquisadora se disponibilizou, para, caso houvesse alguma adversidade entre os participantes, associada ao processo de coleta de dados, realizar intervenção focal de apoio, orientação e encaminhamento, contudo não houve necessidade.

Aspectos Éticos da Pesquisa

O Conselho Nacional de Saúde, ao estabelecer as novas diretrizes para a pesquisa em seres humanos, criou diretrizes que se aplicam às pesquisas em toda e qualquer área de investigação que envolva a coleta de dados com seres humanos. A Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP, criada pelo Conselho Nacional de Saúde – CNS, por meio da Resolução 196/96 e com constituição designada pela Resolução 246/97, tem a função de implementar as normas e diretrizes regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, aprovadas pelo Conselho.

O Conselho Federal de Psicologia – CFP – também regulariza a pesquisa em psicologia com seres humanos por meio da Resolução CFP Nº 016/2000 de 20/12/2000. Neste ato, considerando a necessidade de expandir os artigos referentes à ética na pesquisa, dispostos no Código de Ética e na Resolução nº 011/97 e a necessidade de orientar e complementar a Resolução 196 do Conselho Nacional de Saúde resolve que qualquer pesquisa em Psicologia com seres humanos precisa estar instruída de um protocolo, submetido à análise de Comitê de Ética em Pesquisa, reconhecido pelo Conselho Nacional de Saúde, como determina a resolução MS 196/96 do CNS”, conforme Art. 1º do documento citado.

A presente pesquisa buscou seguir todas as diretrizes éticas. Seu projeto foi devidamente encaminhado e avaliado, entre novembro de 2004 e janeiro de 2005, pelo Comitê de Ética em Pesquisa Humana e Animal do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás, conforme Protocolo em Anexo (Anexo 7). Obteve-se, ainda, autorização formal do Diretor Geral do HC/UFG.

RESULTADOS

Os resultados foram trabalhados sob três aspectos. O primeiro foi o levantamento dos dados sócio-demográficos e de situação de trabalho dos profissionais da pediatria. O segundo aspecto, a correção das escalas aplicadas: o CBB (Questionário Breve de *Burnout*) e o CPR-B (Questionário de Personalidade Resistente ao *Burnout*). E por último a análise das categorias temáticas, elencadas a partir das entrevistas semi-estruturada, trabalhando frequência e descrição. A análise da coleta de dados permitiu a correlação de todos os instrumentos utilizados.

Análise dos Dados

As escalas foram analisadas de acordo com o protocolo específico de cada uma delas, e os resultados comparados às variáveis sócio-demográficas (idade, sexo, relações pessoais, dependentes, grau de instrução, profissão) e profissionais (cargo, situação profissional, tempo de experiência, tempo de serviço no local, tempo de cargo, turno, horas de trabalho, número de pessoas que atendem diariamente, tempo de interação com beneficiário e realização de trabalho em casa). Os dados foram ainda submetidos à análise do programa estatístico SPSS.

Dados sócio-demográficos dos Profissionais da Pediatria

A Tabela 1 mostra os dados sócio-demográficos dos 27 participantes desta pesquisa. Os dados mais significativos foram: 89% (N=24) são do sexo feminino e 48% (N=13) têm mais de 41 anos; 74% (N=20) destes profissionais têm companheiro afetivo habitual e 67% (N=18) têm filhos; 30% (N=8) são profissionais que tem apenas o curso de graduação; a maioria (37% - N=10) têm cursos de especialização e 11% (N=3) têm doutorado.

Tabela 1 – Dados Sócio-demográficos dos Profissionais da Pediatria do HC/UFG (N=27)

Variável	F	P (%)
Idade		
28-25	3	11
26-40	10	37
41-55	13	48
Acima de 56	1	4
Sexo		
Feminino	24	89
Masculino	3	11
Relações Pessoais		
Com companheiro afetivo	20	74
Sem companheiro	7	26
Dependentes		
Tem Filhos	18	67
Não tem filhos	9	33
Grau de Instrução		
Graduação	8	30
Especialização	10	37
Mestrado	6	22
Doutorado	3	11
Profissão		
Médicos	10	37
Enfermeiros	7	26
Equipe Multiprofissional	5	19
Residentes	5	19

A Tabela 2 configura os dados da situação de trabalho dos profissionais da pediatria que foram entrevistados (N=27). Os índices relevantes foram: 67% são funcionários fixos no hospital. O tempo médio de experiência é de 15 anos, com 37% até 10 anos de formado e 37% entre 11 e 20 anos de formação acadêmica. Dos 27 entrevistados, 63% têm até 10 anos de trabalho no local, sendo que 67% exercem o mesmo cargo. A maioria (41%) trabalha somente pela manhã, mas 26% dos profissionais trabalham os três turnos; 22% fazem 20 e 30 horas de trabalho por semana, e 26% fazem 40 e 60 horas; 48% dos profissionais da equipe atendem até 15 pessoas por dia, sendo que 56% permanecem mais de 75% do tempo diário de atividade em interação com os beneficiários do seu trabalho. Dos 27 profissionais, apenas uma enfermeira não tem mais de um contrato de trabalho.

Tabela 2 – Dados da Situação de Trabalho dos Profissionais da Pediatria do HC/UFG (N=27)

Dados de Situação de Trabalho	F	P(%)
Tipo de Local: Público		
Contratado	3	11
Fixo	18	67
Outros	6	22
Tempo de Experiência na Profissão		
Até 10 anos	10	37
11 a 20 anos	10	37
mais de 20 anos	7	26
Tempo de Serviço no Local		
Até 10 anos	17	63
11 a 20 anos	6	22
mais de 20 anos	4	15
Tempo que está no mesmo cargo		
Até 10 anos	18	67
11 a 20 anos	7	26
mais de 20 anos	2	7
Turno de Atividade		
Manhã	11	41
Tarde	1	4
Manhã e Tarde	8	30
Manhã Tarde e Noite	7	26
Número de horas de trabalho por semana		
Até 20 horas	6	22
30 horas	6	22
36 horas	1	4
40 horas	7	26
60 horas	7	26
Número de pessoas que atendem diariamente		
Até 15 pessoas	13	48
Até 25 pessoas	11	41
Mais de 35 pessoas	3	11
Tempo diário de interação com o paciente		
Mais de 75%	15	56
Cerca de 50%	11	41
Menos de 30%	1	4
Realiza trabalho em casa		
Sim	14	52
Às vezes	13	48

Escala CBB – Questionário Breve de *Burnout*

A correção da Escala CBB foi realizada por meio do programa Excel. Todos os dados foram tabulados para análise de acordo com os critérios de diagnóstico do autor Bernardo Moreno-Jiménez. De acordo com Jiménez (2005), para a correção desta escala é considerada a estrutura do questionário, respeitando as dimensões: Processos de *Burnout*, Fatores Organizacionais e Síndrome de *Burnout* (Critérios de Correção no Anexo 9).

O Processo de *Burnout* é compreendido, na escala CBB, por meio de 3 subescalas (Fatores de *Burnout*, *Burnout* e Conseqüências de *Burnout*). O autor utilizou para efeito de evolução global e de diagnóstico os seguintes critérios: **Fatores de *Burnout***: Baixo: 9-20; Médio: 21-28; Alto: 29-45; ***Burnout***: Baixo: 9-20; Médio: 21-26; Alto: 27-45; **Conseqüências de *Burnout***: Baixo: 3-7; Médio: 8-9; Alto: 10-15. Na dimensão Conseqüências de *Burnout*, o profissional está afetado pela conseqüência quando alcança uma pontuação igual ou superior a 10 pontos. Utilizando o modelo mediacional, pode-se considerar que o contexto organizacional é precursor de *Burnout* quando a pontuação média populacional é igual ou superior a 29 pontos em Fatores de *Burnout*. Segundo Jimenez (2005), pode-se considerar que uma pessoa está em *Burnout* quando a pontuação na dimensão *Burnout* se encontra igual ou superior a 27 pontos.

A dimensão Fatores Organizacionais é constituída pelas subescalas: Tarefa, Organização e Tédio, pontuadas de acordo com os números das questões da escala. As três dimensões citadas são complementadas por meio dos critérios de diagnóstico nas subescalas específicas, que contemplam cada uma das dimensões citadas anteriormente. Assim, a correção acontece respeitando as questões que contemplam os pontos de cortes para estas subescalas, que são: **Tarefa**: Baixo: 3-8; Médio: 9-10;

Alto: 11-15; **Organização**: Baixo: 3-8; Médio: 9-11; Alto: 12-15; **Tédio**: Baixo: 3-6; Médio: 7-8; Alto: 9-15.

Jiménez (2005) utiliza as dimensões Exaustão Emocional, Despersonalização e Reduzida Realização Profissional para confirmar os resultados de sua escala. Os escores de pontuação para **Síndrome de *Burnout*** são: **Cansaço Emocional (CE)**: Baixo: 3-6; Médio: 7-8; Alto: 9-15; **Despersonalização (D)**: Baixo: 3-8; Médio: 9-10; Alto: 11-15; **Reduzida Realização Profissional**: Baixo: 3-5; Médio: 6-8; Alto: 9-15.

De acordo com as médias alcançadas no CBB (conforme Tabela 3), nenhum dos profissionais entrevistados está em *Burnout*, quando considerado o contexto organizacional como precursor do *Burnout*, e a pontuação média dos profissionais em Fatores de *Burnout* igual ou superior a 29 pontos (Jimenez, 2005). As Médicas Residentes teve maior pontuação (21,8) tendo o ponto de corte médio.

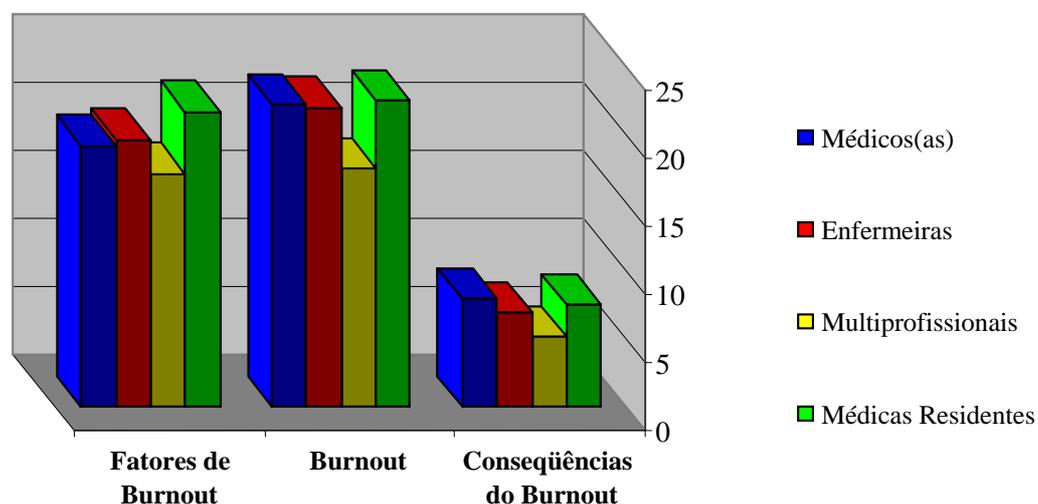
Tabela 3 – Escore Bruto Médio dos indicadores de *Burnout* e Desvio Padrão (DP) em Profissionais da Clínica Pediátrica (N=27), obtidos com a CBB

		Médicos/as (N=10)	Enfermeiras (N=7)	Multi-Profissionais (N=5)	Médicas Residentes (N=5)
Processo de <i>Burnout</i>	Fatores de <i>Burnout</i>	19,3 (12,4)	19,7 (8,5)	17,2 (16,2)	21,8 (27,4)
	<i>Burnout</i>	22,3 (11,4)	22,1 (13,6)	17,6 (0,6)	22,6 (12,2)
	Conseqüências do <i>Burnout</i>	8,0 (5,4)	7,0 (1,1)	5,2 (2,6)	7,6 (11,0)
Fatores Organizacionais	Tarefa	5,2 (2,3)	5,3 (1,1)	5,4 (2,6)	5,8 (11,0)
	Organização	5,9 (2,5)	5,3 (8,5)	5,6 (1,9)	5,8 (1,4)
	Tédio	8,2 (2,4)	9,1 (2,4)	6,2 (7,8)	10,2 (10,2)
Síndrome de <i>Burnout</i>	Cansaço Emocional	7,2 (5,0)	7,4 (2,8)	4,6 (1,1)	7,8 (7,4)
	Despersonalização	8,9 (1,1)	8,3 (4,5)	6,6 (4,6)	9,4 (7,4)
	Reduzida Realização Profissional	6,2 (2,4)	6,4 (1,4)	6,4 (2,2)	5,4 (2,2)

Considerando: **Fatores de *Burnout***: Baixo: 9-20; Médio: 21-28; Alto: 29-45. ***Burnout***: Baixo: 9-20; Médio: 21-26; Alto: 27-45. **Conseqüências de *Burnout***: Baixo: 3-7; Médio: 8-9; Alto: 10-15. **Tarefa**: Baixo: 3-8; Médio: 9-10; Alto: 11-15. **Organização**: Baixo: 3-8; Médio: 9-11; Alto: 12-15. **Tédio**: Baixo: 3-6; Médio: 7-8; Alto: 9-15. **Cansaço Emocional**: Baixo: 3-6; Médio: 7-8; Alto: 9-15. **Despersonalização**: Baixo: 3-8; Médio: 9-10; Alto: 11-15. **Reduzida Realização Profissional**: Baixo: 3-5; Médio: 6-8; Alto: 9-15.

Ainda com relação ao Processo de *Burnout* (Figura 2), a média da subescala *Burnout* nos Médicos (22,3), Enfermeiras (22,1) e Médicas Residentes (22,6) teve

escores médio. O grupo de multiprofissionais teve escore baixo (17,6). A subescala Conseqüências de *Burnout* obteve escore médio para os Médicos (8,0) e Médicas Residentes (7,6), e baixo para as Enfermeiras (7,0) e Multiprofissionais (5,2).

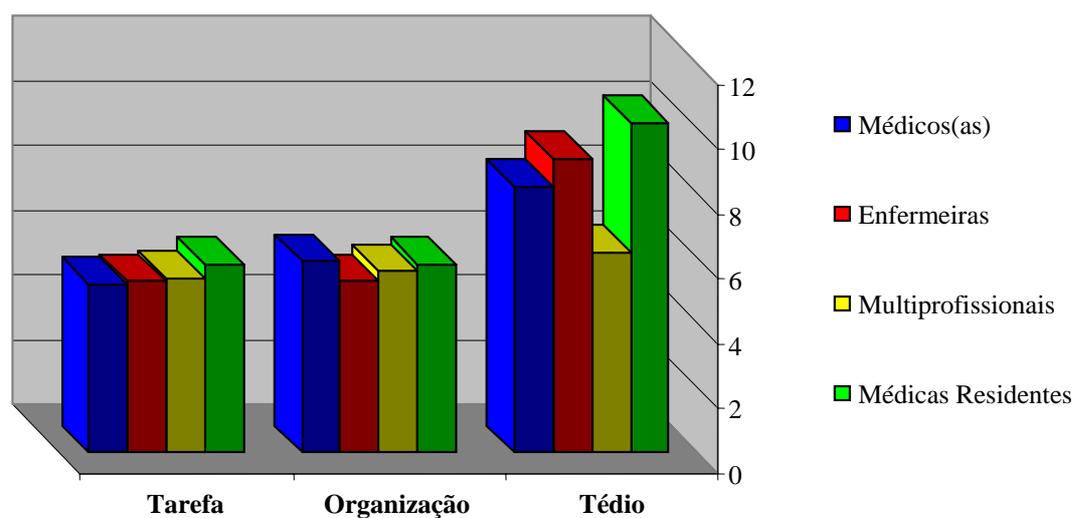


Considerando: **Fatores de *Burnout***: Baixo: 9-20; Médio: 21-28; Alto: 29-45. ***Burnout***: Baixo: 9-20; Médio: 21-26; Alto: 27-45. **Conseqüências de *Burnout***: Baixo: 3-7; Médio: 8-9; Alto: 10-15.

Figura 2 - Média de indicadores de *Burnout* de Profissionais da Pediatria do HC/UFG (N=27), obtidos com o CBB - Processo de *Burnout*

Os fatores organizacionais auxiliam na análise de possível desenvolvimento da Síndrome, sendo importante avaliar sua pontuação. Com relação à Tarefa (atividades desempenhadas) e Organização (metodologia de trabalho) todas as equipes tiveram escores baixos. A subescala Tédio elevou os índices da amostra, pois Médicos, Enfermeiras e Médicas Residentes tiveram escores alto (8,2; 9,1 e 10,2 respectivamente). As variáveis organizacionais, que elevam o nível de tédio nos profissionais da pediatria, também foram investigadas qualitativamente por meio da análise de conteúdo das entrevistas.

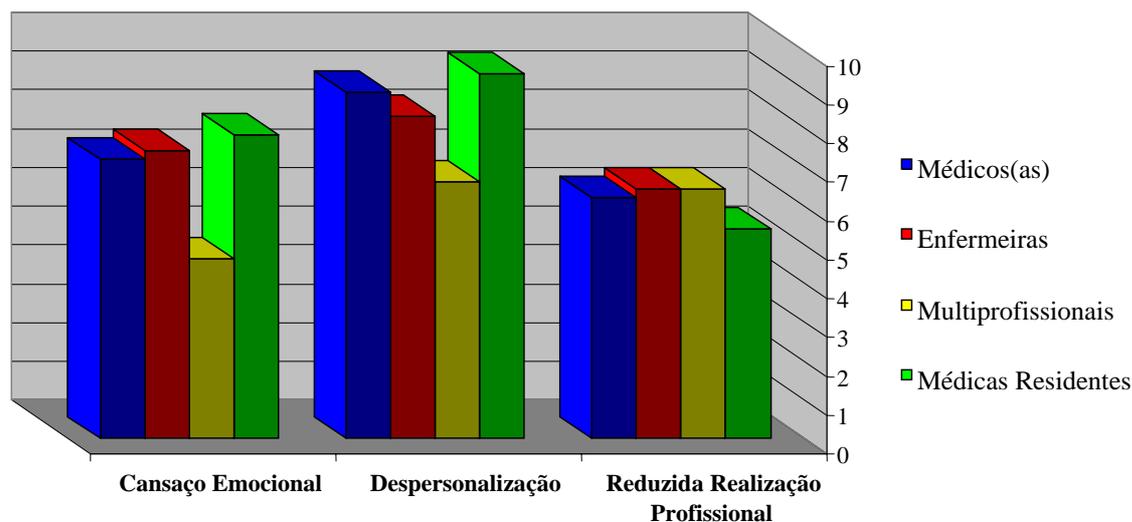
A Figura 3 descreve os escores dos profissionais avaliados com relação aos Fatores Organizacionais:



Considerando: **Tarefa**: Baixo: 3-8; Médio: 9-10; Alto: 11-15. **Organização**: Baixo: 3-8; Médio: 9-11; Alto: 12-15. **Tédio**: Baixo: 3-6; Médio: 7-8; Alto: 9-15.

Figura 3 – Média de indicadores de *Burnout* de Profissionais da Pediatria do HC/UFG (N=27), obtidos com o CBB – Fatores Organizacionais

Quanto à Síndrome de *Burnout*, e conforme demonstrado na Figura 4 abaixo, segundo as dimensões de Maslach, observam-se as seguintes pontuações: Médicos e Enfermeiras estão com escore médio em Exaustão Emocional (EE), Despersonalização (D) e Reduzida Realização Profissional (rRP). Multiprofissionais tem escore baixo em EE e D, mas médio em rRP. Com relação às Médicas Residentes, o escore de EE foi alto, com as outras duas dimensões com escore médio.



Considerando: **Cansaço Emocional**: Baixo: 3-6; Médio: 7-8; Alto: 9-15. **Despersonalização**: Baixo: 3-8; Médio: 9-10; Alto: 11-15. **Reduzida Realização Profissional**: Baixo: 3-5; Médio: 6-8; Alto: 9-15.

Figura 4 - Média de indicadores de *Burnout* de Profissionais da Pediatria do HC/UFG (N=27), obtidos com o CBB – Síndrome de *Burnout*

A Tabela 4 indica os resultados das avaliações individuais dos entrevistados (N=27) quanto ao CBB, abordando as três escalas propostas: Processo de *Burnout*, Fatores Organizacionais e Síndrome de *Burnout*. Destacam-se as Conseqüências de *Burnout*, que atingem 5 profissionais com escore alto, o Tédio apresenta 14 profissionais com escore alto, o que elevou a média da amostra. Com relação ao Cansaço Emocional, a maioria dos escores foi baixa (15).

Tabela 4 – Somatória dos Resultados Individuais do CBB (Questionário Breve de *Burnout*) de Profissionais da Pediatria do HC/UFG (N=27)

	Somatória das Questões	Processo de <i>Burnout</i>			Fatores Organizacionais			Síndrome de <i>Burnout</i>		
		Fatores de <i>Burnout</i>	<i>Burnout</i>	Conseqüências do <i>Burnout</i>	Tarefa	Organização	Tédio	Cansaço Emocional	Despersonalização	Reduzida Realização Profissional
S1	36	14	17	5	3	4	7	6	8	3
S2	47	19	20	8	4	5	10	6	8	6
S3	48	17	24	7	5	6	6	7	9	8
S4	63	26	26	11	7	10	9	11	8	7
S5	58	21	26	11	5	6	10	11	10	5
S6	54	22	22	10	7	6	9	8	8	6
S7	61	23	28	10	7	6	10	8	11	9
S8	39	15	20	4	3	4	8	4	10	6
S9	44	18	19	7	5	6	7	5	8	6
S10	46	18	21	7	6	6	6	6	9	6
S11	55	19	28	8	5	4	10	10	12	6
S12	45	21	19	5	6	7	8	6	6	7
S13	41	14	20	7	4	3	7	6	9	5
S14	46	19	21	6	4	7	8	7	8	6
S15	48	19	21	8	5	5	9	6	9	6
S16	47	22	18	7	6	6	10	7	5	6
S17	60	24	28	8	7	5	12	10	9	9
S18	46	23	18	5	6	6	11	5	7	6
S19	37	14	18	5	5	5	4	5	6	7
S20	38	16	17	5	4	5	7	6	6	5
S21	46	20	18	8	6	8	6	4	6	8
S22	33	13	17	3	6	4	3	3	8	6
S23	40	14	19	7	5	5	4	4	11	4
S24	56	24	23	9	6	6	12	8	9	6
S25	44	21	20	3	5	5	11	6	10	4
S26	48	20	22	6	4	5	11	9	8	5
S27	72	30	29	13	9	8	13	12	9	8

Escala CPR-B – Questionário de Personalidade Resistente ao *Burnout*

Para correção do CPR-B, a pontuação também é contada por escores, em que são quantificados para Implicação, Controle e Desafio. Conforme Jimenez (2005), quando a pontuação nas três dimensões citadas é baixa, a vulnerabilidade da personalidade é alta, e quando a pontuação é alta, a vulnerabilidade para o *Burnout* é baixa. Os escores são: **Implicação:** Baixo: 8-18; Médio: 19-21; Alto: ≥ 22 . **Controle:** Baixo: 9-20; Médio: 21-23; Alto: ≥ 23 . **Desafio:** Baixo: 7-18; Médio: 19-21; Alto: ≥ 22 .

A Tabela 5 mostra os resultados individuais dos profissionais avaliados, no questionário CPR-B – Questionário de Personalidade Resistente ao *Burnout*. Os valores foram submetidos à média estatística para análise dos profissionais enquanto grupo de trabalho da Pediatria do HC.

Os Médicos apresentaram um profissional com vulnerabilidade alta, e 60% com vulnerabilidade baixa para o desenvolvimento de *Burnout*. A maior porcentagem foi das Enfermeiras (57%) mostrando vulnerabilidade baixa (Tabela 5).

O grupo de Multiprofissionais têm 60% das profissionais com vulnerabilidade baixa ao *Burnout*. As Médicas Residentes também quantificou em sua maioria vulnerabilidade baixa (Tabela 5).

Tabela 5 – Escores Individuais de Indicadores de Personalidade Resistente ao *Burnout*, obtidos por meio do CPR-B, entre Profissionais da Pediatria do HC/UFG (N=27)

Dimensões da Personalidade Resistente			
	Total Implicação	Total Controle	Total Desafio
S1	27	26	28
S2	23	21	23
S3	21	20	23
S4	20	19	26
S5	25	26	22
S6	27	22	28
S7	23	18	24
S8	22	20	19
S9	23	23	21
S10	26	26	23
S11	22	24	21
S12	18	18	18
S13	21	19	20
S14	25	23	23
S15	23	19	27
S16	17	20	20
S17	24	24	21
S18	22	23	19
S19	23	19	23
S20	20	19	22
S21	24	16	22
S22	24	18	23
S23	24	21	22
S24	18	22	22
S25	23	21	23
S26	23	25	24
S27	19	13	23

Implicação: Baixo: 8-18; Médio: 19-21; Alto: ≥ 22 . **Controle:** Baixo: 9-20; Médio: 21-23; Alto: ≥ 23 . **Desafio:** Baixo: 7-18; Médio: 19-21; Alto: ≥ 22 .

A Tabela 6 indica a média dos grupos de profissionais e, avaliada a partir dos escores do CPR-B. Com relação à análise de personalidade resistente, os profissionais Médicos e Multiprofissionais apresentam o nível de implicação alto, o que significa que os profissionais apresentam habilidades para enfrentar com sucesso às situações de estresse. As enfermeiras, bem como as Médicas Residentes obtiveram escores médios nesta categoria.

Em se tratando do Controle (Tabela 6), o grupo de multiprofissionais e as Médicas Residentes apresentaram escores baixos, indicando habilidade dos profissionais para intervir nos acontecimentos que desgastam as relações e o cotidiano de trabalho. Nenhum grupo de trabalho obteve controle alto, o que representa dificuldade em manejar os estímulos em seu próprio benefício. Com relação ao Desafio (Tabela 6), apenas Médicos e Médicas Residentes cotaram escore alto, demonstrando que os profissionais conseguem perceber o ambiente de trabalho como uma oportunidade para aumentar as próprias competências. Geralmente, não vê as situações estressoras como ameaça.

Tabela 6 – Escore Bruto Médio dos Indicadores da Personalidade Resistente, segundo a Implicação, o Controle e o Desafio, obtidos por meio da Escala CPR-B (N=27)

	Nº Profissionais	Média		
		Implicação	Controle	Desafio
Médicos(as)	10	23,7	22,1	23,7
Enfermeiras	7	21,4	21,0	21,4
Multiprofissionais	5	22,6	19,0	21,8
Médicas Residentes	5	21,4	20,4	22,8

Considerando: Implicação: Baixo: 8-18; Médio: 19-21; Alto: ≥ 22 . **Controle:** Baixo: 9-20; Médio: 21-23; Alto: ≥ 23 . **Desafio:** Baixo: 7-18; Médio: 19-21; Alto: ≥ 22 .

Análise Qualitativa dos Dados

As entrevistas foram transcritas literalmente e submetidas à análise de conteúdo, segundo os autores Laurence Bardin (1977) e Mary Jane Spink (1999), buscando a construção de categorias temáticas. De acordo com Bardin (1977), a análise de conteúdo exige regras básicas que contribuem para um resultado fidedigno: homogeneidade (não misturar conteúdos diferentes); exaustão (esgotar a totalidade do texto); exclusividade (permite que determinado elemento não seja classificado em duas categorias diferentes) e objetividade (codificadores diferentes devem trazer resultados iguais e adequados ao conteúdo e objetivo da pesquisa).

Por outro lado, para Spink (1999), a análise dos conteúdos deve considerar, também, o contexto no qual se projetam os discursos ou conteúdos subjetivos do informante (participante da pesquisa). Desta forma, neste estudo de *Burnout*, as unidades de análise, ou seja, o segmento do texto a ser analisado foi mais amplo do que o proposto por Bardin (1979).

Sendo assim, um protocolo de tabulação foi estabelecido para a preparação dos dados, segundo o modelo abaixo. No limite, o conjunto de indicadores temáticos forneceu condições para a construção das categorias temáticas.

OBJETO	Primeiras Associações	Associações Complementares	Indicadores
1. [ou pergunta formulada pelo pesquisadores]	[ou 1ª (primeira) resposta do participante]	[ou explicações / condições relativas às primeiras associações]	[ou fatores/elementos abstraídos pelo investigador]

A análise qualitativa, especificamente, realizada com base nas entrevistas permitiu construir Categorias Temáticas, por meio das percepções qualitativas de todos os profissionais que atuam na Pediatria do HC-UFG, a respeito do contexto e situação de trabalho. Ao todo, foi possível quantificar sete grandes categorias, conforme demonstrado na Tabela 7.

Os dados quantificados na Tabela 7 permitem avaliar os níveis de estresse que os profissionais conseguem expressar verbalmente por meio das entrevistas. Foi possível realizar o levantamento de dados que justificam em que condições as rotinas de atividades dos profissionais da Pediatria alteram a sua saúde física e mental.

Tabela 7 – Frequência de Respostas nas Categorias e Sub-categorias Temáticas relativas a Síndrome de *Burnout* de Profissionais da Pediatria do HC/UFG

Categorias Temáticas	F	F (%)
1. REALIZAÇÃO PROFISSIONAL		
1.1. Satisfação Pessoal	41	3,45
1.2. Altruísmo	29	2,44
1.3. Socialização intra-equipe	28	2,36
1.4. Compromisso profissional	37	3,12
1.5. Motivação para escolha profissional	17	1,43
1.6. Reconhecimento profissional	14	1,18
1.7. Fatores determinantes da insatisfação profissional	98	8,26
1.8. Fatores determinantes de satisfação profissional	115	9,69
1.9. Representação da Instituição Hospitalar	69	5,81
2. EXPECTATIVA DO PAPEL INSTITUCIONAL		
2.1. Atendimento integral à clientela	32	2,70
2.2. Vínculo com a clientela	16	1,35
2.3. Respostas à finalidade da instituição enquanto academia de ensino	24	2,02
2.4. Condições de trabalho oferecidas pela Instituição	31	2,61
3. FORMAÇÃO DO PROFISSIONAL DE SAÚDE		
3.1. Condições mínimas de formação	13	1,10
3.2. Avaliação da formação atual	23	1,94
4. BINÔMIO SAÚDE-DOENÇA		
4.1. Conceito de Saúde	24	2,02
4.2. Conceito de Doença	9	0,76
4.3. Aspectos físicos do binômio saúde/doença	36	3,03
4.4. Aspectos emocionais do binômio saúde/doença	66	5,46
4.5. Atividades de lazer, de relaxamento, de descanso	23	1,94
5. VARIÁVEIS DO PROCESSO DE <i>BURNOUT</i>		
5.1. Exaustão Emocional	57	4,80
5.2. Desumanização ou Despersonalização	34	2,86
5.3. Reduzida Realização profissional	6	0,51
6 – ESTRESSORES		
6.1. Aspectos Físicos	27	2,27
6.2. Aspectos Psicológicos	38	3,20
6.3. Aspectos Organizacionais	52	4,38
6.4. Sobrecarga de trabalho e/ou horário	67	5,64
6.5. Aspectos Financeiros	5	0,42
7. ESTRATÉGIAS PSICOLÓGICAS DE ENFRENTAMENTO		
7.1. Enfrentamento orientado ao problema	26	2,19
7.2. Enfrentamento orientado para a emoção	130	10,95
TOTAL	1187	100,00

Descrição das Categorias e Sub-categorias Temáticas relativas à Síndrome de *Burnout* de profissionais da Pediatria do HC/UFG

As categorias temáticas foram descritas com a definição operacional do termo para que orientasse no levantamento de dados das entrevistas. Teve como base a literatura das referências bibliográficas pertinentes ao projeto. Cada descrição acompanha um exemplo do seguimento extraído do texto (entrevista transcrita – modelo em Anexo 8). Quando houve a produção de uma sub-categoria temática, o exemplo foi apresentado após sua descrição. As descrições foram identificadas através de siglas das iniciais da nomenclatura dos cargos, seguida da numeração de ordem de descrição e página da fala citada, conforme especificação: MED – Médicos; ENF – Enfermeiras; RES – Médicas Residentes; A.S. – Assistente Social; PED – Pedagoga; PSI – Psicóloga; MUS – Musicoterapeuta; NUT – Nutricionista. Exemplo: ENF/S2/3 – Enfermeira, Sujeito 2, Página 3.

=====

1. **Realização Profissional** – refere-se a quando o profissional expressa sentimentos de conquista profissional ou percebe que os objetivos profissionais foram alcançados, em sua totalidade ou parcialmente.

1.1. **Satisfação Pessoal** – diz respeito à realização de desejos que produzem satisfação individual advindo da realização profissional. Exemplo: “*Sou muito realizada. Sou feliz com o que faço*”. (ENF/S1/3).

1.2. **Altruísmo** – trata-se da percepção de comportamento pró-social do profissional de saúde quando ele percebe dado comportamento como benefício para o outro. Exemplo: “*Então eu acho que a ocupação é uma coisa muito salutar uma vez que principalmente que você está ocupada com algo que pode favorecer alguém você se sente menos inútil na vida, né. Torna-se útil em função daquilo que você faz*”. (MED/S5/1)

1.3. **Socialização intra-equipe** – diz respeito a quando os benefícios profissionais são influenciados pelas relações interpessoais que cada um obtém do trabalho em equipe. Exemplo: “... e na inter-relação pessoal eu acho que é importante ter um bom contato com todo mundo e isso deve, pode melhorar cada vez mais. Eu acho que, eu tento ter um bom relacionamento com todo mundo, mas eu acho que pode sempre melhorar mais” (MED/S9/5).

1.4. **Compromisso profissional** – são qualificadores ou valores atribuídos pelo profissional que podem produzir satisfação profissional. Exemplo: “...a gente procura incutir na equipe a responsabilidade, e ela parece contagiada com esse meu empenho, pela dedicação que temos pela criança, esse grande amor que tenho pela criança” (ENF/S1/1).

1.5. **Motivação para escolha profissional** – objetivos ou situações diversas que ajudaram na escolha profissional. Podem ser de **Vocação** (disposição natural e espontânea que orienta o indivíduo na profissão) ou de **Interesse financeiro** (quando o motivo principal na escolha da profissão é o ganho econômico decorrente). Exemplo: “Bom, eu faço aquilo que eu gosto. O fato de trabalhar com criança e criança pra mim é vida, é alegria. Eu gosto muito de trabalhar com criança...” (MED/S6/1)

1.6. **Reconhecimento profissional** – refere-se ao ato de ser reconhecido ou não pela equipe, por outros profissionais e pela própria instituição, pelos serviços prestados dentro da área de formação. Exemplo: “Agora dentro da clínica aonde você trabalha num ambiente profissional, eu vejo que todas as áreas são reconhecidas pela atuação. Porque são parcelas mesmo, tem necessidade da intervenção do profissional. Então eu penso que é reconhecida a atuação de todos eles” (A.S./S8/1).

1.7. Fatores determinantes da insatisfação profissional - Refere-se a uma compreensão negativa do profissional sobre suas atividades profissionais que contribuem para o desgaste da atividade. Dentre tais fatores encontram-se a **Falta de reciclagem** (quando o profissional atribui sua insatisfação à incapacidade de melhorar sua experiência ou o seu currículo ou, ainda, as especializações atualizadas) – *“apesar que eu acho que eu ainda posso me sentir muito mais realizada ainda, a gente precisa melhorar a formação, mas falta apoio para isso...”* (ENF/S2/3); a **Formação Profissional** (o profissional demonstra insatisfação quanto à sua formação profissional básica ou obtida junto ao ensino médio e/ou superior) – *“...nunca na minha vida eu senti tanta necessidade, de estudar...”* (ENF/S2/3); as **Condições de trabalho** (condições de infra-estrutura institucional que não contribuem para a qualidade dos serviços prestados pelo profissional) – *“Sabe, o serviço federal ainda é um serviço público na pior rotulação dele, com todo o estereótipo que você tem. E não devia ser, não devia ser”*. (MED/S7/4) e as **Relações de trabalho** (vinculação de alguma ordem entre o profissional e às pessoas que mantém contato diariamente que não contribuem para a qualidade dos serviços prestados e que gera desgaste) – *“Você tem que ficar com aquele profissional e emperra muito o serviço, fica coisa sem fazer, não dá conta de fazer e aí começa a sobrar pra quem tá na supervisão. Você tem que ir lá fazer... aí sobrecarrega quem tá na supervisão, ou eu ou outra colega que tá. Então isso que me deixa às vezes muito chateada e acontece muito isso aqui no hospital”* (ENF/S4/1).

1.8. Fatores determinantes de satisfação profissional - Refere-se a uma compreensão positiva do profissional acerca das condições que contribuem para a qualidade dos serviços prestados. Incluem: a **Relação Profissional – Paciente** (relações com os usuários e/ou beneficiários do serviço de Pediatria que garantem a

harmonia do trabalho no ambiente executado) – “*O êxito do paciente, a cura. Eu acho que, o paciente internou, a gente conseguiu resolver o problema de saúde dele é o que me satisfaz. Me deixa bem*”. (RES/S18/1); a **Relação Profissional – Profissional** (relações com os colegas de trabalho, com a equipe da Pediatria e com os profissionais chefes e coordenadores que garantem a harmonia do trabalho no ambiente executado) – “*Olha, eu acho que é uma relação boa porque assim, é aquela coisa que quando a gente não vem faz falta e tal .Então eu acho que eu estou sendo importante no serviço, né?*”. (ENF/S17/1); a **Atmosfera de trabalho** (ambiente que responde pela tranqüilidade e equilíbrio nas rotinas de atividades) – “*Eu acredito que é esse convívio com as pessoas, com o paciente, com os alunos, com os colegas de trabalho. Eu acho que a convivência humana mesmo, que é muito bom, gratificante*”. (MED/S11/1); a **Superação de dificuldades e desafios** (condições emocionais e/ou psíquicas, físicas ou organizacionais que contribuem para o profissional exercer suas atividades mesmo diante de situações de estresse) – “*Com certeza. (Nos dois aspectos?) Com certeza, estou aprendendo. Estou aprendendo bastante a lidar não só com o serviço, mas com a própria assim, nesse nível de não estressar*”. (RES/S15/3) e, as **Realizações profissionais** (percepção positiva no crescimento profissional, dentro da instituição contribuindo para a formação acadêmica e/ou técnica do profissional. (Presença de situações que permitem o profissional se sentir realizado) – “*Se o trabalho me deixa bem? Com certeza, eu acho que eu acordar pra vir pra cá pra mim não é um peso nenhum, eu fico feliz de vir. Sempre coloco a minha felicidade no trabalho*” (RES/S18/1).

1.9. **Representação da Instituição Hospitalar** – compreensão, com relativa estabilidade, do papel da instituição hospitalar para o profissional da equipe de saúde. Tal compreensão pode ser **Positiva** (Refere-se a uma avaliação satisfatória do

profissional acerca das condições atuais de infra e supra estruturas oferecidas pela instituição) – *“Eu acho importante o trabalho que a gente faz pro hospital. Acho que o residente, a carga pro residente é muito grande, então trabalha muito e acho que é de suma importância pro organismo do hospital o nosso trabalho” (RES/S18/1);*

Negativa (Refere-se a uma avaliação insatisfatória do profissional acerca das condições atuais de infra e supra estruturas oferecidas pela instituição) – *“Mas muito pelo contrário, o que puder fazer contra, então assim, eu acho que era isso que eu queria, estar numa instituição que me proporcionasse maior possibilidade de crescimento por este outro lado, sabe? Infelizmente não tem não” (MED/S13/5) ou*

Distanciada (Refere-se a uma avaliação de distanciamento, pouco ou nenhum envolvimento do profissional das condições atuais oferecidas pela instituição ou mesmo das questões institucionais – políticas, ideológicas, éticas, outras) – *“Eu não exerço só esta função, eu tenho outras atividades e tenho outras necessidades que eu desenvolvo... fora do hospital” (MED/S3/2)*

2. Expectativa do papel institucional – expectativa criada pelo profissional dentro das suas relações com a instituição que auxiliam na execução de suas tarefas ocupacionais.

2.1 Atendimento integral a clientela (pacientes, familiares e afins) – as atividades profissionais respondem à expectativa do papel institucional, atendendo dentro das possibilidades os usuários. Exemplo: *“Eu penso que realmente isso aí mesmo, você executar uma atividade que você favorece o paciente, né. E estabelecer uma conduta que ajude o paciente a sair desse estado. Você sinalizar uma saída do adoecimento dele”. (PSI/S19/1)*

2.2 Vínculo com a clientela (profissionais, pacientes e familiares) – o vínculo com os usuários permitem o profissional responder pelas atividades dentro da

demanda institucional. Exemplo: *“Você fica seis anos, cinco anos com uma criança, você não tem jeito de não falar em não pegar afeto e eu me recuso a acreditar que um profissional pode fazer isso. Tem gente que fala: eu nem gosto de me vincular, eu também não gosto, não. Eu não faço como propósito, objetivo do meu trabalho vincular na criança. Não é uma coisa que você não sente”* (PED/S21/4)

2.3. Respostas à finalidade da instituição enquanto academia de ensino – reconhecimento do profissional quanto aos objetivos do trabalho em ambiente acadêmico e da responsabilidade da instituição enquanto hospital-escola. Exemplo: *“O lado que me agrada é que é um ambiente puramente acadêmico, diferentemente, por exemplo, dos lugares que eu trabalho...”* (MED/S7/1)

2.4. Condições de trabalho oferecidas pela Instituição – refere-se às expectativas das condições que a instituição oferece ao profissional para a execução de suas tarefas. Podem ser: **Satisfatórias** (Refere-se a uma compreensão positiva do profissional acerca das condições atuais que a instituição oferece como condição de trabalho) – *“É outra coisa, talvez por isso pareça que é uma coisa tranquila eu estar no hospital porque eu negocio isso, como eu trabalho final de semana, aí o hospital oferece isso porque o paciente está aqui o tempo inteiro, sábado, domingo de manhã, a tarde e de noite, então eu cumpro esse horário no outro dia ou no final de semana e não trabalho na sexta-feira por exemplo ”* (MUS./S20/5) e **Insatisfatórias** (Refere-se a uma compreensão negativa do profissional acerca das condições atuais que a instituição oferece como condição de trabalho) - *“O que complica muito essa engrenagem é ela não estar funcionar adequadamente...”* (MED/S3/1)

3. Formação do Profissional de Saúde – percepção das condições da formação acadêmica própria do profissional de saúde.

3.1. Condições mínimas de formação – aspectos da formação profissional que o profissional acredita que precisa ter. Exemplo: *“Pro hospital, eu acho que quando você tem uma certa capacitação, eu acho que pro hospital nada melhor do que ter um profissional que consegue desenrolar bem a atividade, porque ele tá destinado pr’aquilo”* (ENF/S4/2).

3.2. Avaliação da formação atual – avaliação que o profissional faz da sua formação acadêmica dentro do contexto de trabalho. Exemplo: *“meu trabalho é um trabalho importante e justifica eu investir mais nele, né? Até porque por volta dos 40 anos, não estar envolvida mais com filhos, então a disponibilidade é maior, e eu to buscando este investimento para aprimorar e oferecer melhor o que eu tenho”* (ENF/S2/1).

4. Binômio Saúde/Doença – Compreensão do conjunto de fatores que estabelecem a relação entre os conceitos de saúde e de doença.

4.1. Conceito de Saúde – entendimento, noção e/ou percepção que o profissional tem sobre saúde. Exemplo: *“Então pra mim saúde é isso, é ter uma condição de vida digna que inclui alimentação, moradia, saneamento básico, políticas públicas, né”* (A.S./S8/2)

4.2. Conceito de Doença – entendimento, noção e/ou percepção que o profissional tem sobre doença. Exemplo: *“A partir do momento que você não consegue levantar da cama, porque nem sempre você não levanta da cama porque tá doente mesmo, com algum problema orgânico”* (ENF/S4/3).

4.3. Aspectos físicos do binômio saúde/doença – aspectos de ordem física e/ou orgânica que influenciam na saúde ou na doença do profissional de saúde dentro do ambiente de trabalho. Exemplo: *“Eu acho que hoje... porque a física vai assim devagar. Porque como a gente não tem um horário fixo pra alimentar, eu moro*

muito distante da minha casa, então eu me preocupo muito mais fisicamente do que emocionalmente, mentalmente” (PSI/S19/2).

4.4. Aspectos emocionais do binômio saúde/doença - aspectos de ordem emocional e/ou psicológica que influenciam na saúde ou na doença do profissional de saúde dentro do ambiente de trabalho. Podem ser: **Positivos** (quando há uma avaliação satisfatória do sujeito acerca aspectos emocionais do binômio saúde/doença) – *“Eu sou uma pessoa bem saudável, eu acho. Eu sou uma pessoa saudável, eu acho que eu tenho uma saúde mental boa, nunca fiz análise, eu sou uma pessoa até bem tranqüila. Eu tenho uma estabilidade emocional até que boa. Passo momentos difíceis, mas eu tenho uma estabilidade emocional boa” (MED/S13/3)* ou **Negativos** (quando há uma avaliação satisfatória do sujeito acerca aspectos emocionais do binômio saúde/doença) – *“Às vezes é alguma chateação, alguma angústia e tal, então isso já ocasiona uma doença porque você não conseguiu levantar da cama, você não conseguiu trabalhar, você não conseguiu produzir, andar, então aí sim já é um lado de doença” (ENF/S4/3).*

4.5. Atividades de lazer, de relaxamento, de descanso – atividades de lazer ou momentos de descanso que o profissional mantém fora da rotina de trabalho. Exemplo: *“Adoro ir pra chácara ficar escutando os passarinhos. Água, adoro água, animais. Gosto muito de ouvir o barulho da água. Nas minhas horas de folga, gosto de cinema, filmes. É isso” (NUT/S16/3).*

5. Variáveis do processo de *Burnout*

5.1. Exaustão Emocional – Refere-se à sensação de: esgotamento tanto físico, como mental, falta de energia e atingir o limite das possibilidades. Exemplo: *“Às vezes não consigo resolver pequenos problemas, principalmente os domésticos e por*

causa dos problemas físicos, muito cansaço, sinto o sono irregular, de maneira que eu não consigo dormir...” (MED/S3/3).

5.2. Desumanização ou Despersonalização – refere-se às atitudes frias e impessoais com os pacientes ou usuários do seu serviço, denotando, entre outros comportamentos, a indiferença. Exemplo: *“Eu acho que se você está chateado, tá triste, às vezes você nem busca tanto. Você não procura tanto resolver o problema do paciente, né. Você faz, mas faz mais superficial” (ENF/S4/9).*

5.3. Reduzida Realização profissional – Refere-se a sentimentos de insatisfação com as atividades laborais, sentimentos de insuficiência, baixa auto-estima, fracasso profissional entre outros. Exemplo: *“Ocasionalmente, eu me utilizo do meu conhecimento médico para tomar algumas decisões, mas no dia-a-dia, isso não é necessário, imprescindível” (MED/S3/1).*

6. Estressores – são fatores, situações, condições ou eventos que o profissional percebe como desgastantes ou desequilibradores da estabilidade pessoal.

6.1. Aspectos Físicos – aspectos de ordem física que desgastam o profissional e suas atividades. Exemplo: *“Sim. Geralmente gripe, essas coisas assim. Alguma infecção, alguma coisa. Quando eu estou muito ruim, fico doente. Então, estou até no momento. As épocas mais tranquilas não tem nada disso, mas quando bateu o stress eu adoço ” (RES/S12/3)*

6.2. Aspectos Psicológicos – aspectos de ordem psíquica e/ou emocional que desgastam o profissional e suas atividades. Exemplo: *“Então, um monte de coisa aconteceu esse ano, do início do ano pra cá. Sempre que gera mudança, gera um pouco de desconforto” (ENF/S4/4).*

6.3. Aspectos Organizacionais - aspectos de ordem organizacional/institucional que desgastam o profissional e suas atividades. Exemplo: *“No meu ambiente de trabalho*

o que me gera o stress, é... eu acho que é isso... a burocracia do sistema, o travamento, a incompreensão das pessoas em aproveitar sua capacidade” (MED/S7/4).

6.4. Sobrecarga de trabalho e/ou horário – número e/ou horas de atividades que excedem o limite de capacidade física e mental do profissional. Exemplo: *“Eu acho que a forma que ele influencia na minha saúde é exatamente o fato de eu estar trabalhando em mais de um emprego. Por exemplo, se eu pegar separadamente a pediatria, o cais amendoeiras, a pediatria do HC, olhando individualmente são realidades diferentes mas que me dá prazer porque é uma coisa que eu gosto. Apesar de que no cais amendoeiras eu mexo muito com emergência, então você bate muito de frente com o paciente. Isso eu já não gosto ” (ENF/S17/3).*

6.5. Aspectos financeiros – fatores positivos ou negativos, de ordem econômica, que afetam a vida do profissional. Exemplo: *“E financeiramente, se existisse retorno talvez eu não precisasse trabalhar tanto” (ENF/S22/2).*

7. Estratégias de enfrentamento – conjunto de ações encobertas ou manifestas, internas ou externas, que o indivíduo se dispõe para enfrentar situações consideradas difíceis e que tiram a estabilidade regular de cada um.

7.1. Enfrentamento orientado ao problema - Quando estratégias de enfrentamento são direcionadas de maneira objetiva para resolver ou gerenciar o problema que constitui o estresse. Exemplo: *“Sempre eu procuro sentar, contornar o problema que tá tendo, tentar passar o problema, porque eu acho que quando a gente fala, a gente melhora um pouco” (ENF/S4/8).*

7.2. Enfrentamento orientado para a emoção – referem-se aos esforços cognitivos, dirigidos a regular a resposta emocional, diminuindo os transtornos emocionais). Podem ser de evitação – *“Eu não trabalho. Eu mantenho o tanto que eu*

dou conta, mas eu paro e aí passa, eu não venho pifando assim não, só se não tiver outro jeito ” (MUS/S20/5), de minimização da situação – “Não que eu ache que ninguém seja substituível. Todo mundo é substituível. Mas quando eu estou bem, quando eu me sinto bem fisicamente, não é os desgastes que me impede de trabalhar, eu prefiro deixar que a coisa aconteça numa oportunidade, quando eu tirar férias. Quando eu sonhar com as minhas férias eu descanso e libero esse stress. Mas é assim, não tem jeito, eu não vejo muita resolutibilidade hoje. Vamos mudar isso pra que seja diferente” (MED/S10/5) e, de distanciamento – “Tem um isolamento muito grande, parece que aí como eu lido com gente o dia inteiro com falação, com problema, parece que chega no final do dia eu quero ficar quieta, sozinha, trancada no meu quarto. Quanto menos gente falar perto de mim, quanto menos conversar, melhor. Então eu acabo me isolando do mundo, das pessoas e até das pessoas que gostam de mim, que eu gosto, por causa disso”. (MED/S10/5), dentre outras.

=====

DISCUSSÃO

O objetivo geral desta investigação, conforme já descrito, foi o de reconhecer, descrever e analisar as frequências de indicadores da Síndrome de *Burnout* em profissionais que trabalham no contexto pediátrico do HC-UFG. Tais indicadores foram materializados tanto de forma quantitativa quanto de forma qualitativa.

Os estudos sobre estresse crônico ocupacional têm procurado entender as adversidades no contexto de trabalho e favorecido o resgate do equilíbrio que o profissional pode ter perdido, ou que se encontra alterado, em prol da manutenção de sua saúde e de sua qualidade de vida. Essa particularidade, comum entre as duas dimensões (física e emocional), inicia-se no próprio significado atribuído a cada um, a partir do entendimento do que seja o binômio de saúde-enfermidade, e da análise dos fatores que condicionam estes processos e de como a sociedade, num sentido geral, influi em toda a dinâmica (ALAPSA, 1999, citada por Sebastiani, 2003).

Este trabalho apresenta os estudos efetuados com a entrevista semi-estruturada e as escalas CBB e CPR-B. Os instrumentos corresponderam adequadamente aos propósitos deste estudo. As escalas utilizadas permitiram quantificar os escores da sintomatologia da Síndrome de *Burnout*, contribuindo para o enriquecimento da análise qualitativa, obtida por meio dos conteúdos das entrevistas.

Os resultados do trabalho foram importantes na medida em que as análises feitas com base nas escalas e com a entrevista semi-estruturada, permitiu ao profissional, no momento da entrevista, especificar as afirmações apontadas durante o preenchimento das mesmas, ou seja, viabilizou aprofundar, detalhar e ampliar a compreensão que os profissionais têm de si próprios quando avaliam sua qualidade de vida.

A ordem da aplicação da coleta de dados – primeiro o preenchimento das escalas e em seguida as entrevistas – contribuiu para a sensibilização dos profissionais com relação ao conteúdo investigado, uma vez que, com a aplicação das escalas os sujeitos expressaram a necessidade de verbalizarem o conteúdo das mesmas, o que foi possível durante do processo metodológico da entrevista.

Inicialmente, quanto aos dados socio-demográficos, a amostra de participantes é, significativamente, feminina (89%), sendo que todos têm uma segunda ou terceira jornada de trabalho. Há de se considerar que, as características pessoais, de acordo com Gil-Monte e Peiró (citados por Benevides-Pereira, 2002b), não são em si desencadeantes do *Burnout*, mas podem ser facilitadoras ou inibidoras dos agentes estressores. Neste sentido, é importante considerar a amostra eminentemente feminina investigada, já que as mesmas têm, ainda, família, filhos e outras funções, além do trabalho no HC-UFG, conforme o relato de uma participante: “*Porque eu priorizo muito o meu trabalho, às vezes eu priorizo até em detrimento da minha família, dos meus filhos...*” (ENF/S2/4).

A literatura faz referência ao estado civil dos participantes, atribuindo ao casamento, ou ao fato de ter um relacionamento estável afetivo, menor disposição ao *Burnout*. Segundo Benevides-Pereira (2002b), maiores escores de *Burnout* são encontrados em solteiros, viúvos e divorciados. Mas é importante verificar a qualidade do relacionamento e não somente o fato de se ter um companheiro. Os profissionais da Pediatria, quando questionados, fizeram referências positivas à família e ao fato de encontrarem apoio nas relações fora do ambiente de trabalho.

Quanto à formação, a amostra apresenta 37% dos profissionais com especialização; 22% com mestrado e 11% com doutorado. Segundo Benevides-Pereira (2002b), algumas pesquisas relatam maior propensão ao *Burnout* em

profissionais com nível educacional mais elevado, sendo avaliados através das pontuações elevadas em Exaustão Emocional e Despersonalização e baixa pontuação em Reduzida Realização Profissional em profissionais com nível de formação mais baixo. É importante ressaltar a exigência da formação profissional quando se trata de um hospital-escola, onde o preparo científico deve ser valorizado em função da própria natureza das atividades.

Com relação à média da Síndrome de *Burnout* no CBB, revela que o nível de despersonalização é baixo nas categorias Médicos (8,9) e Enfermeiras (8,3) e médio (9,4) nas Residentes (Tabela 4).

Entre Médicos (7,2) e Enfermeiras (7,4), o Cansaço Emocional ou Exaustão Emocional e a Despersonalização também têm escores médios. Neste caso, verifica-se a maior probabilidade de desenvolverem a Síndrome de *Burnout*, pois os valores são confirmados quando avaliados os Processos de *Burnout*, cuja pontuação também é média nestas duas categorias, conforme pode ser percebido na Figura 2.

A frequência de profissionais que reforçam o cansaço mental e físico na entrevista é considerável, admitindo, na Categoria Estressores, o índice alto para o fator Sobrecarga de Trabalho, confirmando os resultados da escala de *Burnout* – CBB.

O fator “tempo de trabalho na instituição” reforça os estressores físicos e sobrecarga de trabalho, pois 26% da amostra estão no cargo entre 11 e 20 anos e mantém mais de 75% do tempo em contato com o beneficiário do seu trabalho. Codo e Menezes (1999, citados por Benevides-Pereira, 2002b) acreditam que há uma gradativa possibilidade de desenvolvimento de *Burnout* por meio dos anos na função docente. Este dado foi observado não só nos médicos que atuam como docentes, mas

nas Enfermeiras e nas Médicas Residentes que desdobram a tarefa assistencial na área de ensino.

Os fatores organizacionais, demonstrados na Figura 3, indicam a dificuldade com os estressores organizacionais. Esta pesquisa permitiu identificar os fatores de estresse que estão sendo percebidos pelos profissionais no seu ambiente de trabalho. Os fatores organizacionais são hoje a grande preocupação que esta equipe tem para manter um trabalho com qualidade. Incluem nos fatores organizacionais: as condições de trabalho insatisfatórias; a sobrecarga de trabalho e/ou horário e a expectativa da função institucional negativa. Em todos estes aspectos, é possível identificar sintomas que podem levar o profissional a estressar-se em seu trabalho, levando-o ao diagnóstico de *Burnout*.

É possível averiguar que alguns profissionais já demonstram as consequências biológicas de uma exaustão no contexto de trabalho. São sintomas físicos e psicológicos que, gradativamente, alteram a condição psicodinâmica destes profissionais. Os resultados do questionário CBB mostra que apenas as Multiprofissionais (17,6) estão com os escores baixo em *Burnout*, quando analisados como Processo de *Burnout*. O restante da equipe cotou escore médio (Médicos – 22,3; Enfermeiras – 22,1; Residentes – 22,6), como mostra a Figura 2.

A Figura 2 também confirma que os fatores de *Burnout* podem estar caminhando para que o Processo de *Burnout* seja instalado. É possível afirmar, por meio do CBB, que, apesar das dificuldades organizacionais enfrentadas pelos profissionais, estes ainda não sofreram as consequências da Síndrome.

De acordo com a CPR-B, os Médicos demonstraram que o nível de personalidade resistente dos mesmos é satisfatório quanto à exposição a agentes

estressores. Os Resultados indicam as Enfermeiras e as Multiprofissionais com vulnerabilidade baixa, estando propícias ao desenvolvimento do *Burnout*.

Contudo, as Médicas Residentes demonstram alto nível de tédio (10,2) e vulnerabilidade importante para o *Burnout*, o que é confirmado nas entrevistas, em função da alta carga horária de trabalho exercida por elas. As Enfermeiras também apresentam escores altos em tédio, permitindo inferir que, neste aspecto, há a possibilidade de se trabalhar a resiliência destas profissionais.

Entende-se por tédio uma forma de expressão emocional da falta de estímulo que o profissional pode estar vivenciando. Pode ser também produto de um desamparo profissional, que estas profissionais citam, principalmente as médicas residentes, quando se referem à quantidade de responsabilidades que assumem na Clínica Pediátrica. Esta análise pode ser um caminho para desencadear ou enriquecer os processos de resiliência nos profissionais da Pediatria. A resiliência é uma capacidade de as pessoas, individualmente ou em grupo, resistirem a situações adversas sem perder o seu equilíbrio inicial, isto é, a capacidade de se acomodar e reequilibrar constantemente, ou seja, uma estratégia de enfrentamento (Pinheiro, 2004).

A análise qualitativa, especificamente, permitiu avaliar fatores que mais podem estar contribuindo para o desenvolvimento do estresse crônico nos profissionais da Pediatria do HC-UFG.

Foram levantadas 1.187 citações, ou seguimentos do discurso dos participantes, que foram categorizados, conforme a Tabela 7. Na primeira categoria – Realização profissional – o maior número de citações (41) aponta para a realização pessoal (3,45%, do total) entre os participantes, conforme o relato de um profissional médico, que afirmou: “*Mesmo assim, como eu gosto do que eu faço, eu faria de*

novo. Não penso só no que você tem de retorno financeiro, você tem que ter prazer naquilo que faz.” (MED/S6/5). Este depoimento foi relatado por outros profissionais médicos e não médicos.

Sobre Altruísmo, ou seja, quando os profissionais indicam comportamentos que trazem benefícios para o outro, houve 29 citações que correspondem a 2,44% do total. O entendimento de que a própria ação profissional beneficia um terceiro parece que traz uma sensação organizadora ao participante, que, possivelmente, se relaciona com sua capacidade de resistência ao *Burnout*. Pode estar na base de sua resiliência, ou seja, o profissional sente-se bem por se doar mais que o necessário para obter a compreensão do dever cumprindo.

Quando um participante se expressa: *“Sempre na medida em que eu consigo fazer os procedimentos... peguei um plantão tumultuado, consegui ajeitar o dia... uma pessoa não conseguir fazer uma sondagem, eu consegui fazer, passei direitinho, não deixei nada pra trás porque eu não dei conta. Então é isso que deixa a gente realizada”* (ENF/S4/8), pode-se ter a percepção de um resultado positivo, apesar do cansaço emocional que o excesso de atividades e responsabilidades assumidas traz. O profissional tem a sensação de autonomia e suficiência.

Sobre a insatisfação profissional obteve-se 98 citações. Deste número, 46, ou 3,81%, consideraram as condições de trabalho como o fator de maior responsabilidade para a insatisfação profissional estabelecida, seguida das relações de trabalho, com 33 citações, ou 2,73%. Oliveira (1997) afirma que os riscos considerados mais sutis que a saúde de um profissional encontra podem estar na perspectiva do próprio profissional que precisa se manter atento aos sintomas e condições de trabalho que está submetido.

Isto sugere que a capacidade auto perceptiva pode estar relacionada mesmo às formas de *Coping*. Por exemplo, se um trabalhador não identifica sua condição como de risco, poderá não lançar mão de formas de enfrentamento ou, ao fazê-lo, não utilizar as melhores ou mais adequadas estratégias para determinada situação. No que se refere ao *Burnout*, um grande problema relaciona-se ao fato de ser desconhecido, ou seja, o próprio profissional em sofrimento não consegue atribuir sentido ao seu momento existencial. Tão sério quanto esta situação é o fato de o profissional, mesmo desenvolvendo cognições mais adequadas sobre seu estresse, não conseguir lançar mãos, por motivos diversos, incluindo a exaustão, de novos comportamentos. Tal fato justifica ações de assistência diretiva por parte dos gestores de cada área.

É importante identificar também a percepção que estes profissionais têm do contexto político-organizacional, uma vez que a percepção que os trabalhadores fazem das normas e valores que dirigem o contexto de trabalho podem influenciar na conduta de trabalho exercida no dia-a-dia.

Uma enfermeira relata seu grau de estresse, relacionado à infra-estrutura:

Exatamente o fato de às vezes não ter o material adequado...
você pega uma criança na emergência, nós não temos UTI e às
vezes você precisa de material que aqui não tem. E você acaba
desgastando... E acaba que a gente tem que construir uma UTI
e cuidar de crianças que às vezes é criança de UTI e a gente
atende sem o material adequado e isso desgasta. É a falta de
material adequado. (ENF/S17/3).

Neste sentido, a estratégia de *Coping* “improvisar a UTI”, ainda que seja a solução possível, pode ser considerada de risco, uma vez que resolve uma situação imediata, mas cria outras situações conflitantes, em função do desgaste desta

conduta; por isso, será maior o estresse psíquico que este profissional sofre para atender a uma determinada demanda.

As citações referentes à Satisfação Profissional (9,68%) relatam nas ‘relações entre profissionais e pacientes’ (N=33 – 2,73%) o maior grau de satisfação profissional. Este aspecto é bem especificado, conforme relato: “*E quando você tem a perspectiva de fazer realmente nesse ambiente de serviço social trabalhar essa integralidade da família... eu não posso fazer totalmente, mas em grande parte eu sou satisfeita com o que eu faço*”. (A.S./S8/1). É possível identificar a compreensão que alguns profissionais têm do limite a ser respeitado, exercendo aquilo que é possível para amparar o paciente, sem sofrer o desgaste da natureza do trabalho. Pode haver, neste aspecto, um rebaixamento das cobranças pessoais, possibilitando maior qualidade de vida a estes profissionais.

As relações com a clientela se pontuam de forma mais específica, de acordo com a opinião de médicos e enfermeiras, quando questionados a respeito do trabalho direto com o paciente. Os profissionais reforçam que o relacionamento com pacientes é satisfatório: “*Sim, me envolvo mesmo. Não faço questão nenhuma de não ficar envolvida. Me envolvo, cuidado dos pacientes, arrumo o cabelo. Não faço questão nenhuma de manter distância disso. Não tem jeito*” (MED/S13/3).

Os contextos atuais da saúde permitem revisar jargões profissionais como “*Não faço questão nenhuma de não ficar envolvida*”, uma conduta bastante atual de profissionais que buscam realizar trabalhos humanizados na saúde. Contudo, a dimensão humana do trabalho rejeita ou requer novo posicionamento do profissional. Impossibilitado de mostrar seu afeto, tendo que ser frio e imparcial, ou não encontrando espaço institucional para acolher e organizar o afeto do profissional,

este desenvolve mecanismos diversos de endurecimento, o que a literatura chamou de “desumanização”.

Os profissionais da Pediatria desenvolvem relações afetivas com aqueles a quem cuidam, mas as variáveis impostas pela profissionalização do cuidado, vínculos do trabalho, tarefas, regras, transferências, óbitos, nutrem as tensões e ambigüidades relativas à tênue distinção entre envolver-se profissional e não pessoalmente na ajuda aos pacientes e seus familiares, aguçando a ansiedade ou estimulando-os à racionalização por meio do distanciamento emocional, do endurecimento.

Quanto à “relação profissional-paciente”, a literatura refere-se a ela como uma variável que permite maior probabilidade de desencadear o processo de *Burnout*, em função da característica assistencial que o trabalho tem (Benevides-Pereira, 2002b). Os profissionais da Pediatria do HC relatam como produtor de satisfação profissional a relação que mantém com os usuários do seu trabalho. Há de se considerar o viés que surge desta relação. As atividades assistenciais produzem satisfação pessoal e profissional nos profissionais da Pediatria, mas podem ser promotoras de adoecimento, quando esses trabalhadores não conseguem discernir os limites entre o doar e o exercer.

Outro dado importante, quanto à Satisfação Profissional, diz respeito à Superação de Dificuldades e Desafios. Neste ítem, 26 citações (2,15%) exemplificam as condições que os profissionais enfrentam no cotidiano do trabalho. Os profissionais acreditam que o trabalho na área da saúde é um desafio constante, e afirmam: “... mas já virou um desafio pra mim, e assim, não pra dar mais do que eu já dou de mim, mas para eu dar melhor, sabe?” (ENF/S2/3). O resgate da

criatividade torna-se importante quando aparece não como improvisação, mas como o ‘repensar’ das situações.

Os profissionais da Pediatria mantém uma visão equilibrada da instituição hospitalar, no que diz respeito à representação do papel institucional no trabalho que os mesmos realizam, trazendo citações positivas (27 citações 2,24%) e negativas (28 citações – 2,32%), em números proporcionais.

Os profissionais relataram “conflitos de papel”, ou seja, as expectativas das tarefas desempenhadas não coadunam com as informações e funções exigidas pela instituição. Além disso, a ambigüidade de papéis, com relação às normas, aos direitos e aos métodos pouco delimitados estão gerando situações estressoras nos profissionais, fazendo do ambiente de trabalho um local ideal para desenvolverem *Burnout*. Os profissionais se expressam da seguinte forma: *“Por exemplo, uma colega que não se adapta bem, não fala a mesma língua que as demais, então é complicado. Mas assim, tem que conviver, né e uma colega fazendo uma coisa que não deveria fazer”* (ENF/S4/9).

Quando a ação do profissional é compatível com a rotina da instituição, estas situações estressoras podem ser amenizadas, ou seja, o profissional precisa reconhecer, ou conhecer, a expectativa da instituição quanto ao seu trabalho. Isso irá viabilizar a normalidade das tarefas, uma vez que o reconhecimento de diferentes habilidades, formações e responsabilidades cooperarão para a qualidade do trabalho quando é realizado em equipe. As diferenças de percepção interprofissional podem colaborar para a qualidade do serviço prestado e para a eficácia dos atendimentos, pois permite que o profissional leve o paciente com suas necessidades à área de competência do outro, não permitindo que o paciente se perca em sua experiência de sofrimento, buscando, dessa forma, amenizá-la.

Também questionam a qualidade do trabalho *versus* a prioridade da instituição com a expressão: “...*porque do ponto de vista circunstancial o hospital ele não tem praticamente quase que nenhuma condição estrutural e nem subsidiária de continuidade de um trabalho decente na saúde*”. (MED/S5/1). O HC, apesar de ser um hospital escola, funciona hoje como uma referência ao atendimento a pessoas carentes. Pode ser importante considerar o acúmulo de responsabilidades que a instituição precisa manter para atender toda a demanda do Estado, tendo que atender dentro das linhas de educação, pesquisa, suporte e atendimento social.

Ainda quando os profissionais tratam da expectativa do papel institucional baseado na própria rotina de trabalho, foram cotadas 32 citações referentes ao Atendimento Integral aos Pacientes, Familiares e Afins (2,69%). Exemplificam com o relato: “...*tanto a criança internada quanto a nível de ambulatório. Procuro assistir a criança em todos os aspectos. Quando está internada, quando vai para casa, à família*” (ENF/S1/1).

Se a estabilidade geral do profissional está de acordo, também com o esperado institucionalmente, a prioridade dessa relação pode estar relacionada com suas políticas de intervenção. O que se tem são profissionais que atendem a uma demanda de forma satisfatória e a justificam pelo amor que têm à profissão. A funcionalidade da equipe pode estar calcada no vínculo dela com a Institucional, mas a assistência integral aos seus usuários é de competência de todos: profissionais e hospital. Torna-se consistente que a missão institucional e as políticas sejam mais amplamente divulgadas, pois parte do estresse pode partir da leitura que cada um faz desta expectativa.

As justificativas que predominam sob as condições de trabalho, vistas como insuficientes ou inadequadas ao exercício profissional, geram maior desgaste na

profissão. A maioria dos entrevistados considera satisfeita profissionalmente, mas ressalta a dificuldade de exercer suas atividades, em função da forma como a Instituição conduz as condições básicas de trabalho, com falta de equipamentos, medicamentos, espaço físicos etc.

Sobre as condições de trabalho oferecidas pela Instituição, a maioria citou como insatisfatórias. Foram 28 citações (2,32%) alegando as dificuldades: *“Bom, o que contribui aqui pra estressar realmente é a falta do equipamento, a falta de um local exato pra tratar de recém-nascidos e conseqüentemente aí falta toda a estrutura e aí falta medicamento, falta equipamento, falta pessoal, falta tudo pra lidar com o recém-nascido de alto risco”* (MED/S9/3).

O grupo de Multiprofissionais traz a questão do espaço físico com grande preocupação para a qualidade do trabalho exercido, em função das dificuldades em manter os atendimentos multiprofissionais. Um relato exemplifica: *“Hoje são condições físicas que não garante um atendimento adequado... Você ter que ficar tirando da cartola soluções mágicas pra atender um paciente... Isso é ferir a dignidade do profissional”* (PSI/S19/1). Esta questão tem sido motivo de angústia, de desmotivação e, conseqüentemente, de estresse. Pode-se verificar que os fatores organizacionais tem contribuído sistematicamente para que a equipe de pediatria do HC desenvolva *Burnout*.

Algumas preocupações são mais latentes, como a falta de uma UTI pediátrica: *“A gente não tem uma UTI, quando um paciente passa mal ninguém dá assistência a esse paciente... E não é só a UTI, a UTI não vai resolver todos os problemas. É a estrutura pra tratar o paciente, a gente não tem todos os exames, hoje eu não posso fazer um transplante renal numa criança.”* (MED/S13/1)

Além dos sintomas físicos, que podem ser qualificados como conseqüências

biológicas, há ainda as conseqüências psicossociais, que em alguns momentos são citadas pelos profissionais da Pediatria como um aspecto que contribui para o empobrecimento dos atendimentos prestados, pois a rotina de desgastes acaba influenciando na conduta diária das atividades exercidas no hospital.

Todos os profissionais entrevistados mantêm mais de uma carga horária, além do trabalho na Pediatria do HC-UFG. Este dado trouxe uma informação importante sobre os aspectos de sobrecarga de trabalho e/ou horário, que trazem relatos de como este fator altera as condições físicas e emocionais. Esta informação foi exemplificada com o seguinte trecho: *“Bom, como eu trabalho muito, então claro que o ambiente de trabalho eu acho que influencia... pelo excesso de tempo que eu não tenho, não posso me dedicar a outras coisas que seriam mais lúdicas e tal”* (MED/S7/4).

A literatura assinala a sobrecarga de trabalho como uma das variáveis mais predisponentes ao *Burnout*. Isto se dá tanto com relação à quantidade quanto a qualidade excessiva de demandas, que ultrapassam a capacidade de desempenho, que pode ser por insuficiência técnica, de tempo ou da própria infra-estrutura da instituição (Gil-Monte & Peiró, 1997; Kurowski, 1999; Maslach, Schaufeli & Leiter, 2001; Schaufeli, 1999a; Veja & Urdániz, 1997; citados por Benevides-Pereira, 2002b).

É oportuno considerar de que forma a carga horária dos profissionais está interferindo na saúde psíquica destes. A ordem econômica – a mais valia – norteia a conduta humana contemporânea, forçando o indivíduo economicamente ativo ao excesso de produção e à prática de outras atividades remuneradas.

Em se tratando de um hospital escola, é preciso resignificar a proposta da instituição, uma vez que ela é um centro acadêmico, mas funciona também como prestadora de serviços. Assim, possivelmente, a dimensão de prestação de serviço é

mais cobrada que a de ensino, e, portanto se avolumam mais as necessidades de tarefas relativas ao SUS. Estes vínculos geram receitas maiores com alta produção e número reduzido de funcionários. Isso sobrecarrega seus trabalhadores, que exercem um número de atividades cada vez maior, pela mesma remuneração, forçando-o a buscar outros vínculos empregatícios.

Com relação à formação profissional, 23 citações referem-se à necessidade de continuar a investir na carreira profissional e nos estudos de uma forma geral, especialmente em pesquisa dentro da instituição. Há uma influência acadêmica universitária, pois a formação do corpo administrativo também é docente, que se encontra associado à assistência clínica. Esta postura pode estar reforçando em cada profissional a contínua busca pelo aspecto intelectual como suporte para o crescimento pessoal.

Outra variável que contribui para o desenvolvimento do *Burnout* é o relacionamento entre colegas de profissão e/ou trabalho (Firth, 1984). Esta informação pode ser confirmada nesta investigação, quando os profissionais entrevistados confirmam que as relações de trabalho exaustam as atividades exercidas: “...eu trabalho com muitos técnicos e nem sempre os profissionais que vêm pra pediatria são capacitados pra tá trabalhando aqui”(ENF/S4/1). Este exemplo reforça as percepções interprofissionais e a forma como o apoio social pode contribuir para a qualidade dos serviços prestados. Ao perceber a qualidade do trabalho da equipe, o profissional pode ter argumentos para fortalecer suas próprias experiências dentro da clínica, valorizando a excelência da rede de suporte social. Ao contrário, o isolamento do profissional dentro da equipe pode ser em função de características pessoais carentes ou por ele não acreditar no apoio da equipe, empobrecendo o trabalho interdisciplinar.

Quando questionados sobre Saúde, a maior incidência de respostas foi em Aspectos Físicos do binômio saúde/doença, quantificado 36 citações (3,03%). Os profissionais fizeram referência a sintomas físicos que, de uma forma geral, são freqüentes na vida dos profissionais, como resultados da rotina de trabalho, conforme citação: “*O que incomoda é o cansaço físico, as dores musculares.*” (ENF/S1/2). Foi identificada no estudo uma tendência dos profissionais em manterem-se ativos, mesmo com limitações físicas, justificando a necessidade social dos trabalhos exercidos. São posturas altruístas que beneficiam os usuários, mas em excesso podem sacrificar quem as pratica.

Com relação aos aspectos emocionais, os aspectos negativos priorizaram as citações (N=35), perfazendo 2,90% do total. Em sintonia com a aspiração de resgatar a dimensão emocional das práticas de saúde, é preciso fortalecer a qualidade de vida daqueles que cuidam de outras vidas, fornecendo subsídios que permitam aprimorar o processo de humanização do trabalho como parte indissociável da humanização da atenção em saúde. Este equilíbrio pode acontecer buscando o resgate do equilíbrio emocional, visando tão somente elaborar a saúde psíquica dos profissionais, dando força para que criem condições de manutenção das tarefas exercidas sem que haja o adoecimento.

As variáveis de *Burnout* foram cotadas nas três dimensões. A maior quantidade, Exaustão Emocional (N=57), indicando 4,72% do total, seguida de Despersonalização, com 34 citações (2,82%). Houve 6 citações com relação à Reduzida Realização Profissional. Como exemplo de Exaustão Emocional: “*Entristecido? Tenho. São duas palavras chaves: a palavra triste e a palavra regularmente. Bastante.*” (MED/S3/2). A Despersonalização traz comportamentos nos quais se percebe o afastamento psicológico do profissional de seu usuário, e suas

relações sociais começam a ser prejudicadas (Carlotto & Gobbi, 1999): “*São crianças que dependem e você não pode fazer nada*” (ENF/S1/2).

Os aspectos estressores agruparam-se em cinco fatores: físicos, psicológicos, organizacionais, sobrecarga de trabalho e/ou horário e financeiros. Os aspectos organizacionais cotaram 52 citações, (4,38%) e 67 citações para sobrecarga de trabalho.

As estratégias de enfrentamento obtiveram um número considerável de citações. Num total de 156, a maioria (62, ou 5,14%) indicou o distanciamento como estratégia de enfrentamento no ambiente de trabalho. No exemplo os profissionais consideram: “*Vontade de querer resolver, sair daquela situação. [em que frequência?] Diária, semanal, mensal? [sim] Diária*” (MED/S3/5).

Este tipo de estratégia busca a diminuição do transtorno emocional gerado por uma situação estressante, e é utilizada quando o profissional percebe que não pode modificá-la e ainda precisa interagir com elas. Gil-Monte e Peiró (1997, citados por Tamayo & Tróccoli, 2002b), após uma revisão literária sobre a relação entre *Burnout* e *Coping*, concluíram que o uso de estratégias de controle ou centradas no problema pode prevenir o desenvolvimento do *Burnout*, mas que a utilização de estratégias centradas na emoção, como, por exemplo, o distanciamento, pode facilitar a sua aparição. Do mesmo modo, um nível alto de *Burnout* pode diminuir a energia do profissional para lidar com as situações de forma ativa, levando-o a adotar comportamentos passivos e indiretos na resolução dos problemas. De modo geral, é importante considerar a natureza da situação e a forma como o indivíduo a avalia para determinar quais estratégias de enfrentamento podem ser mais adequadas. Esta avaliação é importante para a excelência do resultado ao lidar com um evento estressor específico.

Objetivamente, pode-se afirmar que os profissionais da saúde que trabalham na pediatria ainda não estão em *Burnout*. Mas há uma preocupação com os dados pesquisados. Os profissionais já reconhecem os sintomas e as conseqüências do *Burnout*. A relação com a instituição se firma atualmente, apenas na satisfação profissional pessoal, ou seja, o profissional está fazendo o que gosta, por amor à profissão. A relação com a equipe, de acordo com as entrevistas, também é satisfatória, o que, para alguns profissionais, é muito importante para o desenvolvimento das tarefas e apoio social nas atividades que exigem a assistência.

A pediatria do HC-UFG carece do que Ilgen (1990) chama de “clima para a saúde”, uma vez que, segundo os profissionais deste ambiente, na instituição, a preocupação com a conduta social das atividades exercidas, ou com o bem-estar holístico dos mesmos não prevalece.

Algumas propostas para manter ou melhorar o clima organizacional, podem amenizar as situações que estressam e/ou desgastam seus profissionais: reforçar a rede de suporte social, qualificar o trabalho multiprofissional, abrir espaços de âmbito geral para discussão e planejamento de atividades e outras condutas que permitam a colaboração mais freqüente dos profissionais da Pediatria.

Institucionalmente, este clima se caracterizaria por meio de algumas prioridades com relação ao corpo administrativo, como por exemplo, o suporte social à saúde dos trabalhadores ou o estímulo e investimento à pesquisa – valorizando o corpo docente e sua prática científica – e até mesmo incentivo para o aperfeiçoamento profissional. Estas condutas podem diminuir o índice de adoecimento dos profissionais e melhorar a qualidade do trabalho executado.

Considerações Finais

Esta pesquisa permitiu avaliar indicadores de *Burnout* relativos à dinâmica e à estrutura física de um Hospital Escola, onde o trabalho administrativo tem um perfil diferenciado em função das características da instituição, por ser um espaço em que as atividades acadêmicas de pesquisa, ensino e extensão devem prevalecer.

Os resultados mostraram a importância desta instituição na vida dos profissionais inseridos neste espaço, em especial, os profissionais que atuam na Pediatria. São colaboradores envolvidos, em grau variado com o trabalho, com o objetivo fim da instituição, que é atender e responder à demanda social exigida de uma população carente e, na maioria dos casos, de risco.

A Pediatria trabalha ainda com profissionais altamente envolvidos com pesquisa, que hoje se sentem subutilizados em seu trabalho. São profissionais que poderiam estar contribuindo para o desenvolvimento científico através de pesquisas e estudos pertinentes à sua área de conhecimento. Pode ser importante para o HC rever as políticas administrativas voltadas para o atendimento, visto que estes profissionais queixam-se de terem que se dedicarem à clínica médica em detrimento do tempo destinado à pesquisa, uma vez que o número de médicos e profissionais para realizar tal tarefa é insuficiente.

Vale ressaltar que estas preocupações não prejudicam a qualidade dos serviços prestados, pois os participantes desta pesquisa foram unânimes em afirmar o prazer que sentem em trabalhar nesta Instituição e, principalmente, em atividades voltadas para atender o público infantil, fator importante para o trabalho ser desenvolvido com critério e destinado a suprir a carência social de uma demanda de pessoas que necessitam destes serviços públicos.

Há de se considerar que os profissionais ainda não estão em *Burnout*, mas as condições de trabalho, bem como as estratégias particulares de enfrentamento, colaboram para que os mesmos se encontrem em situações de risco, ampliando a possibilidade de se concretizarem diagnósticos da Síndrome de *Burnout*.

A partir dos resultados desta investigação, supõe-se que pode ser importante para a instituição trabalhar também os aspectos de planejamento preventivo para a saúde ocupacional, visando o acompanhamento destes profissionais com relação à sua qualidade de vida relacionada ao trabalho.

Outro dado pertinente são as condições que a Instituição oferece para o trabalho multiprofissional – corpo administrativo completo. Hoje, os profissionais relatam a dificuldade das relações. Pode ser pertinente, por parte dos gestores de cada área reforçar os bônus que instituição e profissional podem ter com as atividades realizadas de forma multiprofissional. Isso amenizaria os sofrimentos, pois abriria espaços para discussões técnicas e práticas a respeito das condutas de tratamento, suavizando, a curto prazo, os tratamentos mais complexos. Parte-se do pressuposto de que, quanto mais esclarecimentos, menos dúvidas se terá e que mais informações poderão ser fornecidas aos pacientes, gerando menos angústia e desgaste por parte da clientela.

A Síndrome de *Burnout* é composta por vários elementos que vão surgindo no dia-a-dia das atividades ocupacionais, podendo, quando percebida, causar transtornos irreversíveis na saúde física e emocional dos profissionais. Disto decorre que o ambiente de trabalho pode ser reavaliado, constantemente, tendo as relações profissionais como um dos elementos para a continuação do processo de desenvolvimento do indivíduo em sua fase adulta.

Atenção especial deve ser oferecida aos profissionais que se encontra com indicadores de risco. Há de se lembrar os prejuízos pessoais e organizacionais que o *Burnout* produz, por ser uma patologia crônica.

Os profissionais tendem a manter estratégias de enfrentamento – na maioria dos casos, agem distanciando do problema – para responder às situações de conflitos na instituição. Estas respostas podem ser observadas com maior cuidado, uma vez que pode estar sendo instalado um importante processo de adoecimento. Além disso, podem estar abrindo mão de estratégias que funcionam apenas como paliativo, gerando outros transtornos, não contribuindo para a manutenção da saúde do profissional. A avaliação ainda procede quando determinadas estratégias, mesmo não sendo as mais adequadas, são as que ainda mantém este profissional ativo nas atividades ocupacionais.

Este estudo foi realizado com os profissionais que têm formação de nível superior. É pertinente estender esta avaliação aos profissionais com nível médio, porque a Pediatria conta com um número considerável de técnicos e auxiliares que atuam com uma carga horária equivalente à dos profissionais com formação superior. Pode ser que a cobrança para estas pessoas seja até maior, vislumbrando as necessidades de manter as atividades operacionais funcionando adequadamente para que o atendimento – atividade fim – seja contemplada.

Finalmente, é preciso reforçar a necessidade de futuras investigações que sejam relevantes ao assunto, podendo trazer subsídios para a compreensão da diáde trabalho-saúde, tendo como foco o indivíduo como pessoa e como sujeito, e não apenas fragmentado como profissional da saúde.

Referências Bibliográficas

- Alvesson, M. (1993). *Cultural perspectives organizations*. Cambridge: Cambridge University.
- Amorim, C. (2002). Síndrome de *Burnout* em fisioterapeutas e acadêmicos de fisioterapia: um estudo preliminar. Em A. M. T. Benevides-Pereira (Org.) (2002). *Burnout: quando o trabalho ameaça o bem-estar do trabalhador*. (pp. 93-104). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Antoniazzi, A. S.; Dell’Aglío, D. D., & Bandeira, D. R. (1998). O conceito de *Coping*: uma revisão teórica. *Estudos de Psicologia*, 3 (2), 273-294.
- Assmar, E. M. L., & Ferreira, M. C. (2004). Cultura, justiça e saúde no trabalho. Em A. Tamayo e Cols. (Orgs.) *Cultura e Saúde nas Organizações* (pp. 155-178). Porto Alegre: Artmed.
- Ballone, G. J. (2002). *Curso sobre Estresse*. Em PsiqWeb Psiquiatria Geral, Internet. Retirado no dia 22/10/2004, do site <http://www.psiqweb.med.br/cursos/stress1.html>.
- Bardin, L. (1977). *Análise de Conteúdo*. (L. A. Reto & A. Pinheiro, trad.). São Paulo: Edições 70.
- Batista, A. S., & Codo W. (2000). Crise de identidade e sofrimento. Em W. Codo (Org.). *Educação: carinho e trabalho*. 2. ed. (pp. 60-85). Petrópolis: Vozes.
- Benevides-Pereira, A. M. T. (2001). *A saúde mental de profissionais de saúde mental: uma investigação da personalidade de psicólogos*. Maringá: Eduem.

Benevides-Pereira, A. M. T. (2002a). *Burnout*, por quê? Uma Introdução. Em A. M. T. Benevides-Pereira (Org.). *Burnout: quando o trabalho ameaça o bem-estar do trabalhador* (pp. 13-20). São Paulo: Casa do Psicólogo.

Benevides-Pereira, A. M. T. (2002b). *Burnout: O Processo de Adoecer pelo Trabalho*. Em A. M. T. Benevides-Pereira (Org.). *Burnout: quando o trabalho ameaça o bem-estar do trabalhador* (pp. 21-92). São Paulo: Casa do Psicólogo.

Benevides-Pereira, A. M. T. (2002c). O adoecer dos que se dedicam à cura das doenças. O *Burnout* em um Grupo de Médicos. Em A. M. T. Benevides-Pereira (Org.). *Burnout: quando o trabalho ameaça o bem-estar do trabalhador* (pp. 105-132). São Paulo: Casa do Psicólogo.

Brant, L. C., & Gomez, C. M. (2004). A transformação do sofrimento em adoecimento: do nascimento da clínica à psicodinâmica do trabalho. *Ciência e Saúde Coletiva*, 9 (1), 213-223.

Camelo, S. H. H., & Angerami, E. L. S. (2004). Sintomas de estresse nos trabalhadores atuantes em cinco núcleos de saúde da família. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* 12 (1), 14-21.

Carlotto, M. S., & Gobbi, M. D. (1999). Síndrome de *Burnout*: um problema do indivíduo ou do seu contexto de trabalho? *Aletheia*, 1 (1), 103-114.

Carlotto, M. S. (2001). Síndrome de *Burnout*: um tipo de estresse ocupacional. *Caderno Universitário*. ULBRA – RS.

Castro, I. B. (1978). Conceito de saúde: predicativos e implicações. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 31 (3), 275-580.

Chiattonne, H. B. de C. (1996). A criança e a morte. Em A. V. Angerami-Camon (Org.). *E a Psicologia entrou no Hospital* (pp. 69-141). São Paulo: Pioneira.

Chiquetti, E. L. J.; Vezozzo, K. M. K.; Lopes, M. L. da S., & Andrade, S. M. de. (2000). Conceito de saúde: uma abordagem necessária à formação do enfermeiro. *Terra e Cultura*, 16 (31), 129-140.

Codo, W.; Sampaio, J. J. C., & Hitomi, A. H. (1993). *Indivíduo, trabalho e sofrimento: uma abordagem interdisciplinar*. Petrópolis: Vozes.

Costa Neto, S. B. da. (1994). *Fatores do processo de Tomada de Decisão da equipe de saúde numa instituição de tratamento a irradiados por fonte ionizante: um estudo de caso*. Dissertação de Mestrado, Brasília: Universidade de Brasília.

Coutrin, R. M. G.; S., Freua, P. R., & Guimarães, C. M. (2003). Estresse em enfermagem: uma análise do conhecimento produzido na literatura brasileira no período de 1982 a 2001. *Revista Texto Contexto Enfermagem*, 12 (4), 486-494.

Crespin, J. (1996). *Puericultura: ciência, arte e amor*. São Paulo: Fundação Byk.

Danna, K. (1999). Health and weel-being in teh workplace: a review and synthesis of the literature. *Journal of Management*, 25, 357-375.

Dejours, C. (1991). *A Loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho*. (4ª ed.). São Paulo: Cortez-Oboré.

Doron, R., & Parot, F. (1998). *Dicionário de Psicologia*. (O. S. Leme, trad.). São Paulo: Ática. (Original publicado em 1991).

Ferreira, M. C., & Assmar, E. M. L. (2004). Cultura, satisfação e saúde nas organizações. Em A. Tamayo, e Cols. (Orgs.) *Cultura e Saúde nas Organizações* (pp.102-126). Porto Alegre: Artmed.

Ferreira, M. C., & Mendes, A. M. (2003). A condução da pesquisa sobre a inter-relação trabalho-saúde dos auditores fiscais da Previdência Social. Em M. C. Ferreira & A. M. Mendes. *Trabalho e riscos de adoecimento: o caso dos auditores-fiscais da Previdência Social Brasileira* (pp.62-84). Brasília: Ler, Pensar, Agir.

Ferreira, M. C.; Borges, L. de O., & Mendes, A. M. (2002). Múltiplos enfoques da Inter-relação trabalho e saúde psíquica. Em A. M. Mendes; L. de O. Borges & M. C. Ferreira (Orgs). *Trabalho em transição, saúde em risco* (pp. 11-22). Brasília: Universidade de Brasília.

Figueroa, N. L. de; Schufer, M.; Muiños, R.; Marro, C., & Coria, E. A. (2001). Um instrumento para a avaliação de estressores psicossociais no contexto de emprego. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 14 (3), 653-659.

Firth, J. (1985). Personal meanings of occupational stress: cases from clinic. *Journal of Occupational Psychology*, 58, 139-148.

Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1985). If it changes it must be a process: study of emotion and Coping during three stages of a college examination. *Journal of Personality and Social Psychology*, 48, 150-170.

Forte, M. J. P.; Kudo, A. M.; Mendes, M. A. dos S., & Duarte, V. (2004). O Instituto da Criança frente à Política Nacional de Humanização. *Pediatria*, 26 (1), 43-48.

França, H. H. (1987). A Síndrome de *Burnout*. *Revista Brasileira de Medicina*, 44, 197-199.

Freitas, M. E. (1991). *Cultura organizacional: formação, tipologias e impactos*. São Paulo: Makron Books.

Gimenes, M. da G. G. (1997). A Teoria do Enfrentamento e suas Implicações para Sucessos e Insucessos em Psiconcologia. Em M. da G. G. Gimenes (Org.). *A Mulher e o Câncer* (pp.111-147). Campinas: Editorial Psy.

Heloani, J. R., & Capitão, C. G. (2003). Saúde mental e Psicologia do Trabalho. *São Paulo em Perspectiva*, 17 (2), 102-108.

Ilgen, D. R. (1990). Health issues at work: opportunities for industrial/organizational psychology. *American Psychologist*, 45, 27-283.

Jacques, M. da G. C. (2003). Abordagens teórico-metodológicas em saúde/doença mental & trabalho. *Psicologia & Sociedade*, 15 (1), 97-116.

Jimenez, B. M.; Rodriguez, J. B.; Alvarez, A. M., & Caballero, T. M. (1997). La evaluación del *Burnout*. Problemas y alternativas. El CBB como evaluación de los elementos del proceso. *Revista de Psicología del Trabajo y las Organizaciones*, 2 (3), 185-207.

Jimenez, B. M. (2005). *CBB: Cuestionario Breve de Burnout*. Madrid: Depto. Psicologia Biologica y de la Salud – UAM. (Apostila disponibilizada pelo autor via e-mail).

Jimenez, B. M.; Hernández, E. G.; Gálvez, M.; González, J. L., & Benevides-Pereira, A. M. T. (2002). A Avaliação do *Burnout* em professores. Comparação de instrumentos: CBP-R e MBI-ED. *Psicologia em Estudo*, 7 (1), 11-19.

Jimenez, B. M.; Hernández, E. G., & Gutiérrez, J. L. G. (2000). Personalidad resistente, *Burnout* e salud. *Escritos de Psicologia*, 4, 64-77.

Jimenez, B. M.; Hernández, E. G.; Benevides-Pereira, A. M., & Herrero, M. G. (2003). Estudios transculturales del *Burnout*: los estudios transculturales Brasil-España. *Revista Colombiana de Psicologia*, 12, 9-18.

Jonas, A. L.; Torrezan, E. A., & Márquez, A. M. (1993). Conceito de saúde e saúde psicológica na perspectiva de psicólogos, médicos e leigos. *Estudos de Psicologia*, 10 (1), 37-52.

Kyriacow, C., & Sutcliffe, J. (1981). Social support and occupational stress among school teachers. *Educational Studies*, 7 (1), 55-60.

Lacaz, F. A. de C. (1997). Saúde dos trabalhadores: cenário e desafios. *Cadernos de Saúde Pública*, 13 (2), 07-19.

Lautert, L. (1997). O desgaste profissional: estudo empírico com enfermeiras que trabalham em hospitais. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 18 (2), 133-144.

Lindquist, I. (1993). *A Criança no hospital*. São Paulo: Página Aberta.

Lipp, M. E. N., & Tanganelli, M. S. (2002). Stress e qualidade de vida em Magistrados da Justiça do Trabalho: diferenças entre homens e mulheres. *Psicologia Reflexão e Crítica*, 15 (3), 537-548.

Lipp, M. E. N. (Org.) (2003). *Mecanismos neuropsicofisiológicos do stress: teoria e aplicações clínicas* (pp. 13-21). São Paulo: Casa do Psicólogo.

Locke, E. A. (1984). Job satisfaction. Em M. Gruenberg, T. Wall (Orgs). *Social psychology and organizational behavior* (pp. 93-117). London: Wiley.

Ludke, M., & André, M.E.A. (1986). *A pesquisa em educação: abordagens qualitativas*. São Paulo: EPU.

Marcondes, E. (1972). *Pediatria: doutrina e ação*. São Paulo: Savier.

Maslach, C.; & Jackson, S. E. (1986). *Maslach Burnout Inventory*. (2^a ed). Califórnia: Consulting Psychologist Press.

Maslach, C.; Schaufeli, W. B., & Leiter, M. P. (2001). Job Burnout. *Annual Review of Psychology*, 52, 397-422.

Matamoros, M. M. (1997). El Síndrome del *Burnout* en personal profesional de la salud. *Medicina Legal de Costa Rica*, 13-14 (2-1), 29-37.

Melo Filho, J. (1992). *Psicossomática hoje*. Porto Alegre: Artmed.

Mendes, A. M., & Morrone, C. F. (2002). Vivências de prazer-sofrimento e saúde psíquica no trabalho: trajetória conceitual e empírica. Em A. M. Mendes; L. de O.

Borges, & M. C. Ferreira, (Orgs). *Trabalho em transição, saúde em risco* (pp. 25-42). Brasília: Universidade de Brasília.

Mendonça, H., & Macedo, K. B. (2004). Percepções de Justiça Organizacional em Contexto de Qualidade de Vida no Trabalho. Em K. B. Macedo (Org.) *Qualidade de vida no trabalho: o olhar da Psicologia e da Administração* (pp. 113-128). Goiânia: Ed. da UCG.

Mendonça, H.; Barreto, M. A. G., & Paula, M. A. P. L. (2004). Avanços teóricos na literatura psicológica sobre justiça organizacional. *Revista Estudos*, 31 (4), 687-707.

Menegaz, F. D. L. (2004). *Características da incidência de Burnout em pediatras de uma organização hospitalar pública*. Dissertação de Mestrado, Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina.

Ministério da Saúde (2001). *Doenças relacionadas ao trabalho: manual de procedimentos para os Serviços de Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde do Brasil.

Ministério do Trabalho e Emprego (2004). MTE, Site Eletrônico: <http://www.mte.gov.br>. Pesquisa realizada em 27/06/2004.

Murta, S. G. (2005). *Planejamento, implementação e avaliação de um programa de manejo de estresse ocupacional*. Tese de Doutorado, Brasília: Universidade de Brasília.

Nacarato, A. B. (1995). *Stress no idoso: efeitos diferenciais da ocupação profissional*. Dissertação de Mestrado, Campinas: Instituto de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica de Campinas.

Oliveira, S. (1997). A qualidade da qualidade: uma perspectiva em saúde do trabalhador. *Cadernos de Saúde Pública*, 13 (4), 625-634.

Organização Mundial de Saúde (Org.) (2000). *CID-10*. (Centro Colaborador de Línguas para a Classificação de Doenças em Português). (8º ed.). São Paulo: Universidade de São Paulo.

Pagliarussi, M. S.; Gregolin, J. A. R., & Agnelli, J. A. M. (2005). *Desenvolvimento de um Sistema de Treinamento à Distância Aplicado ao Setor Industrial: Proposta de Aplicação na Área de Tecnologia de Polímeros*. Trabalho apresentado no VI Congresso Nacional de Educação à Distância. Retirado no dia 19/08/2005, do site eletrônico: <http://www.abed.org.br>.

Paz, M. das G. T. da, & Tamayo, A. (2004). Perfil cultural das Organizações. Em A. Tamayo e Cols. (Org.). *Cultura e saúde nas organizações* (pp. 19-38). Porto Alegre: Artmed.

Peterson, M., & Wilson, J. F. (2004). The Culture-work-health model and work stress. *American Journal of Health Behavior*, 26, 26-24.

Pinheiro, D. P. N. (2004). A resiliência em discussão. *Psicologia em Estudo*, 9, (1), 67-75.

Pinheiro, F. A.; Tróccoli, B. T., & Tamayo, M. R. (2003). Mensuração de *Coping* no Ambiente Ocupacional. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 19 (2), 153-158.

Schein, E. H. (1992). *Organizational culture and leadership*. (2.ed.). San Francisco: Jossey-Bass.

Sebastiani, R.W. (2003). Psicología de la Salud em Brasil: 50 años de história. Em: J. A. Pina (org). *Psicología y Salud en Iberoamérica, 1*, 11-52.

Seild, E. M. F.; Tróccoli, B. T. & Zannon, C. M. L. da C. (2001). Análise fatorial de uma medida de estratégias de enfrentamento. *Psicologia: Teoria e Pesquisa, 17* (3), 225-334.

Semmer, N. (1996). Individual differences, work stress and health. Em M. J. Schabracq; J. A. M. Winnubst, & C. L. Cooper (Orgs). *Handbook of work and health psychology* (pp. 51-86). Chichester: John Wilwy.

Silva, F. P. P. da (2000). *Burnout: um desafio à saúde do trabalhador. Revista de Psicologia Social e Institucional, 2* (1), 5-18.

Silva, R. F. da, & Erdmann, A. L. (2002). Ambiente do cuidado: dimensão ecológica. *Texto Contexto Enfermagem, 11* (3), 72-82.

Straub, R. O. (2005). *Psicologia da Saúde*. Porto Alegre: Artmed.

Tacsi, Y. R. C., & Vendruscolo, D. M. S. (2004). A Assistência de enfermagem no serviço de emergência pediátrica. *Revista Latino Americana de Enfermagem, 12* (3), 477-484.

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

Tamayo, M. R., & Tróccoli, B. T. (2002a). *Burnout no trabalho*. Em A. M. Mendes; L. de O. Borges, & M. C. Ferreira (Orgs) (2002). *Trabalho em transição, saúde em risco* (pp. 43-63). Brasília: Universidade de Brasília.

Tamayo, M. R., & Tróccoli, B. T. (2002b). Exaustão emocional: relações com a percepção de suporte organizacional e com as estratégias de *coping* no trabalho. *Estudos de Psicologia*, 7 (1), 37-46.

Trice, H., & Beyer, J. (1993). *The culture of work organizations*. Englewood Cliffs: Prentice-Hall.

Veja, M. L. de la; Pérez, I. G., & Amador, Y. C. (2003). Uso del método cualitativo en el estudio del *Burnout*. *Thompson Psicologia*, 1 (1), 89-99.

Zakir, N. S. (2001). *Enfrentamento e percepção de controlabilidade pessoal e situacional nas reações de stress*. Tese de Doutorado, Campinas: Instituto de Psicologia. Pontifícia Universidade Católica de Campinas.

Zanini, D. S., & Santacana, M. F. (2005). O Conceito de Risco e Proteção à Saúde Mental e sua Relação com a Teoria de *Coping*. *Revista Estudos*, 32 (1), 69-80.

ANEXOS

Anexo 1

SOLICITAÇÃO PARA TRABALHO EM CAMPO UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS HOSPITAL DAS CLÍNICAS

De: Andréa Batista Magalhães
Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Católica de Goiás
Para: Ilmo Prof. Dr. José Abel Alcanfor Ximenes
Diretor Geral do Hospital das Clínicas – UFG

Senhor Diretor,

Sou aluna do Programa de Mestrado em Psicologia Social da Universidade Católica de Goiás, sob orientação do Prof. Dr. Sebastião Benício Costa Neto. O tema do nosso projeto de pesquisa é “A Síndrome de *Burnout* no Contexto da Saúde: um estudo com profissional médico e de enfermagem”. O objetivo geral da investigação será o de identificar, descrever e analisar indicadores de estresse crônico ocupacional entre profissionais da área de saúde. Na metodologia de coleta de dados será utilizada entrevista semi-estruturada e aplicação de escalas de estresse, para posterior análise qualitativa e quantitativa (Vide projeto anexo). Espera-se que o conhecimento adquirido por meio da investigação possa subsidiar ações preventivas de estresse com profissionais nas instituições de saúde.

Nestes termos, solicitamos sua autorização para a realização da coleta de dados com os profissionais médicos e da área de enfermagem, que atuam neste espaço de trabalho. As entrevistas poderão acontecer no próprio Hospital das Clínicas, de acordo com horários e disponibilidade dos participantes. Os profissionais serão informados sobre os objetivos da investigação e convidados, caso aceitem, a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Finalmente, esclarecemos que assumiremos todas as despesas da investigação (conforme Planilha de Custos do Projeto). Além disso, comprometemos em cumprir as determinações da Resolução 196/96 do Ministério da Saúde, bem como a enviar cópia do relatório final da investigação para seu conhecimento.

Agradecendo antecipadamente, despedimo-nos.

Atenciosamente,

Psi. Andréa Batista Magalhães
Pesquisadora responsável - CRP: 3121 – 9ª Região

Prof. Dr. Sebastião B. Costa Neto
Orientador – CRP 01019 – 9ª Região

Anexo 2

**UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU EM PSICOLOGIA
MESTRADO EM PSICOLOGIA SOCIAL**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado (a) para participar, como voluntário, em uma pesquisa de mestrado em psicologia que tem como objetivo, buscar o aprimoramento de conhecimentos a respeito da Síndrome de *Burnout*, ou seja, do estresse crônico ocupacional, suas teorias, e como vêm sendo diagnosticada em profissionais que atuam em contextos de saúde. Busca, ainda, informações básicas por meio de um levantamento qualitativo e quantitativo que possa colaborar para o entendimento científico da síndrome e, conseqüentemente, permitir ampliar as condições de qualidade de vida dos profissionais inseridos em trabalho na área de saúde.

Após os esclarecimentos e as informações a respeito deste trabalho, caso aceite fazer parte deste estudo, assine ao final do documento, que contém duas vias. Uma dessas vias é sua e a outra é do pesquisador responsável.

Em caso de recusa, sinta-se a vontade em não participar, não sendo por isto, responsabilizado ou penalizado em hipótese alguma. A qualquer momento, caso haja dúvidas, você pode procurar o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás pelos telefones.

Sobre a Pesquisa: Título do Projeto: A Síndrome de *Burnout* no Contexto da Saúde: um estudo com profissional médico e de enfermagem.

Pesquisador Responsável: Andréa Batista Magalhães – CRP: 3121 – 9ª Região

Telefones para contato: 227-1053 / 3091-1079 / 9926-3904 / 3093-2363

Orientador da pesquisa: Prof. Dr. Sebastião Benício da Costa Neto – CRP: 010190/9ª Região

Telefones para contato: 227-1198 / 227-1199

A pesquisa adotará dois procedimentos:

- **Aplicação de Escalas** – as escalas serão aplicadas individualmente, após a autorização e permissão dos autores das mesmas; e
- **Entrevista Semi-Estruturada** - serão individuais e, caso sua haja permissão será gravada. Assumimos neste momento o compromisso de sigilo total deste material, e a não identificação pessoal do mesmo.

Durante todo o processo você será acompanhado pelo pesquisador e indiretamente pelo orientador da pesquisa, estando a inteira disposição para o esclarecimento de dúvidas, que poderá ser realizado em qualquer tempo do curso da pesquisa: questionamentos pertinentes ao assunto estudado, à metodologia e aos procedimentos adotados e ainda

qualquer auxílio profissional. Será também informado da característica de sua participação, sendo previsto responder aos instrumentos como participante do grupo de estudo piloto ou do grupo de investigação principal. Em ambos, o olhar metodológico será o mesmo, mantendo todas as percepções acerca da lisura e da garantia ética deste documento.

Este trabalho não oferece, em nenhum momento, qualquer risco, prejuízo ou desconforto podendo você, desistir de sua colaboração a qualquer tempo, resguardando o direito de retirar o seu consentimento sem qualquer penalidade. Os resultados desta pesquisa serão publicados bem como apresentados em eventos e atividades científicas, mas sempre garantindo o sigilo e assegurando a sua privacidade.

Agradecemos antecipadamente sua participação.

Eu,.....

Comprometo-me em participar do estudo sobre “**Síndrome de *Burnout* no Contexto da Saúde**”, onde fui comunicado dos objetivos e interesses científicos desta pesquisa, tendo a liberdade de fazer perguntas a qualquer momento, sempre que houver dúvidas e quando julgar necessário.

É também esclarecido que minha participação é voluntária podendo retirar-me do estudo a qualquer momento que desejar. Em nenhum momento terei meu nome publicado ou exposto por qualquer razão, e caso seja necessário, será trocado como forma de manter minha privacidade. Os pesquisadores se comprometem a manter em confidência toda e qualquer informação que possa identificar-me individualmente.

Goiânia, _____, _____ de 200__.

Assinatura do Profissional Participante

Psi. Andréa Batista Magalhães
Pesquisadora responsável - CRP: 3121 – 9ªRegião

Prof. Dr. Sebastião Benício da Costa Neto
Orientador - CRP: 010190 – 9ªRegião

Anexo 3

Roteiro de Entrevista Semi-Estruturada de *Burnout*

Sr.(a) Profissional, esta entrevista tem por objetivo identificar e avaliar os fatores e as causas que levam um profissional a se desgastar em seu ambiente de trabalho, bem como as estratégias que o mesmo utiliza para enfrentar as situações difíceis do seu dia-a-dia. É importante deixar claro qual seu pensamento sobre as perguntas que serão feitas. Não há respostas certas ou erradas. Estamos à disposição para esclarecer qualquer dúvida a qualquer momento. Muito obrigado.

Questões Grupo I – Aspectos do ambiente do trabalho.

1. Em que medida você está satisfeito com seu trabalho?
2. O que mais lhe proporciona satisfação na sua profissão?
3. Qual a importância do seu trabalho para sua vida pessoal?
4. Como seus colegas de trabalho vêem sua profissão e suas atividades?
5. Como você percebe a relevância de sua profissão e/ou de suas atividades para o hospital? E para a comunidade?
6. O que é relevante em seu trabalho quando ele é visto como uma atividade assistencial?

Questões Grupo II – Saúde física/emocional e ocupacional.

7. Para você o que é saúde?
8. Tem entristecido regularmente?
9. No trabalho, costuma sentir-se ansioso, depressivo, angustiado?
10. Que aspectos de sua saúde você considera satisfatórios?
11. Qual aspecto de sua saúde você se preocupa mais: físico ou emocional?

Questões Grupo III – Relação estresse e trabalho e estratégias de enfrentamento

12. Sente-se envolvido emocionalmente com seu trabalho?
13. Quais os fatores que contribuí para você estressar com o seu trabalho? Como você lida com isso?
14. Qual o grau de satisfação com a forma que você vem enfrentando seu estresse?
15. Quais os sintomas você percebe como sinalizador de estresse?
16. De que forma seu ambiente de trabalho influencia em sua saúde?
17. O que pode gerar para sua atividade o desgaste profissional?
18. Qual sua postura diante do trabalho quando confirmado diagnóstico de estresse?
19. Seu trabalho possibilita crescimento pessoal e profissional?
20. Nas horas de lazer o que costuma fazer?
21. Tira férias em tempo hábil?
22. O que faz para se sentir emocional tranquilo em situações de estresse?
23. O que pode ser feito por você para melhorar seu trabalho e suas relações em seu espaço profissional?

Questões Grupo IV – Síndrome de *Burnout*.

24. Em que medida você se vê realizado profissionalmente?
25. Você percebe que mudou como pessoa ao longo da sua vida profissional?
26. Qual o grau de insatisfação no seu contexto de trabalho?
27. Deseja realizar outras atividades profissionais?
28. Que sintomas físicos você percebe quando se sente estressado? Com que frequência estes sintomas aparecem?
29. Em que medida seu desgaste profissional interfere no seu atendimento com o paciente?
30. Percebe que seu trabalho interfere em sua vida pessoal? De exemplos.
31. Como ficam suas relações com seus pacientes?
32. Preocupa-se em levar trabalho para casa? Qual frequência?

Anexo 4

*CBB - Questionário Breve de Burnout**

Moreno-Jiménez, B. (1998)

- 1.- *Idade.....anos*
- 2.- *Sexo: 1. Masculino 2. Feminino*
- 3.- *Relações pessoais:*
 1. *Com companheiro afetivo habitual*
 2. *Sem companheiro afetivo habitual*
 3. *Sem companheiro*
- 4.- *Número de filhos:.....*
- 5.- *Estudos realizados:*
 1. *Fundamental* 2. *Médio* 3. *Técnico profissional* 4. *Superior*
 5. *Especialização* 6. *Mestrado* 7. *Doutorado* 8. *Outros*
- 6.- *Profissão (especifique a especialidade se houver):.....*
- 7.- *Cargo que ocupa:.....*
- 8.- *Situação Profissional:*
 1. *Contratado* 2. *Fixo* 3. *Outros:*
- 9.- *Tempo de experiência na profissão anos*
- 10.- *Local de trabalho.....*
- 11.- *Tipo de local: 1. Privado 2. Público*
- 12.- *Tempo de serviço neste local: anos*
- 13.- *Tempo em que está neste cargo: anos*
- 14.- *Turno: 1. Manhã 2. Tarde 3. Noite*
- 15.- *Número de horas de trabalho por semana:horas*
- 16.- *Número de pessoas que atende diariamente: pessoas*
- 17.- *Qual o tempo diário em interação com os beneficiários de seu trabalho?*
 1. *Mais de 75%* 2. *Cerca de 50%* 3. *Menos de 30%*
- 18.- *Tem que realizar trabalho em casa:*
 1. *Sim* 2. *Não* 3. *As Vezes*

* Bernardo Moreno-Jiménez GEB - Unversidad Autónoma de Madrid (Espana) bernardo.moreno@uam.es
 Trad. Ana Maria T.Benevides Pereira GEPEB-Universidade Estadual de Maringá (Brasil) anamariabenevides@hotmail.com

CBB - Questionário Breve de Burnout

Moreno-Jiménez, B. (1998)

*Por favor, responda cada uma das perguntas, fazendo um círculo na opção desejada.***1. Geralmente, estou farto (cheio) do meu trabalho.**

1	2	3	4	5
Em alguma ocasião	Raramente	Algumas vezes	Frequentemente	Na maioria das vezes

2. Me identifico com meu trabalho.

1	2	3	4	5
Em alguma ocasião	Raramente	Algumas vezes	Frequentemente	Na maioria das vezes

3. Os usuários do meu trabalho possuem exigências excessivas e comportamentos irritantes.

1	2	3	4	5
Em alguma ocasião	Raramente	Algumas vezes	Frequentemente	Na maioria das vezes

4. Meu supervisor me apoia nas decisões que tomo.

1	2	3	4	5
Em alguma ocasião	Raramente	Algumas vezes	Frequentemente	Na maioria das vezes

5. Atualmente, meu trabalho profissional me oferece poucos desafios pessoais

1	2	3	4	5
Totalmente em desacordo	Em desacordo	Indeciso	De acordo	Totalmente de acordo

6. Meu trabalho atual carece de interesse.

1	2	3	4	5
Totalmente em desacordo	Em desacordo	Indeciso	De acordo	Totalmente de acordo

7. Quando estou no meu trabalho, me sinto de mal-humor.

1	2	3	4	5
Em alguma ocasião	Raramente	Algumas vezes	Frequentemente	Na maioria das vezes

8. Entre os colegas, nos apoiamos no trabalho.

1	2	3	4	5
Em alguma ocasião	Raramente	Algumas vezes	Frequentemente	Na maioria das vezes

9. As relações pessoais que estabeleço no trabalho são gratificantes para mim.

1	2	3	4	5
Nunca	Raramente	Algumas vezes	Frequentemente	Sempre

10. Em função da responsabilidade que tenho no meu trabalho, não conheço bem os resultados e o alcance do mesmo.

1	2	3	4	5
Totalmente em desacordo	Em desacordo	Indeciso	De acordo	Totalmente de acordo

11. As pessoas que tenho que atender reconhecem muito pouco os esforços que fazemos por elas.

1	2	3	4	5
Totalmente em desacordo	Em desacordo	Indeciso	De acordo	Totalmente de acordo

12. Atualmente é muito escasso meu interesse pelo desenvolvimento profissional.

1	2	3	4	5
Totalmente em desacordo	Em desacordo	Indeciso	De acordo	Totalmente de acordo

13. Meu trabalho é repetitivo.

1	2	3	4	5
Nada	Muito pouco	Um pouco	Bastante	Muito

14. Você considera que o trabalho que realiza repercute em sua saúde pessoal? (Dor de cabeça, insônia, etc.)

1	2	3	4	5
Em alguma ocasião	Raramente	Algumas vezes	Frequentemente	Na maioria das vezes

15. Estou esgotado por meu trabalho.

1	2	3	4	5
Nada	Muito pouco	Um pouco	Bastante	Muito

16. Eu gosto do ambiente e do clima do meu trabalho.

1	2	3	4	5
Nada	Muito pouco	Um pouco	Bastante	Muito

17. O trabalho está afetando meus relacionamentos familiares e pessoais.

1	2	3	4	5
Nada	Muito pouco	Um pouco	Bastante	Muito

18. Procuro personalizar as relações com os usuários do meu trabalho

1	2	3	4	5
Nada	Muito pouco	Um pouco	Bastante	Muito

19. O trabalho que faço está longe de ser o que eu queria

1	2	3	4	5
Nada	Muito pouco	Um pouco	Bastante	Muito

20. Meu trabalho é muito "chato"

1	2	3	4	5
Em alguma ocasião	Raramente	Algumas vezes	Frequentemente	Na maioria das vezes

21. Os problemas do meu trabalho fazem com que meu rendimento seja menor.

1	2	3	4	5
Em alguma ocasião	Raramente	Algumas vezes	Frequentemente	Na maioria das vezes

Anexo 5

Questionário de Personalidade Resistente ao *Burnout* – CPR-B (Bernardo Moreno Jiménez)

Expresse seu nível de acordo ou desacordo com as afirmações abaixo, segundo as seguintes expressões:

1 – Descordo Totalmente 2 – Descordo 3 – Concordo 4 - Concordo Totalmente

01 – Me envolvo seriamente no que faço, pois é a melhor maneira de alcançar meus objetivos	___		
02 – Ainda que implique maior esforço, opto pelos trabalhos que proporcionam uma experiência nova		___	
03 – Faço tudo o que posso para garantir o controle dos resultados do meu trabalho			___
04 – Considero que o trabalho que realizo é importante para a sociedade e não me importa dedicar todos os meus esforços	___		
05 – No meu trabalho, sou atraído pelas inovações e novidades dos procedimentos		___	
06 – As coisas só se conseguem com base do esforço pessoal			___
07 – Realmente, me preocupo e me dedico ao meu trabalho	___		
08 – Em meu trabalho profissional me atraem aquelas tarefas e situações que implicam em um desafio pessoal		___	
09 – O controle das situações é a única forma de garantir o êxito			___
10 – Meu trabalho cotidiano me satisfaz e me faz dedicar totalmente a ele	___		
11 – Na medida em que posso, busco novas experiências no meu trabalho cotidiano		___	
12 – As coisas saem bem quando são conscientemente preparadas			___
13 – Gosto de comprometer-me pessoalmente em objetivos do grupo ou da coletividade	___		
14 – Dentro do possível, busco situações novas e diferentes em meu ambiente de trabalho		___	
15 – Quando me proponho, posso vencer e controlar o sentimento de antipatia que alguns têm por mim			___
16 – A melhor maneira que tenho para alcançar meus objetivos é envolver-me profundamente	___		
17 – Tenho uma grande curiosidade pelo novo, tanto a nível pessoal como profissional		___	
18 – Quando se trabalha seriamente e a fundo, os resultados são controlados			___
19 – Minhas próprias ilusões são as que me fazem seguir a frente com a realização de minha atividade	___		
20 – Gosto que tenha grande variedades no meu trabalho		___	
21 – Se você se propõe, podes garantir o que vai acontecer amanhã controlando o que ocorre hoje			___
TOTAL	I	R	C

ESCORES:

PONTUAÇÃO	BAIXA	MÉDIA	ALTA
Implicação	8-18	19-21	>22
Controle	9-20	21-23	>23
Desafio	7-18	19-21	>22

* Quando a pontuação nas três dimensões é baixa, a vulnerabilidade da pessoa é alta e, ao contrário, quando nas três dimensões a pontuação é alta, a vulnerabilidade é baixa.

Anexo 6**Sebastião Benicio Costa Neto**

De: "Bernardo Moreno" <bernardo.moreno@uam.es>

Para: "Sebastião Benicio Costa Neto" <sbcneto@ih.com.br>

Enviada em: segunda-feira, 14 de junho de 2004 15:09

Anexar: CBP-R y MBI portugues.doc; CBB trad ana.doc; CBP-R Traduzido.doc

Assunto: Cuestionarios

Apreciado Sebastião benicio,

Tienes la autorizacion para utilizar sin ningun problema tanto el CBB como el CBP-R.

Ambos se han utilizado y se estan utilizando en brasil mucho, però lamentablemente publicando poço.

espero que el material que te envio te pueda servir,

saludos,

Bernardo Moreno

14/06/04

Anexo 7



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
 MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E DO DESPORTO
 UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
 HOSPITAL DAS CLÍNICAS
 COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA MÉDICA HUMANA E ANIMAL

PROTOCOLO CEPMHA/HC/UFG Nº 104/04

Goiânia, 16/12/2004

INVESTIGADOR (A) RESPONSÁVEL (IES): Psicóloga: Andréa Batista Magalhães

TÍTULO: "A Síndrome de Burnout no contexto da saúde: um estudo com profissional médico e de enfermagem"

Área Temática: Grupo III

Patrocinador:

Número do Estudo do Patrocinador:

Data da versão do Estudo:

Data da Versão do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido:

Local de Realização: HC/UFG

Informamos que o Comitê de Ética em Pesquisa Médica Humana e Animal **analisou** e **aprovou** o projeto de Pesquisa acima referido, e o mesmo foi considerado em acordo com os princípios éticos vigentes.

→ **Não há** necessidade de aguardar o parecer da CONEP- Comissão Nacional de Ética em Pesquisa para iniciar a pesquisa.

→ O pesquisador responsável deverá encaminhar ao CEPMHA/HC/UFG, relatórios trimestrais do andamento da pesquisa, encerramento, conclusão(ões) e publicação(ões).

Prof. Joffre Rezende Filho
 Coordenador do CEPMHA/HC/UFG

Anexo 8

Modelo de Entrevista Transcrita S-10

Anexo 8

Questões Grupo I – Aspectos do ambiente do trabalho.

1. Em que medida você está satisfeito com seu trabalho?

Em porcentagem? Acho que 50%. Porque nós somos um número pequeno de profissionais na área em que eu atuo e isso acaba sobrecarregando a todas nós, então gera um nível de stress muito grande e insatisfação com certeza. Sem contar que a própria estrutura do hospital que a gente tem um número de pacientes mais graves, ele não é o adequado pra o atendimento que a gente precisa ter. Então falta muito em termos do básico, desde medicação até melhor condução dos casos graves. A gente acaba, como a gente lida com pacientes crônicos, como eu lido muito com pacientes crônicos, eu tenho uma dificuldade muito grande em resolver esses problemas, em colocar o paciente no tratamento adequado, no tempo hábil, porque não depende só de mim e por outro lado eu não recebo do ambiente de trabalho o apoio necessário pra que isso aconteça. Porque não tem a estrutura necessária. Eu tenho um paciente grave e eu não tenho onde colocar ele e o hospital fora não recebe paciente crônico, então eu fico com o abacaxi na mão. Então eu acho que 50%, porque eu também não vou, eu não posso deixar de reconhecer que existe um esforço muito grande pra que a gente consiga fazer com que as coisas funcionem. Mas isso é difícil de certa forma porque é de uma maneira geral. Eu acho que o hospital até faz muito. Não faz o todo, mas eu sinto que pelo menos há uma vontade, quando a gente se presta ao máximo que é necessário, que a gente consegue, aí a gente acaba arrumando alguma solução. Não é o ideal, a gente não precisava chegar nesse nível de stress pra conseguir alguma coisa, mas a gente também se habitua até com o que é ruim.

2. O que mais lhe proporciona satisfação na sua profissão?

É quando eu vejo que as coisas se resolveram. Que a criança está bem, deu tudo certo, o que a gente propôs funcionou e isso me dá uma alegria muito grande.

3. Qual a importância do seu trabalho para sua vida pessoal?

É tudo, né. Eu vivo dele, então é o que me sustenta, é o que me realiza pessoalmente. Eu sinto uma realização muito grande com o que eu faço. Apesar de às vezes estar cansada, mas eu sinto. **(A escolha pela profissão foi por vocação?)** É difícil a gente assim, entender, na minha cabeça é muito complicado entender o que é vocação. Medicina sempre foi uma coisa que eu quis fazer. Com certeza a medicina de uma maneira geral foi. Agora pediatria em si não foi. Eu escolhi na época pelas condições que eu achei de facilidade até de entrar na residência. Tanto não foi que eu não faço pediatria geral. Eu optei por uma área que é um pouco mais intervencionista que é a nefrologia. E eu só faço nefrologia pediátrica, não faço pediatria geral, porque eu não tenho muita paciência com a pediatria geral. Então assim, a depender do nível de envolvimento que eu tenho na minha profissão, eu posso te falar: medicina é vocação, pediatria não. Mas nefrologia pediátrica é uma coisa que eu amo, gosto de fazer e que me dá muita satisfação.

4. Como seus colegas de trabalho vêem sua profissão e suas atividades?

Eu acredito que de uma maneira muito importante porque eu basicamente só recebo pacientes encaminhados por colegas, né. Então eu não tenho assim, é muito raro às vezes no consultório ou aqui que chega uma criança que: "Olha eu vim aqui porque eu estou querendo passar por nefrologista". Uma família, uma mãe. Geralmente é o pediatra que encaminha ou é o colega gastro ou endócrino, então é uma relação muito boa, com certeza com os colegas eu tenho uma relação muito boa. E sempre procuro retornar a eles o que eles encaminharam, dar uma satisfação do que eu achei, se não precisar de mim, dou uma satisfação também de retorno: olha não está dentro daquilo que você esperava. Eu não tenho dificuldade nenhuma não, com os colegas não. É bem tranquilo.

5. Como você percebe a relevância de sua profissão e/ou de suas atividades para o hospital? E para a comunidade?

Olha eu acho muito importante porque o que a gente tem visto ultimamente é uma saúde pública generalista muito deficitária. Então muitos problemas, muitas complicações que eu pego como especialista, são decorrentes de uma má avaliação numa fase inicial da doença. Então eu não queria ter que investir como especialista porque quando chegar em mim são complicações. São coisas mais graves. São coisas que poderiam ter sido, algumas, muitas delas, prevenidas. Então eu acho que independente, apesar disso, eu tenho que investir porque muitas dessas situações a gente pode contornar. E se continuassem a serem vistas e tratadas da maneira que eram antes de chegar a mim, com certeza a complicação seria maior. É igual você viu a Cláudia falando, né, uma criança hipertensa, chegou num nível já que está com hipertensão. Será que ninguém lá atrás não viu que esse menino já era hipertenso. Então como eu tenho crianças que às vezes está com infecção urinária que já chega pra gente com insuficiência renal. Infecção urinária é uma coisa que todo mundo sabe tratar,

porque que não trata direito, você entendeu. Então é isso que eu me acho dentro do contexto, importantíssima. Porque a gente consegue ter uma outra visão da situação e tentar resolver, né. Dentro do possível.

(É muito complexo?) Com certeza.

6. O que é relevante em seu trabalho quando ele é visto como uma atividade assistencial?

Eu acho que é, acho que é se envolver, é se comprometer com ele. Quando a gente presta um serviço a alguém, a gente tem que se envolver, ser compromissado. Então, eu me sinto compromissada com o que eu faço. Eu levanto cedo, venho aqui todo dia, eu, dentro do possível, evito dispensar um paciente sem que ele seja atendido. A não ser quando eu já o conheço e sei que ele pode aguardar um dia ou outro. Evito encaminhar um paciente pra um colega sem que ele tenha uma história prévia, sem que: Olha fulano, eu quero que você olha o paciente porque ele tem isso, isso e isso, eu já fiz isso, isso e isso, eu queria que você nessa parte me desse uma assistência. Como eu recebo pacientes, você entendeu. Eu acho isso uma falta de compromisso, estão eu acho que quem presta um serviço assistencial tem que estar compromissado com o que faz. Não é virou as costas acabou, não. Eu acho que a gente tem que ter responsabilidade.

Questões Grupo II – Saúde física/emocional e ocupacional.

7. Para você o que é saúde?

Saúde é o bem-estar físico, emocional e com o meio. Acho que a gente tem que estar bem fisicamente, bem emocionalmente e bem relacionando no meio que se vive. Porque quando falta qualquer uma dessas coisas a gente está doente. Se você não mora bem, você está doente porque se você mora que não tem esgoto, que não te dá as mínimas condições de salubridade com certeza vai te gerar uma doença física. Quando você não está bem emocionalmente também te gera doença física porque você começa a somatizar o que você na verdade está sentindo na sua mente, na sua maneira de pensar. E quando você está doente fisicamente, aí é aquela doença que é gritante aos olhos. É aquela assim: olha eu enfartei, eu tive dor de cabeça, é a manifestação física de todos os outros males.

8. Tem entristecido regularmente?

Regularmente. **(No trabalho?)** No trabalho principalmente. Porque eu acho que pela própria condição de trabalho que eu tenho, lidar com criança e crônico é uma coisa triste e eu acho até que se eu não me entristecesse, eu não me envolveria com o meu trabalho. Então quando eu, assim quando morre um paciente ou quando eu sei que aquele paciente tem um prognóstico ruim, eu me entristeço sim. Eu me entristeço verdadeiramente, sabe, não consigo esquecer, eu levo um pouco daquilo comigo.

9. No trabalho, costuma sentir-se ansioso, depressivo, angustiado?

Angustiado sim. Deprimida com o trabalho, não. Mas assim, me gera uma angústia muito grande porque muitas vezes eu percebo que, a gente, como o meu paciente ele depende de outra pessoa, ele é incapaz de tomar atitudes próprias, de decidir pelo próprio tratamento, eu vejo muito abandono, muito descaso, uma preocupação com situações infundadas. Então a mãe às vezes se preocupa, aí o menino fez cocô mole ontem, mas o que é mais grave é que ele não tem o rim. Ele não tem rim, entendeu. Então ele precisa de fazer todos os cuidados que a gente orienta e que ela não está nem aí. Então isso me gera uma ansiedade porque às vezes eu repito as mesmas coisas duzentas mil vezes. **(E ela se refugia de uma outra forma?)** É, então ela se pega em outras coisas, até a própria negação da doença. E quem tem alguém, um doente crônico na família ou um doente terminal a primeira coisa que ele faz, o melhor mecanismo de defesa é a negação. Vai ter cura, vai melhorar, então assim o menino está morrendo de desnutrição, mas ela acha que o importante é a manchinha da pele, apareceu uma manchinha branca na pele, entendeu. Então isso gera uma, me deixa deprimida com certeza, angustiada. Não é aquela depressão de sofrimento, mas é aquela angústia de que, poxa que mundo que esse povo vive.

10. Que aspectos de sua saúde você considera satisfatórios?

Eu acho que, eu queria poder dormir toda noite. A noite inteirinha, sem acordar nenhuma vez. Se isso me acontecesse uma noite eu já ia ficar feliz. **(Mas você acorda por intercorrência de ter que sair pra trabalhar?)** Não, pela própria ansiedade que eu tenho durante o meu dia, eu percebo que à noite eu não consigo relaxar. Eu só consigo fazer isso quando eu estou de férias. E assim mesmo se eu sair de Goiânia. Se eu tirar férias daqui e continuar no consultório não resolve. Ou se eu tirar férias lá e continuar aqui, não resolve. Se alguém puder ligar no meu celular quando está doente e eu estiver aqui, eu tenho que ir lá ver. Eu tenho que sair. **(Sua carga horária é no hospital mais o consultório?)** E eu trabalho no período de hemodiálise também. **(Daqui do hospital?)** Isso. Mas assim, o que eu considero maior, de maior responsabilidade, que depende exclusivamente de mim é o atendimento que eu tenho aqui e ali no consultório, porque na hemodiálise eu sou uma plantonista. Então eu divido com outros médicos, eu tenho alguns horários. Claro que durante o período que eu estou lá o paciente é minha responsabilidade, mas não é só minha quando eles têm uma intercorrência. Por exemplo, se ele precisar internar não sou eu que vou ver, se ele tiver que submeter a alguma coisa,

algum outro procedimento não sou eu que acompanho. Então isso não é o que me estressa mais. Acho que talvez dentre tudo o que eu faço, seja o que tenha o maior risco, mas é o que eu fico mais tranqüila.

11. Qual aspecto de sua saúde você se preocupa mais: físico ou emocional?

Ultimamente os dois. Porque eu tive que fazer uma cirurgia tem três meses, então eu ainda estou em fase de recuperação. O emocional porque se o meu emocional não está bem com certeza vai refletir na parte física. Eu vou me sentir mais desanimada, menos vontade de trabalhar, menos vontade de me envolver e isso pra mim é muito importante. Então o lado emocional pra mim, hoje, talvez seja até mais importante do que o físico, porque eu sei que eu tenho umas, eu tenho manifestações somáticas que são muito decorrentes da minha condição física. **(Uma dúvida: você fez uma cirurgia, você tirou o atestado do período da cirurgia que você ficou afastada?)** Sim.

Questões Grupo III – Relação estresse e trabalho e estratégias de enfrentamento

12. Sente-se envolvido emocionalmente com seu trabalho?

Sim, com certeza. Não tem como ser diferente, né. Principalmente porque acho que quem lida com criança não tem como não se envolver. Porque o melhor do que eu faço é que criança não mente e isso é muito melhor do que tratar com adulto porque a criança se ela fala que está doendo, está doendo. Às vezes a mãe fala assim, eu pergunto assim: tava doendo? Aí a mãe fala assim: Tava! E aí ele fala assim: Não, não tava não. Mas você não falou pra mamãe que a barriguinha tava doendo? Não, mas já sarou. Então eles são muito verdadeiros. Então assim, a criança opera, se ela tem condições de sair do leito, ela sai. Ninguém segura ela na cama. O adulto não, se ele opera e já ta bem, ele ainda quer ficar deitado, ai porque se eu mexer dói, criança não tem isso. Então isso me traz um envolvimento muito grande com eles. Porque meu paciente não mente.

13. Quais os fatores que contribui para você estressar com o seu trabalho? Como você lida com isso?

O que contribui é a falta de proporcionar pro paciente o tratamento adequado. Então isso é uma coisa que me deixa profundamente estressada. Se eu sei que uma criança tem que ir pra diálise hoje e eu não consigo cateter pra por ela na diálise ou não consigo um cirurgião pra passar esse cateter ou não consigo vaga na diálise, com certeza eu não vou dormir de noite. Então isso é uma coisa que me deixa muito estressada. E como eu tento lidar com isso hoje é assim: bem, eu fiz a minha parte. Eu não posso carregar o mundo nas costas. Então assim, eu fui atrás do cateter, eu fui atrás do médico pra passar o cateter, eu fui na diálise, eu briguei por isso. Não só fui não, porque quando eu chego a ir pessoalmente e falar, eu já soltei meus cachorros, já falei: olha o menino vai morrer, vai acontecer isso, tem que fazer. Então aí, apesar da minha ansiedade ficar no stress máximo eu acabo pensando assim: Bem, eu não posso fazer mais do que isso, eu não posso fazer diferente. E isso num serviço público mata a gente, porque o cara vira pra você e fala assim: olha eu preciso de um cateter. Tá bom, eu vou fazer a licitação pra comprar um cateter. Você não ta entendendo, eu preciso do cateter pra ontem, é o que você conseguir. É mas acontece que a gente precisa fazer uma pesquisa de mercado pra comprar barato. Então eu falo assim: olha você tem até tal hora pra fazer isso, porque se você não fizer o menino vai morrer e aí nós vamos responder isso lá no CRM, entendeu. Então pensa como você lida com isso. Então é isso, a gente acaba se estressando mais do que devia. Mas hoje, apesar de eu levar o meu stress pra casa, eu poderia muito bem virar as costas e falar assim: é um problema daqui, que fique aqui, eu estou saindo daqui e acabou. Seria muito fácil fazer isso. Só que eu fico o tempo inteiro ligando: e aí, já arrumou, já resolveu, já conseguiu, já passou. Durmo com isso até no outro dia eu chegar e ver o que aconteceu, em que pé que está. **(Acaba acordando a noite toda?)** É.

14. Qual o grau de satisfação com a forma que você vem enfrentando seu estresse?

Olha, a satisfação ainda não é boa não. Tanto não é que eu estourei um ovário, precisei operar, tenho colo irritado, então é aquilo que eu te falei, eu ainda manifesto fisicamente o meu stress. Eu queria não ter que fazer isso. Então assim, hoje eu faço terapia pra tentar melhorar isso, mas é uma coisa que também não da pra ficar fazendo indefinidamente. Não vou viver fazendo terapia e achando que, né. Mas quando meu stress está no auge aí fica. E agora eu acho que é isso que eu tenho feito, tenho tentado. Então minha satisfação física é muito precária hoje em dia. Minha satisfação com essa ansiedade e as minhas manifestações físicas, eu ainda considero muito precárias.

15. Quais os sintomas você percebe como sinalizador de estresse?

16. De que forma seu ambiente de trabalho influencia em sua saúde?

Com certeza influencia muito. Não por eu trabalhar num ambiente insalubre. Porque isso eu tiro de letra, a gente vai até adquirindo resistência, mas é por esse stress que eu passo, por essas dificuldades que a gente tem é que acaba me afetando fisicamente antes de outras coisas.

17. O que pode gerar para sua atividade o desgaste profissional?

Pra minha atividade diária? Eu estou sempre muito cansada. É um cansaço, eu não tenho fisicamente ânimo pra fazer uma ginástica, um exercício, porque eu estou tão cansada no final do dia que eu não quero, eu quero ficar quieta, sossegada. Tem um isolamento muito grande, parece que aí como eu lido com gente o dia inteiro com falação, com problema, parece que chega no final do dia eu quero ficar quieta, sozinha, trancada no meu quarto. Quanto menos gente falar perto de mim, quanto menos conversar, melhor. Então eu acabo me isolando do mundo, das pessoas e até das pessoas que gostam de mim, que eu gosto, por causa disso.

18. sua postura diante do trabalho quando confirmado diagnóstico de estresse?

Assim, na prática não muda nada, apesar de eu saber que ele existe não muda porque na atual circunstância isso é imprescindível. Não que eu ache que ninguém seja substituível. Todo mundo é substituível. Mas quando eu estou bem, quando eu me sinto bem fisicamente, não é isso que me impede de trabalhar, eu prefiro deixar que a coisa aconteça numa oportunidade, quando eu tirar férias. Quando eu sonhar com as minhas férias eu descanso e libero esse stress. Mas é assim, não tem jeito, eu não vejo muita resolutibilidade hoje. Vamos mudar isso pra que seja diferente.

19. Seu trabalho possibilita crescimento pessoal e profissional?

Sim, com certeza. Pessoal por tudo isso que eu estou te falando, que eu acho que as vitórias dentro das dificuldades são sempre maiores. E profissional porque assim, eu ainda não tive oportunidade de fazer um mestrado, então eu ainda quero fazer um mestrado, estou me programando pra isso, quer dizer, tem doutorado, tem todas essas especializações. As novidades, que é uma área que é muito dinâmica, está tudo mudando, todo dia tem novidade, então a gente acaba tendo sempre um crescimento profissional ao fato de estar dentro de um hospital escola. É onde exige mais de mim e isso me gera um crescimento profissional muito bom.

20. Nas horas de lazer o que costuma fazer?

Nada. Nas horas de lazer eu quero ficar deitada, quieta na minha casa. Costumo ler um pouco, gosto muito de ler, de ir ao cinema, quando posso, ou sempre que posso, assim o meu sonho era poder viajar sempre que eu pudesse, uma hora eu vou pegar um avião e vou vazar daqui. Era o que eu queria poder fazer. Mas o fato de, assim na verdade o meu lazer é pobre em termos do que fazer, porque mesmo quando eu não estou trabalhando meu celular está ligado. Então eu não posso me dar ao luxo por exemplo de beber uma cerveja, porque se precisarem de mim? Se me ligarem? Eu tenho que estar bem. Se eu dormir tarde e no outro dia se me ligarem cedo? Então é aquela coisa, um lazer meio comedido. **(Sempre meio numa expectativa?)** É, e acaba que você não descansa.

21. Tira férias em tempo hábil?

É... tiro férias uma vez por ano. **(Mas aí você respeita essas férias?)** Não, não totalmente. Eu tiro pelo menos quinze dias, uma semana com certeza, eu não trabalho aqui, não trabalho na clínica, não trabalho em lugar nenhum. Mas um mês não trabalhar em lugar nenhum não é possível. Não dá pra parar tudo, né. Consultório não dá pra ficar um mês fora. Até porque o pessoal também não entende, eles acham que médico não come, não dorme, não vai no banheiro, nem tem férias.

22. O que faz para se sentir emocional tranquilo em situações de estresse?

Eu tento dormir, eu acho que eu mereço isso, tentar dormir um pouco, tentar ficar quieta um bom tempo.

23. O que pode ser feito por você para melhorar seu trabalho e suas relações em seu espaço profissional?

Por mim, uma coisa eu já fiz, foi reduzir o número de pacientes que eu atendo no consultório. Acaba que no final das contas eu não resolvi coisíssima nenhuma, porque o povo fica ligando duzentas vezes: a porque eu preciso, porque eu preciso, porque eu preciso e eu acabo cedendo e acabo atendendo. Mas pelo menos quando eu abro a minha agenda e eu vejo que eu já não atendo dez pacientes, eu atendo sete ou oito, entendeu. E isso faz diferença pra mim. Aqui o que a gente tenta fazer é dividir, então assim é aquilo que eu te falei, um tempo a gente fica na enfermaria, um tempo a gente fica no ambulatório. Porque aí quem está aqui no ambulatório vai embora e pronto, os problemas ficam aqui. Quem está na enfermaria, nessas duas semanas que está lá fica 24 horas do dia ligado. Então é assim, essa é uma forma de tratar.

Questões Grupo IV – Síndrome de *Burnout*.

24. Em que medida você se vê realizado profissionalmente?

Uma coisa que eu sempre quis, que eu sempre busquei no caminho é de que eu iria ser conhecida pela pessoa que sou, pela profissional, pelas minhas atitudes e hoje em dia eu consegui isso. Então eu me sinto, profissionalmente, não é 100% porque eu tenho muito a aprender, a crescer, a estar me aprimorando, mas eu acho que assim, uns 70%, 80% eu estou muito feliz comigo.

25. Você percebe que mudou como pessoa ao longo da sua vida profissional?

Ah, com certeza. A gente tem que mudar de alguma forma. Então assim, hoje eu sou mais humana, me dói mais a dor dos outros, você entendeu. Eu não sou tão indiferente mais ao sofrimento alheio.

26. Qual o grau de insatisfação no seu contexto de trabalho?

Eu acho que 50%. Pelas condições, todas aquelas condições que eu te disse, assim técnicas, né. Mais do que profissionais. Mais as condições técnicas em que o meu trabalho está inserido. Então quando eu dependo de alguém, de outra pessoa, do governo, de não sei quem, da própria condição sócio econômica do paciente, inclui tudo. Às vezes eu sei que tem um tratamento melhor, mas custa caro, eu sei que ele não vai ter condições de pagar, eu sei que tem alguma coisa que eu posso fazer então isso me dá 50% de satisfação. Porque o resto não depende de mim.

27. Deseja realizar outras atividades profissionais?

No momento não. Acho que se eu tivesse que realizar eu ia largar a medicina. Seria isso. Eu teria que ter essa visão porque fazer uma outra coisa que não seja o que eu faço, até porque eu não tenho esse tempo, então seria largar a medicina e eu não quero largar, porque é uma coisa que eu gosto. Então a princípio não.

28. Que sintomas físicos você percebe quando se sente estressado? Com que frequência estes sintomas aparecem?

Eu tenho dor de cabeça, é isso que você está perguntando? Dor de cabeça, e isso é uma coisa que eu tenho com muita frequência. Duas, três vezes na semana com certeza eu tenho dor de cabeça, tenho colo irritado e isso é mais raro assim, uma vez, duas vezes no mês, eu tenho diarreia e percebo que é de fundo psicossomático. E nos estresses máximos eu vou parar no centro cirúrgico, eu opero alguma coisa, já operei duas vezes. É por aí. Mas assim o que eu sinto com mais frequência com certeza é dor de cabeça, cansaço físico, né, esse desânimo, essa vontade de ficar quieta e o colo irritado.

29. Em que medida seu desgaste profissional interfere no seu atendimento com o paciente?

Eu acho que interfere mais do que eu gostaria. Porque às vezes eu me sinto irritada e acabo dando uma resposta atravessada. Ou então quando ouço alguma pergunta num tom mais agressivo ou alguma colocação mais assim, eu respondo às vezes no mesmo tom. Compro a briga digamos assim. Então isso acaba repercutindo no meu relacionamento com o paciente. Eu queria sempre poder ser aquela médica calminha, tranqüilinha sabe, que o paciente chega lá e fala: Nossa aquela doutora é tão boazinha. Mas eu não sou não. Queria poder ser assim.

30. Percebe que seu trabalho interfere em sua vida pessoal? De exemplos.

31. Como ficam suas relações com seus pacientes?

32. Preocupa-se em levar trabalho para casa? Qual frequência?

É, eu levo todo dia, quando eu me coloco a disposição eu acabo levando trabalho pra casa. Não levo assim como um executivo, como uma pessoa que pega um papel e que tem que resolver aquilo, mas aquela condição que eu te falei que eu me coloco a disposição é levar trabalho pra casa. Eu podia muito bem entrar pra dentro da minha casa e falar assim: olha eu não estou pra ninguém, se o telefone tocar não atende, se o celular chamar não é pra mim, podia ser assim, né. Mas não é. Então assim, eu levo trabalho pra casa diariamente. Hoje eu já consegui colocar um limite porque eu não dou meu celular pra paciente. Então assim, meus pacientes, exceto raríssimas exceções, uns quatro ou cinco no máximo, tem meu celular. Os outros pacientes quando tem algum problema eles ligam pra minha secretária, isso é uma coisa que eu já orientei ela, ela filtra o que é. Porque às vezes eles querem falar comigo porque o menino teve uma gripe. Eu não trato resfriado, você entendeu. Eu já falei pra eles, eles são orientados no meu consultório que todos eles tem que ter um pediatra. Porque se a criança tiver uma diarreia não é a mim que eles tem que procurar, você entendeu. Se ele tiver um quadro viral, uma gripe, porque criança tem, não é a mim. Às vezes a criança trata comigo por infecção urinária, mas está com uma amidalite. Então se a febre não é da infecção urinária e eu sempre deixo um vidro de urina pra cultura com eles pra primeira vez que eles ficarem achando que é urinária, eles colherem e já procurarem um consultório. Eles tem sempre, todos os meus pacientes tem mais ou menos dentro das doenças que eles tem eu já deixo uma certa prevenção pra um momento em que eu não estou no consultório, ele já colhe o exame, ou então liga e já deixa o telefone porque aí a minha secretária vai falar: olha doutora, foi por isso que ele ligou, deixou o número, aí eu retorno a ligação. Então isso ela já está orientada, mas aqui não tem jeito. Então aqui não é o paciente que tem o meu telefone, mas o residente tem. Então assim, por tudo e por nada eles ligam, entendeu. Eles me ligam pra me dar boas notícias e me ligam pra me dar má notícia, então.

Anexo 9

Critérios de Correção das Escalas CBB e CPR-B disponibilizados pelo
Autor Bernardo Moreno-Jimenez

Bernardo Moreno Jiménez
Dpto. Psicología Biológica y de la Salud
UAM
bernardo.moreno@uam.es

CUESTIONARIO C.B.B.

**Este Cuestionario es totalmente anónimo, los datos
tendrán un tratamiento estadístico**

**Por favor, conteste las cuestiones siguientes.
En las preguntas donde aparecen varias opciones de respuestas,
rellene con un círculo la que corresponda.**

CBB

- 1.- Edad.....años
- 2.- Sexo: 1. Hombre 2. Mujer
- 3.- Relaciones personales:
 1. Con pareja habitual
 2. Sin pareja habitual
 3. Sin pareja
- 4.- Número de hijos:.....
- 5.- Estudios realizados:
 - 1.Primaria 2.Bachiller 3.Formación profesional
 - 4.Titulado superior 5.Doctorado 6.Otros
- 6.- Profesión (especifique sección o unidad con la mayor precisión posible):
.....
- 7.- Cargo que ocupa:.....
- 8.- Situación laboral:
 1. Contratado 2. Fijo 3. Otros:
- 9.- Tiempo de experiencia en la profesión años
- 10.- Centro en el que trabaja:.....
- 11.- Condición del centro:
 1. Privado 2. Público
- 12.- Tiempo que lleva en el mismo centro:..... años
- 13.- Tiempo que lleva en el mismo cargo..... años
- 14.- Turno: 1. Mañana 2. Tarde 3. Noche
- 15.- Número de horas que trabaja a la semana:horas
- 16.- Número de personas que atiende diariamente: personas
- 17.- ¿Qué tiempo de su jornada diaria pasa en interacción con los beneficiarios de su trabajo? :
 1. Más del 75% 2. El 50% 3. Menos del 30%
- 18.- Tiene que realizar labores de su trabajo en casa:
 1. Si 2. No

Por favor, conteste a las siguientes preguntas, rodeando con un círculo la opción deseada.

1. En general estoy más bien harto de mi trabajo.

1-----2-----3 ----- 4 ----- 5
 En ninguna Raramente Algunas Frecuentemente En la mayoría
 ocasión veces de ocasiones

2. Me siento identificado con mi trabajo.

1-----2-----3 ----- 4 ----- 5
 En ninguna Raramente Algunas Frecuentemente En la mayoría
 ocasión veces de ocasiones

3. Los usuarios de mi trabajo tienen frecuentemente exigencias excesivas y comportamientos irritantes.

1-----2-----3 ----- 4 ----- 5
 En ninguna Raramente Algunas Frecuentemente En la mayoría
 ocasión veces de ocasiones

4. Mi supervisor me apoya en las decisiones que tomo.

1-----2-----3 ----- 4 ----- 5
 En ninguna Raramente Algunas Frecuentemente En la mayoría
 ocasión veces de ocasiones

5. Mi trabajo profesional me ofrece actualmente escasos retos personales

1-----2-----3 ----- 4 ----- 5
 Totalmente En desacuerdo Indeciso De acuerdo Totalmente
 en desacuerdo de acuerdo

6. Mi trabajo actual carece de interés

1-----2-----3 ----- 4 ----- 5
 Totalmente En desacuerdo Indeciso De acuerdo Totalmente
 en desacuerdo de acuerdo

7. Cuando estoy en mi trabajo me siento de malhumor.

1-----2-----3 ----- 4 ----- 5
 En ninguna Raramente Algunas Frecuentemente En la mayoría
 ocasión veces de ocasiones

8. Los compañeros nos apoyamos en el trabajo

1-----2-----3 ----- 4 ----- 5
 En ninguna Raramente Algunas Frecuentemente En la mayoría
 ocasión veces de ocasiones

9. Las relaciones personales que establezco en el trabajo son gratificantes para mí

1-----2-----3 ----- 4 ----- 5
 Nunca Raramente Algunas Frecuentemente Siempre
 veces

10. Dada la responsabilidad que tengo en mi trabajo, no conozco bien los resultados y el alcance del mismo.

1-----2-----3 ----- 4 ----- 5
 Totalmente En desacuerdo Indeciso De acuerdo Totalmente
 en desacuerdo de acuerdo

11. Las personas a las que tengo que atender reconocen muy poco los esfuerzos que se hacen por ellos.

1-----2-----3 ----- 4 ----- 5
 Totalmente En desacuerdo Indeciso De acuerdo Totalmente
 en desacuerdo de acuerdo

12. Mi interés por el desarrollo profesional es actualmente muy escaso.

- 1-----2-----3-----4-----5
 Totalmente En desacuerdo Indeciso De acuerdo Totalmente
 en desacuerdo de acuerdo
- 13. Considera Vd. que el trabajo que realiza repercute en su salud personal (Dolor de cabeza, insomnio, etc.)**
- 1-----2-----3-----4-----5
 Nada Muy poco Algo Bastante Mucho
- 14. Mi trabajo es repetitivo**
- 1-----2-----3-----4-----5
 En ninguna Raramente Algunas Frecuentemente En la mayoría
 ocasión veces de ocasiones
- 15. Estoy quemado por mi trabajo**
- 1-----2-----3-----4-----5
 Nada Muy poco Algo Bastante Mucho
- 16. Me gusta el ambiente y el clima de mi trabajo**
- 1-----2-----3-----4-----5
 Nada Muy poco Algo Bastante Mucho
- 17. El trabajo está afectando a mis relaciones familiares y personales**
- 1-----2-----3-----4-----5
 Nada Muy poco Algo Bastante Mucho
- 18. Procuro despersonalizar las relaciones con los usuarios de mi trabajo**
- 1-----2-----3-----4-----5
 Nunca Raramente Algunas Frecuentemente Siempre
 veces
- 19. El trabajo que hago dista de ser el que yo hubiera querido**
- 1-----2-----3-----4-----5
 Nada Muy poco Algo Bastante Mucho
- 20. Mi trabajo me resulta muy aburrido**
- 1-----2-----3-----4-----5
 En ninguna Raramente Algunas Frecuentemente En la mayoría
 ocasión veces de ocasiones
- 21. Los problemas de mi trabajo hacen que mi rendimiento sea menor**
- 1-----2-----3-----4-----5
 En ninguna Raramente Algunas Frecuentemente En la mayoría
 ocasión veces de ocasiones

CBB

Estructura del Cuestionario y
Clave de corrección

Dimensiones:

Factores de burnout : 2,10,16, 6,14,20, 4, 8, 9

Síndrome de Burnout: 1,7,15, 3,11,18, 5,12,19

Consecuentes del burnout: 13,17,21.

Los ítems subrayados deben ser invertidos, recodificados a la inversa, para obtener las puntuaciones globales de las subescalas correspondientes.

N.B. Para una comprensión adecuada del CBB es conveniente consultar Moreno y Col. Revista de Psicología del Trabajo y las Organizaciones , 1997, 13,2, pp185-207. El objetivo del CBB es evaluar los factores de burnout, Síndrome y Consecuentes globalmente. Complementariamente puede atenderse a la estructura de subescalas.

Criterios de diagnóstico :

Para efectos de evaluación global y diagnóstico se puede atender a los siguientes criterios:
(N : 630 sujetos)

Proceso de burnout:

	<u>Bajo</u>	<u>Medio</u>	<u>Alto</u>
Factores de burnout	9-20	21-28	29-45
Burnout	9-20	21-26	27-45
Consecuencias del burnout	3- 7	8 – 9	10-15

A efectos de diagnóstico se puede considerar que el contexto organizacional es precursor del burnout cuando la puntuación media poblacional es igual o superior a 29 puntos en Factores de Burnout.

A efectos de diagnóstico poblacional o individual del síndrome de burnout se considera que se alcanza el punto de corte a partir de una puntuación igual o superior a 27 puntos. Es decir a partir de 27 puede considerarse que una persona está afectada claramente por el síndrome del burnout.

A efectos de consecuencias de burnout, se puede considerar que una población o persona está críticamente afectada por las consecuencias cuando se alcanza una puntuación igual o superior a 10. En cualquier caso el CBB no es un cuestionario clínico, por lo que las consecuencias del burnout se deben evaluar complementariamente por un instrumento específico.

Hasta ahora no se han elaborado baremos específicos en función del género u otras características sociodemográficas.

Criterios de diagnóstico en las subescalas específicas:

La capacidad de evaluación del CBB de los componentes del burnout es menor, por lo que debe utilizarse sólo de forma complementaria y con un criterio de aproximación. Su uso debería estar centrado en la investigación o exploración y no en el diagnóstico.

Puntos de corte:	Bajo	Medio	Alto
Factores organizacionales			
Tarea:	3-8	9-10	11-15
Organización	3-8	9-11	12-15
Tedio	3-6	7-8	9-15
Síndrome de burnout:			
Cansancio Emocional	3-6	7-8	9-15
Despersonalización	3-8	9-10	11-15
Realización Personal	3-5	6-8	9-15

Dimensiones:

Factores de burnout : 2,10,16, 6,14,20, **4, 8, 9**

Síndrome de Burnout: 1,7,15, 3,11,18, 5,12,19

Consecuentes del burnout: 13,17,21.

Items de las subescalas:

Factores de burnout:

Tarea: **2,10, 16**

Organización: **4, 8, 9**

Tedio: 6,14,20

Las puntuaciones altas en Factores de burnout indican altos factores de burnout en el propio trabajo.

Los ítems en **negritas** deben ser invertidos.

Cansancio emocional: 1,7,15.

Despersonalización: 3,11,18,

Falta de realización personal: 5,12,19

CPR

Expresar el nivel de acuerdo o desacuerdo con las siguientes expresiones:

1	2	3	4	
Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	
1.- Me implicó seriamente en lo que hago, pues es la mejor manera para alcanzar mis propias metas	1	2	3	4
2.- Aún cuando suponga mayor esfuerzo, opto por los trabajos que suponen para mí una experiencia nueva	1	2	3	4
3.- Hago todo lo que puedo para asegurarme el control de los resultados en mi trabajo.	1	2	3	4
4.- Considero que el trabajo que realizo es de valor para la sociedad y no me importa dedicarle todos mis esfuerzos.	1	2	3	4
5.- En mi trabajo me atraen preferentemente las innovaciones y novedades en los procedimientos.	1	2	3	4
6.- Las cosas sólo se consiguen a base del esfuerzo personal	1	2	3	4
7.- Realmente me preocupo y me identifico con mi trabajo	1	2	3	4
8.- En mi trabajo profesional me atraen aquellas tareas y situaciones que implican un desafío personal.	1	2	3	4
9.- El control de las situaciones es lo único que garantiza el éxito	1	2	3	4
10.- Mi trabajo cotidiano me satisface y hace que me dedique totalmente a él.	1	2	3	4
11.- En la medida que puedo trato de tener nuevas experiencias en mi trabajo cotidiano.	1	2	3	4
12.- Las cosas salen bien cuando las preparas a conciencia	1	2	3	4
13.- Me gusta comprometerme personalmente en los objetivos del grupo o de la colectividad	1	2	3	4
14.- Dentro de lo posible busco situaciones nuevas y diferentes en mi ambiente de trabajo.	1	2	3	4
15.- Si me lo propongo puedo vencer y controlar las antipatías que algunos sienten por mí.	1	2	3	4
16.- La mejor manera que tengo de alcanzar mis propias metas es implicándome a fondo.	1	2	3	4
17.- Tengo una gran curiosidad por lo novedoso tanto a nivel personal como profesional.	1	2	3	4
18.- Cuando se trabaja seriamente y a fondo se controlan los resultados.	1	2	3	4
19.- Mis propias ilusiones son las que hacen que siga adelante con la realización de mi actividad.	1	2	3	4
20.- Me gusta que haya una gran variedad en mi trabajo.	1	2	3	4
21.- Si te lo propones puedes asegurar lo que va a pasar mañana controlando lo que ocurre hoy	1	2	3	4

Autor: Moreno Jiménez, B.
Dpto. Ps. Biológica y Salud
Universidad Autónoma. Madrid

Baremos :

	<u>Bajo</u>	<u>Medio</u>	<u>Alto</u>
Puntuación:			
Implicación :	8-18	19-21	>22
Control :	9-20	21-23	>23
Reto :	7-18	19-21	>22

Cuando la puntuación en las tres dimensiones es baja la vulnerabilidad de la persona es alta y a la inversa, cuando en las tres dimensiones la puntuación es alta la vulnerabilidad es baja.

Autor: Moreno Jiménez, B.
Dpto. Ps. Biológica y Salud
Universidad Autónoma. Madrid