

***Burnout* no trabalho do médico: o caso dos profissionais que atuam no serviço de atendimento de urgência e emergência na cidade de Belo Horizonte-MG**

Luana Reis Marques

Mestre em Administração pelo Centro Universitario Unihorizontes .Graduada em Psicologia pela Universidade FUMEC

luanareismarques16@gmail.com

<https://orcid.org/0000-0003-1067-0924>

Luiz Carlos Honorio

Mestrado e doutorado no CEPEAD pela Universidade Federal de Minas , Durante o curso de doutorado realizou estágio no exterior na Birmingham Business School - University of Birmingham.

luiz.honorio@unihorizontes.br

<https://orcid.org/0000-0001-8345-2587>

Antônio Luiz Marques

Professor Titular e Pesquisador do Centro Universitário Horizontes, onde atua no Curso de Mestrado Acadêmico em Administração .Pofessor Titular aposentado do Departamento de Ciências Administrativas da UFMG,. Doutor em Administração de Empresas pela Aston Business School - Aston University, UK

<https://orcid.org/0000-0002-5834-053X>

marques@face.ufmg.br

Editor Científico: José Edson Lara
Organização Comitê Científico
Double Blind Review pelo SEER/OJS
Recebido em 01.11.2019
Aprovado em 05.12.2019



Este trabalho foi licenciado com uma Licença Creative Commons - Atribuição – Não Comercial 3.0 Brasil

Resumo

Objetivo: Este trabalho descreve e analisa os elementos potencialmente desencadeadores da Síndrome de *Burnout* na profissão médica, baseando-se na teoria da Psicodinâmica do Trabalho e na percepção dos profissionais que atuam no serviço de atendimento de urgência e emergência de Belo Horizonte.

Método: A pesquisa descritiva de abordagem qualitativa foi realizada com 10 médicos, que responderam a uma entrevista estruturada baseada na teoria da Psicodinâmica do Trabalho e no instrumento de pesquisa *MBI (Maslach Burnout Inventory)*.

Resultados: Os dados submetidos à Análise de Conteúdo categorial indicam risco de acometimento pela Síndrome devido a: intensa pressão no trabalho; rotina intensa e exaustiva; imprevisibilidade do trabalho; rigor no cumprimento da escala de plantões; inadequação e escassez de equipamentos; condições inadequadas e inseguras para realização do trabalho; falta de segurança pública na execução do trabalho externo. No que tange às dimensões da Síndrome de *Burnout*, os riscos decorrem de: grande esforço físico, emocional e relacional; sentimento de exaustão, desgaste e angústia; recorrente ideia de abandono da profissão; absorção de sentimentos negativos que emergem do relacionamento com o paciente; medo de não conseguir fazer o que é demandado; sentimento de que a remuneração não é compatível com a expectativa e esforço profissional.

Recomendações: Propiciar condições adequadas de trabalho aos médicos para o atendimento de melhor qualidade aos cidadãos que necessitarem dos serviços de urgência e emergência. A atuação dos profissionais em contextos dessa natureza tende a prevenir a ocorrência de transtornos físicos, sociais e emocionais no exercício da função.

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

Burnout at the doctor's work: the case of professionals working in the emergency care service in the city of Belo Horizonte-MG

Abstract

Objective: This work is based on the theoretical premises of Work Psychodynamics and Burnout Syndrome and aims to describe and analyze the potential elements of this Syndrome in the medical profession, in the perception of the professionals who work in the emergency care service in the city of Belo Horizonte.

Method: We used a descriptive research of qualitative approach. Ten physicians participated responded to an interview anchored in a structured script based on the Psychodynamics of Work theory and the Maslach Burnout Inventory (MBI).

Results: The collected data were submitted to Categorical Content Analysis. The recording units were defined according to the theory of Work Psychodynamics and the three dimensions of MBI (emotional exhaustion, depersonalization and personal accomplishment). The results indicate risks of Burnout Syndrome, due to the following factors: intense pressure at work; intense and exhaustive routine; unpredictability of work; rigorous requirement for compliance with the scale of operations; inadequate communication equipment; inadequate and unsafe conditions to carry out the work; lack of public safety in the execution of external work; insecurity by inadequate maintenance of ambulances; insufficient work resources. Regarding

the dimensions of the elements of Burnout Syndrome, the risks appear due to the following factors: demand for great physical, emotional and relational effort; feeling of exhaustion, weariness and anguish; difficulty in dealing with attrition at work; absorption of negative feelings that emerge from the relationship with the patient; fear of not being able to do what is demanded; feeling that the compensation is not compatible with the professional expectation and effort.

Recommendations: Provide doctors with adequate working conditions to better serve citizens who need urgent and emergency services. The work of professionals in contexts of this nature tends to prevent the occurrence of physical, social and emotional disorders in the function's exercise.

Keywords: Emergence Medical Service; Medical Profession; Medical Work; Burnout Syndrome.

Burnout en el trabajo del doctor: el caso de los profesionales que trabajan en el servicio de atención de emergencia en la ciudad de Belo Horizonte-MG

Resumen

Objetivo: Este artículo describe y analiza los elementos potencialmente desencadenantes del Síndrome de Burnout en la profesión médica, basado en la teoría de la Psicodinámica del Trabajo y la percepción de los profesionales que trabajan en el servicio de atención de emergencia de Belo Horizonte.

Método: La investigación descriptiva cualitativa se realizó con 10 médicos, quienes respondieron a una entrevista estructurada basada en la teoría de la Psicodinámica del Trabajo y el instrumento de investigación MBI (Maslach Burnout Inventory).

Resultados: Los datos enviados al análisis de contenido categórico indican riesgo de participación del síndrome debido a: presión intensa en el trabajo; rutina intensa y agotadora; imprevisibilidad del trabajo; cumplimiento riguroso del horario de turnos; insuficiencia y escasez de equipos; condiciones inadecuadas e inseguras para realizar el trabajo; falta de seguridad pública en la ejecución del trabajo externo. En cuanto a las dimensiones del Síndrome de Burnout, los riesgos se derivan de: un gran esfuerzo físico, emocional y relacional; sensación de agotamiento, desgaste y angustia; idea recurrente de dejar la profesión; absorción de sentimientos negativos que surgen de la relación con el paciente; miedo a no poder hacer lo que se requiere; sintiendo que la compensación no es compatible con las expectativas y el esfuerzo profesional.

Recomendaciones: Brindar a los médicos condiciones laborales adecuadas para atender mejor a los ciudadanos que necesitan servicios urgentes y de emergencia. El trabajo de los profesionales en contextos de esta naturaleza tiende a prevenir la aparición de trastornos físicos, sociales y emocionales en el ejercicio de la función.

Palabras clave: Urgencia y Emergencia médica; Profesión Médica; Trabajo medico; El Síndrome de quemarse por el trabajo (Burnout).

1. Introdução

A literatura argumenta que o trabalho, enquanto atividade criativa e de transformação, modifica tanto o mundo quanto o indivíduo que o empreende. O mundo e a organização do trabalho afetam sua identidade, seus hábitos, seus gostos, sua subjetividade e o modo de se comportar no trabalho e executar as suas tarefas (Barros; Carreiro, 2011; Dejours, 2012; Maslach; Schaufeli, 2017).

Além de o trabalho ser fonte de subsistência, ele contribui para a construção da identidade das pessoas, da sua saúde, da satisfação pessoal, da constituição de vínculos sociais e do nível cultural (Dejours, 2012). Porém, quando o ambiente de trabalho não é fonte de desenvolvimento pessoal e profissional, ele se transforma em ameaça para a identidade e a saúde do trabalhador, podendo levá-lo à exaustão e ao adoecimento (Maslach; Schaufeli; Leiter, 2001).

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

A Síndrome de *Burnout* foi descrita primeiramente por Freudenberger (1974) e posteriormente por Maslach (1976) como uma síndrome psicológica decorrente da reação a estressores interpessoais crônicos do trabalho (Maslach, 1976). Os indivíduos mais propensos ao acometimento da Síndrome são profissionais que trabalham cuidando de pessoas (Maslach, 2017).

Segundo Maslach (2017), trata-se de uma síndrome decorrente de um processo psicológico em resposta ao estresse ocupacional crônico, que aparece quando falham as estratégias de enfrentamento que o sujeito utiliza para suportar as vivências de sofrimento no trabalho. O diagnóstico, segundo Maslach (1976), é realizado por meio de três dimensões: 1) exaustão emocional; 2) despersonalização; e 3) baixa realização profissional (RP).

Essa realidade pode ser vivenciada por qualquer categoria ocupacional. Todavia, profissionais de áreas assistencialistas têm se revelado mais propensos à exaustão no trabalho,

como é o caso dos médicos. Embora essa profissão seja reconhecida ao longo da história da humanidade, no Brasil os médicos enfrentam muitas dificuldades no exercício da profissão (Massud; Barbosa, 2007).

O nível de pressão a que o médico está sujeito difere segundo o contexto em que pratica sua profissão como, por exemplo, nos serviços de emergência. A emergência hospitalar atende pacientes que necessitam de tratamento rápido frente a eventos graves que podem levar à morte (Godoy, 2009). Nesses setores, a natureza do trabalho exige elevado nível de competência, desempenho e ação dos seus profissionais (Barros; Carreteiro, 2011). Os médicos trabalham sob elevada pressão do tempo. Essas exigências são apontadas como causadoras de estresse (Aubert, 1993), desgaste, fadiga e depressão (Freudenberger; Richelson, 1980).

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

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

O trabalho em urgência e emergência hospitalar se distingue dos outros serviços em função do trabalho nesses setores ser caracterizado por um contexto de alta imprevisibilidade, sem pausa para descanso e carregado de situações dolorosas e chocantes como pacientes fisicamente lesados, mutilados e com risco de morte. Isso gera quadros de elevada tensão nos profissionais envolvidos nessas situações (Godoy, 2009). O trabalho é realizado dentro do paradoxo de se exigir eficácia máxima no menor tempo possível (Barros; Carreteiro, 2011).

Ainda no contexto de atendimento de urgência e emergência, encontra-se o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192), cujo objetivo é chegar precocemente às vítimas em situação de urgência ou emergência, evitando o sofrimento, sequelas ou mesmo a morte (Azevedo *et al.*, 2010).

Considerando-se a discussão sobre os impactos do contexto e da organização do trabalho médico sobre a qualidade de vida e o adoecimento desse profissional, estabeleceu-se como objetivo do presente trabalho descrever e analisar os elementos potencialmente desencadeadores da Síndrome de *Burnout* na profissão médica, segundo a percepção de profissionais atuantes no serviço de atendimento de urgência e emergência na cidade de Belo Horizonte/MG, Brasil.

Visando o alcance do objetivo geral, definiu-se como objetivos específicos: 1) Caracterizar o contexto do trabalho do médico que atua nos serviços de urgência e emergência; 2) Identificar os elementos propensores da Síndrome de *Burnout* no trabalho do médico que atua no serviço de urgência e emergência; e 3) Identificar as estratégias utilizadas pelos médicos para lidar com a pressão e exaustão no trabalho.

Considerou-se relevante realizar o presente estudo sobre o adoecimento e a incidência de *Burnout* em Médicos, pois, por meio de pesquisa na base de dados das dissertações e artigos publicados no Brasil, constatou-se uma escassez de pesquisas com ênfase no desenvolvimento desta Síndrome em médicos que atuam em serviços de urgência em instituições brasileiras. Foi identificada farta publicação sobre o tema em outras categorias profissionais, a exemplo de professores, enfermeiros, fisioterapeutas e psicólogos, mas não na categoria ocupacional abordada na presente pesquisa.

2. A centralidade do trabalho na vida do indivíduo e a psicodinâmica do trabalho segundo Christophe Dejours

O trabalho, além de servir como fonte de subsistência e de inserção social, também influencia a construção da identidade das pessoas, sua saúde, satisfação pessoal, constituição de vínculos sociais e nível cultural (Dejours, 2005).

Para que o trabalho seja benéfico para o indivíduo ele precisa ser realizado em um contexto, estrutura e processos adequados (Hackman; Oldham, 1975; Dejours, 2007). A forma como o trabalho é organizado é fundamental para que o indivíduo perceba sentido no que faz,

forme a sua identidade e exercite a capacidade de interagir com o outro. Esse conjunto de elementos é primordial para a saúde física e mental do trabalhador (Dejours, 2007).

Entretanto, os processos acelerados de mudanças nas últimas décadas têm gerado grande impacto no contexto, na natureza, na organização e nos processos de trabalho, principalmente quanto às exigências de maior produtividade e qualidade, controle de desempenho e flexibilidade dos trabalhadores (Nesse contexto, o trabalho pode afetar a construção e reconstrução da identidade do indivíduo, bem como desencadear alienação, adoecimento físico e mental do trabalhador (Marques; Borges; Reis, 2016).

O sofrimento, segundo Dejours (2008), é inerente ao ato de trabalhar, tendo em vista a soberania da organização sobre o trabalhador. Significa dizer que deficiências no contexto ocupacional faz com que o trabalhador tenha que adotar estratégias de combate a esse sofrimento para minimizar o desgaste profissional e evitar o adoecimento psíquico futuro. A Síndrome de *Burnout* é, segundo Maslach e Schaufeli (2017), uma das formas mais perturbadoras do exercício profissional, uma vez que leva o indivíduo a se desgastar no trabalho, a ponto de exaurir-se. Assim compreendido, o contexto do trabalho na perspectiva da psicodinâmica do trabalho no tocante à forma como ele é organizado, às condições em que as atividades laborais são executadas e no modo como as relações socioprofissionais se estabelecem no ambiente ocupacional pode auxiliar na compreensão de como tais elementos podem propender o trabalhador se exaurir no exercício de suas funções.

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

A SB tem sido considerada como uma das formas mais graves de desgaste profissional, provocada por sentimentos de exaustão, pressão, frustração, incapacidade e sofrimento, que leva o trabalhador a se sentir culpado por não realizar o trabalho como desejado e por trazer mal-estar e estresse para a vida pessoal e familiar (Angelini, 2011).

A teoria da Síndrome de *Burnout* está ancorada em quatro abordagens: clínica, sociopsicológica, organizacional e sócio-histórica. A abordagem de maior relevância nos estudos sobre o tema é a sociopsicológica, a qual considera que as características de cada indivíduo se dissociam do ambiente em que ele se encontra e do trabalho que executa, propiciando o aparecimento de uma das características precursoras da síndrome, a

‘despersonalização’ (Murofuse; Abranches; Napoleão, 2005).

Ancorando-se na abordagem sociopsicológica Maslach (1976) ela é definida como uma reação psicológica a estressores interpessoais crônicos do trabalho e seu ambiente. A autora caracterizou a síndrome em três principais dimensões: exaustão emocional, despersonalização e baixa realização profissional.

A exaustão emocional é a primeira reação ao estresse ocupacional causada pelas vivências insatisfatórias do ambiente de trabalho. Uma vez esgotado, o trabalhador sente desesperança, solidão, depressão, irritabilidade, tensão, diminuição de empatia e sensação de baixa energia ao se levantar para ir trabalhar (Maslach, 1976).

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

A baixa realização profissional se designa pela perda de confiança do profissional na sua capacidade de desempenhar seu trabalho. O indivíduo passa a ter uma autoavaliação negativa, diminuindo sua autoestima e despertando nos colegas de trabalho dúvidas a respeito de sua capacidade profissional (Massud; Barbosa, 2007).

Segundo Maslach e Jackson (1981) profissões que lidam com o sofrimento de outro ser humano, como é o caso de profissionais da saúde, médicos, enfermeiros e psicólogos, têm maior propensão em adquirir esta Síndrome. A SB, segundo esses autores, é uma reação à tensão emocional crônica, gerada pelo contato direto e excessivo dos indivíduos com outros seres humanos, quando se veem preocupados ou com problemas.

Argumentam Maslach e Schaufeli (2017) que em vários momentos o distúrbio foi interpretado como tédio, estresse ocupacional, insatisfação profissional, depressão, alienação, moral baixo, ansiedade, tensão, sentimento de medo, conflito, esgotamento, pressão, nervo, tristeza, fadiga, saúde mental pobre, crise, desesperança, exaustão de vida, desesperança. Isso

ocorre devido ao fato de o conceito ter sido inicialmente incorporado ao discurso comum e não ao discurso científico, criando dificuldades para sua definição.

Burnout pode ser considerado um estresse prolongado do trabalho, mas esse debate ainda é inconclusivo. Segundo Brill (1984) o estresse se refere a um processo adaptativo temporário, não somente associado ao trabalho e acompanhado de sintomas físicos e mentais, enquanto o *Burnout* se refere à erosão da capacidade de adaptação acompanhada de mau funcionamento pessoal crônico.

Segundo Maslach e Schaufeli, (2017) várias perspectivas teóricas predizem que *Burnout* deveria ser analisado com base em conceitos como depressão e insatisfação com o trabalho. O dilema está em que metodologicamente “ser diferente de” e “ser relacionado a” não são mutuamente excludentes. Então se pergunta: em que aspectos este tipo de esgotamento pode ser diferenciado conceitualmente e empiricamente dos estados de depressão e insatisfação com o trabalho

A esse respeito Freudenberger e Richelson (1980) considera que depressão é um fenômeno acompanhado por sentimento de culpa, enquanto *Burnout* ocorre em um contexto de raiva. Além disso, os sintomas desse tipo de distúrbio tendem a ser relacionados com o trabalho e à situações específicas. Um estado de depressão “real” é caracterizado pela generalização dos sintomas para as situações em geral, enquanto o *Burnout* é relacionado ao trabalho.

3. Metodologia

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

Os dados foram coletados por meio de entrevista estruturada, composta de 3 (três)

seções. A primeira seção abordou dados demográficos dos pesquisados; a segunda, o contexto do trabalho no qual se focou a organização do trabalho, as condições do trabalho e as relações sócio profissionais, inspirada na teoria da Psicodinâmica do Trabalho. Finalmente, a terceira seção tratou dos elementos propensos à SB, estruturada em quatro subseções: exaustão emocional, despersonalização e baixa realização profissional. Dentro da exaustão emocional, incluiu-se uma questão que tratava das estratégias defensivas, também orientada pela Psicodinâmica do Trabalho. Esta seção foi elaborada com base no instrumento de pesquisa quantitativo *MBI (Maslach Burnout Inventory)* desenvolvido por Maslach (1981) e, adaptado para a abordagem qualitativa da presente pesquisa

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

Todas as entrevistas foram realizadas com o consentimento dos participantes, cumprindo um tempo médio de duração de 60 minutos. As transcrições das entrevistas foram submetidas a adaptações na ordem e na sequência lógicas das falas, visando maior compreensão do que foi dito.

Os dados obtidos pelas entrevistas foram tratados e analisados com base na técnica de análise de conteúdo do tipo temática de Bardin (2016), optando-se pelo modo semântico. As unidades de registro foram definidas a priori, tomando por base os elementos do contexto preconizado pela Psicodinâmica do Trabalho (organização do trabalho, condições do trabalho e relações sócio profissionais) e da Síndrome de *Burnout* (exaustão emocional, despersonalização e baixa realização profissional).

As categorias de análise foram definidas a partir da análise e verificação dos temas mais recorrentes que apareceram nos depoimentos dos entrevistados, e também na teoria elaborada para a pesquisa.

4. Análise e discussão dos resultados

Quanto ao perfil demográfico dos entrevistados, 60% são mulheres e 40% são homens. A maioria tem idade acima de 30 anos; possui um ou mais filhos; são casados; e cursaram especialização completa (residência médica) na área que atuam.

Em relação aos dados ocupacionais dos médicos pesquisados, além da especialidade médica em urgência e emergência, também possuem outras especialidades. Todos eles trabalham na instituição há mais de dois anos e fazem dois plantões semanais de 12h/cada, totalizando 24 horas semanais de prestação de serviço.

4.1 Psicodinâmica do trabalho médico em urgência e emergência

Conforme mostra o Quadro 1, a Psicodinâmica do Trabalho está delimitada em três categorias de análise: organização do trabalho, condições do trabalho e relações sócio profissionais. Cada uma dessas unidades de registro está subdividida em várias categorias que emergiram da análise do conteúdo das entrevistas realizadas.

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

Quadro 1 – Unidades de registro e categorias da Psicodinâmica do trabalho

Fonte: elaborado pelos autores

A análise do conteúdo dos dados relativos à **Organização do trabalho** revelou seis categorias relativas ao trabalho dos médicos pesquisados: rotina de trabalho, exigências do ambiente de trabalho, planejamento e cobranças, competências requeridas, eficiência dos meios de comunicação e tomada de decisão, sobre as quais as análises serão realizadas a seguir.

Com relação à *Rotina de trabalho* a quase totalidade dos pesquisados manifestou que esta é exaustiva e intensa. O trabalho é considerado diversificado por um número menor de entrevistados, mas, todos consideram que ele é realizado sob muita pressão.

Quanto às *Exigências no ambiente de trabalho*, a análise dos dados revelou que as principais exigências requeridas são a competência técnica, competência emocional e

relacional, além de boa capacidade física, de concentração e muita atenção a tudo. A competência técnica foi apontada como a mais exigida. Além disso, é fundamental o espírito de equipe, a capacidade de tomar decisões firmes e rápidas. Do ponto de vista administrativo eles precisam cumprir o horário rigorosamente e manter boa aparência em termos de cuidados pessoais.

Neste sentido, Massud e Barbosa (2007) argumentam que a competência técnica, apesar de imprescindível no processo de formação, não é suficiente para responder às demandas exigidas desses profissionais. Há uma deficiência na formação médica, uma vez que essa não contempla, ou contempla de forma limitada, o desenvolvimento de competências sociais e emocionais. Portanto, fica a cargo do próprio médico desenvolvê-las durante sua atuação profissional.

Quanto ao *Planejamento e cobranças* constatou-se que os médicos pesquisados realizam seu trabalho em um contexto administrativo de planejamento frágil, com informações inadequadas e insuficientes, e precisam cumprir rigorosamente as escalas de plantões e respeitar as chefias. Neste sentido, Dejours (2007) já havia apontado que a organização do trabalho é fundamental para que o indivíduo realize o seu trabalho em condições adequadas e perceba sentido no que faz. Quando esse conjunto de elementos não é encontrado, o trabalhador se torna propenso ao adoecimento. Também Hackman e Oldham (1975), argumentam que o contexto de trabalho é um dos fatores que interfere diretamente no estado psicológico do trabalhador, bem como em seu bem-estar e qualidade de vida no trabalho.

O trabalho técnico é realizado pelo profissional segundo uma prescrição de ações bem fixadas, por meio de protocolos e grades de urgências. Porém, precisam tomar decisões técnicas, segundo seu próprio conhecimento e julgamento. Segundo Dejours (2001) quando o indivíduo não tem liberdade para fazer adaptações no trabalho prescrito, o sofrimento é maior. Também Toledo (2006), argumenta que o excesso de exigência na organização do trabalho causa desarmonia entre a vida profissional e familiar, expondo o trabalhador a permanente situação de sofrimento.

Sobre a relevância da técnica como competência primordial para realização do trabalho médico, tal como evidenciado nesta pesquisa, Massud e Barbosa (2007) argumentam que a competência técnica, apesar de primordial, não responde a todas as exigências demandadas desses profissionais porque o método científico não supre todos os

requisitos do objeto de ação do médico, o ser humano. A sensibilidade e a compaixão de quem presta assistência a outro ser humano são essenciais. Ainda segundo esses autores, os pacientes se sentem insatisfeitos quando os médicos não correspondem à expectativa de atenção e gentileza esperadas. Nesse sentido, infere-se que o fato de o médico ser demandado em competências não desenvolvidas em sua formação, como as competências humana e social, pode gerar sentimentos de insegurança, ansiedade e desgaste emocional.

Com relação à *Eficiência dos meios de comunicação* disponíveis para a realização do trabalho os pesquisados foram unânimes em apontar que os equipamentos são muito velhos e ineficientes, tendo o médico, às vezes, que usar seu telefone particular para resolver problemas. Além disso, muitas vezes o paciente ou seu interlocutor passa informação distorcida, dificultando a tomada de decisão pelo médico que tem que decidir qual equipe é adequada para atender a solicitação.

A inadequação e ineficiência dos meios de comunicação fazem com que estes profissionais sejam submetidos a um esforço e desgaste adicional na realização do seu trabalho. Conclusões semelhantes sobre a precariedade das condições de trabalho dos médicos brasileiros foram apontadas por Machado (1996), Carneiro e Gouveia (2004) e também por pesquisa do Conselho Federal de Medicina (2007) que identificou o sofrimento dos médicos ao ver morrer pessoas que não puderam ser atendidas devido à precariedade e falta de recursos adequados para realização do trabalho requerido.

Sobre o processo de *Tomada de decisão* a análise dos dados evidenciou que as decisões técnicas precisam ser rápidas e baseadas em protocolos, no conhecimento individual, na intuição e no apoio dos colegas. Os pesquisados têm pouca participação em decisões institucionais. Constatou-se também a ocorrência de conflitos entre profissionais e áreas envolvidas, em relação às decisões técnicas tomadas.

A ocorrência de conflito na decisão médica foi também identificada na pesquisa de Uchôa e Camargo Jr., (2010) na qual se constatou que o conflito estava relacionado ao fato de que o uso de protocolos e a rotinização do trabalho médico não resultava em consenso das decisões tomadas. Os autores observaram que a atitude dos médicos em relação aos pacientes deixava transparecer ambivalência ou polivalência: além do uso de protocolos e/ou estudos científicos, tomavam suas decisões de forma intuitiva e pragmática, a partir de evidência clínica.

A análise de conteúdo dos dados sobre as **Condições de trabalho** deu origem a três categorias de análise: adequação do ambiente de trabalho, sentimento de segurança no trabalho, qualidade e disponibilidade de recursos para o trabalho.

Em relação à *Adequação do ambiente de trabalho*, a maioria dos entrevistados relatou que os fatores relacionados a equipes, sistematização e organização do trabalho, sistema de coordenação e gerência são adequados. Entretanto, vários aspectos do ambiente de trabalho são inadequados: os alojamentos não favorecem o descanso, o material de trabalho e as ambulâncias são sucateadas, falta local para descanso e reflexão e, quando e onde existem, são muito desconfortáveis. Além disso, o ambiente de trabalho é insalubre e com muito ruído, algumas equipes são desfalcadas, e há relatos de carência de apoio institucional às demandas das equipes. Em síntese, a estrutura, a organização e a gestão do trabalho específico do médico são adequadas. Porém, as condições em que o trabalho é realizado são inadequadas.

Em relação ao sentimento de *Segurança no trabalho* os pesquisados foram unânimes em apontar que sentem muita insegurança por trabalharem expostos na rua com ambulâncias sem manutenção. Eles consideram seu ambiente de trabalho inseguro devido a falta de segurança pública nos locais onde os pacientes precisam ser atendidos e pelo uso de ambulâncias com manutenção deficiente. A esse respeito, Barboza e Soler (2003) relatam que o ambiente de trabalho do médico é constituído por organizações insalubres em todos os sentidos, oferecendo riscos de ordem física, social, psicológica, mecânica e ergonômica, entre outras. Assim, o sentimento de insegurança no ambiente de trabalho identificado na presente pesquisa sugere ser este fenômeno recorrente e permanente no trabalho de médicos de serviços de urgência e emergência em qualquer que seja a instituição em que trabalham.

Em relação à *Qualidade e disponibilidade de recursos de trabalho*, os entrevistados, em sua totalidade, relataram que: os equipamentos são antigos e sem manutenção; faltam equipamentos básicos como desfibriladores nas ambulâncias; os materiais são insuficientes; e, às vezes faltam medicamentos; tendo-se o estritamente básico para o exercício da função.

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

Quanto às **Relações socioprofissionais** os entrevistados foram concordantes em apontar que o *relacionamento com suas chefias* é ótimo. Além disso, eles avaliam que suas chefias procuram ser transparentes, respeitosas e apoiadoras na solução dos problemas que emergem para as equipes.

No que se refere ao *Relacionamento com colegas e equipe* a maioria dos entrevistados percebe o relacionamento como excelente, tanto entre os pares quanto entre os médicos e os enfermeiros. Entretanto, alguns profissionais se dedicam apenas ao seu trabalho como médico, pouco se envolvendo com seus colegas de trabalho.

Quanto ao *Relacionamento com o paciente e sua família* os pesquisados, no geral, manifestaram que conseguem manter um relacionamento adequado. Entretanto, na Central de Regulação, o relacionamento é mais conflituoso porque muitas solicitações são negadas por não serem diagnosticadas como urgência ou emergência. A negação do atendimento gera desespero e ansiedade no paciente ou sua família, tornando o relacionamento, muitas vezes, tumultuado e agressivo.

Em suma, a respeito das relações socioprofissionais, constatou-se o relacionamento dos pesquisados com a chefia é bom, sendo caracterizado por respeito, transparência e colaboração. Em relação aos colegas do mesmo nível e à equipe, o relacionamento é adequado, mas muito reservados, e há casos de indivíduos não se relacionarem com a equipe. O relacionamento com o paciente e sua família é satisfatório, mas às vezes ocorre conflito, quando o médico da central de regulação informa ao solicitante que seu pedido não caracteriza um problema que necessita de atendimento pela unidade móvel.

4.2 Dimensões da Síndrome de *Burnout*

Da análise dos elementos levantados com os médicos pesquisados identificou-se, conforme mostra o Quadro 2, quatro unidades de registro: exaustão emocional, estratégias defensivas, despersonalização e baixa realização profissional, quase exatamente a estrutura de dimensões definidas por Maslach (1976), com exceção da unidade associada às estratégias defensivas, inspirada na Psicodinâmica do Trabalho (Dejours, Abdoucheli; Jayet, 1994). Cada uma dessas unidades de registro está subdividida em várias categorias da Síndrome de *Burnout*

que emergiram da análise do conteúdo dos relatos dos entrevistados.

Unidades de registro	Categorias
exaustão emocional	. sensações diante do estímulo trabalho . esforço no trabalho
estratégias defensivas	. enfrentamento do desgaste . abandono da profissão
despersonalização	. sentimentos pelo paciente . sentimentos em relação ao estímulo trabalho . enfrentamento das emoções no trabalho
baixa realização profissional	. reconhecimento pelo trabalho . realizações e alegrias advindas da profissão . autoavaliação profissional . motivação no trabalho . expectativas profissionais . remuneração ou retorno do investimento profissional

Quadro 2 - Unidades de Registro e categorias da Síndrome de *Burnout*

Fonte: elaborado pelos autores.

A análise do conteúdo dos dados relativos à **Exaustão emocional** revelou duas categorias a esse respeito: as sensações diante do estímulo trabalho e o esforço no trabalho.

Em relação às *Sensações diante do estímulo trabalho* constatou-se que é geral o sentimento de felicidade e prazer em poder ajudar o próximo e a sensação de dever cumprido. Também foram identificadas sensações negativas, por exemplo, exaustão, desgaste e angústia. Portanto, os pesquisados vivenciam sentimentos ambíguos de prazer e sofrimento em relação ao trabalho. Apesar da dificuldade em exercer a profissão médica no Brasil, Carneiro e Gouveia (2004) comentam que a maioria dos médicos se sente honrada e satisfeita com a escolha profissional.

Em relação ao *Esforço no trabalho* constatou-se que o exercício profissional do médico na urgência e emergência demanda grande esforço físico, mental e emocional. O esforço físico é o mais demandado quando em atendimento nas ambulâncias porque, em certas situações, o médico precisa carregar maca com o paciente em estado crítico até a unidade móvel de atendimento. Um intenso esforço mental é requerido quando o médico está atuando na Central de Regulação porque ele não tem contato direto com o paciente e tem que

prestar o atendimento por meio de contato telefônico. A pressão por assertividade na Central de Regulação é apontada pelos pesquisados como fator gerador de desgaste psicológico intenso. Tal como na presente pesquisa, Godoy (2009) constatou em sua pesquisa que os médicos desenvolviam seu trabalho sem pausa para descansar e conviviam com situações dolorosas e chocantes, relacionadas a pacientes fisicamente lesados, mutilados e com quadro clínico instável, gerando estados de elevada tensão. Essas características do trabalho são apontadas por Maslach (1981) como dimensões que podem levar ao desencadeamento da Síndrome de *Burnout*.

Quanto à propensão ao *Abandono da profissão* constatou-se que a maioria dos pesquisados nunca pensou em desistir da profissão, mesmo consciente das dificuldades e sacrifícios para exercê-la. Parte dos entrevistados manifestou o desejo de abandonar a profissão ou a área de urgência e emergência por considerar que a demanda de trabalho é muito intensa e exaustiva, o reconhecimento é baixo, e a remuneração é inadequada. Os que pensam em desistir ainda não o fizeram porque gostam da profissão. Infere-se, portanto, que a permanência na profissão está associada a uma motivação intrínseca que vai além de fatores contextuais que envolvem o exercício da função.

Os dados relativos às *Estratégias defensivas* revelam que os pesquisados têm dificuldade em encontrar estratégias para lidar com o desgaste provocado pelo trabalho, o que favorece a exaustão e adoecimento. Não há política ou ação de suporte da instituição empregadora, visando mitigar esses problemas. A alternativa encontrada para minimizar o desgaste pessoal tem sido, para alguns, buscar apoio em colegas, chefias, familiares e na própria reflexão e esforço pessoal. Outros praticam exercício físico. O uso estrito da racionalidade no desempenho do trabalho também foi identificado.

A análise do conteúdo dos dados relativos à **Despersonalização** revelou três categorias a esse respeito: sentimentos pelo paciente; sentimentos em relação ao estímulo trabalho; enfrentamento das emoções no trabalho.

Quanto aos *Sentimentos pelo paciente* constatou-se que os pesquisados vivenciam sentimentos ambíguos em relação ao paciente. Por um lado, procuram expressar afeto, respeito e carinho pelos pacientes. Por outro, em certas situações, manifestam sentimentos como sofrimento, angústia, pena e absorção dos problemas dos pacientes. Outro sentimento manifestado pelos médicos pesquisados foi a frieza emocional. Segundo Maslach e Jackson

(1981), profissionais que lidam diretamente com o sofrimento de outras pessoas, como é o caso dos médicos envolvidos na presente pesquisa, têm elevada propensão à Síndrome de *Burnout*

No quesito *Sentimento em relação ao trabalho*, os médicos pesquisados vivenciam sentimentos ambíguos e contraditórios ao mesmo tempo. Por um lado, eles foram unânimes em relatar que sentem satisfação e orgulho pelo que fazem. Por outro, manifestaram sentimentos negativos como: tristeza, frustração, decepção estresse e insegurança no exercício da profissão. Essa dualidade de sentimentos vivenciados em alta intensidade no ambiente de trabalho pelos pesquisados pode, tal como Maslach e Jackson (1981) argumentam, levar ao adoecimento desses profissionais.

Quanto ao *Enfrentamento das emoções do trabalho*, constatou-se que a maioria dos médicos pesquisados lida com as emoções associadas ao trabalho de forma racional e fria. Porém, alguns buscam ajuda de amigos, familiares e terapia para se libertarem das emoções negativas vivenciadas no trabalho. Outros relataram que não conseguem se libertar das emoções negativas advindas do contexto de trabalho e que, muitas vezes, acabam levando os problemas para casa e descontando na família ou em pessoas do convívio social, pois o ambiente de trabalho não permite extravasar essas emoções.

A frieza emocional adotada pela maioria dos envolvidos na presente pesquisa remete ao que Maslach (1976) definiu como *despersonalização*, na qual o médico ou profissional acometido pela síndrome passa a lidar com as situações desgastantes advindas do trabalho de forma fria e impessoal.

Da análise do conteúdo dos dados relativos à **Baixa realização profissional** emergiram os seguintes fatores que podem contribuir para o desenvolvimento da síndrome: reconhecimento no trabalho, realizações e alegrias advindas da profissão, autoavaliação profissional, motivação no trabalho, expectativas profissionais e remuneração ou retorno do investimento profissional.

Em relação ao fator *Reconhecimento pelo Trabalho* constatou-se que poucos entrevistados se sentem reconhecidos e valorizados socialmente pelo seu trabalho. Na maioria das vezes, o reconhecimento só acontece entre os próprios médicos. Às vezes, o reconhecimento ocorre pelos familiares quando conseguem salvar o paciente. Portanto, o reconhecimento social e profissional dos pesquisados está aquém de suas expectativas. Essa

insatisfação permanente manifestada pelos médicos pesquisados é considerada por diferentes autores (Maslach; Schaufeli; Leiter, 2001; Gil-Monte; Moreno-Jiménez, 2007; Vicente; Oliveira; Maroco, 2013) como uma forte ameaça para a identidade e a saúde do trabalhador, podendo levá-lo à exaustão e ao adoecimento.

Quanto às *Realizações e às alegrias decorrentes da profissão e da atuação como médico* da urgência e emergência, a maioria dos pesquisados relatou se sentir realizada pessoal e profissionalmente, com seu trabalho enquanto médicos, e que sentem orgulho da profissão e da tarefa de salvar vidas. Resultado semelhante foi identificado por Carneiro e Gouveia (2004) em sua pesquisa com médicos em geral, na qual eles relatam que, apesar das dificuldades da prática médica no Brasil, esses profissionais afirmam que, mesmo exercendo sua atividade num contexto de trabalho difícil, se sentem satisfeitos e realizados pessoal e profissionalmente. Diante dessas constatações, infere-se que os médicos encontram uma recompensa intrínseca relacionada à prática da medicina, independentemente do contexto e das condições em que a profissão é exercida.

No que se refere à *Autoavaliação profissional* constatou-se um consenso entre os médicos ao se considerarem bons profissionais e reconhecerem que a profissão exige crescimento e aprendizagem diários com a equipe e com os profissionais de referência em suas áreas de atuação.

Quanto à *Motivação no trabalho* a análise dos dados revelou que os principais fatores motivadores na percepção dos médicos são o amor pela profissão, o reconhecimento do paciente e suas famílias, e o aprendizado permanente. Assim, infere-se que o trabalho médico contém uma motivação intrínseca, ancorada no exercício da competência, na satisfação em salvar pessoas, ajudá-las em momentos difíceis e receber o reconhecimento da família. A motivação do médico está também associada, segundo Kusrkar *et al.* (2011), à autonomia técnica na realização da tarefa.

A análise dos dados revelou que as *expectativas* que os médicos têm quanto a retorno financeiro, reconhecimento social e reconhecimento profissional são muito maiores do que a realidade oferece. A totalidade dos entrevistados considera sua remuneração muito baixa em relação ao investimento pessoal e ao esforço profissional, porém reconhecem que esta é muito melhor quando comparada a outras profissões. Em síntese, evidenciou-se que, tal como argumentam Carneiro e Gouveia (2004), apesar de a profissão médica ser socialmente

identificada como de elevado retorno financeiro, os médicos pesquisados avaliam que o salário não é condizente ao esforço, dedicação e responsabilidades exigidos pela profissão. Em síntese, infere-se que para os médicos pesquisados, sucesso profissional significa sucesso financeiro

5. Considerações Finais

O objetivo geral desta pesquisa foi descrever e analisar os elementos potencialmente desencadeadores da Síndrome de *Burnout* em médicos que atuam em setores de atendimento de urgência e emergência na cidade de Belo Horizonte/MG, Brasil. Para isso, caracterizou-se a Psicodinâmica do trabalho, identificaram-se os elementos desencadeadores da SB e as estratégias utilizadas pelos médicos para lidar com a pressão e exaustão no trabalho.

A Psicodinâmica do trabalho foi analisada segundo três dimensões: organização do trabalho, condições de trabalho e relações sócioprofissionais.

Quanto à “Organização do Trabalho” constatou-se que o trabalho dos pesquisados é diversificado e realizado sob muita pressão, dentro de rotinas intensas e exaustivas. Os pesquisados são altamente demandados em competência técnica, emocional e relacional e necessitam de boa capacidade física, concentração e atenção. O trabalho médico é realizado segundo uma prescrição de ações fixadas em protocolos e grades de urgência. As decisões técnicas são baseadas em protocolos, no conhecimento individual, na intuição e em consultas aos colegas. Embora essas decisões sejam respaldadas por procedimentos pré-definidos, ocorrem conflitos entre profissionais e setores em relação a algumas decisões tomadas. O envolvimento desses profissionais com decisões administrativas é praticamente inexistente. O planejamento administrativo das atividades é frágil, as informações são inadequadas e insuficientes, e precisam cumprir rigorosamente as escalas de plantões e respeitar as chefias. A competência técnica é o quesito mais importante. As competências humanas, emocional e relacional são relevantes, porém consideradas secundárias.

Em relação às “Condições de Trabalho” constatou-se que a estrutura, a organização e a gestão do trabalho específico do médico são adequadas. Porém, as condições em que o trabalho é realizado são inadequadas. Os médicos pesquisados se sentem inseguros por trabalhar em ambiente externo onde há ausência de segurança pública, e por usarem equipamentos de transporte com manutenção inadequada. Os recursos disponíveis para realização do trabalho são insuficientes, ultrapassados e inadequados.

As “Relações Socioprofissionais” com as chefias foram consideradas ótimas. O relacionamento entre colegas e equipes foi considerado adequado. Alguns profissionais se dedicam apenas ao seu trabalho como médico, pouco se envolvendo com seus colegas de trabalho. Os médicos que trabalham nas unidades móveis (ambulâncias) consideram seu relacionamento adequado com os pacientes e seus familiares. Os que trabalham na Central de Regulação vivenciam relacionamentos conflitivos com os solicitantes de atendimento quando uma solicitação é negada por não se caracterizar como urgência.

As características do trabalho dos médicos pesquisados foram analisadas segundo as três dimensões sugeridas por Maslach (1981): exaustão emocional, estratégias de despersonalização e baixa realização profissional, acrescidas das estratégias defensivas orientadas pela Psicodinâmica do Trabalho (DEJOURS, ABDOUCHELI; JAYET, 1994).

Os resultados da pesquisa evidenciaram que os pesquisados vivenciam sentimentos ambíguos de prazer e sofrimento em relação ao trabalho. Por um lado, vivenciam sentimentos de felicidade e prazer em poder ajudar o próximo e a sensação de dever cumprido. Por outro lado, vivenciam sensações negativas de exaustão, desgaste e angústia.

O exercício profissional do médico na urgência e emergência demanda grande esforço físico e mental. Para enfrentar o desgaste os pesquisados adotam estratégias variadas: apoio em colegas, chefias, familiares, reflexão e esforço pessoal, exercício físico e uso estrito da racionalidade. Não há política ou ação de suporte da instituição empregadora, visando mitigar esses problemas. Essas características do trabalho são apontadas por Maslach e Schaufeli (2017) como elementos de propensão à Síndrome de *Burnout*

Parte dos pesquisados manifestou o desejo de abandonar a profissão ou a área de urgência e emergência porque a demanda de trabalho é muito intensa e exaustiva, o reconhecimento é baixo, e a remuneração é inadequada. Mesmo assim, a maioria não pensa em abandonar a profissão. Os que pensam em abandoná-la ainda não o fizeram porque gostam da profissão

Os médicos pesquisados vivenciam sentimentos ambíguos em relação aos pacientes que, Segundo Maslach e Jackson (1981), podem desencadear a SB. Por um lado, sentem afeto, respeito e carinho. Por outro lado, sentem sofrimento, angústia e pena e, às vezes, absorvem seus problemas. Além disso, a frieza emocional adotada por alguns pesquisados como reação à tensão emocional gerada pelo contato direto com os pacientes é apontada por

esses autores como uma característica básica do processo de despersonalização.

A ambiguidade de sentimentos em relação ao trabalho dos pesquisados também ficou evidente. Por um lado, sentem satisfação e orgulho pelo que fazem. Por outro, sentem tristeza, frustração, decepção, estresse e insegurança no exercício da profissão. Segundo Maslach e Jackson (1981) a dualidade de sentimentos vivenciada em alta intensidade pode levar ao adoecimento.

Os médicos pesquisados se sentem realizados com seu trabalho enquanto médicos, e sentem orgulho da profissão e da tarefa de salvar vidas. Porém, o reconhecimento social e profissional é considerado aquém das expectativas. Eles se avaliam como bons profissionais que procuram estar atualizados por meio de aprendizagem todos os dias. Seus principais fatores motivadores são o amor pela profissão, o reconhecimento do paciente e suas famílias, e o aprendizado permanente. Todos consideram sua remuneração muito baixa em relação ao investimento pessoal e ao esforço profissional, porém reconhecem que esta é muito melhor quando comparada a outras profissões. Assim, além dos fatores motivacionais extrínsecos como a remuneração e o reconhecimento social, Kusrkar *et al.* (2011) apontam que a motivação do médico está também associada a fatores intrínsecos como a autonomia e competência na realização da tarefa.

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

Finalmente conclui-se que, das categorias analisadas a respeito do contexto de trabalho dos médicos pesquisados, apenas a categoria relacionamento com a chefia foi apontada como satisfatória. Nas demais categorias constataram-se características que foram apresentadas no referencial teórico desta pesquisa como potencialmente desencadeadoras da Síndrome de *Burnout*. Soma-se a isso que na análise das categorias referentes às dimensões correlatas, apenas as categorias realizações e alegrias advindas da profissão, autoavaliação profissional e motivação no trabalho, foram apontadas como satisfatórias. Ainda assim, esta satisfação advém de fatores intrínsecos da profissão médica. Ficou evidente o elevado esforço no trabalho, a grande dificuldade em lidar com o desgaste e a pressão advindos do trabalho, a absorção de sentimentos em relação ao paciente, o sentimento de baixo

reconhecimento pelo trabalho, o conflito de expectativas profissionais e a insatisfação com a remuneração e o retorno sobre o investimento na formação profissional. Portanto, o exercício da profissão em serviços de urgência e emergência dos médicos pesquisados apresenta a maior parte das dimensões descritas por Maslach (1981) como desencadeadoras da Síndrome de *Burnout*.

O presente trabalho contribui academicamente para ampliar o conhecimento sobre o contexto de trabalho e os riscos de adoecimento da categoria profissional estudada, e para reforçar os resultados de pesquisas já realizadas, formando uma base teórica e conceitual mais sólida sobre o tema pesquisado. Além disso, os resultados da pesquisa podem contribuir para a orientação de estudantes que pretendem ingressar na carreira médica, fornecendo-lhes as características da profissão que poderão vir a abraçar. Quanto à contribuição social acredita-se que se as instituições empregadoras implantarem condições de trabalho adequadas para esses profissionais, os cidadãos que necessitarem dos serviços de urgência e emergência médica poderão receber um atendimento de melhor qualidade. Os profissionais da área, por sua vez, poderão desempenhar suas funções em um ambiente que preserva e previne a ocorrência de transtornos físicos, sociais e emocionais.

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

Futuras pesquisas poderiam ser realizadas com médicos que atuam em serviços de urgência e emergência de hospitais públicos e privados, de capitais e do interior, para que se construa uma base conceitual sólida sobre a psicodinâmica do trabalho e os riscos de adoecimento da categoria profissional na perspectiva da Síndrome de *Burnout*.

Referências

- Angelini, R. A. V. M. (2011). *Burnout: a doença da alma na educação e sua prevenção*. Revista *Psicopedagogia*, São Paulo, v. 28, n. 87, p. 262-272.
- Aubert, N. (1993). A neurose profissional. In: Chanlat, J. F. (Coord.). *O indivíduo na organização*. São Paulo: Atlas.
- Azevedo, A. L. C. S.; Pereira, A. P.; Lemos, C.; Coelho, M. F.; Chaves, L. D. P. (2010). Organização de serviços de emergência hospitalar: uma revisão integrativa de pesquisas. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, Goiânia, v. 12, n. 4, p. 736-745.
- Barboza, D. B.; Soler, Z. A. S. G. (2003). Afastamentos do trabalho na enfermagem: ocorrências com trabalhadores de um hospital de ensino. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v.11, n. 2, p.177-183, mar./abr.
- Bardin, L. (2016). *Análise de conteúdo*. Lisboa, Portugal: Edições 70 LDA.
- Barros, V. A.; Carreteiro, A. P. (2011). Clínicas do Trabalho: contribuições da psicossociologia no Brasil. In: Bendassolli, P. F.; Soboll, L. A. (Orgs.). *Clínicas do trabalho: novas perspectivas para compreensão do trabalho na atualidade*. São Paulo: Atlas.
- Benevides-Pereira, A. M. T. (2002). *Burnout: o processo de adoecer pelo trabalho*. In: Benevides-Pereira, A. M. T. (Org.) *Burnout: quando o trabalho ameaça o bem-estar do trabalho*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Brill, P. L. The need for an operational definition of Burnout. (1984). *Family & Community Health: The Journal of Health Promotion & Maintenance*. USA: v. 6, n. 4, p.12-24.
- Carneiro, M. B.; Gouveia, V. V. (Orgs.). (2004). *O médico e o seu trabalho*. Brasília, DF: Conselho Federal de Medicina.
- Cherniss, C. (1980). *Professional burnout in human service organizations*. Praeger Publishers.
- Conselho Federal de Medicina. (2007) *Número de médicos com registros primários e ativos*. Brasília. Disponível em: < <http://www.portalmedico.org.br/> Acesso em: 10 de abril de 2017.
- Dejours, C. (2001). *Uma nova visão do sofrimento humano nas organizações*. A banalização da injustiça social. 4. ed. Rio de Janeiro: FGV.
- Dejours, C. (2004). Subjetividade, trabalho e ação. *Revista Produção*, São Paulo, v. 14, n. 3, p. 27-34, set./dez.
- Dejours, C. (2007). A psicodinâmica do trabalho na pós-modernidade. In: Mendes, A. M.; Lima, S. C. C.; Facas, E. P. (Orgs.). *Diálogos em psicodinâmica do trabalho*. Brasília: Paralelo 15.
- Dejours, C. (2008). Addendum da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho. In: Lancman S.; Sznelwar, L. I. (Orgs.). Dejours, C. *Da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho*. Brasília: Paralelo 15.
- Dejours, C. (2012). Psicodinâmica do trabalho e teoria da sedução. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 17, n. 3, p. 363-371, jul./set.
- Dejours, C.; Abdoucheli, E.; Jayet, C. (1994). *Psicodinâmica do trabalho: contribuições da escola dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho*. São Paulo: Atlas.

- Foucault, M. (1996). *O nascimento da clínica*. Rio de Janeiro: Forense - Universitária.
- Freudenberger, H. J. (1974). Staff burnout. *Journal of Social Issues*, v. 30, n. 1, p. 159-165.
- Freudenberger, H. J.; Richelson G. (1980). *Burnout: the cost of high achievement*. Garden City: New York.
- Gil-Monte, P. R.; Jiménez, B. M. (2007). *El síndrome de quemarse por el trabajo (Burnout): grupos profesionales de riesgo*. Madrid: Pirámide.
- Godoy, S. C. B. (2009). *Prazer e sofrimento do enfermeiro na relação com o trabalho: estudo em um hospital de urgência e emergência de Belo Horizonte*. 2009. Tese (Doutorado em Enfermagem) Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.
- Hackman, J. R.; Oldham, G. R. (1975). Development of the job diagnostic survey. *Journal of Applied psychology*. Washington, v. 60, n. 2, p. 159, 1975.
- Kusurkar, R. A.; Ten Cate, T. H. H.; Van Asperen, M. e Croiset, G. (2011). Motivation as an independent and a dependent variable in medical education: A review of the literature. *Web Paper*. University Medical Center Utrecht. The Netherlands: v. 33, p. 242–262.
- Marcuse, H. (1969). *Razão e revolução: Hegel e o advento da teoria social*. Trad. Marília Barroso. Rio de Janeiro: Saga.
- Marques, A. L.; Borges, R.; Reis, I. (2016) Mudança organizacional e satisfação no trabalho: um estudo com servidores públicos do estado de Minas Gerais. *Revista de Administração Pública*, v. 50, n. 1, p. 41-58.
- Massud, M.; Barbosa, G. A. (2007). A profissão médica e o ser médico. In: Barbosa *et al.* (orgs.). *A saúde dos médicos no Brasil*. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 220p.
- Maslach, C. (1981) Burned-out. *Human Behavior*, n. 5, n. 1, p. 16-22.
- Maslach, C.; Jackson, S. E. (1981). *MBI: Maslach Burnout inventory*. Palo Alto: Consulting Psychologist Press.
- Maslach, C.; Schaufeli, W. B. (2017). Historical and Conceptual Development of Burnout. In: Schaufeli, W. B.; Maslach, C.; Marek, T. (Ed.). *Professional Burnout: Recent developments in theory and research*. Taylor & Francis.
- Maslach, C.; Schaufeli, W. B.; Leiter, M. P. (2001). Job Burnout. *Annual Review of Psychology*, v. 52, n. 1, p. 397-422.
- Murofuse, N. T.; Abranches, S. S.; Napoleão, A. A. (2005). Reflexões sobre Estresse e *Burnout* e a relação com a enfermagem. *Revista Latino-Americana Enfermagem*, v.13, p. 255-261.
- Thiry-Cherques, H. R. (2009). Saturação em pesquisa qualitativa: estimativa empírica de dimensionamento. *Revista PMKT*, v. 3, n. 2, p. 20-27.
- Toledo, S. (2006). Carreira e identidade: reflexos das exigências mercadológicas na vida pessoal e profissional dos jovens executivos de empresas multinacionais. In: Encontro Nacional da Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Administração, EnAnpad, Salvador. *Anais...* 2006.
- Uchôa, S. A. C.; Camargo, J. R. (2010). Os protocolos e a decisão médica: medicina baseada em vivências e ou evidências? *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 15, p. 2241-2249.
- Vicente, C. S.; Oliveira, R. A.; Maroco, J. (2013). Análise fatorial do Inventário de *Burnout* de Maslach (MBI-HSS) em profissionais portugueses. *Psicologia, Saúde & doenças*, v. 14, n. 1, p. 152-167.