

CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIHORIZONTES

Programa de Pós-Graduação em Administração Mestrado

Maria Célia do Nascimento Oliveira de Souza

**PROPENSÃO À SÍNDROME DE *BURNOUT*: avaliando
fisioterapeutas que atuam em uma Unidade de Terapia Intensiva
localizada na região metropolitana de Belo Horizonte**

Belo Horizonte

2018

Maria Célia do Nascimento Oliveira de Souza

PROPENSÃO À SÍNDROME DE *BURNOUT*: avaliando fisioterapeutas que atuam em uma Unidade de Terapia Intensiva localizada na região metropolitana de Belo Horizonte

Dissertação apresentada ao curso de Mestrado Acadêmico em Administração do Centro Universitário Unihorizontes, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Administração.

Orientador: Prof. Dr. Luiz Carlos Honório

Linha de pesquisa: Relações de Poder e Dinâmica nas Organizações.

Área de Concentração: Organização e Estratégia

Belo Horizonte

2018

DECLARAÇÃO

Declaro que fiz a correção linguística de Português da dissertação de Maria Célia do Nascimento Oliveira de Souza, intitulada “Propensão à Síndrome de *Burnout*: avaliando fisioterapeutas que atuam em uma Unidade de Terapia Intensiva localizada na região metropolitana de Belo Horizonte”, apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Administração do Centro Universitário Unihorizontes, como requisito parcial para obtenção do título de mestre.

Viçosa, MG, 25 de julho de 2018.



Edir de Oliveira Barbosa
Revisor de Textos – UFV
ebarbosaufv@gmail.com

A meu esposo Jaime Lúcio, aos meus filhos Sophia (*in memoriam*), Pedro e Thomaz e à minha irmã Rozângela, fonte de amor e cumplicidade que nos unem.

Aos fisioterapeutas, que contribuíram com esta pesquisa – O meu grande respeito a esses profissionais.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por me abençoar tão amorosamente. Conduzida por Ele, em tudo sou mais plena.

À memória de meus pais Geraldo e Aguida, com gratidão eterna, pela vida e pelo exemplo de dignidade.

Ao meu amado esposo e companheiro Jaime Lúcio, pela compreensão e disponibilidade em me ajudar sempre.

Aos meus amadinhos Pedro, Thomaz e Zanja, por compreenderem o meu distanciamento e, muitas vezes, meus destemperos.

Aos meus colegas de mestrado, em especial à Flávia Arruda – que me trouxe para a realização deste sonho – e ao Anderson, pelo companheirismo. Com todos, lembrando mentalmente aqui de cada um, aprendi que o caminhar fica muito mais agradável e profícuo quando andamos de mãos dadas.

Aos meus colegas de trabalho e aos meus amigos, por me ouvirem tantas vezes falando sobre *Burnout* e do sentido do trabalho na vida do homem, em especial a Thais e Jardell, compreensivos e verdadeiros amigos.

À Diretoria do *campus* de Florestal, em especial a Rogério Torres, Calil, Daniella, pelo apoio.

Ao Corpo Administrativo do Centro Universitário Unihorizontes, em especial à secretária Rachel, pela paciência e serenidade com que me acolheu, dando-me o suporte necessário.

A todos os meus mestres do Centro Universitário Unihorizontes, pelos ensinamentos, pois, como nos ensina Albert Einstein, “A mente que se abre a uma nova ideia jamais voltará ao seu tamanho original”.

Ao meu orientador Luiz Carlos Honório, por ter-me conduzido de forma tão respeitosa, fazendo que eu experienciasse todas as minhas possibilidades de crescimento como pesquisadora.

Gratidão é saber que todas as pessoas que cruzam nosso caminho são necessárias para a nossa evolução.

(Jhone Remid)

Nós somos responsáveis pelo outro, estando atento a isto ou não, desejando ou não, torcendo positivamente ou indo contra, pela simples razão de que, em nosso mundo globalizado, tudo o que fazemos (ou deixamos de fazer) tem impacto na vida de todo mundo e tudo o que as pessoas fazem (ou se privam de fazer) acaba afetando nossas vidas.

(Zygmunt Bauman)

RESUMO

O objetivo desta pesquisa foi descrever e analisar a propensão à síndrome de *Burnout* sob a percepção dos fisioterapeutas intensivistas que desenvolvem suas atividades em um hospital público na região metropolitana de Belo Horizonte. Esta pesquisa é descritiva com abordagem qualitativa, em que foi utilizado o estudo de caso como método. O instrumento empregado foi a entrevista estruturada adaptada para este estudo, tomando como base a teoria da psicodinâmica do trabalho na perspectiva dejouriana e a abordagem psicossocial desenvolvida por Maslach e colaboradores para a síndrome de *Burnout*. No tratamento dos dados foi realizada a análise de conteúdo, sendo consideradas sete categorias definidas *a priori* dentro do contexto do trabalho (organização do trabalho, condições do trabalho, relações socioprofissionais) e na síndrome de *Burnout* (exaustão emocional, despersonalização, baixa realização profissional e estratégias de regulação). A pesquisa envolveu 10 profissionais de fisioterapia. Os depoimentos foram gravados e posteriormente transcritos, a fim de realizar a análise de conteúdo. A partir dos depoimentos emergiram múltiplas subcategorias. No contexto do trabalho, os resultados apontaram que os fisioterapeutas o consideram desgastante, de ritmo instável, havendo necessidade de replanejamento constante por plantão, obedecendo à demanda do paciente. O trabalho exige especialização e experiência, no entanto frequentemente os fisioterapeutas se deparam com profissionais inabilitados para realizá-lo. As condições laborais foram consideradas precárias e típicas do contexto da saúde pública brasileira. Quanto à síndrome de *Burnout* na primeira dimensão – exaustão emocional –, observou-se grande comprometimento físico, mental e emocional do trabalhador. Na segunda dimensão – a despersonalização –, ficou evidenciado o desejo dos profissionais de não se envolverem com os problemas do trabalho, criando um distanciamento como forma de se manterem equilibrados para o serviço e para a vida privada. Na terceira dimensão – a baixa realização pessoal –, ficou compreendido que os entrevistados se sentiam, em sua maioria, reconhecidos pela equipe, mas percebiam a profissão como subvalorizada e sem perspectiva de melhoria. Consideraram-se como maiores motivadores para continuarem na profissão o cuidado e a reabilitação do paciente, bem como o suprimento de suas necessidades pessoais. Os fisioterapeutas utilizam mecanismos de regulação individuais e coletivos para enfrentar o desgaste no trabalho, sendo os mais apontados na pesquisa a racionalização, o apoio social, o fortalecimento espiritual, o entretenimento e o lazer.

Palavras-chave: Síndrome de *Burnout*. Unidade de Terapia Intensiva. Fisioterapeutas.

ABSTRACT

The objective of this research was to describe and to analyze the predisposition to develop Burnout syndrome under the perception of the intensivist physiotherapists who develop their activities in a public hospital in the metropolitan area of Belo Horizonte. The study is descriptive, with a qualitative approach where the case study was used as method. The tool used in this work was the structured interview adapted for this study, based on the theory of work psychodynamics in the Dejourian perspective and the psychosocial approach developed by Maslach and collaborators for the Burnout syndrome. In the data treatment, the content was analyzed by considering seven categories defined *a priori* within the work context (work organization, work conditions, socio-professional relations) and in Burnout syndrome (emotional exhaustion, depersonalization, low professional achievement, regulation strategies). The study involved ten physiotherapy professionals. The statements were recorded and later transcribed in order to perform content analysis. From the testimonies, multiple subcategories emerged. In the work context, the results showed that physiotherapists consider the work to be exhausting, with an unstable pace, requiring constant replanning per shift, according to the patient's demand. The work requires expertise and experience, the physiotherapists are constantly faced with unprepared professionals who cannot perform it. Working conditions were considered precarious and typical of the Brazilian public health context. As for Burnout syndrome in the first dimension – emotional exhaustion –, it was evidenced a great physical, mental and emotional damage of the worker. In the second dimension – depersonalization – it was evidenced that these professionals did not want to get involved with work problems creating a detachment as a way to keep themselves stable for work and their private life. In the third dimension – low personal accomplishment–, it was understood that most of the interviewees felt recognized by the team, but perceived the profession as undervalued and with no prospect of improvement. The care and rehabilitation of the patient was considered as the major motivators to continue in the profession as well as the supply of their personal needs. Physiotherapists use individual and collective regulation mechanisms to deal with the attrition of the work. The mechanisms most pointed in the study were rationalization, social support, spiritual strengthening and entertainment.

Keywords: Burnout Syndrome. Intensive Care Unit. Physiotherapists

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANPAD	Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Administração
BDTD	Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CISMEP	Consórcio Intermunicipal de Saúde do Médio Paraopeba
COFFITO	Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional
CTI	Centro de Terapia Intensiva
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MBI	<i>Maslach Burnout Inventory</i>
RNPT	Recém-Nascido Pré-Termo
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UAI	Unidade de Atendimento Integrado
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Mecanismos de defesas mais abordados na literatura

Quadro 2 – Perfil dos fisioterapeutas entrevistados

Quadro 3 – Categorias e subcategorias derivadas das entrevistas

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	9
1.1	Objetivo geral	15
1.2	Objetivos específicos.....	15
1.3	Justificativa.....	15
2	AMBIÊNCIA DA PESQUISA	18
2.1	As UTIs no Brasil e o profissional fisioterapeuta.....	18
2.2	Características da instituição pesquisada	21
3	REFERENCIAL TEÓRICO	23
3.1	Centralidade e psicodinâmica do trabalho: elementos de interface.....	23
3.2	Síndrome de <i>Burnout</i> : considerações gerais e conceituais	27
3.2.1	Síndrome de <i>Burnout</i> : a perspectiva de Christina Maslach e colegas.....	31
3.2.2	Fatores que propiciam o <i>Burnout</i>	34
3.2.3	Sintomatologia e consequências do <i>Burnout</i>	36
3.3	Mecanismos de enfrentamento à exaustão no trabalho	38
4	METODOLOGIA DA PESQUISA	41
4.1	O tipo, abordagem e método de pesquisa	41
4.2	Unidade de análise e sujeitos da pesquisa.....	42
4.3	Coleta dos dados	43
4.4	Análise dos dados.....	45
5	DESCRIÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS	47
5.1	Caracterização do perfil dos pesquisados.....	47
5.2	Descrição e análise de conteúdo: unidades de registro e categorias.....	48
5.2.1	Contexto do trabalho	50
5.2.1.1	Organização do trabalho	50
5.2.1.2	Condições do trabalho.....	51
5.2.1.3	Relações socioprofissionais	56
5.3	Síndrome de <i>Burnout</i>	62
5.3.1	Exaustão emocional.....	63
5.3.2	Despersonalização	67
5.3.3	Baixa realização profissional	67
5.4	Mecanismos de enfrentamento à exaustão no trabalho	72
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	76
	REFERÊNCIAS	83
	APÊNDICE A	93
	APÊNDICE B	97

1 INTRODUÇÃO

O trabalho é essencial à vida humana, sendo caracterizado por um processo que se dá entre a natureza e o homem, que a transforma, regula e controla por meio de suas ações (MARX, 1967). Acrescenta Lukács (1979) que nesse processo o homem estabelece seu controle sobre a natureza, abstraindo dela condições para sua subsistência.

Conforme Migliaccio Filho (1994), há uma relação histórica e própria entre o homem e o trabalho, em que se depreende que este sempre existiu e que não se concebe a existência humana sem ele. Por essa razão, reconhece-se que o trabalho é primordial para a vida humana e a sua centralidade está presente como base e suporte para o processo de socialização do homem, munindo a vida de sentido e realização, sendo isso muito diferente de se dizer que tal condição se restringe apenas ao trabalho (ANTUNES, 2009).

Freitas (2013) acrescenta que a centralidade do trabalho contribui para o processo da criação da identidade pessoal e social do homem, bem como da sua identificação e envolvimento com as atividades que realiza. A centralidade mostra-se como um construto que depreende da relação entre a subjetividade, o trabalho e a ação, elementos esses que fundam a psicodinâmica do trabalho, em que se discute se esse construto é estruturante ou se acarreta para o trabalhador alguma patologia (DEJOURS, 2004).

Morin (2001) afirma que o sentido do trabalho está relacionado à capacidade do sujeito em sentir vontade de dedicar-se à sua realização, de modo que o produto que dele deriva seja capaz de garantir sua sobrevivência, dar sentido à vida e concorrer para formação da identidade do trabalhador. A organização do trabalho intervém fortemente no sentido do trabalho, uma vez que transforma a maneira de atuação das pessoas por meio das prescrições das atividades.

Segundo Dejours (1998, p. 133), “a organização do trabalho exerce no homem uma ação específica, cujo impacto é o aparelho psíquico”. Tal ação diz respeito aos

elementos funcionais disponibilizados ao trabalhador, que podem prejudicar a sua saúde mental, mediante a inexistência de reconhecimento profissional, limitação de uso da capacidade criativa, divisão e padronização das tarefas, inflexibilidade de comando, centralização do processo decisório e baixa utilização da competência técnica.

O trabalhador, na atualidade, é muito mais exigido para responder favoravelmente às realidades que lhe são apresentadas no exercício da profissão. Quando essas exigências ultrapassam os limites das capacidades individuais, em algum momento pode ocorrer desarmonia física e psíquica no trabalhador (MENDES, 2007), trazendo como consequência o risco de adoecimento físico e psíquico.

Diante dessa realidade, é natural que estudos sobre a manifestação de doenças ocupacionais sejam realizados. Entre essas enfermidades está o *Burnout*, reconhecido em 1969 por Bradley em um artigo científico como uma síndrome que poderia levar ao esgotamento físico e emocional de profissionais da área da saúde (BENEVIDES-PEREIRA, 2010). Posteriormente, esse fenômeno ganhou mais expressão com os estudos dos psicólogos Freudenberger em 1974, Maslach em 1981 e, sequencialmente, outros estudiosos da área que o apresentaram de maneira mais sólida e estruturada.

Os estudos sobre a síndrome de *Burnout* são relativamente novos, havendo consenso entre os estudiosos de que a designação mais aceitável seria a de que se trata de um conjunto de sintomas que provoca no trabalhador a sensação de desgaste de energia, apatia e insatisfação profissional, sensação de fracasso e incompetência. Para Maslach, Schaufeli e Leiter (2001), *Burnout* é uma síndrome de esgotamento profissional, resultante do contato prolongado com fatores interpessoais e crônicos no trabalho e considerada, portanto, um fenômeno psicossocial, um adoecimento em ambiente laboral. Os estudos apontam que a síndrome ocorre em atividades que requerem a necessidade do cuidado do outro, atividades assistenciais, em que existe a premência de atenção contínua e excessiva dirigida à ocupação.

Maslach e colaboradores apresentam um modelo que é referenciado por muitos estudiosos de *Burnout*. Nesse modelo, destaca-se a importância que as peculiaridades do trabalho têm como fontes que possibilitam o surgimento dessa síndrome e a qualifica como fenômeno composto por três dimensões: exaustão emocional, despersonalização e baixa realização profissional (MASLACH; SCHAUFELI; LEITER, 2001).

A exaustão emocional relaciona-se às sensações de sobre-esforço emocional providas das relações que os trabalhadores precisam manter no seu ambiente laboral, podendo ser identificada pela falta de vigor físico e mental, enfraquecimento emocional. A despersonalização pressupõe o desenvolvimento de um comportamento frio, distante e impessoal, que o trabalhador toma para si ao relacionar-se com o outro. Já na baixa realização profissional existe uma tendência do trabalhador de se autoavaliar de forma depreciativa, geralmente se sentindo infeliz, insatisfeito e tecnicamente incapaz. Em razão disso, ele se sente incompetente perante seus colegas e clientes, o que ocasiona a inabilidade de convivência com as pessoas ao seu redor.

Dessa forma, a síndrome de *Burnout* se configura pela existência de sintomas físicos, psíquicos, comportamentais e defensivos (BENEVIDES-PEREIRA, 2010). Codo e Vasques-Menezes (1999) comentam que as pessoas portadoras dessa síndrome têm o espírito corroído pelo desânimo e pelo baixo desejo de realização que acaba por minar as conquistas idealizadas, causando o desconforto diário, por mais que o dia se apresente distintamente. É identificada em várias profissões, porém as pesquisas se voltam particularmente para a área da saúde e do ensino pelo fato de serem atividades que envolvem contato direto e constante com as pessoas (FREUDENBERGER, 1974; MASLACH; LEITEER, 1997).

Pesquisas mostraram a ocorrência da síndrome de *Burnout* entre profissionais cujo contato direto com as pessoas é parte intrínseca de suas funções laborais, entre eles se encontram os profissionais da saúde, professores, bancários, cuidadores e outros (McMANUS; KEELING; PAICE, 2004; MUROFUSE; ABRANCHES; NAPOLEÃO, 2005; VIEIRA *et al.*, 2006; COSTA MARTINS; SPINDOLA, 2007; LEE; STEWART; BROWN, 2008). Outros estudos estenderam as possibilidades para as

demais profissões, inclusive em atividades em fase pré-ocupacionais, como os estudantes durante o período de formação acadêmica (SALANOVA; LLORENS, 2008). Todavia, para manter-se fiel aos pressupostos teórico-metodológicos originais deste campo de pesquisa, que implica investigação com profissões assistenciais, interessa a esta dissertação realizar um estudo com profissionais da saúde atuantes no serviço emergencial, especificamente em Unidades de Terapia Intensiva (UTIs).

Conforme Barros *et al.* (2008), as UTIs são conhecidas como importantes causas de estresse em pacientes, familiares e equipe de profissionais. São ambientes fechados, que requerem do profissional continuamente alta concentração, ritmo de trabalho fatigante, decisões que envolvem questões éticas, convívio com o sofrimento e finitude da vida, além de carga horária de trabalho penosa.

Segundo Santuzzi *et al.* (2013), as UTIs foram instituídas com o propósito de oferecer auxílio e suporte de ponta aos pacientes críticos, com risco de morte, por meio de equipamentos com recursos de alta tecnologia e de equipes multiprofissionais. A rotina estabelecida nesses centros é bastante rigorosa, tendo em vista a exigência de monitoramento contínuo dos pacientes, a limitação de visitas e o contato contido dos profissionais com a finalidade de preservar os pacientes de possíveis complicações.

Araújo e Neves (2003) ressaltam que as características físicas desses ambientes são evidenciadas pela presença de ruídos incessantes (equipamentos, alarmes), odores (produtos de desinfecção e medicamentos), ambiente com claridade artificial acentuada, janelas fechadas e recobertas, temperatura regularmente fria. Essas são apresentadas como características que fazem das UTIs um ambiente pouco humanizado (PESSINI, 2004; CORONETTI, 2006; SOUZA, 2010).

Segundo Pessini (2004), as UTIs são ambientes vistos frequentemente como perfeitos, mas sem vestígio de alma e de ternura. Essa desumanização, em que há predominância da tecnicidade dos procedimentos, cria uma imagem de distanciamento entre o cuidador e o ser cuidado. O profissional que se encontra ali em atividade tem orientação para minimizar o sofrimento tanto do paciente quanto dos familiares (TOFFOLETTO, 2005).

Assunção e Belisário (2007) comentam que, no desenvolvimento do trabalho em saúde, os profissionais, em razão da qualidade do material que manipulam, ficam mais vulneráveis a riscos de contaminação e de acidentes com objetos perfurocortantes ou resíduos químicos, sendo os acidentes com esses elementos de fácil identificação donexo causal com o processo de trabalho. Por essas razões, reconhece-se que esses profissionais se apresentam com grande predisposição a serem acometidos por doenças tanto físicas quanto mentais, advindas de múltiplos fatores relacionados ao trabalho. Nesta pesquisa, a atenção recairá sobre o profissional que presta serviço de fisioterapia.

No exercício fisioterapêutico é frequente o contato direto com limitações e sequelas dos pacientes, exigindo do profissional grande conhecimento técnico-científico, por vezes, separado das questões humanísticas (ARAÚJO; NEVES, 2003). Conforme Romani (2001), os fisioterapeutas, bem como os outros profissionais de saúde, são submetidos a cargas mentais durante suas atividades, uma vez que convivem diariamente com a doença e o sofrimento dos pacientes e familiares. Acrescenta-se que o trabalho dos fisioterapeutas representa papel importante no processo de reabilitação, o que envolve estreita relação com o paciente, incluindo manutenção da relação terapêutica, consultas posteriores, esclarecimentos profissionais, comprometimento excessivo com o trabalho e esgotamento pessoal (PAVLAKIS; RAFTPOULOS; THEODOROU, 2010).

Normalmente, o tratamento fisioterápico é diário e demorado, contribuindo para maior proximidade entre o fisioterapeuta, seu assistido e familiares. Com isso, essa interação pode contribuir para que o profissional absorva a carga emocional de sofrimento transmitido pelo paciente (MESSIAS, 1999). Inclui Messias (1999) que essa comoção não se restringe ao quadro clínico do paciente, mas também à impossibilidade na condução do trabalho, como o descontentamento com a remuneração e a falta de autonomia. Apesar de a Lei nº 8.856, de 1994, limitar a jornada de trabalho desse profissional a 30 horas semanais, devido ao seu desgaste emocional, estudos apontam que é comum fisioterapeutas trabalharem em dois ou mais empregos, expondo-se ainda mais aos riscos de adoecimento (MESSIAS, 1999).

Outra questão que é apresentada por Shaufeli, Leiter e Maslach (2009) é o contexto do serviço público de saúde que se caracteriza pela precariedade estrutural, profissionais insatisfeitos com as condições limitantes do seu labor e a falta de reconhecimento profissional. Acrescentam ainda, esses autores, a escassez de recursos para atender à demanda com humanização e a desconfiança dos profissionais em relação aos reais objetivos da instituição onde se encontram. Esses são elementos que reforçam o risco do surgimento da síndrome de *Burnout*. Enfim, os trabalhadores defrontam-se com tal realidade, ou seja, a precariedade da rede de saúde e a exigência, por parte dela, de que o profissional atenda à demanda, algo que pode potencializar o desgaste e o desenvolvimento da síndrome (TRINDADE; LAUTERT, 2010).

Tendo em vista essas argumentações, acredita-se ser oportuno realizar um estudo dos riscos relacionados à síndrome de *Burnout* nas atividades de fisioterapia, considerando que esses profissionais desenvolvem suas atribuições em situações e ambientes em que estão contidos elementos que os predispõem a contrair patologias, distúrbios funcionais, traumas e doenças psicossociais (NOGUEIRA, 2007; BERMÚDEZ *et al.*, 2008), como também atuam em ambientes contornados pelas idiosincrasias da saúde pública brasileira.

Diante do exposto e porque os fisioterapeutas intensivistas fazem parte de uma equipe de profissionais que se encontram neste contexto, surge o questionamento central da pesquisa: **Como se configuram as dimensões que predispõem o aparecimento da síndrome de *Burnout* no trabalho de fisioterapeutas?**

1.1 Objetivo geral

Descrever e analisar a propensão à síndrome de *Burnout* em fisioterapeutas atuantes em uma UTI de um hospital público localizado na região metropolitana de Belo Horizonte, tendo em vista a abordagem de Maslach, Schaufeli e Leiter (2001).

1.2 Objetivos específicos

Os objetivos específicos deste estudo são:

- a) Descrever o contexto de trabalho onde os fisioterapeutas executam suas funções;
- b) Verificar como os fisioterapeutas se posicionam diante das dimensões da síndrome de *Burnout*; e
- c) Identificar as estratégias utilizadas pelos fisioterapeutas para lidar com a possibilidade de exaustão no trabalho.

1.3 Justificativa

Realizou-se uma pesquisa bibliográfica considerando o período de 2013 a 2017 nas bases de dados da Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Administração (ANPAD), no Portal de Periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e na Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações (BDTD). O objetivo foi apurar estudos mais recentes acerca do tema *Burnout* nos serviços de fisioterapia, especificamente sobre profissionais que trabalham em ambientes emergencialistas. Para isso, utilizou-se da associação de unitermos “*Burnout AND fisioterapeuta*”; e “*Burnout AND fisioterapia*”, fazendo seu refinamento para o idioma nacional. Após a leitura do material emergente da pesquisa, verificou-se que apenas uma dissertação defendida em 2017, intitulada “Síndrome da estafa profissional em fisioterapeutas trabalhadores de Unidades de Terapia Intensiva de uma grande cidade da Bahia”, se aproximava dos termos procurados. As demais incluíam essa

categoria a outros profissionais que atuam na saúde, referenciando-os de forma superficial. Assim, a literatura científica nacional apresenta uma lacuna, surgindo daí a necessidade de estudos que tratem de aspectos mais característicos da síndrome de *Burnout* direcionados ao serviço do profissional de fisioterapia.

Além disso, Coêlho *et al.* (2016), em pesquisa de revisão de literatura realizada em anos anteriores a 2013, apontam que, apesar de haver trabalhos publicados relacionados a *Burnout* nas categorias profissionais como professores, médicos, enfermeiros, entre outros, quando se trata da categoria profissional de fisioterapeutas as publicações são inexpressivas. Esses pesquisadores ressaltam a importância de mais estudos direcionados a essa categoria, visto que existe risco à saúde do trabalhador com a progressão de incidência da síndrome. Eles reforçam ainda sobre a importância da realização de estudos qualitativos para avançar em campos inexplorados.

Posto isso, acredita-se ser relevante a execução deste trabalho para a academia pela escassez de pesquisa sobre a relação de trabalho e o aparecimento da síndrome de *Burnout* em profissionais da fisioterapia com abordagem qualitativa. O que se procura é apreender o sentido, dar maior significado, aprofundamento e amplitude aos estudos já existentes. Daí a razão de este estudo buscar entender, com acuidade, os fatores que podem levar ao desequilíbrio físico e mental do trabalhador, identificando particularidades de maior vulnerabilidade ao *Burnout*.

Considerando que os fisioterapeutas estão entre os profissionais que cuidam da população quando esta se encontra enferma e fragilizada, espera-se que seja de importância para a sociedade que haja mais estudos nesta área, possibilitando o entendimento dos elementos da predisposição ao *Burnout*. Pesquisas internacionais apontam que tanto o estresse quanto o *Burnout* estão associados à responsabilidade com a segurança do paciente, uma vez que o profissional com alto risco de *Burnout* se torna predisposto ao erro (ROBINSON, 2005; AFECTO; TEIXEIRA, 2009). Acredita-se que os desdobramentos físico e mental do profissional de saúde mantenham relação direta com a assistência mais segura e humanizada ao paciente.

Esta dissertação se encontra estruturada em seis capítulos. Inicia-se com a introdução, em que se apresenta contextualizado o tema proposto, o problema da pesquisa, o objetivo geral, os específicos e a justificativa do trabalho. No segundo capítulo, discorre-se sobre a ambiência do estudo. No terceiro, desenvolve-se o referencial teórico, em que são abordadas a centralidade e a psicodinâmica do trabalho, a síndrome *Burnout* e mecanismos de enfrentamento à exaustão no trabalho. No quarto capítulo, apresenta-se a metodologia utilizada, indicando o tipo, a abordagem, o método de pesquisa, a unidade de análise e os sujeitos da pesquisa, a coleta e a análise dos dados. No quinto, seguem-se a descrição e análise dos resultados. No sexto, e último, capítulo, formulam-se as considerações finais seguidas das referências consultadas para embasamento da pesquisa e os apêndices, contendo o instrumento elaborado para o levantamento das informações da dissertação e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

2 AMBIÊNCIA DA PESQUISA

Neste capítulo, encontram-se esclarecimentos acerca do enquadramento do ambiente onde a população a ser pesquisada atua. Contextualizam-se, de forma sucinta, o surgimento das Unidades de Terapia Intensiva (UTIs) no Brasil, a atuação do profissional fisioterapeuta nessas Unidades e, de forma anônima, a instituição a ser pesquisada.

2.1 As UTIs no Brasil e o profissional fisioterapeuta

No Brasil, as primeiras instalações de uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI) ocorreram no início de 1971, no Estado de São Paulo, no Hospital Sírio Libanês, contendo inicialmente três leitos (site do hospital), e no Hospital Albert Einstein, com quatro leitos, servindo para o atendimento de pacientes graves com chance de sobrevivência (KNOBEL, 2010). Naquele tempo, não havia profissionais especialistas em terapia intensiva e, sim, limitação de equipamentos que substituíssem as funções de órgãos, escassez de medicamentos e de recursos de monitoramento de sinais vitais, sendo as ações dos médicos permeadas de intuição e muita criatividade (KNOBEL, 2010). Tais ocorrências faziam que o sucesso de sobrevivência dos pacientes fosse baixo, criando temor para os que ali se encontravam.

A evolução das UTIs deu-se progressivamente, em parte pela evolução do conhecimento da equipe sobre os mecanismos básicos das doenças graves e como estas respondiam a uma agressão (grandes cirurgias, traumas e infecções), pela estruturação de rotinas e protocolos, como também pela evolução tecnológica dos equipamentos que permitiam a substituição temporária das funções de órgãos vitais, como a ventilação mecânica, aparelhos de diálise e outros, até a recuperação do paciente na condição clínica (KNOBEL, 2011).

O propósito das UTIs é centralizar pacientes graves numa área hospitalar restrita. Este espaço deve possuir infraestrutura apropriada e estar provido de recursos materiais e de equipamentos, bem como de uma equipe multiprofissional para o desenvolvimento de um trabalho de assistência permanente para o restabelecimento

das funções vitais do paciente (LINO, 2001). A rotina convencional nesses ambientes é bastante rígida por causa da necessidade de monitoramento contínuo e da presença de pacientes graves, o que vem impossibilitar a presença de acompanhantes, assim como exigir dos profissionais e das visitas um contato mais restrito com o enfermo (SANTUZZI *et al.*, 2013).

A equipe que atua na UTI é geralmente formada por médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, fonoaudiólogos, fisioterapeutas, nutrólogos, psicólogos e farmacêuticos, composta, portanto, por multiprofissionais (ARAÚJO NETO *et al.*, 2016). A pesquisa proposta nesta dissertação foi realizada com os profissionais de fisioterapia, por reconhecer que o trabalho executado por eles não só é importante para a reabilitação respiratória e motora do paciente, como também para somar o seu conhecimento com os dos outros profissionais que cuidam e orientam os pacientes e seus familiares.

A fisioterapia foi regulamentada como profissão pelo Decreto-Lei nº 938, em outubro de 1969, estabelecendo que a atividade seja exercida por profissional de nível superior e tendo como prerrogativa a aplicação de métodos e técnicas terapêuticas e recreacionais, a fim de restaurar, desenvolver e conservar a capacidade física do paciente. Conforme Braz, Martins e Vieira Junior (2009), a função fisioterapêutica na aplicação dos métodos exige o contato físico direto com pacientes conscientes ou não. Considerada como uma das mais novas profissões na área da saúde (CAVALCANTE *et al.*, 2011), o objetivo da fisioterapia é tratar e prevenir, através de mecanismos terapêuticos, lesões cinéticas funcionais contraídas por traumas e, ou, doenças (MOREIRA; NOGUEIRA; ROCHA, 2007). Acrescentam Braz, Martins e Vieira Junior (2009) que o fisioterapeuta, dependendo da sua especialização, pode atender pacientes em condições clínicas graves, em estado terminal, inclusive aqueles que se encontram com risco de morte.

O Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO), através da Resolução nº 402, de agosto de 2011, regulariza o exercício da profissão do fisioterapeuta intensivista e institui, em seus artigos 3º e 4º, as competências necessárias para o seu domínio nesse campo de atuação, sendo esses instrumentos

considerados essenciais para a perfeita atuação do fisioterapeuta no ambiente hospitalar (ALVES, 2012).

O fisioterapeuta, nos atendimentos a pacientes em UTIs, realiza suas atividades seguindo diretrizes médicas e protocolos preestabelecidos pela equipe de multiprofissionais. Seu trabalho está presente em várias frentes de tratamento, como: assistência a pacientes necessitados ou não de suporte ventilatório e auxílio na recuperação de pacientes pós-cirurgia, resguardando possíveis complicações respiratórias e motoras (JERRE *et al.*, 2007; SABETZKI; CICOTOSTE, 2008). No suporte ventilatório, o fisioterapeuta auxilia na condução da ventilação mecânica, da preparação e regulagem do ventilador artificial à intubação, acompanhando o paciente na evolução, interrupção e desmame do instrumento até a extubação (JERRE *et al.*, 2007).

Um dos procedimentos mais usados no trabalho do fisioterapeuta intensivista, qualifica-se, principalmente, pela aplicação de técnicas de remoção de secreção brônquica e de dilatação pulmonar (NOZAWA *et al.*, 2008). Esse profissional atua também no posicionamento e mobilidade do paciente, sendo esta função considerada tão importante quanto às técnicas de terapia respiratória, uma vez que a imobilidade do paciente influi diretamente no resultado do tratamento a que o paciente é submetido (JERRE *et al.*, 2007).

O fisioterapeuta é responsável por avaliar o paciente e aplicar o melhor procedimento, ponderando os benefícios e os riscos em potenciais em pacientes críticos. Nessa avaliação, ele deve considerar o estado clínico do enfermo, os objetivos delineados pela equipe médica, a competência e as limitações dos instrumentos e procedimento. Conforme Araújo (2003) e Pereira (2006), trata-se de uma profissão que evoluiu rapidamente, provinda das subdivisões das especialidades médicas, em que o fisioterapeuta ganhou espaço e autonomia para exercer julgamentos profissionais. Em contrapartida, ele trouxe consigo as responsabilidades, os dilemas de ordem ética e os desafios da prática, que envolvem transformações sociais e aperfeiçoamento tecnológico contínuo.

Acrescentam Nicolau *et al.* (2008) que a assistência fisioterápica também está presente no atendimento aos recém-nascidos pré-termos (RNPT) que se encontram sob os cuidados intensivos, objetivando evitar e, ou, diminuir as complicações respiratórias decorrentes da prematuridade e da necessidade da utilização de ventilação mecânica. Para isso, o profissional utiliza procedimentos fisioterapêuticos exclusivos, como posturas de drenagem, vibração torácica e exercícios respiratórios passivos.

Segundo Borges *et al.* (2009) e Godoy *et al.* (2011), a participação do fisioterapeuta é cada vez mais respeitada e atuante na equipe multiprofissional das UTIs, sendo reconhecida em diversos países desenvolvidos. No Brasil, segundo Nozawa *et al.* (2008), apesar de esse profissional ser admitido como essencial no ambiente de terapia intensiva, o seu trabalho e sua autonomia ainda seguem a política interna de cada instituição, não tendo, portanto, papel bem definido.

2.2 Características da instituição pesquisada

O ambiente de pesquisa é um hospital público situado na região metropolitana de Belo Horizonte que serve, além da população residente no município, estimada em 427.000 pessoas (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE), mais 16 municípios que fazem parte do Consórcio Intermunicipal de Saúde do Médio Paraopeba (CISMEP).

Trata-se de uma instituição que é referência no atendimento de pronto-socorro que recebe usuários das Unidades de Atendimento Integrado (UAIs), Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e municípios periféricos em casos de traumas, urgências clínicas e cirúrgicas ortopédicas e neurológicas. O hospital possui unidades de pronto-socorro, maternidade, neonatologia, pediatria, bloco cirúrgico, sala de hemodiálise, UTIs (adulto, infantil e neonatologia) e clínica médica.

Nas UTIs tanto adulta quanto infantil e na neonatologia do hospital, ficam concentrados recursos humanos altamente qualificados e recursos tecnológicos sofisticados, que possibilitam a racionalização, a rapidez e a eficiência

no trabalho de observação contínua ao paciente criticamente enfermo. As informações contidas nesta seção foram retiradas do site oficial da instituição.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

Este capítulo apresenta a literatura de sustentação argumentativa para o estudo. É composta por tópicos sobre o trabalho e sua centralidade e psicodinâmica, a síndrome de *Burnout* e os mecanismos de enfrentamento à exaustão no trabalho.

3.1 Centralidade e psicodinâmica do trabalho: elementos de interface

Para entender os efeitos que o trabalho tem sobre a saúde do indivíduo, é necessário, primeiramente, compreender o papel que ele ocupa para o trabalhador e os elementos psicodinâmicos que contornam as atividades ocupacionais.

O trabalho pode ser visto por duas concepções antagônicas. A primeira concepção associa-se à noção de sacrifício incomum, fardo, como algo esgotante para quem o realiza. É entendido como sinônimo de luta e lida, que demandam empenho, atenção e preocupação. Essa noção aparece relacionada também à punição (castigo pelo pecado original) contextualizada no Antigo Testamento, decorrente do sentido de obrigação, dever, responsabilidade. Pode-se, nesta vertente, presumi-lo de forma negativa. A segunda concepção apresenta o trabalho de forma mais positiva, como a aplicação das capacidades humanas, favorecendo o domínio sobre a natureza, seguida de esforço para atingir certo objetivo. Aqui o trabalho significa fazer algo com cuidado, com esmero. Na visão religiosa, ele é percebido como a transformação harmoniosa entre o homem e a natureza (BASTOS; PINHO; COSTA, 1995).

Consoante com a segunda concepção a respeito do trabalho, Marx (1967) o compreende como algo dinâmico que se dá apenas no instante da aplicação das forças humanas, ressaltando que todo trabalho realizado pelo homem é guiado por um objetivo, uma presumida finalidade. Lukács (1979) concorda com a proposta marxiana, segundo a qual o homem, para se constituir como tal, obrigatoriamente deve produzir, pelo trabalho, os bens materiais indispensáveis à sua reprodução. A

infindável necessidade de transformar a natureza em produtos sociais alicerça o processo denominado intercâmbio orgânico entre o ser social e a natureza.

Perret (1997) acrescenta que o trabalho tem função própria, não podendo ser substituído por outras situações de interação socioafetiva. Isso porque ele pode ser considerado sinônimo de lida e imposição social, possibilitando considerar a realidade e os outros ao longo de um processo de interação social que concorre para a formação e regulação de identidades individuais e coletivas aceitáveis por todos. Dessa forma, o trabalho mantém-se como constituidor de “comunidades sociais ou profissionais de todos os tamanhos” (PERRET, 1997, p. 15).

Nesse sentido, o trabalho apresenta-se como categoria primordial no mundo dos homens, transformando a existência humana para além da sua condição biológica (LESSA, 1997). Nesse processo de transformação, o homem instaura intervenções de controle sobre a natureza e utiliza para si a construção e manutenção de sua própria vida. Ao transformar a natureza, ele condiciona a si próprio a essa transformação, como realizador e autocriador. Nessa concepção, o sujeito se identifica com seu trabalho e com sua condição de transformador da natureza, sendo essa a qualidade que lhe é destinada pela possibilidade de trabalhar (LUKÁCS, 1979; FREITAS, 2013). Lima (2003) corrobora os teóricos marxianos quando afirma que o trabalho tem por propósito a autoprodução do homem, considerando ser este o único ser que cria a si próprio, elegendo o trabalho como categoria central nesse processo de autoconstrução. Daí o fato de se argumentar que a centralidade do trabalho não só direciona a vida das pessoas, como também fundamenta o desenvolvimento social.

Conclui-se, portanto, que o trabalho está contornado por elementos concretos, associados à subsistência humana, como também por elementos abstratos ligados aos esforços físicos e mentais despendidos pelos homens para trocarem os produtos de suas atividades (LUKACS, 1979; ANTUNES, 1997). Assim, quando o trabalho preenche essas características, diz-se que ele produz sentido para aquele que o realiza, contribuindo, conseqüentemente, para a construção da identidade e subjetividade do executante.

O sentido do trabalho, segundo comenta Dejours (2012), também vai nessa direção, uma vez que não só decorre dos esforços individuais, como também das ações que acontecem no espaço social coletivo, fundamentais para o exercício das relações ocupacionais e para a construção das identidades individuais. Por essa razão, esse autor compreende o trabalho como psicodinâmico, porque implica uma relação que abrange os desejos do sujeito trabalhador e os anseios das organizações, que se alicerçam nas maneiras pelas quais o trabalho se encontra prescrito.

O trabalho prescrito segundo Dejours (2004) sob o olhar clínico não coloca em primeira instância meramente a relação de salário e emprego, mas o trabalhar concretamente, que compreende o envolvimento do corpo, da utilização da inteligência e da capacidade de reflexão e reação às situações, para responder a uma tarefa ditada por pressões materiais e sociais. Para esta área, a maior característica percebida do trabalho é que, por mais que haja uma organização rigorosa, instruções e procedimentos transparentes, jamais se alcançará qualidade se as prescrições forem seguidas com rigor. Isso porque a rotina do trabalho é permeada por acontecimentos inesperados que introduzem eventos diferentes que fogem das prescrições. Dessa forma, sempre haverá distância entre o trabalho prescrito e o trabalho real. Assim, trabalhar é preencher a lacuna que se entrepõe entre o prescrito e o real, e as soluções devem ser descobertas ou criadas pelo trabalhador a cada situação inesperada. Dejours (2004) conclui que, para os clínicos, o trabalho pode ser concebido como aquilo que o sujeito acrescenta às prescrições para alcançar os objetivos que lhe são atribuídos.

Nesse contexto, Dejours, Abdoucheli e Jayet (1994) apresentam a psicodinâmica do trabalho como uma abordagem com a incumbência de compreender os trabalhadores como sujeitos do fazer, do pensar e do agir na *práxis* do trabalho. Essa dinâmica enfatiza a tese da centralidade do trabalho, tendo em vista a necessidade deste para a construção da identidade do sujeito.

A psicodinâmica do trabalho foi desenvolvida na década de 1980 por Christophe Dejours, psicanalista francês, com o interesse inicial de descrever as psicopatologias relacionadas ao trabalho e, posteriormente, com enfoque no estudo das vivências de

prazer e de sofrimento no trabalho, as novas configurações da organização do trabalho, as estratégias defensivas e as patologias sociais (MENDES, 2007). A proposta dessa corrente teórica é problematizar e analisar o sofrimento psíquico em decorrência da relação do homem com seu trabalho (MENDES, 2007; DEJOURS, 2011, 2012; SELIGMANN-SILVA, 2011).

A abordagem da psicodinâmica no trabalho trouxe para o campo científico novo olhar acerca dos estudos da patologia para o foco na normalidade, com o intuito de compreender melhor o sofrimento no trabalho e as defesas utilizadas no combate a esse sofrimento. Dejours (2011) considera ser a normalidade o resultado de um processo de luta entre o sofrimento advindo dos constrangimentos organizacionais e os mecanismos aplicados pelos trabalhadores para lidar com esse sofrimento e evitar o desequilíbrio físico e mental. Entretanto, o fato de ser muito expressivo o número de trabalhadores que fazem uso de mecanismos de regulação tornou a categoria merecedora de mais estudo. É relevante acrescentar que a normalidade não é sinônimo de saúde nem a falta de sofrimento, mas meramente a procura individual ou coletiva para lidar com o sofrimento, para fins de adaptação ao trabalho (DEJOURS; ABDOUCHELI; JAYET, 1994).

A relação entre a prescrição do trabalho e a subjetividade do indivíduo é central para a psicodinâmica do trabalho. Quando se fala em prescrição do trabalho deve ser entendido a forma como ele é organizado em termos da normatização e gerenciamento dos seus processos, ressaltando-se que, quanto mais rígidos forem os seus procedimentos, maiores serão as chances de adoecimento ocupacional futuro (DEJOURS, 2012). A sobrecarga funcional, riscos de demissão, obsessão pelas metas, pressão pelos resultados, busca incessante pelo aprimoramento de competências e inobservância dos direitos estão entre os elementos consequentes das atuais formas de organização do trabalho que podem prejudicar a saúde do trabalhador, tanto física quanto psíquica (DEJOURS, 1998).

Portanto, a relação entre o trabalho prescrito e o trabalho real é objeto da psicodinâmica do trabalho, enfatizando-se que o trabalhador faz uso de estratégias individuais ou coletivas para lidar com os conflitos individuais ou coletivos oriundos da prescrição do trabalho. Tal prescrição diz respeito ao aparato de normas, regras,

formas e códigos que a organização impõe aos trabalhadores para que as atividades sejam executadas a contento. Já o trabalho real é aquele em que o trabalhador, por meio da sua capacidade espontânea e inventiva, faz adaptações e adequações nas atividades prescritas (DEJOURS, 1998). Nessa perspectiva, o sofrimento do trabalhador será proporcionalmente maior que a distância observada entre o trabalho prescrito e o real. A síndrome de *Burnout* pode-se apoiar em alguns aspectos da psicodinâmica do trabalho, uma vez que se trata de uma abordagem que investiga os elementos que levam à exaustão na atividade laboral e que potencializam os riscos de adoecimento ocupacional. Esse assunto é discutido a seguir.

3.2 Síndrome de *Burnout*: considerações gerais e conceituais

O termo *Burnout* vem da expressão inglesa *to burn*, que significa queimar-se para fora, aludindo-se metaforicamente ao sentimento de queimar-se inteiramente (FREUDENBERGER, 1974). Inicialmente, este termo foi utilizado de maneira coloquial pelos ingleses quando se referiam aos efeitos do uso descontrolado e crônico das drogas sobre os dependentes químicos, no sentido de estar sendo consumidos por ela. O aparecimento do *Burnout* é gradativo, não sendo percebido pelo trabalhador, que normalmente se recusa a admitir estar ocorrendo algo de errado com ele (FRANÇA, 1987).

Burnout foi mencionado pela primeira vez em um artigo científico em 1969, nos Estados Unidos, por Bradley ao utilizar a expressão *Staff Burn-out*, como um tipo de desgaste observado em profissionais que exerciam atividades assistenciais (SCHAUFELI; ENZMANN, 1998). Todavia, há um consenso entre os estudiosos de que a propagação do termo é atribuída à Herbert Freudenberger, psicólogo clínico, e aos psicólogos sociais Christina Maslach e colaboradores.

Assim, em 1974, o *Burnout* foi reconhecido de forma mais sistematizada por Freudenberger, que durante a realização de um trabalho voluntário o identificou como uma síndrome que se manifesta em decorrência do esgotamento físico-psicológico em trabalhadores que tiveram experiências negativas no trabalho. A

descoberta ocorreu em uma clínica de dependentes químicos em Nova York, onde Freudenberg observou que os trabalhadores que se apresentavam inicialmente motivados pelas atividades que exerciam ali voluntariamente com o passar do tempo entravam em declínio diante do fracasso de seus esforços ao se depararem com pacientes já reabilitados do vício voltarem a se drogar. Esse insucesso fazia que os trabalhadores se tornassem apáticos, sem energia, desmotivados e descompromissados com as tarefas, além de apresentarem outros sintomas físicos e mentais. Apesar de não ter sido Freudenberg o primeiro a falar sobre esse termo, referindo-se a ele como exaustão física e mental, é inegável que seus artigos se tornaram referências para pesquisadores e contribuíram para desencadear muitos outros estudos nesta área em todo o mundo, com impacto no meio científico e organizacional (BENEVIDES-PEREIRA, 2010).

Sequencialmente nesse tempo, Christina Maslach realizava seus primeiros estudos e conseguia resultados empíricos em ambiente laboral sobre comportamento emocional e estresse no trabalho, utilizando como metodologia a investigação observacional em volume considerável de entrevistas em profundidade aplicadas a diversos trabalhadores. Em seus achados, Maslach percebeu que o *Burnout* era um fenômeno em ascensão e apresentava padrões que se podiam estabelecer, sendo a exaustão emocional resposta recorrente à sobrecarga emocional vivenciada (MASLACH, 1976; MASLACH, SCHAUFELI; LEITER, 2001). A pesquisa centralizava sua atenção nas profissões que tivessem suas atividades relacionadas diretamente com o público e que houvesse nesse tipo de trabalho exigência diferenciada que demandava carga excessivamente emocional (MARTINS *et al.*, 2014).

Assim, o *Burnout* foi interpretado como uma resposta imprópria ao enfrentamento à cronicidade do estresse laboral, podendo ser compreendido como uma síndrome da não adaptação psicológica e física do estresse ocupacional. Corroboram essa afirmativa Latack (1986), Tamayo e Tróccoli (2002), quando se referem a este fenômeno como resultado de incapacidade crônica das estratégias de combate aos estressores ocupacionais. Concorda também com essa afirmativa Benevides-Pereira (2003), ressaltando que o *Burnout* diferencia do estresse, uma vez que este pode se apresentar como positivo ou negativo. Já o *Burnout* se apresenta somente de

maneira negativa e ligado ao contexto do trabalho, sendo específico de certas atividades.

Schaufeli e Enzmann (1998) fazem analogia do *Burnout* com uma bateria de carro que está sendo consumida e não está sendo recarregada. Buscando interpretar essa comparação como se o sujeito estivesse em uma contínua perda de energia, em função do seu trabalho, sem reposição, ou seja, se doa muito e recebe pouco, provocando exaustão física emocional.

Dessa forma, o trabalhador que inicialmente se apresentava motivado e disposto, aos poucos vai se rendendo ao desânimo, à sensação de esgotamento emocional, à indiferença e à incapacidade de estabelecer laços afetivos no trabalho, à baixa motivação profissional e ao sentimento de incompetência. É considerado também um processo psicológico que se desenvolve gradativamente, podendo passar despercebido pelo indivíduo envolvido, prejudicando qualitativamente o seu trabalho (MASLACH; SCHAUFELI; LEITER, 2001).

Segundo o pensamento de Schaufeli e Enzmann (1998), o *Burnout* pode perdurar em função da não percepção da síndrome ou do enfrentamento de forma inapropriada. Isso é constatado em um estudo de coorte¹ prospectivo em larga escala sobre fadiga crônica associada ao *Burnout*, no qual foi apontado que o efeito do *Burnout* pode prolongar por até 2,5 anos, em média, mesmo após a supressão do estressor e da melhoria do ambiente e das tarefas laborais (KANT, 2003; DEMEROUTI, 2009).

Na avaliação de Codo e Vasques-Menezes (1999), o *Burnout* consiste na síndrome da desistência, em que o indivíduo perde o nexos da sua relação com o trabalho, deixando de investir nele e nas relações afetivas provenientes desse convívio. Para eles, o trabalhador supostamente torna-se inapto para se envolver emocionalmente com o trabalho. Esses estudiosos argumentam que males relacionados a essa

¹Um estudo de coorte é um estudo observacional para avaliar a incidência de uma doença em determinado período de tempo, ou para avaliar os riscos e benefícios do uso de determinada medicação.

síndrome, como a fadiga, a depressão, o estresse e a falta de motivação, podem também apresentar a desistência como fator marcante.

Considerando que a literatura traz diferentes concepções sobre o *Burnout*, não havendo consenso entre os estudiosos sobre uma consolidada definição sobre o assunto, serão apresentadas, de forma sumária, as concepções agrupadas em quatro abordagens teóricas fundamentadas na sua provável etiologia. São elas: clínica, sociopsicológica, organizacional e sócio-histórica, dando início à primeira fase da pesquisa (BENEVIDES-PEREIRA, 2010).

A abordagem clínica concentrou-se nos sintomas referentes à saúde mental e foi aplicada vigorosamente por Freudenberger, em 1974. Essa abordagem foi por ele concebida como um conjunto de sintomas como fadiga, falta de entusiasmo e perda de energia, desmotivação pelo trabalho, sentimentos negativos de incapacidade, inutilidade e baixa autoestima, podendo levar à depressão e até ao autoextermínio.

A abordagem sociopsicológica foi desenvolvida por Christina Maslach e Susan Jackson em 1977 e, posteriormente, designada como modelo multidimensional (MASLACH; GOLDBERG, 1998; MASLACH; JACKSON, 1981). Esses autores ressaltam sobre a importância de os componentes individuais associados às condições laborais virem a favorecer o aparecimento das dimensões da síndrome de *Burnout*, sendo elas: a exaustão emocional, a despersonalização e a baixa realização profissional, que será descrita mais detalhadamente em tópico seguinte.

A abordagem organizacional foi conduzida pelos estudos de Cary Cherniss em meados dos anos de 1970, quando pesquisava sobre estresse no trabalho. Esse autor compreendeu o *Burnout* como uma síndrome transacional com origem nos planos individual, organizacional e social. No plano individual existe a sugestão de que as pessoas idealistas e com altas expectativas profissionais são mais suscetíveis a decepções e *Burnout*. No plano social e organizacional, Cherniss, inicialmente, baseia-se na teoria organizacional, atestando que o contexto institucional contribui para a construção de uma cultura própria que se firma com o passar do tempo e afeta a socialização dos trabalhadores que ali se encontram. Posteriormente, esse autor teve influência da teoria sociocognitiva, passando a

interpretar a evolução do *Burnout* como resposta de sentimentos de falta de eficácia e de sucesso psicológico (CHERNISS, 1980).

A abordagem sócio-histórica foi desenvolvida por Golembiowski, Hiller e Daile em 1987 e remete às características sociais da sociedade contemporânea, tendo como sustentação a teoria das organizações. Apresentam o *Burnout* como um descompasso entre as necessidades dos trabalhadores e os interesses das organizações. Aqui as dimensões do *Burnout* se agrupariam como mecanismo de enfrentamento contínuo ao estresse gerado por fatores como exacerbação da competitividade, do individualismo e das exigências do mercado de trabalho. Segundo esse conceito, as profissões que envolvem atividades que possuem, em sua essência, valores de conotação assistencial, em que existe dependência do comprometimento humano de ajuda ao próximo, estariam destoantes com os valores da sociedade capitalista e sujeitas, portanto, ao *Burnout* (BENEVIDES-PEREIRA, 2010).

Cabe destacar que a abordagem mais empregada no meio acadêmico é o da visão sociopsicológica, concebida por Maslach e colaboradores, e de onde originou o instrumento *Maslach Burnout Inventory* (MBI), amplamente usado pela comunidade científica e reconhecido como método válido para a análise da síndrome de *Burnout* (GIL-MONTE; PEIRÓ, 1999). Esse instrumento foi testado em estudos com centenas de pessoas e uma grande escala de profissionais (MASLACH, 1993). Por essa razão, essa perspectiva foi adotada, incluindo também elementos da abordagem clínica e organizacional, a exceção fica para o modelo sócio-histórica que não foi tratada nesta pesquisa.

3.2.1 Síndrome de *Burnout*: a perspectiva de Christina Maslach e colegas

Christina Maslach, psicóloga social, realizava estudos na área da emoção no trabalho na década de 1970. Nesses estudos, essa autora identificou que os trabalhadores envolvidos em atividades assistenciais percebiam-se esgotados emocionalmente, o que os levou aos elementos que fundamentam a compreensão da síndrome de *Burnout*. Essa autora percebeu esse fenômeno como uma

síndrome que envolvia aspectos relacionados às relações negativas e contínuas interpessoais, intrínsecas às atividades assistenciais e que resultavam em perda motivacional e desprovimento de responsabilidade com o trabalho (MASLACH; SCHAUFELI; LEITER, 2001).

Maslach e Jackson (1981) consideram que o *Burnout* pode ser visto como síndrome multidimensional composta por três dimensões: a exaustão emocional, a despersonalização e a baixa realização profissional. Na dimensão da exaustão emocional, o indivíduo apresenta um sentimento de esgotamento físico e mental, com a sensação de se chegar ao fim das suas possibilidades. Conforme percepção de Maslach e Leiter (1997), normalmente o trabalhador inicia sua atividade apresentando vigor e disposição, mas ao se depararem com a realidade contextual do seu trabalho esses sentimentos são substituídos progressivamente por um desprazer, uma angústia. Codo e Vasques-Menezes (1999) interpretam a exaustão como uma situação em que os trabalhadores, mesmo querendo, constatam que já não conseguem mais dar de si afetivamente. Esse elemento é considerado por Maslach e colaboradores como atributo principal e a exteriorização mais evidente da síndrome (MASLACH; SCHAUFELI; LEITER, 2001).

As pesquisas apontam que a exaustão tem forte conexão com a sobrecarga de trabalho e com o estresse contínuo e não tratado (MASLACH, 2003; SOUZA, 2009). O trabalhador traz consigo a sensação de que os problemas com que se deparam no dia a dia são maiores do que os recursos que possuem para solucioná-los. A exaustão emocional caracteriza-se por sintomas definidos como o cansaço e a falta de energia para se manter no trabalho (MASLACH; SCHAUFELI; LEITER, 2001). O indivíduo tem a impressão de estar experienciando uma crise pessoal, isto é, sem relação com o ambiente de trabalho; dessa forma, a exaustão emocional parece configurar como o primeiro indício vivenciado no *Burnout* (MASLACH, 2003).

A despersonalização, ou desumanização, mais tarde qualificada por cinismo por Maslach, Schaufeli e Leiter (2001), é o próximo componente. Esse elemento está vinculado ao ambiente de trabalho e às relações interpessoais nele existentes. É caracterizado pela negativa, insensibilidade ou respostas exageradamente evasivas às pessoas no convívio do trabalho. É considerado pelos autores Moreno, Oliver e

Aragoneses (1991) como o elemento que distingue a síndrome de *Burnout* das demais doenças, uma vez que tanto a exaustão quanto a baixa realização profissional podem, em algum momento, ser associadas a outro tipo de síndrome.

Lautert (1995) complementa que na despersonalização acontece uma alteração na identidade do indivíduo, que passa a ter atitudes maquinais, sem envolvimento, no trato com os colegas e demais clientes, de forma cínica e indiferente aos problemas e sofrimento alheio. Nesse elemento, percebe-se diminuição na motivação pelo trabalho, falta de idealismo e descompromisso com os resultados, um alheamento ao trabalho. O indivíduo apresenta, também, constante irritabilidade, ansiedade e comportamento de distanciamento na busca por se equilibrar diante da situação de estresse vivenciada.

Para Maslach, Shaufeli e Leiter (2001), a despersonalização manifesta através de comportamento demasiadamente racional em substituição aos laços afetivos nas relações sociais no trabalho. Esses sentimentos levam o profissional a exercer suas funções sem envolvimento, de formas fria, cínica e indiferente. Por sua vez, Codo e Vasques-Menezes (1999) dizem que, em certas proporções, o distanciamento é necessário para melhor execução de determinadas tarefas. Entretanto, quando ultrapassa o limite da conveniência, pode levar a uma conduta negativa, interferindo nas relações com o paciente; é quando as relações interpessoais são rompidas por desprovimento de calor humano.

A baixa realização profissional relaciona-se a um sentimento de incapacidade profissional. O trabalhador experimenta a sensação progressiva de inabilidade ao desenvolver suas atividades, levando o sentimento de fracasso perante as demandas do trabalho. O indivíduo passa a avaliar-se negativamente, e seu trabalho perde o sentido (CODO; VASQUES-MENEZES, 1999).

Conforme Maslach, Shaufeli e Leiter (2001), a baixa realização é conhecida pela sensação de ineficiência, um sentimento de perda da capacidade produtiva, de incompetência no trabalho, reduzindo, conseqüentemente, a autoestima. É nessa etapa que pode ocorrer no indivíduo o desejo de desistir, de abandonar a carreira (BENEVIDES-PEREIRA, 2012).

3.2.2 Fatores que propiciam o *Burnout*

Na avaliação de Maslach e Leiter (2000) e Benevides-Pereira (2010), distintos fatores apresentam-se correlacionados ao *Burnout*, podendo ser considerados também como moderadores, isto é, podem influenciar tanto positiva quanto negativamente. Como exemplo, descrevem-se a seguir, de forma breve, as variáveis sociodemográficas.

Em relação ao fator idade, os estudos apontam que o *Burnout* é mais comum entre trabalhadores jovens, podendo-se atribuir a isso a pouca experiência profissional. Entretanto, alguns autores propõem um viés quando se lembram de que os profissionais que se sentem incapazes para o trabalho desistem da profissão precocemente, e os que se mantêm são aqueles que tiveram níveis baixos para a síndrome (MASLACH, 2000; BENEVIDES-PEREIRA, 2010).

Em se tratando do fator gênero, as mulheres são mais suscetíveis à exaustão emocional do que os homens, o que poderia ser explicado pelas características femininas de se exporem mais sentimentalmente. Os homens apresentam-se com maior nível para o elemento de despersonalização, sendo justificado por suas atitudes geralmente mais racionais e distantes das pessoas. Todavia, não existe consenso entre os estudiosos para a suscetibilidade dos gêneros, uma vez que outras variáveis podem interferir na condução ao *Burnout* (MASLACH, 2000; BENEVIDES-PEREIRA, 2010).

Quanto ao estado civil e a filhos, as pesquisas apontam que os solteiros são mais propensos à síndrome, podendo ocorrer pela falta de apoio social e equilíbrio que a família tende a representar para o indivíduo. O nível de escolaridade pode estar relacionado ao idealismo e empenho, mantendo relação com a exaustão emocional e com a despersonalização, e os que possuem profissão de nível superior se sentem mais exigidos, entretanto esse fato pode aparecer como positivo para o enfrentamento do estresse (ANDOLHE, 2009).

As características de personalidade podem ser consideradas grandes moderadoras de estressores, uma vez que as pessoas que tendem a se empenhar mais, que são mais idealistas e vivem mais o trabalho, são as que apresentam maiores níveis de propensão ao *Burnout*. Outra característica da personalidade que pode vir a minimizar o risco da síndrome é aquela pessoa afirmativa e mais satisfeita com o trabalho (SOUZA; SILVA, 2002).

Os fatores de risco relacionados ao trabalho têm maior preponderância sobre os pessoais no acometimento à síndrome de *Burnout* (MASLACH; LEITER 2000; BENEVIDES-PEREIRA, 2010). Entretanto, não é um fator isolado que aumenta a possibilidade do surgimento da síndrome e, sim, um fator somado a outro. Dessa forma, quanto maior a somatização dos fatores individuais com os fatores relacionados ao trabalho, maior a probabilidade de apresentar a sintomatologia da síndrome. Podem-se agrupar esses fatores em seis campos no contexto do trabalho: a sobrecarga de trabalho, a falta de controle, a recompensa insuficiente, a ruptura com a comunidade, a falta de justiça e os conflitos de valor (MASLACH; LEITER, 2000).

A sobrecarga de trabalho é um fator que antecede a exaustão emocional, configurado pelo excesso de serviços, tempo reduzido para realização das tarefas, grandes responsabilidades assumidas, conflitos pessoais. Essa sobrecarga pode ser representada pelo desequilíbrio entre as tarefas a serem executadas e os recursos materiais e pessoais de que o indivíduo dispõe para realizá-las. Já a falta de controle é descrita pelas situações não previstas no trabalho, viagens não programadas, horas extras, turnos variados. Essas imprevisibilidades são causas de desgaste no trabalho (MASLACH, 2005).

A falta de recompensa ou de reconhecimento no trabalho influencia negativamente a moral do trabalhador, sendo próprio dos que atuam em atividades assistenciais. Isso acontece porque, ao resolverem os problemas dos assistidos, estes se vão e outros com problemas tomam seu lugar, como ciclos intermináveis, em que os casos de sucessos não permanecem para serem apreciados e reconhecidos (MASLACH, 2005).

A ruptura com a comunidade é representada pelo apoio social dos colegas e pode ser percebida pela ausência de coleguismo, de cooperação e de responsabilidade compartilhada, contribuindo para aumentar os níveis de estresse e *Burnout* e dificultando a execução das tarefas (MASLACH, 2005; BENEVIDES-PEREIRA, 2010). A falta de justiça é reconhecida como antecessora da despersonalização, porque as pessoas que se sentem injustiçadas tendem a ser cínicas e raivosas, vindo a ocasionar conflitos e desentendimento com quem se relaciona. O conflito de valor remete o indivíduo às convicções e objetivos próprios dele e que, inicialmente, o trouxeram para aquele trabalho. Quando esses princípios se mostram divergentes dos valores instituídos pela organização, o trabalhador vivencia o conflito. O profissional sente-se desambientado, promovendo em si a insatisfação de trabalhar naquele local. Outros fatores, como o tempo de serviço, também são apontados, entretanto ainda não existe consenso sobre a sua influência para levar o trabalhador ao *Burnout* (MASLACH, 2005).

São motivadores também os conflitos éticos, a baixa perspectiva de progressão na carreira, as exigências no trabalho, a insatisfação, a baixa remuneração e a diversidade de tarefas e a alta rotatividade de profissionais (MASLACH, 2005; BENEVIDES-PEREIRA, 2010).

Posto isso, fica incontestável quanto a síndrome de *Burnout* pode vir a comprometer a saúde física e mental do trabalhador, bem como a sua capacidade produtiva.

3.2.3 Sintomatologia e consequências do *Burnout*

Maslach e Jackson (1981) ressaltam que a síndrome de *Burnout* pode provocar deterioração na qualidade dos serviços prestados pelos profissionais acometidos, resultando em efeitos negativos para os trabalhadores, para as organizações e, conjuntamente, para os clientes.

Conforme Benevides-Pereira (2001), existe sintomatologia que é mais frequentemente associada ao *Burnout*, entretanto ressalta que não necessariamente todos os sintomas devem aparecer para que seja caracterizada a síndrome. Essa

autora descreve os seguintes sintomas como frequentes: sintomas psicossomáticos, sintomas comportamentais, sintomas emocionais e sintomas defensivos.

Os sintomas psicossomáticos apresentam as enxaquecas, as dores de cabeça, a insônia, as gastrites e úlceras, as diarreias, as crises de asma, as palpitações, a hipertensão, a maior frequência de infecções, as dores musculares, as alergias, a desregulação do ciclo menstrual. Já os sintomas comportamentais decorrem dos absenteísmos, dos isolamentos, da violência, da drogadição, da incapacidade de relaxar, das mudanças de humor, do comportamento de risco. Por sua vez, os sintomas emocionais manifestam a impaciência, o distanciamento afetivo, os sentimentos de solidão, de alienação e de impotência, a irritabilidade, a ansiedade, a dificuldade de concentração, o desejo de abandonar o emprego, o decréscimo do rendimento no trabalho, a baixa autoestima, as dúvidas de sua própria capacidade. Por fim, os sintomas defensivos podem ser percebidos pela negação das emoções, ironia, cinismo, atenção seletiva, hostilidade, apatia e desconfiança (BENEVIDES-PEREIRA, 2001).

Para as organizações, o *Burnout* produz consequências que impactam diretamente na produtividade e qualidade do serviço, decorrentes do aumento do absenteísmo, alta rotatividade e aumento de acidentes de trabalho, que acabam denegrindo a imagem da instituição e causando-lhe prejuízo financeiro (BENEVIDES-PEREIRA, 2010). Assim, os comportamentos relacionados ao *Burnout*, como esgotamentos físico e mental, dificuldades de relacionamento e diminuição da autoestima, contribuem para a diminuição da qualidade dos serviços e queda da produtividade (PIZZOLI, 2009; FERRARI; FRANÇA; MAGALHÃES, 2012).

Observam Maslach e Leiter (1999) que, tanto os trabalhadores quanto as empresas, inclinam-se a centralizar a culpa do desgaste físico no indivíduo. Isso leva à utilização de forma equivocada de mecanismos de enfrentamento puramente individualizado, desconsiderando o contexto do ambiente laboral. Segundo esses autores, a prevenção e, ou, o resultado do tratamento seriam mais efetivos se fosse vislumbrado o problema de formas coletiva e organizacional. Esse assunto é tratado na sequência da dissertação.

3.3 Mecanismos de enfrentamento à exaustão no trabalho

No decorrer das experiências vivenciadas, os indivíduos elaboram diversos mecanismos de enfrentamento perante uma mesma situação de conflito, decorrente de inúmeros fatores. Por esse motivo é que surgem vários estudos na área do estresse no trabalho, para compreender os mecanismos utilizados pelos trabalhadores no enfrentamento dos conflitos e entender a dinâmica do trabalho, bem como a exteriorização desses fatos pelos indivíduos (LAZARUS, 1986; CAMELO, 2004; TRINDADE, 2007).

O enfrentamento deriva da necessidade do ajustamento do indivíduo ao contexto em que se vive e trabalha. Todavia, algumas categorias profissionais vivenciam com maior frequência situações estressoras e, por isso, requer maior enfrentamento, como parece ser o caso do profissional da saúde. Fato esse que pode ser justificado pelo contato próximo da dor, do adoecimento ou do término da vida, estando, muitas vezes, agregado de carências econômicas, psíquicas, sociais e outras (LAUTERT, 2001).

Mecanismos de enfrentamento podem ser considerados um conjunto de esforços cognitivos e de comportamento de constante mudança desenvolvidos pelo trabalhador, no intuito de suprimir, minimizar e transformar os efeitos daquilo que causa a perturbação, que causa o estresse (TRINDADE; LAUTERT; BECK, 2009). Também podem ser estratégias de regulação ou mecanismo de defesa.

O conteúdo dos próximos parágrafos foi extraído da literatura sobre a psicodinâmica do trabalho, ressaltando-se que o uso de mecanismos de defesa se aplica a qualquer atividade e ambiente de trabalho que levam um indivíduo a sofrer, estressar-se ou exaurir-se no trabalho (DEJOURS, 1998; DEJOURS; ABDOUCHELI, 1990; DEJOURS, 2006; MORAES, 2013; CANÇADO; SANT'ANNA, 2013).

As estratégias de regulação são utilizadas conscientemente pelos indivíduos como forma de amenizar os impactos do sofrimento criado pela organização. Dessa forma,

as estratégias têm como objetivo preservar o sistema psíquico do indivíduo quando a organização exerce seu controle de forma grave (DEJOURS, 1998).

Os indivíduos elaboram estratégias de defesa tanto individuais quanto coletivas, com a finalidade de negar ou amenizar o sofrimento. As estratégias individuais são intrínsecas ao sujeito, isto é, cada pessoa vivencia particularmente essa experiência, pois fazem parte da subjetividade de cada um (DEJOURS; ABDOUCHELI, 1990). Já as estratégias coletivas se submetem a condições externas ao sujeito, geralmente o grupo compartilha o sofrimento e busca, conjuntamente, soluções para lidar com as situações que o gerou. São normas estabelecidas consensualmente, criadas de forma refletida ou não, que permitem enfrentar as adversidades do trabalho, contribuindo para o fortalecimento do grupo (DEJOURS, 2006).

Conforme Dejours (1998), os mecanismos de defesa são elaborados pelos indivíduos de forma inconsciente e utilizados para proteção do ego, como resultado de demandas sufocadas pelo seu nível de consciência. Acrescentam Cançado e Sant'Anna (2013) que esses mecanismos surgem da necessidade que o indivíduo tem de minimizar o risco à sua integridade psíquica diante das realidades que lhe causam sofrimento.

Afirma Moraes (2013) que entre os mecanismos de defesa mais frequentemente utilizados estão a negação e a racionalização. A negação configura-se pela rejeição ao trabalho, podendo ser identificada pelo isolamento, desconfiança e individualismo de quem vivencia o sofrimento. Dessa forma, o indivíduo evita expressar seus sofrimentos, rejeitando as situações desagradáveis da realidade e trazendo para si – e não para a organização – a responsabilidade dos problemas. A racionalização caracteriza-se por um processo de criar motivos lógicos, racionais e justificáveis para atos, comportamentos e crenças que se consideram inaceitáveis (CANÇADO; SANT'ANNA, 2013).

Outros mecanismos de defesa aparecem nas bibliografias, conforme apresentados no Quadro 1, de forma compilada, elaborado por Cançado e Sant'Anna (2013), considerando ser esses os mais habitualmente utilizados.

Quadro 1 – Mecanismos de defesas mais abordados na literatura

Mecanismo de defesa	Descrição
Anulação	Utilização de palavras ou comportamentos que visam negar ou corrigir simbolicamente pensamentos, sentimentos ou atos considerados inaceitáveis.
Atuação	Expressão de um desejo ou impulso inconsciente por meio da ação, evitando tomar consciência de um afeto subjacente.
Denegação	Recusa reconhecer como seu um pensamento ou um desejo que foi anteriormente expresso conscientemente.
Deslocamento	Transferência da expressão de uma emoção associada a uma situação particular para outra situação, na qual a emoção pode ser expressa sem risco.
Formação reativa	Transformação de um comportamento, pensamento ou sentimento inaceitável por outros que lhes são diametralmente opostos.
Idealização	Atribuição a si – ou a outro – de qualidades positivas exageradas.
Intellectualização	Emprego excessivo de pensamentos abstratos ou generalizações para controlar ou minimizar sentimentos embaraçosos.
Introjeção	Passagem, de modo fantasmagórico, de fora para dentro, de objetivos e qualidades inerentes a esses objetivos.
Negação	O indivíduo evita a percepção de alguns aspectos dolorosos da realidade, negando dados sensoriais; a negação abole a realidade externa.
Projeção	O indivíduo atribui ao outro, pessoa ou coisa, qualidades, sentimentos ou experiências penosas.
Recalque	O indivíduo recusa reconhecer como reais certos aspectos exteriores dolorosos, ou determinadas experiências subjetivas dolorosas que, no entanto, são patentes para o outro.
Regressão	Volta a um estágio anterior de desenvolvimento para encarar o conflito.

Fonte: CANÇADO; SANT'ANNA, 2013.

Dejours (1998) esclarece que os mecanismos de defesa, após serem internalizados, passam a ser executados, isto é, colocados em ação, de forma inconsciente. Diferentemente desses, as estratégias de defesa ou de regulação são elaboradas pelo indivíduo de forma consciente e estão relacionadas com a concepção do sofrimento advindo do trabalho. As estratégias de regulação são elaboradas e utilizadas na tentativa de lidar com os elementos que possam vir a ser motivo de sofrimento ocupacional.

4 METODOLOGIA DA PESQUISA

A metodologia é conceituada como um caminho a ser percorrido pelo pensamento e o instrumento a ser definido de como encontrar as respostas para o problema de pesquisa. Para Minayo (2007), representa mais que técnicas aplicadas, pois inclui as concepções teóricas da abordagem, associando a teoria com o empírico e a reflexão sobre a realidade.

Neste capítulo, descrevem-se os procedimentos metodológicos utilizados para o desenvolvimento da pesquisa. Incluem-se aqui o tipo, a abordagem e o método de pesquisa; a unidade de análise; os sujeitos da pesquisa; a coleta de dados; e a análise de dados.

4.1 O tipo, abordagem e método de pesquisa

Para alcançar os objetivos deste estudo, foi realizada a pesquisa de natureza descritiva, que segundo Collins e Hussey (2005) é utilizada para identificar e obter informações sobre as características de determinado problema ou questão. De acordo com Gil (2008), as pesquisas descritivas possuem como objetivo a descrição das características de uma população, de fenômeno ou de uma experiência e identificar os fatores que determinam ou que possam contribuir para a ocorrência dos fenômenos.

Neste estudo são evidenciadas as características do trabalho de fisioterapeutas que atuam na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) de um hospital público mineiro, com interesse em investigação sobre a síndrome de *Burnout*. Godoy (1995) coloca, ainda, que a pesquisa descritiva favorece o estudo do ambiente, e as pessoas nele inseridas não são reduzidas a variáveis, mas vistas como um todo. Entende-se que esse tipo de pesquisa possibilitará conduzir o pesquisador aos objetivos propostos, sendo pertinente para descrever o contexto do trabalho dos profissionais, suas relações sociais e a percepção sobre o *Burnout*.

Neste estudo, a abordagem utilizada foi a qualitativa, tendo em vista ser mais apropriado ao objetivo almejado por ser um procedimento de investigação que preocupa analisar e interpretar os aspectos profundamente, descrevendo as peculiaridades do objeto pesquisado e suas experiências individuais (GIL, 2008). Segundo Silva e Menezes (2000), esta abordagem considera a existência de uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito, não podendo ser traduzida em números. O entendimento dos fenômenos e sua significação são básicos no processo qualitativo.

O ambiente natural é a fonte direta para coleta de dados, e o pesquisador é o instrumento-chave. O processo e seu significado são os focos principais de abordagem (SILVA; MENEZES, 2000). A pesquisa qualitativa permite aos entrevistados maior liberdade para exporem suas opiniões e percepções sobre as questões relativas ao objeto de estudo, sendo realizadas com um número reduzido de entrevistados. Nesta abordagem, o que se procura não é obter quantidades como resultados e, sim, compreender o comportamento de um grupo específico.

A pesquisa foi desenvolvida por meio de um estudo de caso, uma vez que se pretendeu estudar a possível propensão da síndrome de *Burnout* em profissionais da fisioterapia que atuam em hospital público, localizado na região metropolitana de Belo Horizonte. Conforme Gil (1999), o estudo de caso é um método de pesquisa que busca o estudo de um ou poucos objetos, de maneira que permita seu entendimento amplo e detalhado. O caso a ser estudado implica a propensão à síndrome de *Burnout* em fisioterapeutas atuantes no atendimento emergencial.

4.2 Unidade de análise e sujeitos da pesquisa

Ao delimitar a unidade de análise, faz-se necessário a escolha sobre estudar uma organização, um grupo, diferentes subgrupos em uma comunidade ou determinados indivíduos (ALVES-MAZZOTTI; GEWANDSZNAJDER, 2004). Segundo Godoi, Bandeira-de-Mello e Silva (2006), ao estabelecer o caso proposto, resta estabelecer a unidade de análise para definir as fronteiras de interesse do pesquisador. A

unidade de análise, portanto, foi um hospital público localizado no Estado de Minas Gerais.

Segundo informação obtida na entrevista, a instituição pesquisada é caracterizada como um hospital de “porta aberta”, o que significa dizer que atende à demanda espontânea da sociedade. A via comum da entrada de paciente sem atendimento marcado ou sem cirurgia agendada nessa instituição é pelo setor de politraumatizados. Nesse setor, o paciente passa inicialmente por uma triagem realizada por uma equipe de saúde, em que se define se ele permanece em observação ou se é encaminhado para outro setor mais apropriado a recebê-lo. Quando ocorre de o paciente necessitar de internação na UTI, ele permanece no setor de politraumatizados aguardando vaga.

O hospital possui duas UTIs para adulto, uma UTI pediátrica e uma UTI neonatológica para recém-nascidos e crianças com perfil de UTI. Conforme dados da entrevista, o perfil do paciente de UTI é variado, abrangendo desde recém-nascido até paciente idoso. A instituição recebe pacientes traumatizados por acidente, vítimas de agressão, cirurgias de urgência, eletivas e cirurgias gerais.

Os sujeitos da pesquisa constituíram-se por um grupo de fisioterapeutas que atuam na Unidade de Terapia Intensiva de um hospital público localizado na região metropolitana de Belo Horizonte. Os sujeitos foram 11 profissionais (população de fisioterapeutas do referido hospital), que foram convidados a contribuir com a pesquisa, no entanto somente um não se dispôs a participar da entrevista. Os sujeitos foram escolhidos por acessibilidade, levando-se em conta critérios de perfil para a formação do grupo de participantes, como sexo, idade, escolaridade, tempo de trabalho na profissão e tempo de trabalho na instituição de saúde.

4.3 Coleta dos dados

Pressupondo que as atividades laborais dos fisioterapeutas envolvem tanto trabalhos objetivos quanto subjetivos, optou-se por utilizar uma abordagem

metodológica via “entrevista estruturada”, com o intuito de alcançar os objetivos traçados.

A entrevista é considerada por Cervo e Bervian (2002) como uma das principais técnicas de coleta de dados, momento em que acontece uma conversa face a face entre o pesquisador e o entrevistado, mediante um método de obtenção de certo assunto. Conforme Gil (1999), é uma das técnicas de coleta de dados mais usadas na pesquisa social, possuindo vantagens como abrangência, eficiência na obtenção dos dados, classificação, entre outras. Esse autor acrescenta que a pesquisa não fica restrita às questões culturais do entrevistado, oferecendo maleabilidade para também apreender comunicações não verbais.

O roteiro de entrevista aplicado aos fisioterapeutas participantes da pesquisa foi estruturado considerando as particularidades sociodemográficas e ocupacionais do sujeito, ou seja: o contexto do trabalho foi respaldado na perspectiva dejouriana, em que estão contidas questões sobre os aspectos da organização do trabalho, condições do trabalho e as relações socioprofissionais; e a síndrome de *Burnout*, contemplando os seus elementos constitutivos, que são a exaustão emocional, a despersonalização e a baixa realização profissional abarcados no instrumento *Maslach Burnout Inventory* (MBI), desenvolvido por Christina Maslach e colaboradores. As questões relativas ao contexto do trabalho tiveram como base a Psicodinâmica do trabalho, inspiradas no roteiro elaborado por Barros (2012), enquanto que as questões relativas ao *Burnout* foram embasadas no estudo realizado por Silva (2013). Uma versão do roteiro encontra-se no Apêndice A.

Para a coleta de dados, foi feito contato com a coordenação da equipe de fisioterapia da Unidade de Terapia Intensiva (UTI), com o intuito de apresentar os objetivos do estudo e, assim, obter autorização formal para a realização da pesquisa.

Posteriormente, foram agendadas as entrevistas, individualmente, com 10 profissionais da fisioterapia que atuam na Unidade de Terapia Intensiva, considerando-se os horários de disponibilidade de cada um deles. O conteúdo da entrevista foi gravado em áudio e transcrito posteriormente para melhor análise.

Todos os depoimentos foram obtidos após as assinaturas do Termo de Consentimento Livre e Esclarecidos (TCLE), momento em foi esclarecido aos entrevistados que as informações fornecidas seriam utilizadas exclusivamente para fins da pesquisa acadêmica e a identidade dos entrevistados e o nome da instituição pesquisada seriam mantidos em sigilo e anonimato.

4.4 Tratamento dos dados

Para análise e tratamento dos dados extraídos das entrevistas, foi utilizada a análise de conteúdo. Esta análise constitui um conjunto de técnicas de exame das comunicações e tem o propósito de atingir, por meio de procedimentos sistemáticos e precisos de descrição dos conteúdos de mensagens, engrandecer e superar as imprecisões, retirando-se conteúdos ocultos das mensagens analisadas. Possui basicamente duas funções: a primeira é aumentar a investigação diante da descoberta, buscando desenvolver melhor o estudo; e a segunda tem a função de produzir provas para afirmação ou perguntas de pesquisa. Dessa forma, a análise de conteúdo emerge o que está oculto nas mensagens estudadas, trazendo novas significações (BARDIN, 1997).

Bardin (1997) acrescenta que o analista do conteúdo das comunicações não se deve ater somente à leitura ao pé da letra das mensagens, mas antes buscar trazer à tona o seu sentido oculto. Segundo essa autora, este método compreende três tipos de análise, sendo elas a análise temática, a formal e a estrutural. A temática busca revelar as representações sociais da mensagem, a formal busca do entendimento das formas e o desenvolvimento do discurso, assim como a análise estrutural procura os aspectos implícitos no discurso. A análise temática norteou o tratamento dos dados colhidos nas entrevistas, recorrendo-se ao procedimento de categorização dos elementos que se sobressaltaram dos depoimentos.

A análise teve como ponto de partida as categorias de registro definidas *a priori* por meio da teoria elaborada para a pesquisa, a saber: o contexto do trabalho (organização do trabalho, condições do trabalho e relações socioprofissionais), dimensões da síndrome de *Burnout* (exaustão emocional, despersonalização e baixa

realização profissional) e estratégias de regulação para lidar com a exaustão no trabalho.

Tendo em vista as categorias definidas, foi realizada uma leitura de todo o material colhido das entrevistas, buscando identificar as subcategorias que caracterizavam a percepção dos entrevistados sobre o assunto. Nesse processo de exploração, foram examinados também os termos repetidos por outros entrevistados, os termos considerados relevantes e os termos discrepantes, compreendendo-se, portanto, todas as possibilidades contidas no material e produzindo múltiplas subcategorias.

Posteriormente, houve esforço da pesquisadora em realizar o agrupamento desses dados, buscando sintetizar, de forma analógica, os significados das informações, com enfoque nos objetivos propostos para este estudo, que, segundo Minayo (2007), consiste num processo de redução do texto. A partir daí foram realizadas as interpretações, inter-relacionando-as com a teoria delineada ou acrescida em razão de novas perspectivas.

5 DESCRIÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Neste capítulo, procede-se à apresentação e análise dos resultados, bem como à caracterização do perfil dos pesquisados e à descrição e análise das categorias e subcategorias, objetivando compreender o fenômeno da síndrome de *Burnout*.

5.1 Caracterização do perfil dos pesquisados

O Quadro 2 apresenta a descrição do perfil demográfico e ocupacional dos participantes da pesquisa, lembrando-se de que seus nomes, por questões éticas da pesquisa, foram mantidos em sigilo, porém representados pelas iniciais “F-1” a “F-10”.

Quadro 2 – Perfil dos fisioterapeutas entrevistados

Profissional	Sexo	Idade (anos)	Estado civil	Nº Filhos	Escolaridade	Tempo de atuação na instituição	Carga horária	Setor de atuação
F -1	M	34	Casado	0	Pós-graduado	7 anos	24 horas semanais	UTI adulto
F -2	F	37	Solteira	0	Pós-graduada	10 anos	24 horas semanais	UTI adulto
F -3	F	34	Casada	0	Pós-graduada	10 anos	24 horas semanais mais horas extras	UTI pediátrico
F -4	M	33	Casado	2	Pós-graduado	8 anos	24 horas semanais mais horas extras	UTI adulto
F -5	F	39	Solteira	0	Mestre	15 anos	20 horas semanais	UTI pediátrico
F -6	M	34	Casado	1	Pós-graduado	5 anos	24 horas semanais	UTI adulto
F -7	F	40	Solteira	0	Pós-graduado	14 anos	24 horas semanais mais horas extras	UTI pediátrico
F -8	M	32	Solteiro	1	Pós-graduada	2 anos	24 horas semanais	UTI adulto
F -9	F	34	Solteira	0	Pós-graduada	3 anos	24 horas semanais mais horas extras	UTI adulto
F -10	F	36	Casada	2	Pós-doutorada	11 anos	24 horas semanais	UTI pediátrico

Fonte: Dados da pesquisa

Conforme exposto no Quadro 2, o sexo feminino apresenta-se com predominância de 60% dos entrevistados, com média de idade de 35 anos, variando entre 32 e 40 anos. Do grupo pesquisado, metade é de casados e quatro possuem filhos. Quanto ao nível de escolaridade, todos portavam especialização, havendo uma fisioterapeuta com o título de mestre e atualmente fazendo MBI e outra com pós-doutorado.

Os pesquisados ingressaram na instituição através de concurso público, sendo a média do tempo de serviço dos entrevistados de 8,5 anos. Desses dados, uma fisioterapeuta ficou afastada para estudo, considerando-se nesse caso o tempo de efetiva atuação na fisioterapia de 3 anos e cinco meses. A carga horária da categoria é de 24 horas semanais, entretanto 40% dos profissionais fazem habitualmente horas extras. Além dessa carga horária, nove dos entrevistados acumulam prestação de serviço fora da instituição, sendo seis deles plantonistas em outros hospitais, um realizando atendimento familiar, um docente de uma faculdade particular e um com atividades fora da área da saúde.

O acúmulo de empregos na rede hospitalar é muito frequente no Brasil, compreendendo a ocorrência de sobreposição entre turnos, o que leva os profissionais a uma sobrecarga de vigilância e tensão por muitas horas, ficando expostos a riscos ocupacionais, inclusive ao *Burnout* (FERNANDES *et al.*, 2012; SILVA; MELO, 2006).

A análise de conteúdo ocorreu por meio da categorização dos elementos pertinentes ao contexto do trabalho, às três dimensões da síndrome de *Burnout* e às estratégias defensivas, conforme proposto nos objetivos deste estudo. A partir desse procedimento afloraram as subcategorias, tendo em vista as respostas dos entrevistados.

5.2 Descrição e análise de conteúdo: categorias e subcategorias

Para análise dos resultados, de acordo com o delineado na metodologia e definido nos objetivos da pesquisa, utilizaram-se sete categorias, compreendendo: três

relacionadas ao contexto do trabalho (organização do trabalho, condições de trabalho e relações socioprofissionais), três relacionadas às dimensões da síndrome de *Burnout* (exaustão emocional, despersonalização e baixa realização profissional) e uma associada às estratégias de regulação para lidar com a exaustão no trabalho.

Dessas categorias emergiram múltiplas subcategorias, que são aquelas mais realçadas e, ou, repetidas pelos entrevistados diante de suas vivências comuns. Nessa exposição, também foram incluídas subcategorias que se apresentaram com menor frequência ou, mesmo, as que se encontram discrepantes das demais falas. Nessa acepção, Godoy (1995) esclarece que o tratamento qualitativo valoriza os aspectos particulares do ambiente natural como fonte de conhecimento, justificando a referência dessas subcategorias na análise de conteúdo desta pesquisa. O Quadro 3 apresenta as categorias e subcategorias mais realçadas da pesquisa.

Quadro 3 – Categorias e subcategorias derivadas das entrevistas

Categorias		Subcategorias
Contexto do trabalho	Organização do trabalho	Ritmo do trabalho Planejamento do trabalho Habilidades exigidas no trabalho Processo decisório Responsabilidades no trabalho
	Condições de trabalho	Segurança no trabalho Infraestrutura de trabalho Ambiente de trabalho
	Relações socioprofissionais	Relacionamento com os pacientes e familiares Relacionamento com as chefias Relacionamento com os colegas
Síndrome de <i>Burnout</i>	Exaustão emocional	Esforço no trabalho Condições física e mental
	Despersonalização	Emoções no ambiente de trabalho Impactos dos problemas no trabalho
	Baixa realização profissional	Reconhecimento no trabalho Motivação e expectativas na profissão Remuneração e benefícios
Estratégias de regulação		Entretenimento social/lazer Fortalecimento espiritual Suporte social Racionalização

Fonte: Dados da pesquisa

Nas seções a seguir, encontra-se a análise dos relatos dos sujeitos da pesquisa, com base nas categorias e subcategorias que emergiram no decorrer das entrevistas, objetivando descrever e analisar as vivências dos fisioterapeutas na percepção desses profissionais.

5.2.1 Contexto do trabalho

No contexto do trabalho são descritas e analisadas as principais informações colhidas nas entrevistas e que configuram as particularidades referentes à organização do trabalho, às condições de trabalho e às relações socioprofissionais.

5.2.1.1 Organização do trabalho

Nesta categoria de análise, conforme pesquisa realizada, apresentam-se como subcategorias o ritmo do trabalho, o planejamento do trabalho, as habilidades exigidas no trabalho, o processo decisório e as responsabilidades no trabalho.

Na subcategoria ritmo do trabalho, este se destaca como, em ordem de frequência, ou seja, os mais apontados nos depoimentos: instável, cansativo, caótico, que exige alta concentração e atenção difusa e de ritmo dinâmico e estressante.

O ritmo instável é apontado por todos os profissionais, sendo motivado pelo número de intercorrências geradas em função da condição crítica dos pacientes que se encontram naquele ambiente. Outro motivador da instabilidade é a descontinuidade do trabalho. Conforme relatos, a instituição ainda não possui serviço de fisioterapia 24 horas, e em algumas UTIs a ausência desse serviço ultrapassa esse período. Esse elemento é considerado um dos fatores que agravam o estado clínico do paciente, causando mais intercorrências e, conseqüentemente, tornando o ambiente caótico e estressante. Os depoimentos a seguir ilustram a situação de ritmo no trabalho:

O ritmo é totalmente do paciente e não nosso. Na terapia intensiva tem dias que as coisas estão sobre controle, tem dia que tem várias intercorrências urgência e emergência, a última é a nossa, tipo ir ao banheiro, beber água é sempre a hora que dá. Primeiro a gente tem que quase brotar (...) Eu sou só uma, as pessoas esperam que você seja duas, três. A gente tem que ter esse jogo de cintura, isso às vezes por dentro suga absurdamente. Demanda demais e cansa muito. (F-5)

(...) muitos dias não tem fisioterapeuta nos fins de semana, então na segunda feira tá um caos no setor, você fica mais apagando incêndio, é bem estressante, às vezes você não tem tempo de estudar o paciente bem, então tem que atender para manter a vida do paciente. (F4)

Existe uma descontinuidade do trabalho do fisioterapeuta, se não tem a sequencia que se teria de ter, se descontinua o trabalho, às vezes não tem fisioterapeuta 3 dias, o neném tá prá sair do tubo e está lá esperando profissional para extubar o médico espera, fica esperando o fisioterapeuta chegar, e isso é risco de infecção, é risco de algum elemento adverso, o neném pode vomitar, pode aspirar, aumenta até a mortalidade. (F-7)

Conforme Gisbert, Fayos e Montesino (2008), um dos fatores de risco no serviço de fisioterapia está associado à organização do trabalho, e as fontes que se apresentam como motivadoras de desgastes estão relacionadas ao aumento de jornada, ao ritmo dinâmico do serviço e ao número insuficiente de profissionais que executam o trabalho no setor. Limongi-França e Rodrigues (2010) acrescentam que as condições adversas na organização do trabalho estimulam as sobrecargas e a aquisição de patologias e do esgotamento físico e mental, pois exigem que o indivíduo seja suscetível ao uso de força excessiva na prática de determinadas atribuições profissionais que, muitas vezes, poderia ser evitado.

Na subcategoria planejamento do trabalho, os entrevistados afirmam que eles fazem o próprio planejamento, levando em consideração a ordem de gravidade dos pacientes do plantão, a conduta de manipulação mínima (quando se trata de pacientes da neonatologia) e o seguimento do tratamento. Ressaltam que esse planejamento é interrompido frequentemente pelas intercorrências, o que faz que o planejamento seja constantemente reformulado. Os relatos seguintes abordam essa situação:

No meu plantão noturno, eu que faço o planejamento, eu que determino o meu ritmo e minha conduta, então o meu planejamento, quando eu chego é em função da corrida de leito, dos exames e do que foi deixado pelo colega do dia, do passômetro, da passagem de plantão, aí eu determino o meu planejamento naquele plantão em específico. (F-8)

A gente tem um plano do que vai ser feito com aquele paciente, se o objetivo é reduzir ventilação, extubar, se o objetivo hoje é dar alta, então tem planejamento, mas muitas das vezes o meu planejamento próprio passa ser o meu contato com paciente, e aqui no CTI neo, eles deixam muito por nossa conta. (F-7)

A autonomia vivenciada pelos fisioterapeutas no planejamento de seus trabalhos remete-os ao reconhecimento de sua capacidade intelectual e é assinalada por Mendes (2007) como indicador positivo do prazer no trabalho. Associa-se também à liberdade de pensar, falar e agir dentro de sua expertise (FERREIRA; MENDES, 2001).

Na subcategoria habilidades exigidas no trabalho, os entrevistados colocam que a instituição não faz cobranças quanto à especialização e experiência profissional, uma vez que o Edital do concurso naquela época não contratualizava essa exigência, entretanto são unânimes em dizer que o serviço que executam como intensivistas exige certas qualificações, sem as quais seria difícil a execução do trabalho. Destacam-se aqui a necessidade de conhecimento teórico/prático, a análise e a avaliação de exames, ajustes de parâmetros ventilatórios, a comunicação, o dinamismo, estar preparado psicologicamente. Os trechos a seguir expressam parte dessa situação:

O meu serviço de fisioterapia intensiva requer experiência, requer conhecimento teórico também, mas a pessoa pode ter feito uma pós alguma coisa que seja teórica, mas se ela não tiver a prática, ela não tem capacidade não, então tem que existir a capacidade prática e teórica. (F-7)

O serviço, o trabalho a ser realizado não pode ser executado por pessoas que não tem essa especialização, não tenha essa formação. Acontece, acontece! Algumas pessoas, sem formação para tal competência, às vezes caem de paraquedas lá no setor, e muitas delas não dão conta e saem, mais por uma exigência do serviço não por exigência da organização do trabalho. É uma demanda do serviço! (F-1)

Conforme análise dos resultados da pesquisa, infere-se que a continuidade do serviço requer tanto quantidade suficiente de profissionais para atender à demanda quanto profissionais com qualificação/experiência/formação para a assistência intensivista. Entretanto, alguns profissionais deparam-se com situações que podem ser vistas por dois ângulos. O primeiro ângulo encontra-se sobre o prisma do profissional recém-chegado, que se depara com um ambiente e tarefas emergenciais de que ele não tem domínio – portanto, uma fonte geradora de

estresse. Por outro prisma, encontra-se o fisioterapeuta experiente que tem que atender às demandas do plantão e se depara com assistências anteriores que ele não considera adequadas, provindas de atendimentos realizados por profissionais inabilitados para tal e que se tornam também fonte geradora de plantão tumultuado, com mais intercorrências e mais sobrecarga de trabalho. O relato a seguir exemplifica, em parte, a vivência do profissional:

(...) mas infelizmente os setor não sabe diferenciar isso, e ai quem chega aqui sem este conhecimento vai meio aos trancos e barrancos a menos que o profissional destoe demais não há um mecanismo pra tomar providências. Você analisa a qualidade do profissional não só de fisioterapeuta, mas qualquer outro, você vai ver que tem vários que nem aprendem, nem se qualificam e continuam atuando, então é complicada essa questão de exigência, para você ser um bom profissional você precisa de todas essas coisas tanto da prática quanto dos cursos e da disposição de ir atrás para fazer e para aprender, mas o serviço público como um todo e aqui não é especial num pega muito esses lados sabe? Então assim, o que é um fator complicador se você pega um plantão pós um profissional destes ou com um profissional destes o seu trabalho é muito mais difícil, isso acontece infelizmente com bastante frequência. (F-2)

Em relação à formação, observou-se pela análise do perfil do grupo que todos realizaram curso de especialização/aperfeiçoamento ou mestrado e doutorado. Fato esse considerado como impacto positivo na qualidade da assistência ao paciente e, conseqüentemente, no enfrentamento ao estresse laboral, uma vez que proporciona ao profissional maior segurança na realização de suas atividades.

Conforme pesquisa, na instituição a comunicação é insatisfatória, uma vez que nem sempre os profissionais se encontram nas trocas de plantões e o mecanismo de transmissão de dados é considerado ineficaz, ou porque não existe coordenador diarista para fazer o balizamento das informações relativas aos pacientes. O que predomina são as comunicações verbais (pessoal com a equipe e via *WhatsApp*), as comunicações via eletrônica e o passômetro (documento escrito), onde fica registrada, de forma resumida, a evolução clínica do paciente; dessa forma, parte das informações se perde. Os relatos a seguir abarcam parcialmente o que diz respeito à comunicação:

O hospital não possui sistema de som, integrado, então assim, o sistema de som poderia facilitar o deslocamento de um profissional para outra área, para um outro setor que tem uma emergência. Isso não existe lá. Agora dentro do setor, a comunicação verbal é muito ruim, porque quase todos os profissionais 99% da equipe toda é composta por plantonistas. Então cada um, cada equipe tem sua escala, cada profissional tem o seu dia para ir. Então essa comunicação verbal, que é assim extremamente necessária para um andamento do tratamento do paciente, não existe. (F-1)

Aqui a gente tem muita comunicação informal dentro do CTI, como é um setor fechado a equipe é bastante próxima, porém como não tem alguém que vem todos os dias a comunicação é o que chega, algumas coisas telefone sem fio, alguma coisa se perdem mesmo e algumas coisas falta discutir, somar tecnicamente cada um para se sair o melhor dali. (F-5)

Na subcategoria processo decisório, a maioria dos fisioterapeutas afirma possuir autonomia para decidir na sua esfera de atuação e que as decisões acontecem juntamente com a equipe durante as discussões de casos. Entretanto, alguns esclarecem que suas decisões são submetidas ao médico do plantão e, portanto, o grau de decisão oscila diante de quem está no plantão. O depoimento a seguir expressa parte dessa realidade:

As tomadas de decisões o certo seria em conjunto, mas também vai depender do plantão, de quem é o médico que está no plantão, depende se o coordenador está envolvido nesse processo de decisão naquele momento ou às vezes você enxerga um horizonte para o paciente de uma atuação que você vai fazer diretamente nele, mas aí o pedido de coordenação é outro, então você fica meio travado, às vezes ajusta alguma coisa assim que você não concorda, às vezes uma terapêutica que você não concorda, mas você tem que se submeter não é? (F-4)

Na subcategoria responsabilidades no trabalho, conforme depoimentos, o serviço do fisioterapeuta intensivista se divide basicamente em manutenção do paciente e atendimento das intercorrências, sendo cada profissional responsável por 10 leitos. Mais especificamente, as responsabilidades envolvem a reabilitação respiratória e motora do paciente, o auxílio no transporte intra-hospitalar, o comprometimento e execução de trabalho noturno similar ao diurno, significando dizer que a mesma assistência que se oferece durante o plantão diurno deve ser oferecida também no plantão noturno.

De acordo com os relatos, a instituição vem-se definindo ao longo dos anos para as questões de organização do trabalho. Com isso, os fisioterapeutas vão assumindo funções e estas vão-se consolidando como de suas responsabilidades. Entre os achados, encontra-se a queixa de 40% dos fisioterapeutas, dizendo que existem

atribuições de serviços de fisioterapia que são comuns a todos da equipe, entretanto, quando o fisioterapeuta está de plantão, os outros profissionais se abstêm de fazê-lo, sobrecarregando a fisioterapia de tarefas e responsabilidades. Os depoimentos a seguir espelham parcialmente esse entendimento:

A parte respiratória do paciente, toda a condição respiratória do paciente fica hoje a cargo da fisioterapia, seja porque é uma parte do nosso trabalho mesmo, ou seja, porque nós não temos colegas capacitados prá dividir esta responsabilidade conosco. Um exemplo: Temos os pacientes que estão em ventilação mecânica, a maioria dos nossos colegas, principalmente os médicos não têm condições, não tem capacidade, não tem qualificação técnica, para assumir qualquer situação que envolva essa ventilação mecânica, eles não sabem operar os aparelhos, eles não sabem o que fazer em qualquer situação. Então isso traz uma responsabilidade muito maior do que deveria ser para a nossa equipe, prá gente. Acaba que essa responsabilidade maior, nos faz negligenciar, nos faz deixar de fazer outras coisas que seriam também nossa responsabilidade, mas tem uma, digamos uma importância menor, então a gente deixa de fazer várias coisas por não ter tempo. (F-1)

(...) tem vezes que parece que a gente tá pedindo um favor, quando você está muito apertada com determinado paciente tem uma intercorrência em outro paciente, eles olham para você, se você tá no box, como se tivesse apressando você a largar aquele box para ir correndo para o outro para você atender o outro, sendo que você está garrada, é estressante por quê você tem que ficar como se você tivesse pedindo um favor, sendo que não é um favor, é uma atribuição comum. (F-3)

O fato das atribuições dos fisioterapeutas intensivistas não estarem firmemente definidas corrobora a pesquisa de Nozawa *et al.* (2008), quando estes autores justificam ser a fisioterapia uma profissão nova e ainda em processo de definição do campo de atuação. De acordo com Oliveira (2005), o excesso de centralização das atividades favorece o aumento de responsabilidades, a inexistência de ordenamento mais efetivo sobre o processo e, especialmente, uma espécie de investimento na imagem entra para a lista de fatores de pressão no trabalho.

5.2.1.2 Condições do trabalho

A análise dos relatos dos fisioterapeutas pesquisados identificou que, quanto às condições de trabalho, ficaram evidenciadas as subcategorias: a segurança no trabalho, a infraestrutura de trabalho e o ambiente de trabalho. Essas subcategorias emergiram dos depoimentos e se encontram dispostas em grau de importância, isto é, da maior frequência para a menor.

No que se atribui à segurança no trabalho, os entrevistados relatam haver vulnerabilidade, precariedade e insalubridade para o desenvolvimento de suas funções. Declaram já ter havido casos de evasões de pacientes e entradas de criminosos no hospital. Entretanto, três profissionais dizem se sentirem seguros no ambiente. Para essa declaração foi justificado estarem em ambiente fechado e não haverem presenciado nenhum episódio de violência. Os relatos a seguir ilustram a condição de vulnerabilidade do ambiente de trabalho expressa pela maioria dos entrevistados:

Nós atendemos pessoas que se envolveram com coisas de violência, eu já ouvi casos de pessoas entrarem para acabar um serviço que não foi feito adequadamente. Não acertou em mim. Mas a gente sabe que pode acontecer. (F-6)

Extremamente precária a segurança, extremamente precária, não só do CTI, como do hospital todo. Eu vou falar sobre mim, a hora mais tensa do dia, a pior hora do dia, toda a equipe se sente insegura e não gosta é o horário de visita. O hospital interna várias pessoas de todos os tipos, todas as classes, pessoas em situação de risco, pessoas em situação de vulnerabilidade social, vários baleados, vários bandidos, todo dia têm bandido, então, não necessariamente, mas por diversas vezes as pessoas que visitam também são bandidos e por isso esse horário de visita é extremamente tenso, extremamente complicado. (F-1)

Quanto ao risco biológico, a pesquisa apontou ser um ambiente considerado muito insalubre e vulnerável por se tratar de uma atividade em que o profissional mantém contato direto e contínuo com secreções do paciente; entretanto, para um entrevistado, trata-se de uma situação comum a todos os hospitais. Conforme Neves *et al.* (2011), o material biológico é o principal risco a que o profissional da saúde fica exposto. Segundo relatos, a instituição disponibiliza equipamento de proteção individual (EPI), no entanto não existe fiscalização efetiva, ficando sua utilização à mercê do profissional. O trecho abaixo exemplifica essa condição:

A gente tem também risco de doenças infectocontagiosas que não está escrito na testa do paciente, mas também não é uma coisa que a gente não saiba quando escolhe trabalhar nesta área. (F-5)

Quanto à subcategoria infraestrutura, os entrevistados classificam os equipamentos e aparelhos como antigos, sucateados, que funcionam precariamente. Em relação ao material de consumo, foi considerado atender, mas ser básico, isto é, em quantidade e qualidade limitadas; há material faltante, sendo os de uso comum de

reposição mais fácil. Essa condição, segundo relatos, faz que esses profissionais utilizem muitas improvisações para atendimento das demandas, conforme descrito por um deles: “os fisioterapeutas são campeões em gambiarra”. A situação de precariedade faz que os profissionais se mostrem insatisfeitos e angustiados e consideram esse elemento como limitador de sua capacidade laboral. Para alguns entrevistados, esse contexto é característico do Sistema Único de Saúde (SUS).

Nesse ponto, pode-se considerar que existe exigência contínua do trabalho real, examinada por Dejours (1995) como ajustamento entre o trabalho prescrito e as adversidades exigidas pela organização do trabalho e pela inteligência criativa advinda da experiência real do trabalhador. Esse autor inclui nessa assertiva que o prazer do trabalhador resulta da energia psíquica despendida que a tarefa permite. Entretanto, pode advir o sofrimento pelo resultado insatisfatório dessa energia gasta (DEJOURS, 1998) e que tem seu agravamento de responsabilidade por se tratar de soluções que permeiam a vida e a morte. Os depoimentos a seguir exemplificam, em parte, a situação da infraestrutura na instituição:

Estão sucateados, faltam equipamentos, os que têm estão sucateados, a gente tem que improvisar muito pra poder atender uma pessoa quando a gente precisa de um equipamento específico e falta muita coisa, sempre improvisando, sempre dando um jeitinho, a gente fala que fisioterapeuta é meio MacGyver que com esparadrapo e uma cânola, a gente faz um monte de coisas, uma sonda de aspiração. (F-8)

Aqui no hospital em relação a equipamentos muitos precários, isso estressa demais, de falta mesmo de equipamentos, às vezes o paciente demandando e você não acha que o equipamento, aí você tem que ficar rodando o hospital inteiro à procura dele, as vezes você não acha, então você começa a fazer adaptações que não são tão boas e o paciente piora, você vê o paciente piorando por falta de ter uma retaguarda e não dá certo, às vezes você faz uma adaptação alguém te olha torto, mas você tá tentando salvar uma vida não é? (F-4)

Temos uma parte de equipamentos aqui bastante antiga algumas coisas com defeito mesmo, não funciona bem, é muito antigo, não dá o que realmente o paciente precisaria mesmo, é um pouco angustiante essa parte, o que você vê uma criança que precisaria de uma incubadora de parede dupla aí uma criança sai com hipotermia, fica lá fria, um bebezinho de 600 gramas, que acabou de nascer, porque você não tem equipamentos que a criança precisava, sabendo que a hipotermia pode determinar outras coisas que ele pode ter que vão determinar a qualidade de vida dele, que sabe que tem mortalidade, hipotermia nas primeiras horas de vida. (F-5)

Faltam vários materiais de trabalho, material reaproveitáveis inclusive, nos deixamos de fazer várias coisas que poderíamos fazer em benefício do paciente em prol do paciente porque nós não temos o material adequado. Deixa eu te dar um exemplo: eu programei uma extubação, tirar o tubo de

um paciente hoje, mas esse paciente é um paciente grave e demanda certos equipamentos para retirada desse tubo, eu não tenho esses equipamentos. Então o que eu vou fazer, eu deixo de tirar o tubo do paciente, o paciente ganha mais dias de internação, mais dias de ventilação mecânica por isso. (F-1)

Na subcategoria ambiente de trabalho, apresenta-se, de forma mais relevante, um quadro de profissionais de fisioterapia desfalcado; formação técnica deficiente; profissionais sem envolvimento com o trabalho; leiaute inadequado (CTI pediátrico com recém-nascidos e crianças maiores juntos); falta de rotina nas decisões (informalidades); falta de coordenação médica; e presença de barulho (conversas e monitor alarmando). Nos depoimentos, considerou-se como bons fatores, o CTI pediátrico ser de “porta fechada”, o que significa dizer que somente atendem até o limite da capacidade (10 leitos) e encontrarem-se ali profissionais capacitados. Os relatos a seguir abarcam, em parte, essa situação:

Falta número de profissionais, isso atrapalha muito o nosso trabalho, então fica quase tudo a desejar, assistência ao paciente fica prejudicado porque teria que ser contínuo, a gente perde evolução do paciente a gente faz um treinamento, o paciente que chega aqui precisando de assistência ventilatória, a gente faz um trabalho para ele ir reduzir a assistência ventilatória até que ele não precise mais, então frequentemente o prazo que fica sem, o tempo que fica sem fisioterapeuta a gente perde muito desta evolução, aumenta o custo pela permanência do paciente e pelas acontecem complicações também, infecções coisas assim. (F-2)

Em tudo tem muita falha, desde o CTI que a gente trabalha, a conformação do layout dele é totalmente errada, de um ponto você não vê todos os blocos, são duas enfermarias, se acontecer alguma coisa numa enfermaria, daqui você não vê o posto de enfermagem, onde ficam os computadores, a gente não vê paciente nenhum, então o layout é muito ruim. (F-6)

Existem algumas atividades em que as fontes estressoras são inerentes ao trabalho dos intensivistas, como o atendimento às variadas intercorrências que acontecem em um plantão, em função da instabilidade clínica dos pacientes do setor. Essas emergências fogem ao planejamento do plantão, causando sobrecarga física e mental e instalando no indivíduo um estado de constante prontidão no agir. Nos achados desta pesquisa, observou-se que a ausência de profissionais de fisioterapia atuando 24 horas e a falta de cooperação da equipe nas atribuições em comuns favorecem para que mais intercorrências aconteçam, ocasionando sobrepeso de trabalho e responsabilidades aos fisioterapeutas plantonistas.

A realidade apresentada sobre as condições de trabalho reforça o que Shaufeli, Leiter e Maslach (2009) comentam sobre a precariedade estrutural do serviço público de saúde, configurado por poucos recursos para atender à demanda com humanização e que faz gerar incertezas nos profissionais quanto às efetivas intenções da instituição. Esses fatores são considerados motivos de insatisfação e limitação do trabalhador e elementos que substanciam o risco do aparecimento da síndrome de *Burnout* (TRINDADE; LAUTERT, 2010).

5.2.1.3 Relações socioprofissionais

Na subcategoria relações socioprofissionais, evidenciam-se as relações com os pacientes e familiares, o relacionamento com a chefia e o relacionamento com os colegas.

No relacionamento com pacientes e familiares, apresentam-se características distintas entre pacientes e familiares de CTI adulto e CTI pediátrico. Para pacientes adultos, as relações limitam-se ao grau de consciência em que eles se encontram, sobressaindo elementos como: respeito, cuidado, carinho, tratar profissionalmente, evitar se envolver e se envolver por causa das histórias que os levaram a estar ali.

A respeito do relacionamento com os familiares dos pacientes de CTI adulto, geralmente existe pouco contato, ou porque as informações sobre o estado do paciente são realizadas pela equipe médica ou porque os fisioterapeutas evitam o contato, retirando-se do ambiente no momento de visitas. O depoimento a seguir ilustra, em parte, a percepção dos fisioterapeutas a respeito das relações entre pacientes e familiares do CTI adulto:

(...) de um modo geral, os pacientes estão sedados, ou são paciente em coma, são pacientes muito graves, então assim a gente não cria uma relação direta com eles não. A relação que eu crio é uma relação profissional geralmente, apesar de que, isso varia muito, mas dentro dessa variação, tem pacientes que a gente não tem o menor sentimento é uma situação totalmente indiferente e tem paciente que devido a historia desse paciente de estar ali, acaba criando um vínculo sim. (F-1)

No CTI pediátrico, encontram-se bebês recém-nascidos e crianças até 14 anos, onde o contato com a família é maior. Surgem dos depoimentos itens como carinho, proteção, maternagem, bom relacionamento, mas com peso psicológico, compaixão pelo sofrimento, tentativas de amenizar a dor. O relacionamento com a família é considerado bom, a exemplo de gostar de trabalhar junto com a família, acolher a família naquele momento, ter jogo de cintura e dificuldade de lidar com a morte.

Percebe-se que a UTI pediátrica e a neonatal apresentam maiores demandas mental, psicológica e emocional do fisioterapeuta, por lidar com pacientes altamente instáveis e, portanto, demandantes de maior atenção, acrescidos do envolvimento com os familiares. Segundo análise da pesquisa, a relação com os familiares é reconhecida como geralmente boa, entretanto é citada a existência de um “peso psicológico”. Os fisioterapeutas participam efetivamente do contato dos pais com a criança, auxiliando no posicionamento da criança no colo e na aplicação do método canguru, por questões de segurança diante da fragilidade do recém-nascido. Essa proximidade faz que o profissional experiencie momentos de tensão, angústia e sofrimentos vivenciados pela família. Conforme Pessini (2004), na especialidade intensivista é frequente o acúmulo do atendimento às emergências e à inevitabilidade de conviver como o sofrimento dos familiares. Isso pode ser verificado de forma parcial na descrição a seguir:

Então, aqui agora nós temos psicólogos né? Graças a Deus, agora eles estão mais presentes no setor, porque antes não tinha tanto, então a gente tem que ter um jogo de cintura muito grande, para acolher a demanda também desse familiar que não é psicologia é toda uma equipe para poder acolher esse pai e sua mãe e seu avô, principalmente no CTI Pediátrico neonatal, principalmente a gente da fisioterapia, a gente acolhe também esses pais, porque a gente fica muito ligada a essas crianças assim manualmente falando porque a nossa responsabilidade é com respirador, com o tubo, com a traqueostomia, com posicionamento, então eles tem um relacionamento com a gente, a gente tira do leito, coloca no colo do pai e da mãe e tem que tá o fisioterapeuta junto às vezes para preservar aquela via aérea, aquele tubo para não sair, então a gente tem que ter esse acolhimento. Tem pais que são mais difíceis, dependendo domínio social o pai dos familiares eles entendem pouco o que acontece, então a gente tem que ter muita paciência a gente tem que ter um carinho com eles também, porque senão eles dão uma resistência também, mas se você souber acolher eles te dão um retorno, normalmente eles te dão retorno muito bom, a não ser aquele pai que não aceita a condição de filho de está no tubo, então eles começam a arrumar problemas para ouvidoria para reclamar de coisa não entendi sem compreender o porquê que tá acontecendo mas na maior parte das vezes eles são tranquilos. (F-3)

O paciente é meu! Ah o meu paciente, ah o meu menino! Você não vai mexer com o meu menino. Não! Ele é da mãe dele, não é nosso! Então na fisioterapia intensiva existe, a gente tem essa dificuldade de entregar a família o paciente que é dela, dar o filho a eles, os pais fazerem algo, ah ele dormiu agora, deixa ele quieto! Então assim a gente convive com essa coisa da maternidade, da paternidade de cada um, que é do controle e da proteção excessiva. O descuido que é entregar algo para o familiar que é sua responsabilidade, que é inseguro mesmo! Existe uma linha contínua entre você deixar o familiar fazer tudo ou você deixar o familiar fazer nada porque você está protegendo ou controlando o seu trabalho, então a gente tem que achar um equilíbrio. (F-5)

Quanto à subcategoria relacionamento com a chefia, os fisioterapeutas consideram ser atualmente bom, possui uma coordenação de fisioterapia acessível e que busca atendê-los nas suas necessidades. Entretanto, apontam que existe renovação constante dessa chefia e, portanto, variação de relacionamentos. Dos entrevistados, 30% alegam que já tiveram conflitos com as chefias anteriores e 30%, com a equipe médica. Os relatos a seguir ilustram a realidade sobre os relacionamentos com as chefias:

Hoje sim é muito boa, mas cada hora é uma pessoa, 4 meses atrás era péssimo, nem bom dia dava. Nem aparecia no CTI era uma gerência de mais setores, ela não tinha vínculo nenhum com a equipe do CTI pediátrico, então ela vinha de vez em quando, não conhecia ninguém, mal dava bom dia, então era péssimo. (F-7)

Relacionamento com a chefia é totalmente dependente de quem tá na chefia por que a instituição não te dá apoio nenhum, se você tem uma chefia que faz coisas absurdas à instituição não se posiciona. (F-2)

(...) com a coordenação médica, é um relacionamento, talvez um pouco mais complicado que os demais. Eu não concordo com muitas coisas que a coordenação médica coloca, com a forma de trabalhar, na verdade quando a coordenação médica coloca alguma coisa a gente acaba discutindo sobre o assunto e a gente acaba chegando num consenso a respeito do paciente, então esse não é o problema, mas a forma da coordenação médica trabalhar é muito ruim, não só eu, eu escuto várias pessoas comentarem sobre isso, a coordenação médica não tem uma postura muito legal, em termos de relacionamentos com os funcionários, mas de um modo geral eu não acho ruim não, eu tenho um bom relacionamento com todos os colegas. (F-1)

Alguns conflitos relatados pelos fisioterapeutas foram associados à divergência de valores de conduta ética profissional, e um dos conflitos, conforme relato anterior, resultou em denúncias a chefias e a órgãos de regulação do governo. Essas situações que o profissional vivencia fazem que ele se sinta descontextualizado para exercer seu trabalho em um ambiente assim. Conforme Pereira (2006), o dilema

ético pode ocorrer quando o profissional da saúde se defronta com situações em que existe mais de uma possibilidade de tratamento com justificativas técnicas, entretanto são decisões que envolvem questões morais e sociais discordantes.

Quando se refere ao relacionamento com os colegas, os entrevistados o qualificam como geralmente bom, a comunicação flui e geralmente há cooperação da equipe e utilizam do bom humor para minimizar a tensão própria da UTI. Os relatos a seguir ilustram parte dessa situação:

A gente não tem conflito com o convívio é muito bom, a gente conversa muito, conta muita piada, tem amizade com aqueles que dão plantão no dia da gente, principalmente porque a gente tem mais convívio, a gente tem uma coisa muito positiva que é um ambiente de trabalho. Falta coordenação, falta lideranças, em compensação tem menos cobranças, o lado bom de ter menos cobrança é que o ambiente é mais leve, mais tranquilo e que a gente tem mais autonomia para determinar o nosso planejamento o que a gente acha importante, a gente tem mais autonomia e menos suporte e qualidade de trabalho também que é angustiante nesse ponto. (F-5)

Com os colegas meu relacionamento é excelente, adoro trabalhar aqui, às vezes tem assim... ah tô trabalhando demais! Às vezes falta um pouco de cooperação sim, mas é bom! (F-7)

Segundo Maslach (2005) e Benevides-Pereira (2010), o suporte social dos colegas dentro da instituição, a percepção de coletividade e a cooperação entre os colegas caracterizam-se como fatores inibidores do *Burnout*. Já a falta de ambiente amigável, de solidariedade e de ajuda mútua é geradora de conflitos e compromete a execução das tarefas, causando mais momentos de estresse entre os profissionais.

5.3 Síndrome de *Burnout*

Nesta dimensão são analisadas as particularidades referentes às dimensões da desta síndrome, ou seja, a exaustão emocional, a despersonalização e a baixa realização profissional.

5.3.1 Exaustão emocional

A análise dos depoimentos colhidos na entrevista indicou que as principais subcategorias relacionadas à exaustão emocional, por ordem de relevância, associam-se a esforço no trabalho e a condições física e mental. No que se refere ao esforço, os entrevistados o relacionam às sobrecargas física, mental e emocional despendidas no exercício da profissão.

A sobrecarga física é expressa quando os fisioterapeutas relatam que são plantões que exigem constante movimentação para a manutenção dos pacientes, deslocamentos e posicionamentos dos pacientes no leito para sua reabilitação respiratória e motora, permanecendo em estado de prontidão e dinamismo nos atendimentos às intercorrências. Os relatos a seguir exemplificam a situação de sobrecarga física:

Eu há um tempo, comecei a medir quantos passos eu dava no dia, e eu cheguei à conclusão que eu ando em um plantão entre 9 a 15 km. 9 nos plantões mais tranquilos e 15 km nos plantões mais pesados. (F-1)

Tem o esforço físico que é maior do deveria, porque a gente não tem equipamento e é um esforço emocional, que é você ter que se manter, apesar de cansada, apesar de frustrada você se manter ali prestando a melhor assistência possível. Então tem tanto o esforço físico quanto o emocional mesmo, de se manter ali fazendo o melhor trabalho possível apesar do cansaço. (F-2)

Então as terças eu saio daqui bem cansada porque eu fico o tempo todo pulando daqui e dali para dar conta de atender os 10 leitos, por que é uma fisioterapeuta para dez, ambiente muito pesado (...) como eu cheguei agora, foi má coincidência, todos os plantões que eu tô vindo por enquanto tá sendo tumultuados, mas que tem plantões mais tranquilos ali também, com tempo eu vou me adaptando. A gente assusta, a gente fica muito tensa, é muita responsabilidade. (F-10)

Nossa! Totalmente descompensada de tanto cansada, chego em casa sem vontade de ver uma televisão, às vezes quando chego em casa nem banho quero tomar nem comer eu quero comer, só quero deitar e descansar. Quando eu chego do plantão sair? Nem pensar eu gosto de ficar na minha casa quietinha para descansar porque geralmente no dia seguinte eu tenho mais plantão. Então se eu não descansar direito no dia seguinte eu não consigo trabalhar. (F-3)

De acordo com Nogueira (2007) e Limongi-França e Rodrigues (2010), a assistência fisioterapêutica exige muito do sistema musculoesquelético e de sua força dinâmica e estática, em razão do fato de o profissional utilizar seu próprio corpo como

ferramenta de trabalho, realizando movimentos repetitivos e manutenção de posturas estáticas e movimentos não fisiológicos da coluna vertebral, o que o leva a situações de sobrecarga que podem exauri-lo física e mentalmente. Todavia, entre os depoimentos, surge um relato de que, mesmo diante da sobrecarga de trabalho, o entrevistado se sente motivado a ficar no serviço após o horário de trabalho, justificando esse sentimento por gostar do que faz.

O esforço mental diz respeito ao planejamento e às suas reformulações diante das situações emergenciais do setor, como realizar adequações para suprir os materiais faltantes, analisar exames e discernir sobre qual o melhor tratamento a ser adotado para o paciente em momento eventual, como se pode perceber nos depoimentos a seguir:

(...) que a cabeça fica trabalhando o tempo inteiro, eu preciso de um planejamento, se eu pensar errado eu posso colocar em jogo a vida de uma pessoa em risco ali, então é algo a se pensar. (...) Então eu acho que a cabeça fica fritando o tempo inteiro pensando na solução de alguma coisa, é o mais difícil, físico até que nem tanto. (F-9)

Você tem que ter muita paciência, você tem que ter esforço físico mesmo, você tem que se desdobrar e muito, esforço de saber se virar em qualquer situação, por exemplo, a gente faz muita gambiarra, muita! Porque às vezes é muito aparelho que tá com furo que não encaixa, que você tem que fazer isso porque senão a paciente morre, então a gente faz muita gambiarra, principalmente a fisioterapia, é campeã de gambiarra. Esforço de relações também às vezes você tem que engolir sapo, é acho que basicamente isso. (F-7)

Você tem um esforço mental para definir qual a melhor tratamento e no meu caso esforço físico, por que como fisioterapeuta eu sou obrigado a fazer a reabilitação do paciente, movimentar o paciente no leito, às vezes se retirar do leito, colocar na poltrona, às vezes colocar em pé, volta pro leito, as vezes a figura masculina no plantão, às vezes é uma manipulação que o outra equipe está fazendo, mas aí ...Vem cá me ajudar que você é homem, então a gente ajuda. Já tive até problema de coluna assim de pegar paciente. (F-4)

O esforço emocional remete ao alto grau de responsabilidade exigido desses profissionais por se tratar de vidas, a exemplo das relações socioprofissionais e do fato de lidarem com o insucesso e com a morte, exigindo, com isso, preparação psicológica. Os fisioterapeutas, perante a experiência da morte, vivenciam vários sentimentos, como angústia, ansiedade, indignação, frustração, tristeza, que oscilam de intensidade conforme o tempo de permanência e a idade do paciente na internação, aos quais pode ser acrescido o sofrimento dos familiares, porque existe

a possibilidade de se criar vínculo emocional durante a internação e de se considerar a morte inapropriada para dada idade. Aqueles que já tiveram morte na família ou de pessoas que lhes dedicavam afeto, especialmente se foram mortes recentes, rememoram, de forma dolorosa, o sofrimento da perda. As formas de enfrentamento dessa situação são manter distância do sofrimento, evitando contato com familiares; tratar os acontecimentos com frieza, considerando a morte como corriqueira; e tirar o foco, para manter o equilíbrio emocional. Os depoimentos que se seguem expressam essa vivência:

A primeira coisa pra gente trabalhar num centro de terapia intensiva é ter um psicológico preparado, porque a gente vê de tudo um pouco e a gente lida bem próximo da morte, então a morte está sempre nos rondando, então eu acho que não é nem competência, nem habilidade, é um preparo psicológico. (F-8)

(...) que a gente trabalha com vida e morte, não tem como não se envolver, a gente não é de pedra, mas com o tempo a gente se torna mais frio sim, porque eu vejo aquilo todo dia, acaba se tornando normal pra mim. (F-9)

(...) a mãe chorando, pai chorando, (...) o desgaste emocional da equipe foi tão ruim, e eu na verdade, até hoje eu me lembro disso, foi péssimo porque atrapalha a condução do tratamento, você fica tão sensibilizado, quando você chora...você tem que ter força para fazer seu papel de fisioterapeuta na linha de cuidado, você não consegue separar muito o sentimental da sua atuação naquela hora e eu já peguei atestado por conta disso. Eu tive que afastar, algumas vezes, por conta de estresse por conta de sobrecarga emocional e física, por causa disso. Não fiz nada porque eu tinha de continuar o plantão, fui para casa, não dormi direito e foram vários dias porque ele demorou a evoluir porque na verdade ele foi transferido para outro hospital, até a transferência para outro hospital fui levando, fui levando, só que nessa de ir levando um dia, vai levando o outro, vai criando um acúmulo dentro de você até a hora que você não aguenta mais e pede afastamento. (F-3)

No sentido de perda, eu perdi meu pai tem dez meses hoje e isso, quando eu vejo algum paciente do sexo masculino, que tem as mesmas características, isso me comove um pouco, me impacta psicologicamente. Agora o paciente enfartou isso não me gera trauma, é da rotina, então quando eu vou embora não lembro isso. (F-8)

Conviver diariamente com o morrer faz que o profissional da saúde passe a encarar a morte com naturalidade ou tratá-la com frieza, indiferença, numa tentativa de se resguardar e evitar sofrimentos que o desequilibram, prejudicando o desempenho do seu trabalho no ambiente hospitalar (SHIMIZU; CIAMPONE, 2002). Benevides-Pereira (2003) relata que o contato direto com a dor e com o sofrimento pela morte

exige do trabalhador controle emocional maior, em comparação com outra atividade profissional.

Com relação à subcategoria condição física, emergem dos depoimentos 60% dos entrevistados se declarando esgotados e 40% se sentindo bem, adaptados à rotina do CTI. Nos relatos surgem elementos como: o trabalho me desgasta, estar adaptado a essa rotina de trabalho, se sentir aliviado quando termina o plantão, com a consciência tranquila de fazer o melhor para o paciente. Os depoimentos a seguir reforçam essa situação de exaustão:

(...) minha cabeça não desliga, meu sono não me descansa, não consigo planejar minha vida. Fico exausta, meu sono não me descansa, as noites que eu durmo são péssimas, meu sono é picado, meu sono é horrível. (F-9)

Na maioria das vezes cansado, porque como eu vim de outro trabalho, aí eu vou emendar com o plantão noturno, na maioria das vezes eu estou muito cansado, mas é como eu te falei, a gente pensa na situação das pessoas que estão aqui esperando nosso serviço, então isso que me anima, porque o trabalho em si é cansativo, a rotina é cansativa, a rotina da noite é mais cansativa do que durante o dia, parece que as horas demoram mais a passar, então as vezes quando eu venho me deslocar de lá até aqui, eu penso nossa a noite, a noite não vai passar, mas quando chega aqui a gente começa a pegar o ritmo e acaba esquecendo disso. (F-8)

Muitas vezes eu falo assim Ah! eu tenho que trabalhar. Dependendo da época, quando as cobranças são muitas ou épocas sazonais, época que o CTI fica mais cheio devido a casos mais graves, ah eu tenho que ir, mas varia muito tem vez que eu penso graças a Deus tenho um emprego, depende. Eu faço um planejamento mental antes de chegar, tenho que tomar café porque se eu chegar lá não vou conseguir sair. (F-3)

(...) eu falo que com os anos eu chegava ao final do dia melhor, com os anos eu estou mais cansada, cansada mesmo! Eu saio daqui, a hora que eu sento, a hora que eu relaxo eu estou um caco. Eu não consigo fazer muita coisa mais, então depois de um plantão de 12 horas é tomar banho comer e dormir praticamente, é muito cansativo, porque nosso trabalho exige mão na massa. (F-5)

Dos entrevistados, 90% disseram que já pensaram em desistir da profissão ao longo da carreira, apontando como motivos principais a sobrecarga de trabalho, o desgaste físico e mental *versus* a falta de perspectivas de melhorias na carreira e a baixa remuneração. A sobrecarga de trabalho, aqui demonstrada, acontece pelo acúmulo de horas normais, horas extras e outros vínculos empregatícios. Os fisioterapeutas justificam sua permanência na profissão pela estabilidade do serviço público diante da crise do país, por achar que houve melhorias na profissão, por gostar do que faz e por se acomodarem com a situação. Dois desses depoentes

declaram ser seu um projeto sair da área hospitalar. Contrariamente aos demais, um fisioterapeuta mostra-se satisfeito com a profissão, sentindo-se útil e realizado no que faz. Os relatos a seguir expressam essa situação:

Já, já pensei e tentei ficar pensando que eu posso fazer para melhorar, ter mais qualidade de vida os salários do fisioterapeuta dentro da fisioterapia em hospital dá estabilidade mais rápida, mas você não tem muito para onde crescer, você pode estudar o que você quiser não tem para onde crescer, não tem muito para onde ir. (F-5)

Sim, sim e é um projeto, é um projeto. Eu acho que as coisas que eu tenho tentado elas são paliativas, se eu pensar na perspectiva de todo período de trabalho da vida da gente eu sinceramente não acho que é para eu passar todo esse tempo dessa maneira, sabe? Então eu faço atualmente 24 horas é exatamente por isso para reduzir minha carga horária para poder me dedicar um estudo de uma outra área que eu acho que vai me trazer condições de trabalho melhores. A perspectiva de trabalho da gente é cada vez maior, cada vez um número maior de anos para se trabalhar e eu acho que todos mereceríamos não passar por situações assim. Entendeu? Eu fiz a escolha reduzir o padrão de vida para ter uma carga horária menor, para poder me dedicar à busca de um trabalho diferente. (F-2)

Tem profissionais da sua área que vão ganhar milhões e outros uma mixaria, depende de você querer ganhar esses milhões, fazer por você, eu não vou ficar nesse serviço público a vida toda. (F-6)

Consoante com os relatos, os fisioterapeutas vivenciam a sobrecarga de trabalho compreendida pelo excesso de serviço, pelo curto tempo para execução das ocupações e funções que envolvem grandes responsabilidades. Esse fator é agravado pelo descompasso entre o que se tem a fazer e os recursos disponíveis para sua execução, bem como a baixa recompensa pelo trabalho realizado. Segundo Maslach (2005), a sobrecarga laboral é um coeficiente que tem forte relação com a exaustão emocional, e a desvalorização é frequentemente percebida em serviços assistenciais, influenciando negativamente no ânimo do trabalhador. Acrescenta essa autora que o indivíduo fica com a impressão de estar passando por um conflito pessoal, sem associação com o trabalho, o que é o primeiro indício experienciado no *Burnout*.

5.3.2 Despersonalização

Nesta categoria, apresentam-se ordenadas por grau de relevância as subcategorias: emoções no trabalho e impacto dos problemas no ambiente laboral.

Conforme apontam os entrevistados, eles vivenciam variadas emoções, sendo descritos também sentimentos relacionados às relações interprofissionais. As mais ressaltadas são: respeito, cuidado profissional, apego, maternagem, alegria, medo de errar, insegurança, indignação com o descaso, indignação com a desorganização pública, raiva, frustração, desânimo, compaixão, gratidão, sentir-se tranquilo por ter feito aquilo que se pôde fazer e resignação, pois a morte é rotina no ambiente hospitalar. Os trechos a seguir exprimem, em parte, essas vivências:

São muitos não é? Porque a gente está o tempo inteiro lidando com vida ou morte, tem muitas vezes que a gente fica indignado, muitas coisas erradas, e a gente vê as pessoas morrerem por descaso de outros profissionais, e a gente não poder fazer muito por isso, então a gente tem insegurança, medo de fazer qualquer coisa ali, qualquer coisa que você fizer errado, você pode tirar a vida de uma pessoa, porque a gente lida ali com a vida da pessoa, se fizermos alguma coisa errada, mesmo que sem querer, pode acontecer. No início eu tinha muita insegurança da própria capacidade minha, porque eu não estava apto a aquele trabalho que eles me colocaram, mas com o tempo você vai sentindo, vai se especializando, vai sentindo mais confiante. (F-6)

Durante os plantões que eu experimento diversos sentimentos, raiva sim, em diversas situações que a gente não tem insumos, não tem equipamento pra fazer o que a gente deveria fazer. Alguns desgastes sim, com relações as condutas que são adotadas. Alguma indignação com relação a algumas negligências que a gente vê, que a gente observa e que não são poucas, são muitas. A gente tem muitas formas de negligência, o tempo todo, acontecendo. Não só negligência, imperícia, imprudências e eu quando observo fico muito indignado. (F1)

Vêm todas, alegria, tristeza, às vezes raiva, mas é claro que em momentos diferentes, cada situação a gente experimenta alguma emoção, quando a gente tem um paciente melhorando muito e a gente vê que a nossa intervenção ajudou, colaborou pra isso, é muito gratificante, gratidão. (F- 8)

Eu não sei como eu faço para lidar, acho que tudo é problematização também, se você não problematizar, eu assisto à 10 paradas cardíacas por dia se eu for me envolver são dez frustrações naquele dia, como eu já sei que aquilo pode acontecer, automaticamente eu não me envolvo. Eu não sei se me fiz entender, eu não consigo planejar isso, eu sou muito imediatista, eu fiz, fiz acabou, passo para outra. (F-9)

Os fisioterapeutas que trabalham na pediatria dizem que tentam evitar uma aproximação emocional com os pacientes, mas em muitos momentos acabam se envolvendo com eles e, principalmente, com os familiares. Nesse clima, percebe-se um apelo emocional maior, o que pode ser percebido nos relatos a seguir:

Nossa! Na neo é um sentimento de mãe, você se apega aos menininhos demais, você quer fazer de tudo para ele melhorarem, então até essa questão do ser competente fisioterapeuta, às vezes você faz a mais pela criança, por exemplo, é manipulação mínima, então eu já cheguei a trocar fralda de criança na neo, - não gente, eu vou trocar! - Porque 900 gramas o bebê tem, se eu sair daqui agora vai vim a enfermeiras logo atrás e vai manipular de novo, isso não é bom para o bebê, então sentimento muito grande, por eu ser mãe, é um sentimento muito protetor. A gente quer fazer tudo para que a criança melhore, mais que num adulto confesso, no adulto deveria ser assim também, mas não é, na neo a gente se envolve mais. (F-3)

Respeito, carinho, proteção, a gente acaba sendo muito protetor assim com os bebês, são muito frágeis, os bebês nos trazem o nosso lado mais humano, eu falo que quem não tem isso muito desenvolvido vai para o Neonatal que desenvolve, vai trabalhar com recém-nascido que desenvolve, com criança também. (F-5)

Já no ambiente de CTI adulto a maioria dos sentimentos explicitados e ressaltados demonstra que existe afastamento de contato emocional, ou porque os pacientes se encontram mais sedados ou porque os profissionais se esforçam para manter esse distanciamento, não obstante estabelecerem relações de cuidado, de respeito e de profissionalismo. Os entrevistados evitam a hora de visita dos familiares, aproveitando essa hora para descansar, uns por acharem esse horário tumultuado, crítico e de insegurança física, outros por preferirem o afastamento emocional. O relato a seguir ilustra, parcialmente, esse entendimento:

Quando eu estou durante o dia, o que eu não gosto de participar é da visita da família, isso é o pior horário pra mim, porque ai você vê as pessoas quando elas têm a proximidade da perda, elas expelem um sentimento ruim, isso eu não gosto. Porque as pessoas ficam muito comovidas, isso é ruim pra mim, têm pessoas que lidam bem com isso, eu não gosto. (F-8)

Na categoria impacto dos problemas no trabalho emergiram as subcategorias: ansiedade, tensão, tristeza, saio daqui e esqueço tudo, com o tempo meu sofrimento diminuiu drasticamente, consciência da fragilidade da vida, resignação, morte é rotina, não quero que minha família passe por isso. Os trechos a seguir ilustram parte desses resultados:

Difícil dizer, porque quando eu vou embora eu raramente lembro das coisas que eu vi aqui, não sei porque, se é alguma defesa que eu desenvolvi, mas eu sou assim, quando vou embora, realmente não lembro das coisas, principalmente os pacientes, o que é que aconteceu. (F-8)

Então eu agora eu fico muito envolvida, sentimento de tristeza, de ansiedade a gente fica querendo que ele melhore rápido, igual uma mãe mesmo, mas quando eu saio daqui eu estou esquecendo, graças a Deus. (F-10)

(...) não sei eu sou uma pessoa muito fria ah sei lá nas relações lá fora, sou muito na minha, sou muito individualista, eu tenho piorado, eu não sei se é isso que tá me deixando mais fria, muito sozinha, eu amo morar sozinha, eu tenho pavor de pensar em alguém morando comigo, eu sou solteira, eu adoro estar solteira também, não quero filho. Não sei, não sei se é consequência do meu trabalho ou se eu já parti para isso por eu ser assim, não sei o que é causa ou o que é consequência, mas talvez o meu trabalho me ajude a ficar cada vez mais assim, talvez mais fria, talvez não me apegar, talvez não sofrer com as coisas muito. (F-7)

Eu não sofro. Eu separo totalmente, eu não sofro! Às vezes o paciente está lá parado a gente tá lá na reanimação 30 minutos, olha, eu sou uma pessoa muito temente a Deus, então assim, eu acredito assim, Deus é soberano que é o momento dele, o que a gente pode fazer gente fez! O que é certo, e que chegou o momento dele, mas mesmo no caso de óbito eu fico tranquilamente. Eu geralmente eu ficaria intranquilo se eu pensasse que eu não fiz o melhor para ele, aí às vezes você fica remoendo em casa, às vezes assim...foi até bom eu falar nisso, às vezes um equipamento que faltou, nossa...às vezes se eu tivesse procurado mais e eu não achei esse paciente não teria sido entubado, eu poderia ter salvado a vida dele, Ah se eu tivesse uma mascarada própria, as vezes você fica pensando nisso assim depois...mas eu não sou de sofrer não, o que eu pude fazer eu fiz durante meu plantão eu não posso também ter a carga de plantões que eu não tô dando assistência, então eu sou tranquilo, assim então eu consigo separar totalmente. (F-4)

Os sentimentos como raiva, frustração e indignação citados pelos profissionais estão relacionados com as inadequações do contexto do trabalho em que se encontram, como a precariedade de infraestrutura que os limita, as inabilidades da equipe, o descaso da organização pública e as situações que levam os pacientes a estarem internados. Percebe-se que existe forte desejo dos profissionais em se manterem distantes emocionalmente dos problemas dos pacientes, como forma de se resguardarem do desgaste emocional. Isso vem corroborar Lautert (2001), quando declara que os profissionais da saúde vivenciam mais frequentemente situações de estresse e que, portanto, exigem maior enfrentamento. Dejours (1998) explica que os mecanismos de defesa são elaborados pelos indivíduos para a proteção do ego, já Cançado e Sant'Anna (2013) acrescentam que os mecanismos surgem da necessidade de diminuir o sofrimento do indivíduo diante das realidades experimentadas.

Alguns relatos evidenciam que no início de carreira os fisioterapeutas sofriam muito, mas que, com o passar do tempo, aprenderam a conviver com o sofrimento alheio,

distanciando-se das situações que lhes causavam esse sentimento. Infere-se aqui que o distanciamento das relações paciente/família constitui um mecanismo de defesa utilizado por esses profissionais para se manterem estabilizados emocionalmente. Codo e Vasques-Menezes (1999) relatam que certo grau de afastamento em algumas profissões é necessário, todavia, se ultrapassar esse limite, pode haver interferências negativas nas relações socioprofissionais.

5.3.3 Baixa realização profissional

Na categoria baixa realização profissional surgiram, por ordem de relevância, as subcategorias reconhecimento do trabalho, motivação no trabalho e remuneração e benefícios.

No que se refere ao reconhecimento no trabalho, 70% dos entrevistados sentem que são reconhecidos pela equipe e pelos pacientes, que suas opiniões geralmente são respeitadas e aceitas, mas que é uma profissão desvalorizada em relação à importância da sua função dentro do setor. Porém, 40% deles consideram ser baixo o reconhecimento e percebem a profissão como um serviço que não tem perspectivas de crescimento ou valorização. Os relatos a seguir expressam essa percepção:

Numa equipe que a gente trabalha muito tempo as pessoas já estão acostumados e acaba aqui o reconhecimento é um ok, é te deixar sozinho, é uma forma até negativa não é? Eu confio nela tanto que deixo ela sozinha que ela se vira. Querendo ou não é uma forma de reconhecimento. Tipo assim, quando você chega num plantão, graças a Deus você chegou! Eu brinco que quando eu chego no setor, quanto mais alegria as pessoas me recebem mais pepinado está. Quando faz muita festa, pode saber. É o respeito de ouvir sua opinião, particularmente eu não posso me queixar disso das pessoas que eu conheço, reconhecimento é algo que a gente vai conquistando. (F-5)

Acho que é baixíssima, uma profissão subvalorizada pela importância e pela capacidade que ela tem na resolutividade de alguns problemas dos pacientes, mas o reconhecimento é baixíssimo, muito baixo e isso também querendo ou não, impacta no trabalho da gente né? (F-8)

Olha reconhecimento da importância do fisioterapeuta é grande para os profissionais, acho que nós somos sim, sempre bem reconhecidos, inclusive tem alguns deles que querem a gente 24 horas, somos reconhecidos sim tanto pela enfermagem quanto pela equipe médica, eu acho que existe uma desvalorização salarial né? (F-10)

A gente tem, por exemplo, médicos aqui, que fala direto para a gente - Se eu pudesse ter fisioterapia do meu lado o tempo todo eu não queria nenhum amigo médico prá ajudar, eu preferia - Porque a gente dá um suporte muito grande ao paciente, então a gente tem reconhecimento de muitos médicos, da equipe de enfermagem, de coordenação, agora a maioria do tempo ninguém reconhecendo achando que é obrigação mesmo de dar boa assistência. (F-4)

Conforme análise da pesquisa, 70% dos entrevistados se conceituam como bons profissionais, 50% manifestam se sentirem limitados pelas condições de trabalho e 20% se consideram profissionais medianos. Os trechos a seguir ilustram parte dessa análise:

Enquanto profissional eu me avalio perante a situação em que eu me encontro, eu acho que eu faço aquilo que eu posso, poderia fazer mais, às vezes sim, mas às vezes a gente não consegue, então a questão da avaliação, dentro da minha condição que eu tenho, eu me considero um bom profissional, não me considero o melhor, longe disso, mas dentro do que me é oferecido, eu consigo atender a demanda, a expectativa. (F-8)

Atualmente, uma profissional mediana infelizmente, o que é um dos motivos de pensar em outra carreira inclusive, eu acho que o trabalho exige um trabalho, um esforço físico, psicológico tão grande, que vai te desgastando. Algum desgaste eu acho que é da idade mesmo estou dez anos mais velha do que quando eu entrei, mas algum desgaste faz parte da situação mesmo eu percebo que eu não consigo atender aos pacientes com agilidade que eu tinha antes eu sinto um cansaço, um nível de cansaço no final do dia que eu não tinha antes e isso acaba afetando o meu trabalho. (F-2)

Eu deveria estudar mais e isso eu não faço também, mas tem uma explicação. (...) Eu não faço porque eu não tenho reconhecimento por isso, como eu falei agora a pouco. Se eu vejo um colega meu que faz, que corre atrás, que dedica e tem toda a formação para ser reconhecido e não é reconhecido qual é o motivo de fazer isso? Como eu deveria sentir necessidade de fazer isso? Então não faço por isso. Eu não estudo por isso. A única forma que eu teria de correr atrás disso de me qualificar melhor de estudar mais seria essa, o motivo desse que é o maior reconhecimento profissional, pelo meu empregador, pelo município, pelo setor. E isso a gente não tem sabe? Dentro do meu desenvolvimento profissional eu vejo essa falha esse defeito, me incomoda, mas vou dizer sinceramente, não me incomoda suficientemente pra driblar esse problema e correr atrás disso. Então não vou fazer, não tenho a intenção de fazer porque enquanto não tiver reconhecimento enquanto eu não ver porque profissionalmente eu não vou fazer. (F-1)

Quanto à subcategoria motivação no trabalho, todos os profissionais entrevistados alegam que a maior motivação é realizarem o trabalho proporcionando bem-estar aos pacientes, serem úteis. A metade dos fisioterapeutas considera a profissão subvalorizada, sem perspectiva de melhorias, e diz estar na profissão porque gosta do que faz e se sente vocacionada e realizada profissionalmente. Dos depoentes,

30% afirmam que as perspectivas de quando iniciaram a carreira para agora melhoraram surpreendentemente, entretanto alguns alegam que quem trabalha em hospitais não tem qualidade de vida. Seguem depoimentos ilustrando tal realidade:

Os casos bem sucedidos é muito bom! É muito bom saber que a gente faz a diferença, o apoio dos colegas, igual eu te falei, quando a gente chega... Nossa que bom que é você que está aqui!... é você que está aqui. Tem fisioterapeuta, e é você! (F-2)

Quando eu comecei eu tinha expectativa de que tudo ia dar certo, que eu ia trabalhar pouco, quando eu me formei, não tinha a menor intenção de trabalhar no hospital, então eu ainda achava que ia ter uma qualidade de vida muito alta, eu acho que você quando tem hospital com meta de trabalho você já não tá pensando nessa qualidade de vida. Hoje eu não tenho expectativa nenhuma, eu acho que a fisioterapia não vai para lugar nenhum, a tendência é só piorar, nós temos um conselho péssimo, que não intervém em nada, acho que nossa classe é extremamente desunida, então hoje minhas perspectivas são péssimas. (F-9)

(...) mas hoje eu me sinto uma pessoa motivada, porque eu vejo que eu tenho crescido ao longo dos anos, tanto profissionalmente como financeiramente, mas eu acho que tem muito que melhorar. Toda profissão tem que melhorar, eu acho que depende da gente, não ficar limitado a um valor. (F-6)

Conforme resultado da pesquisa sobre a subcategoria remuneração e benefícios, 60% dos entrevistados consideram ruim, 20% injusta quando comparada com a carga de trabalho e 20% boa. Os relatos a seguir mostram essa situação:

Defasado não é? Tem uma crise financeira do Brasil, então a inflação sobe seu salário só cai. (F-4)

Péssima! Péssima! Cada dia mais defasado o salário é hoje é a principal condição que me faz pensar em desistir, em sair. O que acontece que o município não foi acompanhando os aumentos salariais, de forma geral, não foi acompanhando a inflação, quando a gente teve aumentos foram muito pequenos e a gente já tá algum tempo sem ter aumento nenhum. Então assim eu não tenho nada de bom para falar sobre isso. (F-1)

É, poderia ser melhor, porque a gente que é da área da saúde, hoje as pessoas não conseguem manter um trabalho só, em um hospital só, então para você se manter, você trabalha pelo menos em dois hospitais, que é o meu caso, então no final de semana você pega plantão extra você trabalha aí 70 horas por semana e às vezes esse desenvolvimento profissional, como eu tenho família, tenho filhos então fica mais difícil. Eu tinha vontade de fazer mestrado, eu já tenho duas pós-graduações, então assim se eu fosse melhor remunerado, eu trabalharia menos e poderia me desenvolver mais profissionalmente eu teria mais tempo para crescer profissionalmente. (F-4)

Segundo Maslach e Leiter (1999), a remuneração insatisfatória torna o trabalho desmotivador e provoca desequilíbrio entre o indivíduo e o trabalho, fazendo que o

trabalhador sofra desvalorização. Acrescentam Murofuse *et al.* (2005) que esse fator força os profissionais a buscarem mais de um vínculo empregatício, o que, conseqüentemente, resulta em carga de trabalho desgastante, com pouco tempo para descanso, entretenimento e atualização profissional. Tal realidade conduz à insatisfação e insegurança nas atividades desempenhadas.

5.4 Mecanismos de enfrentamento à exaustão no trabalho

Com fundamento nos relatos das pesquisas, constatou-se que, para lidar com a exaustão no trabalho, os fisioterapeutas desenvolvem estratégias individuais e coletivas de regulação, ficando ressaltadas as subcategorias: racionalização, negação, fuga do ambiente de estresse (mesmo que por poucas horas), apoio social (colegas, equipes e familiares), fortalecimento espiritual, descanso, adoção do silêncio, relaxamento e entretenimento (social/lazer).

No que se referem à racionalização e negação, os relatos apontam que os profissionais procuram explicar os sentimentos de frustração, angústias, indignação, convivência com a situação de morte e de insucessos no intuito de minimizar os problemas vivenciados no trabalho. Isso pode ser percebido, em parte, pelos trechos a seguir:

(...) às vezes se algo não vai bem não é muitas vezes por minha causa, a maioria das vezes, quase nunca é por minha causa, eu não sei o dia que eu saí triste porque algo não foi bem porque eu deixei de fazer algo ou fiz alguma coisa errada. (F-7)

Olha! Eu sou uma pessoa muito temente a Deus, então assim, eu acredito assim Deus é soberano, que é o momento dele, o que a gente pode fazer a gente fez, o que é certo, e que chegou o momento dele, mas mesmo no caso em que haja óbito eu fico, tô tranquila. (F-4)

(...) fugiu da minha alçada eu não consigo resolver todos os problemas da saúde do Brasil, então você não conseguiu, na hora eu fico frustrado, mas eu consigo separar bem.

(...) mas esse paciente já era mais complicado sabe? Já tinha infarto, obesidade, já tinha hipertensão, então não é nossa só, é um quadro, tem paciente que responde quando a gente tá fazendo à terapêutica, tem paciente que não responde, a gente fica triste, mas passa. Vamos para os outros então, tem que assimilar e deixar o plantão correr. (F-10)

Quando eu chego em casa, eu quero esquecer, eu não quero viver mais aquilo por mais tempo que eu já vivi. Eu já vivi aquilo 12 horas no dia, eu

não quero conversar sobre isso, não quero! Então eu acho que eu absorvo. Eu não sou de dialogar. A minha esposa fala muito comigo, que eu não conto nada para ela do que acontece, mas eu não quero, entende? (F-1)

A racionalização surge, muitas vezes, sendo utilizada pelos fisioterapeutas entrevistados e concordando com a literatura, que indica ser um mecanismo de defesa comumente utilizado e caracterizado por um processo de criar motivos plausíveis que justifiquem os atos, comportamentos ou situações inaceitáveis (CANÇADO; SANT'ANNA, 2013; MORAES, 2013).

Os entrevistados utilizam também como mecanismo de regulação sair do ambiente de trabalho após vivenciarem situação de desgaste físico ou emocional, tendo sido mencionado que se recolhem numa sala para descanso, dormir, recompor-se e depois voltar para a rotina de tarefas. Isso pode ser visto no relato a seguir:

(...) então foi um momento de estresse e você sai de um procedimento desses exausta, que eu fiz, eu fui num banheiro, fui tomar água, vai pro quarto de descanso fica lá uns minutinhos, respira fundo e volta, normalmente tomar água ir ao banheiro já da uma reformulada pra gente voltar. (F-10)

O apoio social pode ser notado na entrevista como estratégia de regulação coletiva que ocorre nos relacionamentos socioprofissionais, momentos de descontração entre os profissionais e o bom humor da equipe. O uso de estratégias defensivas ajuda nesse enfrentamento, favorecendo a estabilidade emocional. De acordo com Morrone (2001), os profissionais resguardam o psiquismo, entretanto podem favorecer a adaptação às pressões patogênicas de trabalho:

(...) converso com as pessoas, apesar da terapia intensiva ser um ambiente fechado, mas assim existe pessoas lá que a gente conversa de tudo lá, a gente ri também, pode conversar normalmente lá dentro, conta piadas, vai ajudando aliviar o seu desgaste emocional, mas você tem que saber lidar com isso, se você ficar só sofrendo fechado lá você não vive né? então você brinca com paciente, você tem que ganhar o paciente, você brinca com ele, você brinca com a equipe de enfermagem, médicos, e isso todo mundo faz, porque senão fica o ambiente muito hostil mesmo. (F-4)

Encontraram-se também nas entrevistas o momento de convívio familiar e atividades de lazer com os amigos, ocasião que tira o foco dos problemas do trabalho. Conforme Mendes (2007), essas estratégias têm pouca duração e podem se

esgotar com o tempo, assinalando uma ruptura no processo de enfrentamento do sofrimento e, por conseguinte, possíveis adoecimentos futuros.

Eu gosto de sair, eu viajo muito, eu adoro viajar, eu te falo que eu trabalho muito é para viajar, então eu me desligo totalmente, eu saio disso aqui, eu acho que eu preciso disso entendeu? Eu fumo, gosto de beber, tomar cerveja com os amigos, minha família é super presente, super bacana, saio daqui vou pro interior, minha família é do interior, minha mãe é uma pessoa excelente, é uma base muito boa, tudo isso me ajuda. (F-7)

Minha mãe, meu esposo, um bom ar livre, um mato, uma boa terra e meus bichos, são as minhas válvulas de escape no momento. É um ambiente externo, sair do ambiente hospitalar, quanto mais aberto, eu que não tenho muito acesso ao mar, então é o ambiente externo é o respirar lá fora. Sentir o sol.. porque você tem um ambiente muito fechado, porque essa lâmpada, esse barulho o tempo todo, então respirar sair fora. (F-3)

Quanto à subcategoria fortalecimento espiritual, foi apurada nas entrevistas a busca do autoconhecimento através da meditação, da fé em Deus e de terapias alternativas. Os depoimentos a seguir exemplificam essa situação:

:

Eu rezo, puxo a calma, o melhor vai acontecer, não se preocupe que o melhor estar por vir que a gente está fazendo o que pode, e acho que a religião entra muito ai né? Deus sabe o que faz por que a gente tem hora que não consegue e ai a gente coloca nas mãos de Deus, que é um conforto também para o profissional que está trabalhando com aquilo. (F-10)

Eu tenho uma fé muito grande em Deus, e me apego com Deus, porque a gente sempre tenta se apegar, para mim Deus é muito palpável, porque se não fosse ele eu não conseguiria, a fé é meu alicerce, Deus é meu alicerce. (F-3)

De modo geral, foi comum observar a necessidade desses profissionais de buscar estratégias de regulação para se manterem equilibrados e diminuir o sofrimento, evitando, assim, o adoecimento. Isso é percebido quando os fisioterapeutas alegam não querer misturar os problemas do trabalho com os de família, pois desejam esquecer, tirar o foco do trabalho quando estão de folga, sair com amigos que não estejam ligados ao seu trabalho, participar de reuniões familiares, brincar com os filhos em atividades de entretenimento, viajar e estar em lugares abertos.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo teve como propósito descrever e analisar a propensão à síndrome de *Burnout* em profissionais de fisioterapia que desenvolvem atividades em uma Unidade de Terapia Intensiva em um hospital público localizado na região metropolitana de Belo Horizonte, em Minas Gerais. A pesquisa utilizou como base teórica a psicodinâmica do trabalho, na perspectiva dejouriana, no que diz respeito ao contexto do trabalho e à abordagem psicossocial da síndrome de *Burnout*, desenvolvida pela psicóloga social Christina Maslach e colaboradores. Dessa forma, neste capítulo se propõe apresentar algumas conclusões em função dos dados colhidos, no intuito de atingir os objetivos delineados para este estudo, quais sejam: descrever e analisar a propensão à síndrome de *Burnout* sob a percepção dos fisioterapeutas intensivistas, descrever o contexto de trabalho, verificar como esses profissionais se posicionam diante das dimensões da síndrome de *Burnout* e identificar as estratégias utilizadas por eles para lidar com a possibilidade de exaustão no trabalho.

Para alcançar os objetivos delineados, realizou-se um estudo de caso de natureza descritiva com abordagem qualitativa, envolvendo 10 fisioterapeutas intensivistas. O instrumento utilizado para coleta de dados foi a entrevista com roteiro estruturado, adaptado para a pesquisa, contemplando os aspectos sociodemográficos e ocupacionais dos sujeitos da pesquisa, o contexto do trabalho, os elementos da síndrome de *Burnout* e as estratégias de regulação utilizadas para lidar com a exaustão laboral. As entrevistas foram realizadas por critério de acessibilidade, sendo agendadas individualmente, gravadas e posteriormente transcritas para análise.

Os dados foram tratados por meio da análise de conteúdo, cujas etapas implicaram na categorização dos elementos definidos *a priori*, através da teoria elaborada para pesquisa, ficando assim constituídos: o contexto do trabalho (organização do trabalho e condições de trabalho), síndrome de *Burnout* (exaustão emocional, despersonalização e baixa realização profissional) e as estratégias de regulação.

No que se refere à organização do trabalho, as subcategorias que emergiram dos depoimentos dos entrevistados se relacionaram com: ritmo do trabalho, planejamento do trabalho, habilidades exigidas no trabalho, processo decisório e as responsabilidades no trabalho.

A análise desta categoria evidenciou que o ritmo do trabalho é instável, cansativo, caótico, dinâmico e estressante. Isso se explica por causa do número de intercorrências geradas pelo estado crítico do paciente e também por não haver fisioterapeutas trabalhando 24 horas. O planejamento do trabalho é feito pelo fisioterapeuta, sendo que ele leva em consideração o estado clínico do paciente, a conduta de manipulação mínima para os enfermos da neonatologia, a continuidade do tratamento proposto e as intercorrências do plantão. As habilidades exigidas no trabalho, conforme relatos, são a capacidade teórica e prática para realizar a reabilitação respiratória e motora do paciente, sendo apontado como ponto crítico a não exigência pela instituição dessa qualificação nas cláusulas do concurso público. Fato esse que faz que, em alguns momentos, os profissionais se deparem com serviços executados de forma inadequada por outros colegas. Quanto ao processo decisório, no geral existe participação do fisioterapeuta, todavia, em alguns momentos, há conflitos na adoção do tratamento com a equipe médica. A responsabilidade exigida pelo trabalho é a assistência de fisioterapia respiratória e motora e a condução do paciente intra-hospitalar para exames. Não há muitas cobranças pela instituição, mas exigências da própria especificidade da atividade laboral, por se tratar de vidas humanas e ser considerada atividade que requer dinamismo e prontidão na atuação.

Quanto às condições de trabalho, as subcategorias que emergiram dos relatos revelaram haver vulnerabilidade e alta insalubridade na segurança física, e os entrevistados manifestaram, em sua maioria, se sentirem inseguros por atenderem pacientes com perfis diversificados, a exemplo daqueles envolvidos com a criminalidade. A entrevista apontou que a infraestrutura (máquinas, aparelhos, material de consumo e leiaute) é precária e considerada limitante da capacidade de trabalho, o que causa angústia, frustração e indignação ao trabalhador. O ambiente de trabalho foi considerado inadequado, sendo apontado como mais ressaltado o

desfalque no quadro de profissionais para atendimento das demandas do setor e também o leiaute.

Já as relações socioprofissionais foram consideradas boas, havendo diálogo com a equipe e fácil comunicação com a coordenação, entretanto foi relatada a falta de cooperação da equipe nos serviços fisioterápicos considerados comuns. Fato esse que causa sobrecarga de trabalho e responsabilidade ao fisioterapeuta, Existe rotatividade grande de chefias, sendo registrados conflitos sérios com as chefias anteriores.

Quanto aos dados referentes à dimensão da síndrome de *Burnout*, da primeira categoria de análise, a exaustão emocional, emergiram as subcategorias associadas a esforço no trabalho e condições física e mental. O esforço ressalta a sobrecarga física demandada pela constante movimentação para manutenção dos pacientes e dos atendimentos às intercorrências. O esforço mental está relacionado às reformulações de planejamento do trabalho, como realizar inúmeras improvisações para suprir o material faltante e discernir sobre qual a melhor condução de tratamento diante do estado clínico do paciente. O esforço emocional envolve relações socioprofissionais. Observou-se também dificuldade em relação a lidar com a morte, e essa dificuldade aumenta à proporção que a idade do paciente diminui ou quando são casos que evoluem rapidamente para o óbito. Nessa categoria, 60% dos entrevistados se dizem esgotados e 40% relatam que, apesar da instabilidade do plantão, atualmente se encontram adaptados à rotina de trabalho. Dos entrevistados, 90% já pensaram em desistir da profissão, e 20% têm como projeto sair da assistência hospitalar. Os demais alegam que se mantêm na profissão porque gostam do que fazem, porque têm estabilidade no emprego ou porque precisam dele para manter o padrão de vida. Reforça aqui que 90% desses profissionais possuem outros vínculos empregatícios, sendo, portando, a acumulação dos rendimentos desses empregos que os permitem uma vida financeira saudável.

Na segunda categoria constituinte da síndrome de *Burnout*, a despersonalização, emergiram as subcategorias emoções no trabalho e impacto dos problemas no trabalho. Os fisioterapeutas relatam vivenciar variadas emoções e sentimentos

derivados das relações interpessoais. Entretanto, existe tentativa de distanciamento do problema do paciente como forma de buscar equilíbrio, tanto para sua atuação no trabalho quanto para sua vida pessoal. Assim, quando se trata de ambiente CTI adulto, existe certa facilidade para o não envolvimento afetivo, porque o paciente normalmente se encontra inconsciente e porque nos horários abertos a visita dos familiares os fisioterapeutas preferem se retirar do ambiente. Já no CTI pediátrico essa facilidade não acontece, uma vez que a interação com o paciente é maior e, ainda, tem a presença constante do familiar, exigindo do profissional preparação para lidar com o sofrimento tanto do paciente quanto do acompanhante. Observa-se também que, no início da carreira, é mais difícil essa separação para os fisioterapeutas, mas o convívio direto os torna mais frios e racionais diante das situações, muitas vezes considerados por eles como que adaptados à rotina do CTI.

Na terceira, e última, categoria constituinte da síndrome de *Burnout*, a baixa realização profissional, estão relacionados o reconhecimento no trabalho, a motivação no trabalho e a remuneração. Os fisioterapeutas sentem que são reconhecidos por sua capacidade pela equipe, mas consideram a profissão subvalorizada e sem perspectivas de crescimento. Os entrevistados percebem que a remuneração e a gratificação são baixas em relação ao esforço e à responsabilidade assumidos na função, o que é motivo para alguns pensarem em desistir da carreira.

Quanto às estratégias de regulação usadas para o enfrentamento ao desgaste no trabalho, o mais utilizado é a racionalização, o apoio social, o fortalecimento espiritual, o entretenimento e o lazer. Os profissionais de modo geral buscam justificar os insucessos como algo que fugiu da sua alçada, como uma situação própria da realidade da saúde pública brasileira. Os entrevistados buscam no ambiente de trabalho o bom humor para diminuir o grau de tensão e na família e com amigos, o apoio para se desfocarem dos problemas do trabalho. Apegam-se à religiosidade como fonte de restauração de suas forças e aceitação da morte como algo factível.

Sintetizando os resultados, percebe-se que o grupo envolvido na pesquisa atua em ambiente com muitos elementos que o predispõem ao adoecimento, sendo percebidas as sobrecargas física, mental e emocional em 60% dos fisioterapeutas.

Esses profissionais se defrontam com aspectos estressantes corriqueiramente, que são inerentes ao seu ofício, como a instabilidade dos plantões, vigílias extensas, cansativas e tensas, conflitos éticos profissionais, relacionamentos interpessoais permeados por dor e confrontação com a morte. Deparam-se, também, com aspectos estruturais extrínsecos ao seu ofício e reforçam essas situações de estresse, que são as condições de trabalho precárias e limitantes e que invariavelmente resultam no insucesso profissional.

Diante desse quadro fica compreensível a utilização de mecanismos de regulação desses profissionais para se protegerem e se manterem aptos ao trabalho, como desejar se manterem alheios aos sofrimento do paciente e dos familiares e se desfocarem completamente dos problemas do trabalho assim que encerram o plantão. Vale ressaltar que, para o grupo pesquisado, o maior motivador de sua profissão é o sentimento de que faz a diferença no tratamento do paciente e pode proporcionar a ele, mesmo que por curto tempo, qualidade de vida, além do fato de que os profissionais que os rodeiam contam com sua capacidade técnica para o trabalho, algo vocacional, para cumprir uma missão.

Em vista do exposto, os achados desta pesquisa, amparados pelas correntes teóricas da psicodinâmica do trabalho e da Síndrome de *Burnout*, desvelam que o grupo pesquisado se encontra propenso ao desenvolvimento da síndrome de *Burnout*.

Conforme evidenciado pela literatura sobre a Síndrome de *Burnout*, a atividade assistencial por si contém elementos estressores, uma vez que o sucesso do trabalho não depende apenas de quem o executa, mas de um conjunto de fatores externos que o trabalhador não controla, por exemplo, a resposta que cada paciente evidencia ao tratamento a ele disponibilizado. Somam-se a este elemento outros fatores propulsores do *Burnout* encontrados pela pesquisa, a saber: a UTI ser um ambiente estressante por natureza, a organização do trabalho em serviços de emergência requerer competência teórica e prática, prontidão no atendimento e alto grau de responsabilidade, nem sempre disponibilizando condições estruturais e recursos para desempenhar a contento do trabalho, como observado no hospital participante da pesquisa. Dessa forma, os fisioterapeutas intensivistas nesta

instituição vivenciam um dilema, que é a impossibilidade de oferecer toda a sua capacidade laboral, que consiste em executar um serviço digno e humanizado ao paciente e coerente com a conduta ética da sua profissão. Incluem-se nesses fatores as extensas horas de trabalho tenso e penoso a que estão expostos, com a percepção de que a remuneração recebida está aquém do esforço despendido.

Ademais, os entrevistados apresentam em seus depoimentos a exaustão física, mental e emocional ao término de um plantão. Os sentimentos de ansiedade e angústia experimentados frente ao não reconhecimento de esforços e, em alguns casos, derivados de conflitos éticos, fazem com que os pesquisados busquem esquecer ou se distanciarem do que vivenciam no ambiente de trabalho, inferindo-se que tal realidade sugere a vivência de experiências negativas indutoras de esgotamento emocional. Elementos desta natureza são apontados por estudiosos como indicadores do *Burnout*.

Esta pesquisa buscou contribuir, de forma acadêmica, para a ampliação do conhecimento sobre o fenômeno síndrome de *Burnout*, com abordagem qualitativa sob a perspectiva de fisioterapeutas intensivistas. Estes devem ter em vista a importância de haver maior compreensão sobre os elementos que os predisõem ao adoecimento e sobre os mecanismos de enfrentamento da exaustão no trabalho utilizados por esses profissionais.

Este estudo apresentou como limitação tratar-se de profissionais que atuam em dois ambientes de UTI (pediátrico e adulto) que possuem algumas características distintas de exigências e comprometimento emocional. A outra limitação é a escassa produção científica a respeito desta categoria e de abordagem qualitativa, impossibilitando a pesquisadora fazer comparações entre os resultados.

Dessa forma, esta pesquisa abre novas possibilidades de investigação sobre a síndrome de *Burnout*. Para isso, recomenda que mais estudos sejam realizados envolvendo profissionais de fisioterapia intensivistas, principalmente com abordagem qualitativa, que possibilita o aprofundamento desta teoria e conduz à compreensão e a possíveis soluções para esta problemática.

REFERÊNCIAS

AFECTO, M. C. P.; TEIXEIRA, M. B. Avaliação do estresse e da síndrome de *Burnout* em enfermeiros que atuam em uma unidade de terapia intensiva: um estudo qualitativo. **Online Brazilian Journal of Nursing**, Niterói, RJ, v. 8, n. 1, p. 3-10, 2009. Disponível em: <<https://ria.ufrn.br/jspui/handle/123456789/467>>. Acesso em: 24 out. 2017.

ANDOLHE, R. **Stresse e coping no cuidado à mulher com câncer de mama**. 2009. 75 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria. 2009.

ALVES-MAZZOTTI, A. J.; GEWANDSZNAJDER, F. **O método nas ciências naturais e sociais**. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2004. 350 p.

ALVES, A. N. A importância da atuação do fisioterapeuta no ambiente hospitalar. **Ensaio e Ciência: Ciências Biológicas, Agrárias e da Saúde**, Curitiba, v. 16, n. 6, p. 173-184, 2012.

ANTUNES, R. **Adeus ao trabalho?** Ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho. 8. ed. São Paulo: Cortez, 1997. 155 p.

ANTUNES, R. **Os sentidos do trabalho**: ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho. 2. ed. São Paulo: Boitempo, 2009. 258 p.

ARAÚJO, L. Z. S.; NEVES, J. A bioética e a fisioterapia nas Unidades de Terapia Intensiva. **Revista de Fisioterapia da Universidade de São Paulo**, São Paulo, v.10, n. 2, p. 52-60, jul./dez. 2003.

ARAÚJO NETO, J. D.; SILVA, I. S. P.; ZANIN, L. E.; ANDRADE., A. P.; MORAES, K. M. Profissionais de saúde da unidade de terapia intensiva: percepção dos fatores restritivos da atuação multiprofissional. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, Fortaleza, v. 29, n. 1, p. 43-50. jan./mar. 2016.

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

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1997. 280 p.

BARROS, N. M. G. C. **Riscos de adoecimento no trabalho**: estudo com médicos e enfermeiros emergencialistas em um hospital Mato-Grossense. 2012. 164 f. Dissertação (Mestrado em Administração). Faculdades Novos Horizontes, Belo Horizonte. 2012.

BARROS, D. S.; TIRONI, M. O. S.; NASCIMENTO SOBRINHO, C. L.; NEVES, F. S.; BITENCOURT, A. G. V.; ALMEIDA, A. M.; SOUZA, Y. G.; TELES, M. S.; FEITOSA, A. I. R.; MOTA, I. C. C.; FRANÇA, J.; BORGES, L. G.; LORDÃO, M. B. J.; TRINDADE, M. V.; ALMEIDA, M. B. T.; MARQUES FILHO, S. M.; REIS, E. J. F. B. Médicos plantonistas de Unidade de Terapia Intensiva: perfil sócio-demográfico, condições de trabalho e fatores associados à síndrome de *Burnout*. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, São Paulo, v. 20, n. 3, p. 235-240, set. 2008.

BASTOS, A. V. B.; PINHO, A. P. M.; COSTA, C. A. Significado do trabalho em estudo dos trabalhadores inseridos nas organizações formais. **RAE Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v. 35, n. 6, p. 20-29, nov./dez. 1995.

BENEVIDES-PEREIRA, A. M. T. **A saúde mental de profissionais de saúde mental**: uma investigação da personalidade de psicólogos. Maringá: Eduem, 2001. 121 p.

BENEVIDES-PEREIRA, A. M. T. O estado da arte do *Burnout* no Brasil. **Revista Eletrônica InterAção Psy**, Maringá, PR, v. 1, n. 1, p. 4-11, ago. 2003.

BENEVIDES-PEREIRA, A. M. T. **Burnout**: quando o trabalho ameaça o bem-estar do trabalhador. 3. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2010. 282 p.

BENEVIDES-PEREIRA, A. M. T. Considerações sobre a síndrome de *Burnout* e seu impacto no ensino. **Boletim de Psicologia**, São Paulo, v. 62, n. 137, dez. 2012.

BERMÚDEZ, L. V. C.; MOLINA, A. J. C.; LÓPEZ, J. L. S.; RIVERA, D. I. Prevalência de síndrome de *Burnout* y sus principales factores de riesgo em fisioterapeutas del município de Popayán. **Revista de la Facultad de Ciencias de la Salud Universidad del Cauca**, v. 10, n. 1, p. 15-22, 2008.

BORGES, V. M.; OLIVEIRA, R. C.; PEIXOTO, E.; CARVALHO, N. A. A. Fisioterapia motora em pacientes adultos em terapia intensiva. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, São Paulo, v. 21, n. 4, p. 446-452, dez. 2009.

BRASIL. Decreto-Lei nº 938, de 13 de 1969. Provê sobre as profissões de fisioterapeuta e terapeuta ocupacional, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 1969. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/1965-1988/De10938.htm>. Acesso em: 27 de nov. 2017.

BRAZ, P. R.; MARTINS, J. O. S. O. L.; VIEIRA JUNIOR, G. Atuação do fisioterapeuta nas Unidades de Terapia Intensiva da cidade de Anápolis. **Anuário de Produção Acadêmica Docente**, São Paulo, v. 3, n. 4, p. 119-129, mar. 2009.

CAMELO, S. H. H.; ANFERAMI, E. L. S. Sintomas de estresse nos trabalhadores atuantes em cinco núcleos de saúde da família. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, SP, v. 2, n. 1, p. 14-21, fev. 2004.

CANÇADO, V. L.; SANT'ANNA, A. S. Mecanismos de defesa. In: VIEIRA, F. O.; MENDES, A. M.; MERLO, A. R. C. (Org.). **Dicionário crítico de gestão e psicodinâmica do trabalho**. Curitiba: Juruá, 2013. 512 p.

CAVALCANTE, C. C. L.; RODRIGUES, A. R. S.; DADALTO, T. V.; SILVA, E. B. Evolução científica da fisioterapia em 40 anos de profissão. **Fisioterapia em Movimento**, Curitiba, v. 24, n. 3, p. 513-522, jul./set. 2011.

CERVO, A. L.; BERVIAN, P. A. **Metodologia científica**. 5. ed. São Paulo: Prentice Hall, 2002. 176 p.

CHERNISS, C. **Professional Burnout in human service organizations**. New York: Praeger, 1980. 318 p.

COÊLHO, V.; FERNANDES, M. G.; SILVA, I. S. A síndrome de *Burnout* em profissionais de serviços de fisioterapia: uma revisão integrativa de literatura. In: CONGRESSO INTERNACIONAL DE ERGONOMIA APLICADA, 1., 2016, São Paulo. **Anais...** São Paulo: BLUCHER, 2016.

CODO, W.; VASQUES-MENEZES, I. O que é *Burnout*? In: CODO, W. (Org.). **Educação: carinho e trabalho**. 4. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 1999. 432 p.

COLLINS, J.; HUSSEY, R. **Pesquisa em administração**. 2. ed. Porto Alegre: Bookman, 2005. 352 p.

CONSELHO FEDERAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL-COFFITO. Resolução nº. 402, de 2011. **Disciplina a especialidade profissional fisioterapia em terapia intensiva e dá outras providências**. Disponível em: <https://www.coffito.gov.br/nsite/?page_id=2346>. Acesso em: 25 nov. 2017.

CORONETTI, A.; NASCIMENTO, E. R. P.; BARRA, D. C. C.; MARTINS, J. J. O estresse da equipe de enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva: o enfermeiro como mediador. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, Santa Catarina, v. 35, n. 4, p. 36-43, 2006.

COSTA MARTINS, E. R.; SPINDOLA, T. O estresse e a enfermagem: a percepção das auxiliares de enfermagem de uma instituição pública. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, p. 212-219, jun. 2007.

DEJOURS, C.; ABDOUCHELI, E. Itinéraire théorique en psychopathologie du travail. **Revue Prévenir**, Marselha, v. 20, p. 21-38, 1990.

DEJOURS, C.; ABDOUCHELI, E.; JAYET, C. **Psicodinâmica do trabalho: contribuições da escola dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho**. São Paulo: Atlas, 1994. 145 p.

DEJOURS, C. **A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho**. São Paulo: Cortez, 1998.

DEJOURS, C. Subjetividade, trabalho e ação. **Revista Produção**, São Paulo, v. 14, n. 3, p. 27-34, set./dez. 2004.

DEJOURS, C. **A banalização da injustiça social**. Rio de Janeiro: FGV, 2006.

DEJOURS, C. Christophe Dejours: **da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho**. In: LANCMAN, S.; SZNELWAR, L. I. (Org.). 3. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011. p. 47-194.

DEJOURS, C. Psicodinâmica do trabalho e teoria da sedução. **Psicologia em Estudo**, Maringá, PR, v. 17, 3, p. 363-371, jul./set. 2012.

DEMEROUTI, E. B. P.; BALLER, A. B.; SCHAUFELI, W. B.; HOX, J. Present but sick: a three-wave study on job demands, presenteeism and *Burnout*. **Career Development International**, v. 14, n. 1, p. 50-68, 2009.

FERNANDES, J. S.; MIRANZI, S. S. C.; IWAMOTO, H. H.; TAVARES, D. M. S.; SANTOS, C. B. A relação dos aspectos profissionais na qualidade de vida dos enfermeiros das equipes saúde da família. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 46, n. 2, p. 404-412, 2012.

FERRARI, R.; FRANÇA, F. M.; MAGALHÃES, J. Avaliação da síndrome de *Burnout* em profissionais de saúde. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**, Brasília, v. 3, n. 3, p. 1150-165, 2012. Disponível em: <<http://periodicos.unb.br/index.php/rgs/article/view/23066>>. Acesso em: 24 out. 2017.

FERREIRA, M. C., MENDES, A. M. Só de pensar em vir trabalhar, já fico de mau humor: uma atividade de atendimento ao público e prazer-sofrimento no trabalho. **Estudos de Psicologia**. Natal, V. 6, n.1, p.104-93, 2001.

FRANÇA H. H. A síndrome de *Burnout*. **Revista Brasileira de Medicina**, v. 44, n. 8, p. 197-199, 1987.

FREITAS, L. G. Centralidade do trabalho. In: VIEIRA, F. O.; MENDES, A. M.; MERLO, A. R. C. (Org.). **Dicionário crítico de gestão e psicodinâmica do trabalho**. Curitiba: Juruá, 2013. p. 512.

FREUDENBERGER, H. J. Staff Burn-out. **Journal of Social Issues**, v. 30, p. 159-165, 1974.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2008. p. 192.

GIL-MONTE, P. R.; PEIRÓ, J. M. Validez factorial del Maslach *Burnout* Inventory en una muestra multicupacional. **Psicothema**, v. 11, n. 3, p. 679-689, 1999.

GISBERT, M. F. S.; FAYOS, E. J. G.; MONTESINOS, M. D. H. *Burnout* en fisioterapeutas españoles. **Psicothema**, v. 20, n. 3, p. 361-368, 2008.

GODOI, C. K.; BANDEIRA-DE-MELLO, R.; SILVA, A. B. **Pesquisa qualitativa em estudos organizacionais: paradigmas, estratégias e métodos**. São Paulo: Saraiva, 2006. 460 p.

GODOY, A. S. Introdução à pesquisa qualitativa e suas possibilidades. **Revista de Administração**, São Paulo, v. 3, n. 2, p. 57-63, 1995.

GODOY, A. C. F.; YOKOTA, C. O.; ARAUJO, I. I. M.; FREITAS, M. I. P. Manobras de hiperinsuflação manual podem causar aspiração de secreções orofaríngeas em pacientes sob ventilação mecânica? **Revista Brasileira de Anestesiologia**, Campinas, SP, v. 61, n. 5, p. 556-560, out. 2011.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA ESTATÍSTICA. Cidades. Minas Gerais. Betim. **Infográficos**: dados gerais do município, 2017.

JERRE, G.; BERALDO, M. A.; SILVA, T. J.; GASTALDI, A.; KONDO, C.; LEME, F.; GUIMARÃES, F.; FORTI JUNIOR, G.; LUCATO, J. J. J.; TUCCI, M. R.; VEGA, J. M.; OKAMOTO, V. N. Fisioterapia no paciente sob ventilação mecânica. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, São Paulo, v. 19, n. 3, p. 399-407, jul. 2007.

KANT, I. J.; BULTMANN, U.; SCHROER, K. A. P.; BEURSKENS, A. J. H. M.; VAN AMELSVOORT, L. G. P. M.; SWAEN, G. M. H. An epidemiological approach to study fatigue in the working population: the Maastricht cohort Study. **Occupational & Environmental Medicine**, v. 60, p. 32-39, jun. 2003.

KNOBEL, E. **A vida por inteiro e por um fio**. São Paulo: Atheneu, 2010.

LATAACK, J. C. Coping with job stress: measures and future directions for scale development. **Journal of Applied Psychology**, v. 71, n. 3, p. 377-385, 1986.

LAUTERT, L. **O desgaste profissional do enfermeiro**. 1995. 275 f. Tese (Doutorado). Faculdade de Psicologia, Universidade Pontifícia de Salamanca, Vitória. 1995.

LAUTERT, L. O processo de enfrentamento do estresse no trabalho hospitalar: um estudo com enfermeiras. In: HAAG, G. S.; LOPES, M. J. M.; SCHUCK, J. S. (Org.). **A enfermagem e a saúde dos trabalhadores**. Goiânia: AB. 2001. p. 114-140.

LAZARUS, A.; FOLKMAN, S. **Estrés y procesos cognitivos**. Barcelona: Marinez Roca, 1986. 408 p.

LEE, F. J.; STEWART, M.; BROWN, J. B. Stress, *Burnout*, and strategies for reducing Them. **Can Fam Physician**, Canadá, v. 54, n. 1, p. 234-235, jan. 2008.

LESSA, S. **Trabalho e ser social**. Maceió: Edufal, 1997. 287 p.

LIMA, M. E. A. A polêmica em torno da centralidade do trabalho na sociedade contemporânea. **Destarte**, Vitória, v. 2, n. 2, p. 161-194, 2003.

LIMONGI-FRANÇA, A. C.; RODRIGUES, A. L. **Stress e trabalho**: guia básico com abordagem psicossomática. 9. ed. São Paulo: Atlas, 2010. 133 p.

LINO, M. M.; SILVA, S. C. Enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva: a história como explicação de uma prática. **Nursing**, v. 41, n. 4, p. 25-29, 2001.

LUKÁCS, G. **Ontologia do ser social**: os princípios ontológicos fundamentais de Marx. São Paulo: Ciências Humanas, 1979.

MARTINS, L. F.; LAPORT, T. J.; MENEZES, V. P.; MEDEIROS, P. B.; RONZANI, T. M. Esgotamento entre profissionais da Atenção Primária à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 12, p. 4739-4750, 2014.

MARX, K. **O capital**. 2. ed. Nova York: Internacional Publishers, 1967. 224 p.

MASLACH, C. Burned-out. **Human Behavior**, v. 5, n. 1, p. 16-22, 1976.

MASLACH, C. The measurement of experienced *Burnout*. **Journal of Occupational Behavior**, Sussex, v. 2, n. 2, p. 99-113, 1981.

MASLACH, C.; JACKSON, S. E. The measurement of experienced *Burnout*. **Journal of Occupational Behavior**, v. 2, p. 99-113, 1981.

MASLACH, C. *Burnout*: a multidimensional Perspective. In: SCHAUFELI, W. B.; MASLACH, C.; MAREK, T. **Professional Burnout**: recent developments in theory and research. New York: Taylor e Francis, 1993. 312 p.

MASLACH, C.; LEITER, M. P. **The truth about Burnout**. how organization cause, personal stress and what to do about it. San Francisco: Jossey-Bass, 1997. 200 p.

MASLACH, C.; GOLDBERG, J. Prevention of *Burnout*: news perspectives. **Applied and Preventive Psychology**, v. 7, n. 1, p. 63-74, 1998.

MASLACH, C.; LEITER, M. P. **Trabalho**: fonte de prazer ou desgaste? Campinas, SP: Papyrus, 1999. 239 p.

MASLACH, C.; SCHAUFELI, W. B.; LEITER, M. P. Job *Burnout*. **Annual Review of Psychology**, v. 52, n. 1, p. 397-422, 2001.

MASLACH, C. Job *Burnout*: New directions in research and intervention. **Current Directions in Psychological Science**, v.12, n. 5, p. 189-192, 2003.

MASLACH, C. Entendendo o *Burnout*. In: ROSSI, A. M.; PERREWÉ, P. L.; SAUTER, S. L. **Stress e qualidade de vida no trabalho**: perspectivas atuais da saúde ocupacional. São Paulo: Atlas, 2005. 202 p.

McMANUS, I. C.; KEELING, A.; PAICE, E. Stress, *Burnout* and doctors' attitudes to work are determined by personality and learning style: a twelve year longitudinal study of UK medical graduates. **BMC Medicine**, London, v. 29, n. 2, p. 1-12, ago. 2004.

MENDES, A. M. Da psicodinâmica à psicopatologia do trabalho. In: MENDES, A. M. **Psicodinâmica do trabalho**: teoria, método e pesquisas. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007. 368 p.

- MESSIAS, I. A. **O ambiente de trabalho e sintomas de um grupo de fisioterapeutas da cidade de São Paulo**. 1999. 148 f. Dissertação (Mestrado em fisioterapia). Faculdade da Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo. 1999.
- MIGLIACCIO FILHO, R. Reflexões sobre o homem e o trabalho. **Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v. 34, n. 2, p. 18-32, mar./abr. 1994.
- MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 10. ed. São Paulo: Hucitec, 2007. 406 p.
- MORAES, R. D. Estratégias defensivas. In VIEIRA, F. O.; MENDES, A. M.; MERLO, A. R. C. (Org.). **Dicionário crítico de gestão e psicodinâmica do trabalho**. Curitiba: Juruá, 2013. p. 153-157.
- MOREIRA, V.; NOGUEIRA, F. N. N.; ROCHA, M. A. S. Leitura fenomenológica mundana do adoecer em pacientes do serviço de fisioterapia do núcleo de atenção médica integrada, universidade de Fortaleza. **Estudos de Psicologia**, v. 24, n. 2, p. 191-203, 2007.
- MORENO, B. J.; OLIVER, C.; ARAGONESES, A. El *Burnout*, una forma específica de estrés laboral. In: **Manual de Psicología Clínica Aplicada**. Madrid: Siglo Veintiuno, 1991. p. 271-279.
- MORIN, E. M. Os Sentidos do trabalho. **Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v. 41, n. 3, p. 8-19, jul./set. 2001.
- MORRONE, C. F. **Só para não ficar desempregado – Resignificando o sofrimento psíquico no trabalho: um estudo com trabalhadores em atividades informais**. 2001. 141 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Universidade de Brasília, Brasília. 2001.
- MUROFUSE, N. T.; ABRANCHES, S. S.; NAPOLEÃO, A. A. Reflexões sobre estresse e *Burnout* e a relação com a enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, SP, v. 13, n. 2, p. 255-261, mar./abr. 2005.
- NEVES, H. C. C.; SOUZA, A. C. S.; MEDEIROS, M.; MUNARI, D. B.; RIBEIRO, L. C. M.; TIPPLE, A. F. V. Segurança dos trabalhadores de enfermagem e fatores determinantes para adesão aos equipamentos de proteção individual. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, v. 19, n. 2, mar./abr. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n2/pt18>>. Acesso em: 5 jul. 2018.
- NICOLAU, C. M.; PIGO, J. D. C.; BUENO, M.; FALCAO, M. C. Avaliação da dor em recém-nascidos prematuros durante a fisioterapia respiratória. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 8, n. 3, p. 285-290, 2008.
- NOGUEIRA, M. L. F. **Afastamento por adoecimento do trabalhador de enfermagem do ambulatório de uma instituição oncológica**. 2007. 132 f. Dissertação (Mestrado em enfermagem). Centro de Ciências Biológicas e da Saúde Universidade do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro. 2007.

NOZAWA, E.; SARMENTOG, J. V.; VEGA, J. M.; COSTA, D.; SILVA, J. E. P.; FELTRIM, M. I. Z. Perfil de fisioterapeutas brasileiros que atuam em unidades de terapia intensiva. **Fisioterapia e Pesquisa**, v. 15, n. 2, p. 177-182, 2008.

OLIVEIRA, F. A. **Avaliação dos fatores de pressão no trabalho médico e sua relação com o estresse**: um estudo comparativo de casos clínicos de ultrassonografia da rede privada e pública de Minas Gerais. 2005. 143 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Administração). FEAD Minas Centro de Gestão Empreendedora de Belo Horizonte, Belo Horizonte. 2005.

PAVLAKIS, A.; RAFTOPOULOS, V.; THEODOROU, M. *Burnout syndrome in cyprriot physiotherapists: a national survey*. **BMC Health Services Research**, v. 10, n. 63, mar. 2010.

PEREIRA, R. A. B. **Dilemas éticos ligados à prática do fisioterapeuta no atendimento da criança com deficiência física ou mental**. 2006. 84 f. Dissertação (Mestrado em Distúrbio do Desenvolvimento). Universidade Presbiteriana Mackenzie, São Paulo. 2006.

PERRET, B. L'avenir du travail: des tendances contradictoires. In: BOISARD, P. *et al. Le travail: quelle avenir?* Paris: Éditions Gallimard, 1997. 368 p.

PESSINI, L. Humanização da dor e do sofrimento humanos na área da saúde. In: PESSINI, L. **Humanização e cuidados paliativos**. 3. ed. São Paulo: Loyola, 2004. 319 p.

PIZZOLI, L. M. L. Qualidade de vida no trabalho: um estudo de caso das enfermeiras do hospital Heliópolis. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, n. 4, p. 1055-1062, 2009.

ROBINSON, Z. Stress management in response to practice errors; critical events in professional practice. **Patienty Safety Advisory**, v. 2, n. 4, p. 1-5, 2005.

ROMANI, J. C. P. **Distúrbios músculo esqueléticos em fisioterapeutas**: incidência, causas e alterações na rotina de trabalho. 2001. 107 f. Dissertação (Mestrado em Engenharia de produção). Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis. 2001.

SABETZKI, S. M.; CICOTOSTE, C. L. A importância em UTI no período noturno. In: SEMINÁRIO DE FISIOTERAPIA DA UNIAMERICA: INICIAÇÃO CIENTÍFICA, 2., 2008, Foz do Iguaçu. **Anais...** Foz do Iguaçu, PR: Uniamérica, 2008.

SALANOVA, M.; LLORENS, S. Estado actual y restos futuros en el estudio del *Burnout*. **Papeles del Psicólogo**, v. 29, n. 1, p. 59-67, 2008.

SANTUZZI, C. H.; SCARDUA, M. J.; REETZ, J. B.; FIRME, N. O. N.; GONÇALVES, L. S. Aspectos éticos e humanizados da fisioterapia na UTI: uma revisão sistemática. **Fisioterapia em Movimento**, Curitiba, v. 26, n. 2, p. 415-422, abr./jun. 2013.

SCHAUFELI, W. B.; ENZMANN, D. **The *Burnout* companion to study and practice a critical analysis**. Londres: Taylor & Francis, 1998.

SCHAUFELI, W. B.; LEITER, M. P.; MASLACH, C. *Burnout*: 35 years of research and practice. **Career Development International**, v. 14, n. 3, p. 204-220, 2009.

SELIGMANN-SILVA, E. **Trabalho e desgaste mental**: o direito de ser dono de si mesmo. São Paulo: Cortez, 2011. 624 p.

SHIMIZU, H. E.; CIAMPONE, M. H. T. As representações sociais dos trabalhadores de enfermagem não enfermeiros (técnicos e auxiliares de enfermagem) sobre o trabalho em unidade de terapia intensiva em um hospital-escola. **Revista Escola de Enfermagem USP**, v. 36, n. 2, p. 148-55, 2002.

SILVA, E. L.; MENEZES, E. M. **Metodologia da pesquisa e elaboração de dissertação**. 2. ed. Florianópolis: UFSC/PPGEP/LED, 2000. 118 p.

SILVA, J. L. L.; MELO, E. C. P. Estresse e implicações para o trabalhador de enfermagem. **Informe-se em Promoção da Saúde**, v. 2, n. 2, p. 16-18, 2006.

SILVA, M. C. **A síndrome de burnout e o trabalho de professores de uma escola pública mineira do ensino fundamental**. 2013. 105 f. Dissertação (Mestrado em Administração). Faculdades Novos Horizontes, Belo Horizonte, 2013.

SOUZA, I. F.; MENDONÇA, H.; ZANINI, D. S.; NAZARENO, E. Estresse ocupacional, coping e *Burnout*. **Estudos**, Goiânia, v. 36, n. 1, p. 57-74, jan./fev. 2009.

SOUZA, K. M. O.; FERREIRA, S. D. Assistência humanizada em UTI neonatal: os sentidos e as limitações identificadas pelos profissionais da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 2, p. 471-80, 2010.

SOUZA, W. C.; SILVA, A. M. M. A influência de fatores de personalidades e de organização do trabalho no *Burnout* em profissionais de saúde. **Estudos de Psicologia**, Campinas, SP, v. 19, n. 1, p. 37-48, jan./abr. 2002.

TAMAYO, M. R.; TRÓCCOLI, B. T. Exaustão emocional: relações com a percepção de suporte organizacional e com as estratégias de Coping no trabalho. **Estudos de Psicologia**, v. 7, n. 1, p. 37-46, 2002.

TOFFOLETTO, M. C.; ZANEI, S. S. V.; HORA, E. C.; NOGUEIRA, G. P.; MIYADAHIRA, A. M. K.; KIMURA, M.; PADILHA, K. G. A distanásia como geradora de dilemas éticos nas Unidades de Terapia Intensiva: considerações sobre a participação dos enfermeiros. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 18, n. 3, p. 307-12, 2005.

THIRY CHERQUES, H. R. Saturação em pesquisa qualitativa: estimativa empírica de dimensionamento. **Revista PMKT**, v. 3, n.1, p. 20-27, 2009.

TRINDADE, L. L. **O estresse laboral da equipe de saúde de família**: implicações para a saúde do trabalhador. 2007. 105 f. Dissertação (Mestrado em enfermagem). Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre. 2007.

TRINDADE, L. L.; LAUTERT, L.; BECK, C. L. C. Mecanismos de enfrentamento utilizados por trabalhadores esgotados e não esgotados da estratégia de saúde da família. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, v. 17, n. 5, set./out. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-1692009000500002&script=sci_arttext&tlng=pt>. Acesso em: 24 out. 2017.

TRINDADE, L. L.; LAUTERT, L. Síndrome de *Burnout* entre os trabalhadores da Estratégia de Saúde da Família. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 44, n. 2, p. 274-279, jun. 2010.

VIEIRA, I.; RAMOS, A.; MARTINS, D.; BUCASIO, E.; BENEVIDES-PEREIRA, A. M.; FIGUEIRA, I.; JARDIM, S. *Burnout* na clínica psiquiátrica: relato de um caso. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, v. 28, n. 3, p. 352-356, set./dez. 2006.

APÊNDICE A

ROTEIRO DE ENTREVISTAS

Prezado(a) Fisioterapeuta:

Agradeço antecipadamente pela disponibilidade em me conceder uma entrevista que fundamentará minha pesquisa de mestrado. Ressalto que as informações fornecidas serão utilizadas exclusivamente para fins de pesquisa acadêmica e que sua identidade será mantida em sigilo e anonimato. Os dados serão tratados em sua totalidade, sem que em nenhum momento as informações sejam abordadas de forma específica.

Peço-lhe que considere exatamente o que ocorre e não aquilo que seria ideal que acontecesse. Responda às perguntas pensando em sua vivência e experiência profissional, não se preocupando em definir as questões como certas ou erradas.

Dados sociodemográficos:

Idade:

Sexo:

Estado civil:

Número de filhos:

Escolaridade:

Área de atuação como profissional de fisioterapia:

Tempo de atuação na instituição:

Carga horária de trabalho:

CONTEXTO DO TRABALHO

A1) Organização do trabalho

1 - Fale sobre o ritmo de seu trabalho na organização onde trabalha.

2 - Você pode me relatar que responsabilidades são exigidas de você para a realização do trabalho?

3 - O que você tem a me dizer sobre o planejamento de seu trabalho? Que cobranças são feitas neste sentido?

4 - A respeito das competências necessárias para a realização do trabalho, o que a organização tem requerido de você?

5 - Avalie os meios de comunicação disponibilizados pela instituição para você realizar o trabalho.

6 - O que você pode me contar a respeito do processo decisório da organização onde atua?

A2) Condições do trabalho

7 - Que elementos do ambiente de trabalho você considera adequados e não adequados para a realização da sua função?

8 - Quanto à “segurança das pessoas” (acompanhante, paciente e equipe), quais são as condições oferecidas pela organização onde trabalha?

9 - Em relação aos instrumentos e equipamentos utilizados em seu trabalho, qual é a sua opinião? E quanto à disponibilidade do material de consumo?

A3) Relações socioprofissionais

10 - Fale-me um pouco sobre os relacionamentos que você mantém com:

Chefia;

Colegas e equipe (enfermeiros e médicos);

Paciente/família.

SÍNDROME DE *BURNOUT*

Exaustão emocional

11 - Como você se sente e pensa quando se prepara para ir trabalhar?

12 - Ao final de um dia de trabalho, como você se sente?

13 - O que você pode me relatar a respeito do esforço de que precisa para desempenhar seu trabalho?

14 - O que você me diria a respeito dos recursos que possui para lidar com as situações que porventura possam lhe desgastar no trabalho?

15 - Conte alguma situação que lhe causou desgaste no trabalho e diga que estratégia você utilizou para lidar com o ocorrido?

16 - Alguma vez você já pensou em desistir de sua profissão? Seja “sim” ou “não”, por que razão?

Despersonalização

17 - Que sentimentos você nutre em relação aos pacientes que atende?

18 - O que você pode me relatar a respeito do impacto que os problemas dos pacientes que atende exercem sobre você?

19 - O que você poderia me descrever sobre as emoções que experimenta no exercício de suas funções?

20 - Como você lida com as emoções que derivam do seu trabalho?

Baixa realização profissional

21 - O que você poderia me relatar a respeito do reconhecimento que obtém com a realização do seu trabalho?

22 - O trabalho que executa lhe traz realizações ou gratificações? Quais são elas? Dê exemplos.

23 - Como você se autoavalia quanto ao seu desenvolvimento profissional?

24 - Que aspectos do seu trabalho o(a) motivam a continuar realizando a sua função?

25 - Você pode estabelecer um comparativo de como eram as expectativas quando você iniciou sua profissão e como elas se encontram agora?

26 - Atualmente, como você percebe a sua remuneração/benefícios que recebe em relação à sua atividade profissional?

APÊNDICE B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Eu, Maria Célia do Nascimento Oliveira de Souza, aluna do curso de mestrado do Centro Universitário Unihorizontes, estou desenvolvendo uma pesquisa, orientada pelo Professor Doutor Luiz Carlos Honório, que tem por objetivo descrever e analisar a propensão à síndrome de *Burnout* em fisioterapeutas atuantes em uma UTI.

Para que os nossos propósitos possam ser alcançados, convido você para participar desta pesquisa. O procedimento adotado para a coleta de dados será por meio de entrevista estruturada. Os depoimentos dos participantes do levantamento dos dados, com a sua autorização prévia, serão gravados, transcritos e ficarão em poder do pesquisador. Informo-lhe, ainda, que os dados obtidos serão mantidos em sigilo, assim como a sua privacidade e a garantia de anonimato. Saliento que os resultados da pesquisa serão utilizados apenas para fins científicos. Ressalto também que os dados colhidos serão destruídos ao término de cinco anos.

Comunico-lhe que o processo de levantamento dos dados não implicará despesas decorrentes de sua participação na pesquisa. Você tem a liberdade para se recusar a participar ou retirar o seu consentimento a qualquer momento ou fase do estudo.

Eu,,
RG número....., fui orientado(a) sobre o estudo e afirmo meu consentimento em participar da atividade proposta pela pesquisadora e autorizo a gravação da minha entrevista.

Belo Horizonte, dede 2018.

Assinatura do entrevistado:.....

Assinatura da pesquisadora:.....

Pesquisadora responsável: Maria Célia do Nascimento Oliveira de Souza
Endereço: Rua Geraldo Pereira da Silva, 70 B – Fluminense, Florestal-MG
CEP 35690000 – Celular (031) 99338-7113