

CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIHORIZONTES

Programa de Pós-Graduação em Administração

Mestrado

Teresa Cristina Fidelis Silva

**VULNERABILIDADE À SÍNDROME DE *BURNOUT*:  
um estudo com enfermeiros que atuam em unidade de centro  
cirúrgico de um hospital público universitário da cidade de Belo  
Horizonte - MG**

Belo Horizonte  
2020

**Teresa Cristina Fidelis Silva**

**VULNERABILIDADE À SÍNDROME DE *BURNOUT*:**  
um estudo com enfermeiros que atuam em unidade de centro  
cirúrgico de um hospital público universitário da cidade de Belo  
Horizonte - MG

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.

Área de concentração: Organização e Estratégia.

Linha de pesquisa: Relações de Poder e Dinâmica das organizações.

Belo Horizonte  
2020

SILVA, Teresa Cristina Fidelis

B586p

Vulnerabilidade à síndrome de Burnout: um estudo com enfermeiros que atuam em unidade de centro cirúrgico de um hospital público universitário da cidade de Belo Horizonte. Belo Horizonte: Centro Universitário Unihorizontes, 2020.  
106p.

Orientador: Dr. Luiz Carlos Honório

Dissertação (Mestrado). Programa de Mestrado em Administração. Centro Universitário Unihorizontes.

1. Burnout – enfermeiros - hospital público I. Teresa Cristina Fidelis Silva II. Centro Universitário Unihorizontes Programa de Mestrado em Administração. III. Título.

CDD: 158.72



Instituto Novos Horizontes de Ensino Superior e Pesquisa Ltda.  
Centro Universitário Unihorizontes  
Mestrado Acadêmico em Administração

**ATA DA DEFESA DE DISSERTAÇÃO DE Mestrado Acadêmico em Administração** do(a) Senhor(a) **TERESA CRISTINA FIDELIS SILVA**, REGISTRO Nº. 677. No dia 15 de abril de 2020, às 15:00 horas, reuniu-se no Centro Universitário Unihorizontes, a Comissão Examinadora de Dissertação, indicada pelo Colegiado do Programa de Mestrado Acadêmico em Administração do Centro Universitário Unihorizontes, para julgar o trabalho final intitulado "**VULNERABILIDADE À SÍNDROME DE BURNOUT: um estudo com enfermeiros que atuam em unidades de centros cirúrgicos de hospitais públicos da cidade de Belo Horizonte - MG**", requisito parcial para a obtenção do **Grau de Mestre em Administração**, linha de pesquisa: **Relações de Poder e Dinâmica das Organizações**. Abrindo a sessão, o(a) Senhor(a) Presidente da Comissão, **Prof. Dr. Luiz Carlos Honório** após dar conhecimento aos presentes do teor das Normas Regulamentares da apresentação do Trabalho Final, passou a palavra ao(à) candidato(a) para apresentação de seu trabalho. Seguiu-se a arguição pelos examinadores com a respectiva defesa do(a) candidato(a). Logo após, a Comissão se reuniu sem a presença do(a) candidato(a) e do público, para julgamento e expedição do seguinte resultado final: **APROVADO**.

O resultado final foi comunicado publicamente ao(à) candidato(a) pelo(a) Senhor(a) Presidente da Comissão. Nada mais havendo a tratar, o(a) Senhor(a) Presidente encerrou a reunião e lavrou o(a) presente ATA, que foi assinada por todos os membros participantes da Comissão Examinadora.

Belo Horizonte, 15 de abril de 2020

  
-----  
Prof. Dr. Luiz Carlos Honório  
Centro Universitário Unihorizontes

  
-----  
Prof. Dr. Luciano Zille Pereira  
Centro Universitário Unihorizontes

  
-----  
Prof. Dr. Jefferson Lopes La Faico  
FUMEC

## **DECLARAÇÃO DE REVISÃO DE PORTUGUÊS**

### **DISSERTAÇÃO DE MESTRADO**

Declaro ter procedido à revisão da dissertação de mestrado intitulada **"VULNERABILIDADE À SÍNDROME DE *BURNOUT*: um estudo com enfermeiros que atuam em unidade de centro cirúrgico de um hospital público da cidade de Belo Horizonte- MG"**, apresentada ao curso de Mestrado Acadêmico em Administração do Centro Universitário Unihorizontes, de autoria de **Teresa Cristina Fidelis Silva**, sob a orientação do Professor Doutor Luiz Carlos Honório, contendo 106 páginas, assim distribuídas:

Capa: p. 1

Elementos pré-textuais: p. 2-12

Elementos textuais:

- Introdução: p. 15-21
- Ambiência da Pesquisa: p. 26-35
- Referencial Teórico: p. 36 -53
- Metodologia: p. 54-59
- Apresentação e Análise dos Resultados: p. 60-86
- Considerações Finais: 87-94
- Elementos pós-textuais: p. 95-106

#### **ITENS DA REVISÃO**

- Correção gramatical
- Inteligibilidade do texto
- Adequação do vocabulário

Belo Horizonte, 27 de março de 2020.

  
Afonso Celso Gomes

Registro LP9602853/DEMEC/MG

## DEDICATÓRIA

*Às pessoas especiais que me conceberam a vida e me ensinaram a amar e respeitar as pessoas e a lutar pela realização de meus sonhos: Terezinha Angélica da Cruz (in memoriam) e Benedito Serafim da Cruz (in memoriam), meus pais.*

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus, pela vida, por todas as minhas realizações e pelas bênçãos em minha trajetória de vida.

Ao meu orientador, Prof. Dr. Luiz Carlos Honório, pela parceria, dedicação, respeito e paciência, por acreditar em minha capacidade e por conduzir o processo de construção da minha pesquisa.

Ao meu querido esposo, Toninho, e a meus amados filhos, Sara Angélica e João Gabriel, pela compreensão e colaboração.

Ao meu querido irmão, Jair, por estar sempre junto comigo nesta caminhada, por me apoiar e incentivar e por acreditar sempre em mim.

Aos meus queridos sobrinhos, Hudson, Karoline Marielle e Bárbara, por toda colaboração, compreensão e atenção.

A todos os mestres do Centro Universitário Unihorizontes, por todos os ensinamentos, por fazerem parte da minha trajetória acadêmica. Em especial, ao professor Luciano Zille, por me acolher e incentivar no início desta caminhada.

Às minhas queridas colegas do mestrado Renata, Marlene, Josane e Ariadna e Lina, por me acolherem da melhor forma e por me ajudarem nesta caminhada.

À bibliotecária Viviane Pereira Santos e a sua equipe, por toda atenção e carinho e ajuda.

À equipe de funcionários do Centro Universitário Unihorizontes, em especial às secretárias do mestrado, Raquel, Fernanda e Vera.

A todos os colegas enfermeiros que participaram desta pesquisa. Em especial, às enfermeiras Rosângela e Vanda, por me incentivarem a cursar o mestrado e por disponibilizarem toda ajuda possível.

À minha grande amiga Mara Aparecida, pela força, carinho e paciência em ouvir minhas queixas.

A todos os amigos e colegas que me ajudaram, direta ou indiretamente, pela colaboração, carinho, incentivo e orações.



“De tudo, ficaram três coisas: a certeza de que ele estava sempre começando, a certeza de que era preciso continuar e a certeza de que seria interrompido antes de terminar. Fazer da interrupção um caminho novo. Fazer da queda um passo de dança, do medo uma escada, do sono uma ponte, da procura um encontro.

*Fernando Sabino.*

## RESUMO

Este estudo, que se baseia na síndrome de *burnout*, apoia-se, em parte, na Psicodinâmica do Trabalho. Foi possível concluir que a organização das atividades laborais pode conduzir ao esgotamento profissional. Para que isso possa ser minimizado, o indivíduo, usualmente, recorre a mecanismos para se proteger da exaustão ocupacional. Seu objetivo é descrever e analisar a vulnerabilidade à síndrome de *burnout* por parte dos enfermeiros que atuam no atendimento a cirurgias de urgências e emergências na unidade de um centro cirúrgico (CC) de um hospital público universitário localizado na cidade de Belo Horizonte - MG. A psicodinâmica do trabalho e a teoria de Christina Maslach e colaboradores constituíram o marco teórico que serviu de embasamento para a realização desta pesquisa, do tipo descritiva, de abordagem qualitativa e apoiada em um estudo de caso como método. Os sujeitos da pesquisa foram doze enfermeiros que atuam na unidade do CC de um hospital público universitário, em turnos diferenciados. O roteiro, previamente elaborado, orientou a coleta de dados, realizada por meio de entrevista estruturada. A análise dos dados contemplou a perspectiva teórica de Bardin (2011). As categorias de análise, eleitas *a priori*, foram: contexto do trabalho (organização do trabalho, condições de trabalho e relações socioprofissionais) e síndrome de *burnout* (exaustão emocional, despersonalização e baixa realização profissional). As subcategorias que emergiram a partir da análise e repetição dos enunciados aflorados dos depoimentos dos entrevistados. Os resultados decorrentes da categoria contexto do trabalho foram: ritmo de trabalho intenso e estressante; o ambiente ocupacional tem boa área física e é seguro para a realização das atividades; existem equipamentos de alta tecnologia, mas falta reposição de peças e acessórios; os recursos humanos são reduzidos; materiais e insumos têm um fornecimento irregular; os meios de comunicação são falhos; o processo decisório ocorre de forma verticalizada; e nas relações sócio profissionais, constata-se um caráter profissional amistoso e respeitoso, a chefia é compreensiva e o planejamento das atividades é muito variado. e muitas cobranças por maior agilidade são atribuídas aos enfermeiros cujas responsabilidades ultrapassam aquelas inerentes a sua profissão. No que tange à categoria síndrome de *burnout*, apurou-se que o trabalho do enfermeiro se caracteriza por muitas cobranças, responsabilidades e exigências para priorizar a produção, o que se configura extremamente exigente e dinâmico, resultando em forte desgaste físico e emocional, como descrito na dimensão exaustão emocional. Em relação à despersonalização, o sentimento descrito pelos entrevistados em relação aos pacientes é de empatia. No tocante à baixa realização profissional, sobressaiu a falta de valorização profissional, de regulamentação de piso salarial e de definição da carga horária. A satisfação pessoal manifesta-se pelo reconhecimento obtido na realização do trabalho e pela contribuição à recuperação do paciente. Para amenizar seu desgaste no trabalho, os enfermeiros recorrem a estratégia como: atividades físicas, intensificação do convívio social e familiar, reunião com os colegas e lazer. Considerando o processo de trabalho do enfermeiro no CC, envolvendo o atendimento de procedimentos de alta complexidade, as urgências e emergências e suas condições de trabalho, conclui-se que os enfermeiros estão sujeitos a riscos de vulnerabilidade à síndrome de *burnout*.

**Palavras Chave:** Síndrome de *burnout*. Centro cirúrgico. Urgência. Emergência. Enfermeiro. Desgaste físico e emocional. Trabalho.

## ABSTRACT

This study, which is based on the burnout syndrome, is supported, in part, on the Psychodynamics of Work. It was possible to conclude that the organization of work activities can lead to professional exhaustion. In order to minimize this, the individual usually uses mechanisms to protect himself from occupational exhaustion. It aims to describe and analyze the vulnerability to burnout syndrome on the part of nurses who work in urgent and emergency surgeries at a surgical center (CC) unit of a public university hospital in the city of Belo Horizonte / MG. The psychodynamics of work and the theory of Christina Maslach and collaborators constituted the theoretical framework that served as the basis for carrying out this research, of the descriptive type, with a qualitative approach and supported by a case study as a method. The survey was conducted with twelve nurses who work at the CC unit of a public university hospital, in different shifts. The script, previously prepared, guided the data collection, carried out through a structured interview. Data analysis included the theoretical perspective of Bardin (2011). The analysis categories, chosen a priori, were: work context (work organization, working conditions and socio-professional relations) and Burnout syndrome (emotional exhaustion, depersonalization and low professional achievement). The subcategories were selected from the analysis and repetition of the statements raised in the interviewees' testimonies. The results from the work context category were: work pace is intense and stressful; the environment has a good physical area and is safe for carrying out activities; there is high technology equipment, but there is a lack of some parts and accessories; human resources are reduced; materials and inputs have an irregular supply; the means of communication are scant; the decision-making process occurs vertically; and in the socio-professional relations, there is a friendly and respectful professional character, the leadership is understanding and the planning of activities is very varied, and many charges for greater agility are attributed to nurses whose responsibilities go beyond those inherent to their profession. Regarding the Burnout syndrome category, it was found that the nurse's work is characterized by many demands, responsibilities and demands to prioritize production, which is extremely demanding and dynamic, resulting in strong physical and emotional stress, as described in the emotional exhaustion dimension. Regarding depersonalization, the feeling described by the interviewees in relation to patients is one of empathy. Regarding low professional achievement, the lack of professional valorization, minimum wage regulation and definition of the workload stood out. Personal satisfaction is manifested by the recognition obtained in carrying out the work and by contributing to the patient's recovery. To ease their wear at work, nurses resort to a strategy such as: physical activities, intensification of social and family life, meeting with colleagues and leisure. Considering the work process of nurses in the SC, involving the attendance of highly complex procedures, urgencies and emergencies and their working conditions, it is concluded that nurses are subject to risks of vulnerability to the syndrome of Burnout syndrome.

**Keywords:** Burnout syndrome. Surgery Center. Urgency. Emergency. Nurse. Physical and emotional stress. Job.

## RESUMEN

Este estudio, que se basa en el síndrome de burnout, se suporta, en parte, en la Psicodinámica del Trabajo. Fue posible concluir que la organización de actividades laborales puede conducir al agotamiento profesional. Para minimizar esto, el individuo usualmente usa mecanismos para protegerse del agotamiento ocupacional. Entonces su objetivo es describir y analizar la vulnerabilidad al síndrome de Burnout por parte de las enfermeras que trabajan en cirugías urgentes y de emergencia en una unidad del centro cirúrgico (CC) de un hospital universitario público ubicado en la ciudad de Belo Horizonte / MG. La psicodinámica del trabajo y la teoría de Christina Maslach y sus colaboradores constituyeron el marco teórico que sirvió de base para llevar a cabo esta investigación, de tipo descriptivo, con un enfoque cualitativo y respaldado por un estudio de caso como método. La investigación se realizó con doce enfermeras que trabajan en la unidad CC de un hospital universitario público, en diferentes turnos. El guión, previamente preparado, guió la recopilación de datos, realizada a través de una entrevista estructurada. El análisis de datos incluyó la perspectiva teórica de Bardin (2011). Las categorías de análisis, elegidas a priori, fueron: contexto de trabajo (organización del trabajo, condiciones de trabajo y relaciones socioprofesionales) y síndrome de agotamiento (agotamiento emocional, despersonalización y bajo rendimiento profesional). Las subcategorías se seleccionaron del análisis y la repetición de las declaraciones descritas en los testimonios de los entrevistados. Los resultados resultantes de la categoría de contexto laboral fueron: el ritmo de trabajo es intenso y estresante; el ambiente tiene una buena área física y es seguro para realizar actividades; hay equipos de alta tecnología, pero faltan repuestos y accesorios; se reducen los recursos humanos; los materiales e insumos tienen un suministro irregular; los medios de comunicación son defectuosos; el proceso de toma de decisiones ocurre verticalmente; y en las relaciones socioprofesionales hay un carácter profesional amigable y respetuoso, el liderazgo es comprensivo y la planificación de actividades es muy variada y muchos cargos por una mayor agilidad se atribuyen a las enfermeras cuyas responsabilidades van más allá de las inherentes a su profesión. Con respecto a la categoría de síndrome de agotamiento, se encontró que el trabajo de la enfermera se caracteriza por muchas demandas, responsabilidades y requisitos para priorizar la producción, que es extremadamente exigente y dinámico, lo que resulta en un fuerte estrés físico y emocional, como descrito en la dimensión de agotamiento emocional. Con respecto a la despersonalización, el sentimiento descrito por los entrevistados en relación con los pacientes es de empatía. Con respecto al bajo rendimiento profesional, se destacó la falta de valorización profesional, la regulación del piso salarial y la definición de la carga de trabajo. La satisfacción personal se manifiesta por el reconocimiento obtenido al realizar el trabajo y por contribuir a la recuperación del paciente. Para facilitar su desgaste en el trabajo, las enfermeras recurren a varias estrategias como: actividades físicas, intensificación de la vida social y familiar, reuniones con colegas y tiempo libre. Considerando el proceso de trabajo de las enfermeras en el CC, que involucra la asistencia a procedimientos, urgencias y emergencias altamente complejos y sus condiciones de trabajo, se concluye que las enfermeras están sujetas a riesgos de vulnerabilidad al síndrome de Burnout.

**Palabras clave:** Síndrome de Burnout. Centro cirúrgico. Urgencia. Emergencia. Enfermera Estrés físico y emocional. Trabajo.

## **LISTA DE QUADROS**

Quadro 1	Mecanismos de defesas mais abordados na literatura	49
Quadro 2	Descrição do perfil demográfico e ocupacional dos profissionais entrevistados	58
Quadro 3	Categorias e subcategorias do contexto dos entrevistados	59

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANAPAD	Associação Nacional de Pós-Graduação em Administração
BDTD	Biblioteca Digital de Teses e Dissertações
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CC	Centro Cirúrgico
CLT	Consolidação das Leis Trabalhistas
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
COREN	Conselho Regional de Enfermagem
EPI	Equipamento de Proteção Individual
MBI	<i>Maslach Burnout Inventory</i>
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
RDC	Resolução da Diretoria Colegiada.
RJU	Regime Jurídico Único
SciELO	<i>ScientificLibrayOline</i>
SAEP	Sistematização de Assistência Perioperatória
<i>SPELL</i>	<i>ScientificPeriodicais Eletronic Libray</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo Consentimento e Livre Esclarecimento

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>15</b>
1.1	Objetivos da pesquisa.....	22
1.1.1	Objetivo geral.....	22
1.1.2	Objetivos específicos.....	22
1.2	Justificativa.....	22
<b>2</b>	<b>AMBIÊNCIA DA PESQUISA.....</b>	<b>26</b>
2.1	O ambiente organizacional do hospital público: níveis da atenção em saúde.....	26
2.2	O hospital participante da pesquisa.....	29
<b>3</b>	<b>REFERENCIAL TEÓRICO.....</b>	<b>36</b>
3.1	Psicodinâmica do trabalho.....	36
3.2	Síndrome de <i>burnout</i> : conceitos e aspectos sintomatológicos.....	41
3.3	Estratégias de defesas para o combate à exaustão emocional no trabalho.....	49
<b>4</b>	<b>METODOLOGIA DA PESQUISA.....</b>	<b>54</b>
4.1	Tipo de abordagem e método da pesquisa.....	54
4.2	Unidade de análise e sujeitos da pesquisa.....	56
4.3	Coleta de dados.....	57
4.4	Tratamento dos dados.....	58
<b>5</b>	<b>APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS.....</b>	<b>60</b>
5.1	Caracterização do perfil dos sujeitos pesquisados.....	60
5.2	Análise de conteúdo – contexto de trabalho e síndrome de <i>burnout</i> .....	61
5.2.1	Contexto do trabalho.....	62
5.2.1.1	Organização do trabalho.....	62
5.2.1.2	Condições de trabalho.....	69
5.2.1.3	Relações socioprofissionais.....	73
5.2.2	Síndrome de <i>burnout</i> .....	77
5.2.2.1	Exaustão emocional.....	77
5.2.2.2	Despersonalização.....	82
5.2.2.3	Baixa realização profissional.....	83
<b>6</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>87</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>95</b>
	<b>APÊNDICE.....</b>	<b>103</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O trabalho é uma atividade que se caracteriza como algo fundamental na vida do homem. Em sua trajetória histórica, à medida que interage com a natureza, ele a modifica, assim como a si mesmo, seja no passado, no presente ou no futuro. Isso porque o trabalho é fruto da ação do homem, e não o homem é fruto do trabalho (MIGLIACCIO, 1994).

Morin (2001) reforça que, por meio do trabalho, o homem se reconhece enquanto sujeito capaz de garantir sua subsistência, tornando-se capaz de realizar algo que tenha sentido e que seja prazeroso. O reconhecimento do trabalho que executa gera benefícios para a organização e os demais trabalhadores.

Para Clot (2007), a função psicológica do trabalho possibilita ao homem situar-se no mundo, na medida em que este atribui sentido e significado a sua vida. Quando não consegue realizá-lo, frustra-se em determinado momento, pois o que idealiza pode ser realizado em outra ocasião (CLOT, 2007).

Conforme, Dejours (2011), o trabalho, socialmente, estabelece-se como o criador das identidades individuais e coletivas. A relação do trabalho envolve todos os elos humanos produzidos por intermédio da organização do trabalho estabelecida, como, hierarquia, normas estabelecidas para a execução do trabalho, chefias, supervisão e trabalhadores, que, às vezes, tornam-se desfavoráveis e, até mesmo, insuportáveis (DEJOURS, 2011; 2015).

O ritmo do processo de mudanças na organização do trabalho torna-se, a cada dia, mais acelerado, assim como os avanços tecnológicos, em busca de qualificação profissional. Qualificação designa a capacidade de produzir, inovar, coordenar, organizar e gerenciar situações previsíveis e imprevisíveis relacionadas aos atos de decidir e cooperar com o trabalho em equipe, em um cenário de busca por maior produtividade, para responder ao aumento das demandas dos serviços, resultando assim em consequências negativas para os trabalhadores em suas relações de trabalho. O sentimento de satisfação pelo trabalho vai diminuindo, sendo substituído por outro de angústia, de descontentamento, o que se torna fonte de um desgaste



emocional, originalizado por um contexto de grande pressão por maior produtividade, e o cumprimento de metas resulta em relações de trabalho conflitivas e interpessoais e, conseqüentemente, em baixas expectativas, frustrações profissionais e insatisfação, dentre outros fatores (MASLACH; JACKSON, 1981; SCHAUFELI; GREENGLASS, 2001; SCHAUFELI; LEITER; MASLACH, 2009; FRANÇA *et al.*, 2012).

Wallau (2004) sustenta que, atualmente, uma grande gama de agentes estressores caminha lado a lado com os avanços da ciência e dos sistemas político-econômicos. Para ele, constituem causas dos transtornos psíquicos que ocorrem com o homem: a depressão e as doenças psicossomáticas (hipertensão, úlceras *etc.*). Aponta como conseqüências das atividades laborais: desemprego, absenteísmo e conflitos, oriundos de situações estressantes vivenciadas na rotina diária de trabalho por um longo período, podendo tudo isso levar a um estado de estresse crônico, traduzido na síndrome de *burnout* (WALLAU, 2004).

Para Ferreira *et al.* (2007), a exposição a ambientes estressantes deixa o homem em situação vulnerável, que pode gerar prejuízos para sua saúde e seu bem estar no trabalho. As alterações na organização do trabalho que têm por foco a produção são fonte geradora de problemas no tocante ao fator humano, em decorrência das condições estressantes presentes no trabalho (FERREIRA *et al.*, 2007).

De acordo Bernardes (2018), em um contexto de trabalho caracterizado por alta competitividade, forte pressão por maior produtividade, relações interpessoais conflituosas, baixas expectativas e frustrações profissionais, dentre outros fatores, constata-se uma propensão à condição clínica chamada "*burnout*", ou síndrome do esgotamento emocional. Significa o desencadeamento de uma grave condição clínica por exposição ao estresse ocupacional (BERNARDES, 2018).

A síndrome de *burnout*, ou síndrome do esgotamento profissional, na Classificação Internacional de Doenças (CID), está incluída no grupo intitulado "problema relacionado à organização de seu modo de vida" (código Z73), de acordo a 10ª revisão de classificação internacional de doenças (CID-10), realizada em 1989. Posteriormente, a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2018) divulgou que, a partir de 2022, passará vigorar o CID-11, o qual irá fornecer melhorias significativas em

relação às versões anteriores. Pela primeira vez, é completamente eletrônica e possui um formato que facilita seu uso para a classificação da doença (TRIGO; TENG; HALLAK, 2007, OMS, 2018).

No Brasil, o Ministério da Previdência Social e Assistência Social, com base no Anexo II do Decreto 3.8048, de maio de 1999, trata dos agentes patogênicos causadores de doenças profissionais, dentre as quais a síndrome de esgotamento profissional (BRASIL, 1999). Todavia, muitas vezes, o *burnout* pode ser diagnosticado como depressão. Isso gera um prejuízo para ainda maior para o trabalhador, uma vez que seu tratamento será ineficaz, pois não estará atuando na causa desencadeadora do problema, e sim em seus sintomas (BORTOLETTI; VASCONCELLOS; SEBASTIANI, 2017).

Herbert Freudenberger foi o primeiro pesquisador a descrever os sintomas da síndrome de *burnout* (CODO; VASQUES-MENEZES, 1999). Na sequência, vieram Maslach e Jackson (1981), seguidores dos estudos de Freudenberger, considerado o precursor na literatura científica sobre o tema. Em seus estudos, conceituaram *burnout* como uma síndrome de exaustão emocional e cinismo, que ocorre, frequentemente, entre indivíduos que realizam algum tipo de trabalho com outras pessoas.

Carlotto (2002) argumenta que a definição mais aceita do *burnout* está fundamentada na perspectiva social-psicológica de Maslach e colaboradores, para quem esta a síndrome se configura em três dimensões:

- a) Exaustão emocional – caracteriza-se pela falta ou carência de energia e de entusiasmo. Revela-se um sentimento de esgotamento total de seus recursos.
- b) Despersonalização – caracteriza-se pela falta de sentimento pelo outro, tratando-o como objeto e desprezo, e pela falta sensibilidade.
- c) Baixa realização pessoal no trabalho – caracteriza-se pela autoavaliação de forma negativa, em que o indivíduo se sente infeliz consigo próprio e insatisfeito com seu desempenho pessoal (MASLACH; SCHAUFELI; LEITER, 2001).

De acordo com Benevides-Pereira (2003), na esfera institucional os efeitos do *burnout* se fazem sentir pela diminuição da produção e da qualidade do trabalho realizado, podendo gerar aumento do absenteísmo, alta rotatividade de funcionários e ampliação do número de acidentes ocupacionais. Como resultados ocorrem: visão negativa da instituição, perda de confiabilidade, imagem desacreditada da instituição e importantes prejuízos financeiros. Tais consequências vão além do âmbito institucional, atingindo também o social e o individual.

Maslach e Jackson (1997) afirmam que a ocorrência da síndrome de *burnout* se dá também entre profissionais que cuidam diretamente de outras pessoas, por exemplo, aqueles que atuam nas áreas da Saúde, Ensino e Assistência Social, que trabalham para zelar pelo bem estar do outro (MASLACH; JACKSON, 1997).

Para os propósitos desta dissertação, focalizam-se aqui os profissionais da área da Saúde, contemplando enfermeiros emergencialistas que atuam nas unidades de centros cirúrgicos, as quais se configuram como diferentes formas no âmbito da instituição pública, atendendo aos procedimentos cirúrgicos de urgências e emergências em pacientes oriundos do pronto-atendimento.

A profissão de enfermagem é reconhecida desde a segunda metade do século XIX, quando Florence Nightingale, enfermeira britânica que se tornou conhecida por ser pioneira no tratamento de feridos da guerra da Crimeia. Por atuar portando uma lâmpada para acompanhar os doentes, passou a ser denominada "A dama da lâmpada". As contribuições de Florence foram muito importantes para a fundamentação da profissão, do respeito à dor do outro e da humanização dos cuidados. A Enfermagem tem em sua essência o "cuidar do outro", que se manifesta na preservação do potencial saudável do ser humano e depende de uma concepção ética que contemple a vida como um bem precioso em si (PIRES, 2009; BESERRA *et al.*, 2014).

Benevides-Pereira (2010) aponta diferentes aspectos do trabalho da Enfermagem que fazem desta atividade uma profissão vulnerável ao *burnout*. O trabalho do enfermeiro é contornado por diferentes agentes estressores, como: falta de

participação nas decisões, conflitos e ambiguidade de papéis, falta de autonomia, plantões noturnos, extensas jornadas de trabalho, rodízios de horários, número insuficiente de pessoal, recursos escassos, sobrecarga de trabalho, falta de reconhecimento profissional (baixa renumeração), exposição a ambientes físicos propícios aos riscos químicos e biológicos, radiação e ruídos, além de altamente insalubres, de forma geral (BENEVIDES-PEREIRA, 2010).

A equipe de enfermagem trabalha diretamente com os doentes, com o adoecer, com a morte e com os cuidados que exigem atenção constante, seja no ato de medicar, seja na realização de procedimentos nos pacientes ou na vigilância constante. Para o desempenho de suas atribuições, o enfermeiro dispõe da informatização e das tecnologias, presentes em todas as áreas de seu trabalho. Isso gera um novo desafio para o profissional e não o isenta do cuidado direto ao paciente. Às vezes, isso pode favorecer o desencadeamento de um maior estresse na equipe profissional – por exemplo, fatores de risco biológico, físico e psíquico, aos quais se encontra em constante exposição de uma sobrecarga emocional (ZOMER; GOMES, 2017).

No Brasil, pesquisas demonstram que, dentre os profissionais de saúde, o enfermeiro se destaca por ser maioria nas unidades de saúde e nos hospitais. Mas esta profissão é a única que não tem jornada de trabalho regulamentada em lei nacional inferior a 44 horas semanal. Há duas décadas, busca-se uma aprovação de um projeto de lei para o regime de 30 horas semanal para todos os profissionais de enfermagem. Os demais profissionais de saúde têm jornada regulamentada, oscilando entre 20 e 30 horas por semana. O mesmo ocorre em relação ao piso salarial e à falta de plano de carreira, para que as mínimas condições de trabalho estejam garantidas no SUS e nos milhares de serviços de saúde públicos e privados do Brasil (PIRES; AMADIGI; ALBURQUERQUE, 2016).

Nas unidades de pronto-atendimento, a urgência e a emergência representam uma situação ameaçadora e brusca, que requer medidas imediatas de correção e defesa da vida, diferenciadas dos atendimentos das unidades básicas. O paciente em situação de emergência apresenta ampla variedade de problemas, ou de potenciais problemas, que podem, às vezes, modificar-se a cada minuto. Na admissão de um paciente, seja na urgência ou na emergência, o enfermeiro é o profissional que

realizará a triagem, para avaliá-lo em seus aspectos gerais (ROCHA, 2012; TEIXEIRA *et al.*, 2015).

A assistência cirúrgica tem sido um dos tratamentos essenciais nos serviços de saúde por mais de um século. Assim, em sua busca por mais segurança na realização dos procedimentos cirúrgicos tendo sido o objetivo dos estados membros da Organização Mundial da Saúde (OMS, 2009) e a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) vêm concentrando esforços em ações concomitantemente correlacionadas à ampliação de acesso igualitário da população aos serviços de saúde. A falta de acesso aos procedimentos cirúrgicos não é uma questão recente nos sistemas de saúde em geral, os quais sempre enfrentam algum tipo de dificuldade. No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS) caracteriza-se por uma espera longa ao acesso a um procedimento cirúrgico, oscilando de acordo com a região, sendo a sudeste a maior executora de número de procedimentos de alta complexidade (TOSTES; COVRE; FERNANDES, 2016).

Na instituição hospitalar o centro cirúrgico (CC) é a unidade encarregada de executar procedimentos anestésico-cirúrgicos, diagnósticos e terapêuticos, em caráter tanto eletivos quanto de urgência e emergência. É de extrema importância e responsabilidade para o hospital (MARTINS; DALL 'AGNOL, 2016).

O enfermeiro é o responsável pela execução de todos os protocolos que rege as atividades desenvolvidas no centro cirúrgico de acordo com o manual de cirurgia segura e regimento da instituição. Isso contempla atribuições como: gerenciamento das atividades realizadas no centro cirúrgico, dimensionamento da equipe de profissionais, dos materiais necessários e dos insumos necessários para os procedimentos anestésico-cirúrgicos, recepção dos pacientes, aplicação do instrumento de sistematização de assistência de enfermagem no perioperatório (SAEP) e aplicação do *checklist* que é de atribuição exclusiva do enfermeiro. Estes instrumentos compreendem informações sobre o período pré-operatório e auxiliam a equipe de enfermagem, a equipe médica-cirúrgica e todos os envolvidos no procedimento cirúrgico, de modo a garantir uma assistência segura ao paciente no que se compreende a etapa da admissão, acolhida a ele e a seus familiares

(MONTEIRO *et al.*, 2014; PANCIERI; CARVALHO; BRAGA, 2014; MARTINS; DALL 'AGNOL, 2016).

O enfermeiro, no exercício de suas atividades, tanto no centro cirúrgico quanto fora dele, deve manter o domínio das atividades que desenvolve no decorrer do seu turno e ter uma visão geral de todo o setor e das demandas existentes. Tem que planejar, organizar, coordenar, executar e avaliar os serviços de sua competência. Ele é o responsável técnico por todas as atividades realizadas durante a prestação da assistência de enfermagem e por toda a equipe de profissionais de enfermagem (enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem). Os aspectos éticos e legais devem ser extremamente transparentes e respeitados, como recomendam o Código de Ética de enfermagem e a Lei 7.498, de 25/06/86 (AZEVEDO *et al.*, 2017).

França *et al.* (2012) acrescentam que a prestação dos serviços de assistência à saúde confronta-se, a cada dia, com uma crescente procura de usuários dos serviços de saúde, portadores de diferentes necessidades de assistência à saúde. Isso resulta na busca por maior produtividade de atendimentos dos serviços. Por se tratar, na maioria das vezes, de um processo do trabalho em serviços de urgências e emergências, gera-se a possibilidade diária e ininterrupta de se ter como objeto de trabalho uma pessoa gravemente doente, que precisa de cuidados imediatos e que está exposto a sério risco de vida. Isso, principalmente, em determinados períodos de grande demanda, em um cenário de um sistema de saúde precário em todos os aspectos de assistência, o que acarreta para os profissionais uma sobrecarga de trabalho, em especial para a enfermagem (FRANÇA *et al.*, 2012).

Tendo em vistas as considerações teóricas e empíricas até aqui delineadas, este estudo propõe o seguinte problema de pesquisa: **Como os elementos inerentes ao trabalho dos enfermeiros que atuam em centro cirúrgico os tornam vulneráveis à síndrome de *burnout*?**

### **1.1 Objetivos da pesquisa**

Além das intenções propostas pela pesquisa e das possibilidades de obtenção de resultados, foram elaborados os seguintes objetivos.

### 1.1.1 Objetivo geral

Descrever e analisar a vulnerabilidade dos enfermeiros que atuam no centro cirúrgico de um hospital público universitário em atendimentos de urgências e emergências da cidade de Belo Horizonte – MG à síndrome de *burnout*.

### 1.1.2 Objetivos específicos

- a) Descrever e analisar o contexto e as condições de trabalho dos enfermeiros pesquisados;
- b) Identificar como os enfermeiros se situam diante das dimensões da síndrome de *burnout* (exaustão emocional, despersonalização e baixa realização profissional); e
- c) Identificar as estratégias que os enfermeiros utilizam para se protegerem do esgotamento emocional.

## 1.2 Justificativa

O interesse por este estudo se justifica pela relevância observada em três vertentes: acadêmica, institucional e social.

Pesquisa realizada entre 2008 e 2018 nas bases de dados da Associação Nacional da Associação Nacional de Pós-Graduação (ANPAD), *Scientific Librayn Oline* (SCIELO), *Scientific Periodicais Eletronic Libray* (SPELL), Portal de Periódicos da Capes e Biblioteca Virtual (BV) de Saúde (BV) revelou expressivo número de trabalhos sobre adoecimento e ocorrência da síndrome de *burnout* em diversas categorias profissionais, como, professores, médicos, fisioterapeutas, profissionais de enfermagem e psicólogos. A análise desta pesquisa permitiu identificar trabalhos que se associam à síndrome de *burnout* em profissionais de enfermagem. No entanto, constatou-se um pequeno número de estudos orientados exclusivamente para os profissionais de enfermagem que atuam no atendimento de urgências e emergências cirúrgicas.

Na base de dados Anpad, foram encontrados 7 trabalhos, sendo que somente o de Moura *et al.* (2014) aborda profissionais de enfermagem que atuam em urgência e emergência. Na Biblioteca Virtual (BV) de Saúde, foram identificados estudos em enfermeiros, sendo que apenas 3 – França *et al.* (2012), Fernandes *et al.* (2012) e Dantas, *et al.* (2014) – abordam a atuação desses profissionais na urgência e emergência. Na base de dados Scielo, não se encontrou nem um estudo sobre a temática de interesse. Já no Portal de Periódicos da Capes 2 estudos foram identificados, mas apenas o de Pereira *et al.* (2014) associa a síndrome de *burnout* a enfermeiros que atuam em urgência e emergência. Portanto, o reduzido número de estudos realizados na realidade brasileira sobre o tema e a categoria ocupacional em gestão, por si só, justifica academicamente a realização desta pesquisa, objetivando aumentar o conhecimento sobre o fenômeno a ser pesquisado.

A maioria dos estudos realizados sobre a síndrome de *burnout* no Brasil recorre ao uso de metodologia quantitativa, uma vez que utiliza o *MBI*, questionário desenvolvido por Christina Maslach, denominado “*Maslach Burnout Inventory*”, para avaliar os níveis das dimensões do *burnout*. A perspectiva qualitativa proposta neste estudo representa a introdução de uma variação metodológica de pesquisa sobre o tema, uma vez que faz uma adaptação deste instrumento, para transformá-lo em um roteiro de entrevista.

Este estudo também se justifica em razão da relevância da síndrome de *burnout* envolvendo, principalmente, os profissionais que atuam na área da saúde. Sua incidência em trabalhadores de enfermagem, além de ser nociva no plano individual e no plano de categoria profissional, pode se refletir negativamente na qualidade da assistência de enfermagem prestada aos pacientes e a seus familiares em relação aos serviços de saúde, considerando o momento em que se privilegia a humanização da assistência à saúde, conforme apontam Lorenz; Benatti; Sabino (2010).

Do ponto de vista acadêmico, a realização deste estudo revela-se relevante, por se tratar da síndrome de *burnout* vinculada aos enfermeiros que atuam em unidades de centro cirúrgico no atendimento aos procedimentos de urgências e emergência, com abordagem qualitativa. Visa contribuir para a realização de trabalhos futuros e a ampliação do conhecimento sobre o trabalho na área da Saúde, mais precisamente em unidade de centro cirúrgico.



No âmbito institucional, justifica-se por propiciar um ambiente de trabalho capaz de promover o desenvolvimento profissional, pessoal e o bem estar físico e mental dos enfermeiros, cuja função é promover a saúde e o cuidar da preservação da vida.

No tocante ao social e pessoal, justifica-se na medida em que o trabalho assume papel de suma importância para a vida do indivíduo e a compreensão de fatores relevantes ao bem-estar, à saúde mental e ao contexto de trabalho dos enfermeiros que atuam no centro cirúrgico. O indivíduo acometido pela síndrome de *burnout* se isola, pois não participa de qualquer tipo de convívio com o outro. O mesmo ocorre no seio familiar: não se envolve com os demais membros da família, incluindo os filhos e o cônjuge. Em razão de se sentir acabado, sem condições, como ocorre no trabalho, o indivíduo não consegue manter o relacionamento nem interagir com os colegas e sua instituição de trabalho. Individualmente, fecha-se e não procura ajuda.

Este estudo visa favorecer a uma melhor compreensão sobre o fenômeno da síndrome de *burnout*, acrescentando assim para a busca de melhores estratégias de combate e medidas para propiciar melhores condições e relações de trabalho (BENEVIDES-PEREIRA, 2010).

O trabalhador acometido pela síndrome de *burnout* necessita de cuidados. Ao adoecer, ele já chegou ao seu limite. Sofrendo de um estresse crônico, sente-se acabado, sem força. Nessas circunstâncias, o trabalho perde sentido para ele (BENEVIDES-PEREIRA, 2010).

O *burnout* é uma doença silenciosa, que se desenvolve gradativamente. Por isso, é preciso dispensar um olhar diferenciado para este fenômeno, principalmente em relação aos profissionais que ficam mais suscetíveis a seu desenvolvimento (MASLACH; JAKCSON, 1981; BENEVIDES-PEREIRA, 2010). Assim, o prejuízo à saúde do trabalhador não é só no nível individual, mas também no coletivo.

Este trabalho empenha-se em trazer possíveis contribuições para estudos futuros sobre a síndrome de *burnout* em enfermeiros.

Esta dissertação compõe-se de seis capítulos, incluindo esta Introdução, cuja finalidade é contextualizar o tema proposto, situar seus objetivos, geral e específico, e apontar a justificativa da pesquisa.

No segundo capítulo, discorre-se sobre a ambiência do estudo.

No terceiro capítulo, desenvolve-se o referencial teórico, em que se abordam parte da psicodinâmica do trabalho e a síndrome de *burnout*, contemplando seus conceitos, aspectos sintomatológicos e estratégias de defesas para combate a exaustão emocional no trabalho.

No quarto capítulo, descreve-se a metodologia, orientando todo o percurso metodológico: tipo de pesquisa, abordagem, método, sujeitos da pesquisa, coleta dos dados, tratamento e a análise dos dados.

No quinto capítulo, procede-se à apresentação e análise dos resultados.

No sexto capítulo, formulam-se as considerações finais.

Seguem-se as referências e os apêndices.

## **2 AMBIÊNCIA DA PESQUISA**

Nesta seção, contextualizam-se o ambiente pesquisado, compreendendo a organização hospitalar pública e o centro cirúrgico, a atuação do enfermeiro e a identificação dos hospitais que participam da pesquisa.

### **2.1 O ambiente organizacional do hospital público: níveis da atenção em saúde**

Instituições hospitalares são organizações complexas, dotadas de ritmo dinâmico. Para além das intervenções técnicas esperadas no âmbito do tratamento e da prevenção de danos à saúde, também necessitam de boas práticas de gestão, orientadas para o aprimoramento de sua eficiência em sua atividade fim. Em termos administrativos, observam-se recorrentes conflitos envolvendo a área técnica e a gerencial, repercutindo no resultado do trabalho planejado (FARIAS; ARAÚJO 2017).

O Manual Brasileiro de Acreditação (2002), do Ministério da Saúde, prescreve que estabelecimento hospitalar é aquele que se dedica a prestar assistência de saúde a seus usuários. Pode ser de caráter público ou privado. Também, pode ser uma porta de entrada para o atendimento a procedimento especializado ou a urgências e emergências. Para fins de seu processo de acreditação, tem desenvolvido grandes esforços e ações para incentivar o aprimoramento da assistência hospitalar à população e para melhorar a gestão das instituições, com o objetivo de implementar programas como centros de colaboradores para a qualidade da gestão e assistência hospitalar e humanização da assistência (MS, 2002).

Bonato (2011) assinala que o programa Acreditação Hospitalar tem que ser efetivo, assumir a responsabilidade de avaliar o desempenho da instituição hospitalar e promover melhorias de qualidade, contando, para isso, com estímulos externos e o necessário empenho interno. Enfim, deve comprometer-se com os usuários/consumidores. Ainda, afirma que o cenário hospitalar atual caracteriza-se por abarcar um sistema mais humano do que superficial e, paradoxalmente, muito burocrático, com regulamentos orientados para controlar o comportamento e o trabalho de seus membros (BONATO, 2011).

A Portaria 4.279 do Ministério da Saúde (2010) determina que as Redes de Atenção à Saúde (RAS) são arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado.

A Atenção Básica, ou Atenção Primária, é conhecida como a "porta de entrada" dos usuários nos sistemas de saúde (SUS). Ou seja, é o atendimento inicial. Funciona, portanto, como um filtro capaz de organizar o fluxo dos serviços nas redes de saúde, dos mais simples aos mais complexos (MS, 2010).

A Atenção Secundária é constituída pelos serviços especializados, executados nos níveis ambulatorial e hospitalar, com densidade tecnológica intermediária, que atende desde a Atenção Primária até a Atenção Terciária. Historicamente, é interpretada como responsável pelos procedimentos de média complexidade, como as Unidades de Pronto-Atendimentos (UPA), que oferecem atendimentos de saúde de complexidade intermediária (ERDMANN *et al.*, 2013, p. 5).

De acordo com o Ministério da Saúde (2010), na Atenção Terciária situam-se os hospitais de médio e de grande porte, que atendem alta complexidade. Têm por objetivo garantir que na Atenção Quaternária, compreende-se um conjunto de ações que visam evitar danos associados às intervenções médicas e de outros profissionais da saúde, como, excesso de medicação e cirurgias desnecessárias. Assim, quando o tratamento for considerado pior que a doença, deve-se buscar uma alternativa a esse tratamento (ERDMANN *et al.*, 2013, p.5).

O hospital designado como "Regional", ou "Distrital", destina-se aos polos de, aproximadamente, cem mil habitantes, com atendimento médico-cirúrgico, de forma mais especializada. Apresenta capacidade física para dispor entre 100 e 200 leitos para internação de caráter geral e remete os casos mais complexos a um hospital de base, segundo Klar, Frances e Clarkin (1982). Estes autores definem como Hospital de Base aquele que presta assistência médica-cirúrgica e deve ser capaz de realizar procedimentos de alta complexidade, servindo de apoio para hospitais regionais e como centro coordenador/integrador dos serviços médico-hospitalares de determinada área. Deve dispor fisicamente de área para essa capacidade e oferece números de leitos entre 300 a 350.

Hospital de Ensino, tema desta pesquisa, segundo os autores, é aquele que oferece o mesmo tipo de assistência que o anterior, mas serve às universidades como centro de formação profissional e de pesquisa. Deve ser capaz de oferecer entre 400 e 500leitos (KLAR; FRANCES; CLARKIN, 1982).

Os hospitais, assim como outras organizações, precisam ter respostas financeiras para cumprir suas atividades e, em consequência, garantir sua sustentabilidade, lucratividade e desenvolvimento, na medida em que oferecem serviços com a finalidade de alcançar crescimento organizacional. Em decorrência de sua complexidade operacional e por procurarem atuar cada vez com mais condições e qualidade nos serviços oferecidos, precisam adotar uma gestão qualificada e preparada para enfrentar seus problemas. Aliás, estes são específicos de organizações hospitalares, assim como o centro cirúrgico, que tem concentração de equipes cirúrgica que atuam em diferentes especialidades e, ao mesmo tempo, profissionais que atuam conjuntamente com todas as equipes, como a de anestesistas e a de enfermagem (VOGT; FREITAS, 2012).

Beserra *et al.* (2014) salientam que a tecnologia hospitalar (equipamentos e medicações) tem por objetivo tentar, cada vez mais, prolongar a vida das pessoas. Isso, todavia, pode sugerir a seguinte reflexão: “Mas até que ponto não prolonga o sofrimento?”. É preciso ter equilíbrio na relação de cuidado, para que não se extrapole o limite entre amenizar e favorecer o sofrimento, assim como não perder o foco do respeito à dignidade humana e à ética do cuidar. Na unidade do centro cirúrgico, o estresse é comum, em razão da própria dinâmica do ritmo de trabalho do setor, pois engloba uma pluralidade de demanda de serviços. Os autores reconhecem a atuação de profissionais de diferentes formações, como, médicos de diferentes especialidades e enfermeiros, cada um desempenhando sua função de acordo com sua competência legal e técnica (BESERRA *et al.*, 2014).

De acordo com a orientação do Conselho Regional de Enfermagem (COREN), o gerenciamento do enfermeiro está vinculado a todo o funcionamento do setor em que está inserido. Isso não significa que ele deve exercer suas atividades restritas apenas às de seu setor. Deve, sim, estabelecer comunicação direta e indireta com todas as

unidades e os setores envolvidos na prestação de serviços de atendimento ao paciente (BESERRA *et al.*, 2014).

## **2.2 O hospital participante da pesquisa**

O hospital participante desta pesquisa, doravante designado pelo nome fictício de “Hospital Beta”, para resguardar sua identidade, está integrado ao Sistema Único de Saúde (SUS). Situa-se na cidade de Belo Horizonte, Capital do estado de Minas Gerais. Trata-se de um dos maiores prestadores de serviços de saúde do estado. Disponibiliza os serviços de atendimentos para patologias de média e alta complexidade em várias especialidades. Conta com um serviço de Pronto atendimento, denominado “Portas abertas”, receptor de pacientes oriundos das unidades de prontos-atendimentos da Capital, da região metropolitana e de outros municípios do estado. Oferece capacidade para 504 leitos, sendo 18 para a terapia intensiva de adulto, 19 para a unidade coronariana, 11 para a terapia intensiva pediátrica e 24 para a neonatal, além da unidade de urgência, com 56 leitos de observação.

O hospital tem como Visão: “Desenvolver a assistência em saúde para os usuários do SUS, de forma integrada e indissociável do ensino, da pesquisa e da extensão, com eficiência, qualidade e segurança, conjugando com os valores da ética, equidade e transparência, respeito e humanização, profissionalismo e trabalho em equipe, empatia, responsabilidade socioambiental, patrimonial e econômico-financeira, comprometimento com o desenvolvimento institucional a melhora continua e inovação e sustentabilidade”.

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi criado em maio de 1988, tendo o Ministério de Saúde como o órgão responsável por sua organização e fiscalização em todo o país. Constituem seus princípios: universalidade, integridade e equidade. Universalidade em todos os níveis de assistência à saúde e igualdade na assistência, sem preconceito e privilégio de qualquer gênero. É descrito como um dos maiores e mais complexos sistemas de saúde pública do mundo, abrangendo desde o atendimento para atenção primária até a alta complexidade, como transplante de órgão, garantindo

acesso integral, universal e gratuito para toda a população do País (WINTERS; PRADO; HEIDEMANN, 2016).

O Hospital Beta é classificado como de grande porte, com atendimento exclusivamente público, vinculado ao ensino e à pesquisa e gerenciado pela esfera federal. Em geral, realiza todos os tipos de procedimentos cirúrgicos de alta complexidade, como o transplante de coração, rins e fígado. Fundado no final da terceira década do século passado, inicialmente, a diretoria atuava em conjunto com a Faculdade de Medicina. Trata-se de campo de prática para os cursos de graduação, pós-graduação, residência, mestrado e doutorado.

Para o atendimento aos usuários, conta com a participação ativa de, aproximadamente, 2.000 alunos de graduação. Oferece 41 programas de residência na área médica, duas linhas para multiprofissionais e outra para profissionais em cirurgia e traumatologia buço-máximo, perfazendo um total aproximado de 500 residentes. O serviço de obstetrícia é referência para gravidez de alto risco. O centro obstétrico tem capacidade para atender à demanda de procedimentos eletivos e de urgência e emergência.

A partir de 2014, o Hospital Beta passou a ser gerenciado pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, que passou a assumir a contratação dos profissionais de serviços de saúde por via concurso em regime da Consolidação das Leis trabalhistas (CLT), com jornada semanal de 36 horas. Anteriormente, os profissionais eram admitidos via concurso, de acordo com o Regime Jurídico Único (RJU), com jornada semanal de 30 horas de trabalho. A diferença existente entre os vínculos prende-se à carga horária e à política de reajuste salarial. Pela CLT, isso ocorre anualmente, de acordo com lei preestabelecida. Quanto ao RJU, a política de aumento é avaliada de acordo com o orçamento de União e não se dá periodicamente. No hospital Beta o locus desta pesquisa será a unidade do centro cirúrgico.

A unidade do centro cirúrgico está atrelada a toda complexidade da instituição hospitalar. Compõe-se de várias partes, que se relacionam, para além de *layout* arquitetônico, equipamento e aparelhagem sofisticada. O relacionamento dessas partes é importante, tendo em vista seu funcionamento, que só ocorrerá de forma adequada

se os critérios dessas relações estiverem definidos, ou seja, interligados. Em seu trabalho no centro cirúrgico, o enfermeiro precisa interagir com os outros profissionais, para possibilitar melhoras nas relações de trabalho, que, em determinados momentos, são rodeadas de conflitos (BESERRA *et al.*, 2014; GOMES, 2009).

O centro cirúrgico (CC) é a unidade hospitalar encarregada de executar procedimentos anestésico-cirúrgicos, diagnósticos e terapêuticos em caráter tanto eletivos quanto de urgência e emergência. É de extrema importância e responsabilidade para o hospital. Todas as atividades que desempenha exigem treinamento e estado permanente de alerta, pois há intervenções que podem colocar em risco a vida do paciente nas cirurgias seletivas e, principalmente, nas cirurgias de urgência/emergência. O centro cirúrgico reúne diferentes categorias profissionais de especialidades distintas, que atuam de acordo, em tese, com a programação cirúrgica, o que reflete vários estressores em comum (CAREGNATO; LAUTERT, 2005; MARTINS; DALL'AGNOL, 2016).

A complexidade e o iminente risco de vida fazem do centro cirúrgico um ambiente estressante para o doente, a família e toda a equipe cirúrgica. Neste contexto, algo que não pode ser dissociado do atendimento é a humanização. O paciente chega fragilizado, com alguma patologia cirúrgica, trazendo consigo o medo do ato operatório, da anestesia, da dor, da morte e da invalidez, além de estar afastado de sua família (OLIVEIRA, 2005).

O centro cirúrgico estudado compõe-se de dezesseis salas cirúrgicas, sendo uma equipada para videoconferência, uma sala para recuperação pós-anestésica, uma sala para marcação de lateralidade e uma sala de espera para o encaminhamento a salas cirúrgicas. Na parte externa da unidade, há uma secretaria administrativa e o setor de gerência de serviços da unidade do centro cirúrgico. O acesso à unidade conta com: área de proteção, para acesso aos vestiários; área semicrítica, composta pela secretaria interna; sala de prescrição; setor de farmácia; sala de descanso médico e enfermagem; refeitório; sala de recepção para os pacientes externos; e consultório para consulta pré-anestésica.

Na área crítica, encontram-se as salas de cirurgias e os seguintes setores: sala de recuperação pós-anestésica, sala para lateralidade, arsenal de material estéril, sala



de material para os procedimentos anestésicos e de órtese e próteses, posto de enfermagem, setor da radiologia, expurgo e departamento de materiais de limpeza. Atualmente, a unidade do centro cirúrgico está funcionando com doze salas cirúrgicas, devido à reforma do sistema de ar condicionado.

A equipe de enfermeiros do centro cirúrgico divide-se em três turnos: manhã, tarde e noite. Três profissionais são escalados para os períodos da manhã e da tarde, quando há disponibilidade de profissional. No horário noturno, conta com um enfermeiro, que trabalha em regime de plantão. O enfermeiro assistencial tem como atribuição liderar o dimensionamento da equipe de enfermagem, realizando a escala de atividades diárias, de acordo com a programação cirúrgica de procedimentos eletivos e de urgências e emergências, que têm uma estimativa de tempo para a realização dos procedimentos.

O enfermeiro deve priorizar o atendimento, com base no grau de complexidade; verificar as pendências, com a secretária, quanto aos pacientes e setores interligados ao funcionamento do centro cirúrgico, como: setor de internação, banco de sangue para confirmar as reservas, as vagas do centro de terapia intensiva e a presença do funcionário da radiologia no setor; conferir a equipe de funcionários; suprir as ausências da equipe de apoio e de serviços gerais; organizar a sequência do transporte dos pacientes internados para o centro cirúrgico e recepcionar os pacientes externos e acompanhantes; fazer a avaliação pré-operatória; conferir o prontuário e a pulseira de identificação; checar todos os termos e confirmar com o paciente as informações necessárias ao procedimento e esclarecer suas dúvidas sobre o procedimento; e preencher o documento de sistematização da assistência de enfermagem pré-operatória (SOBRAL *et al.*, 2019).

Sobral *et al.* (2019) afirmam que o enfermeiro deve: avaliar, conjuntamente com o técnico de enfermagem responsável por atender o procedimento cirúrgico, toda a organização da sala e todos os itens e recursos necessários à execução do procedimento cirúrgico; providenciar o encaminhamento do paciente à sala cirúrgica; acompanhar a aplicação do *checklist*, com as equipes cirúrgica, anestésica e o paciente; garantir a privacidade do paciente; conferir posicionamento do paciente; preencher os formulários de sala cirúrgica e verificar os pedidos para exame e a

identificação de peça ou material, se tiver; receber o paciente na sala de recuperação pós-anestesia; assistir o paciente na recuperação anestésica; realizar os cuidados necessários até sua alta da sala de recuperação anestésica; e providenciar seu transporte para a unidade de internação.

Os pacientes submetidos a procedimentos de grande porte ou outras complexidade necessitam de um pós-operatório em terapia intensiva. No transporte, são acompanhados pelo anestesista e pelo enfermeiro. Cabe ao enfermeiro: realizar o contato com o setor; comunicar sobre o procedimento realizado; e relatar com o paciente se encontra e quais drogas estão sendo administradas, detalhando seu estado em geral. (SOBRAL *et al.*, 2019).

O enfermeiro do centro cirúrgico tem que ter uma visão de todo o setor e estar atento às demandas, selecionando as prioridades, e à natureza dos atrasos ocorridos para o início dos procedimentos, às notificações e os motivos das substituições e suspensões de procedimentos programados. O mesmo se aplica às solicitações de procedimentos de urgências e emergências. O planejamento da programação cirúrgica, em geral, sempre passa por inúmeras alterações, o que requer do enfermeiro maior dinamismo e agilidade em seu processo de trabalho (GOMES; DUTRA; PEREIRA, 2014; SOBRAL *et al.*, 2019). Dessa forma, a Resolução 543/ 2017 do Conselho Federal de enfermagem (COFEN), deve-se ter um enfermeiro escalado para cada três salas cirúrgicas e um técnico para cada sala (BRASIL, 2017).

A reorganização do planejamento para atender à demanda da programação cirúrgica ocasiona maior esforço por parte do enfermeiro para conciliar os atendimentos aos procedimentos cirúrgicos, utilizando da melhor forma possível o uso do tempo, para não ter salas ociosas. De outro lado, quando é notificada a confirmação de procedimento de transplante, cabe ao enfermeiro correr contra o tempo, pois o centro cirúrgico do hospital Beta não disponibiliza uma sala reservada para um eventual transplante. O que é disponibilizado são as salas com melhor estrutura física para realizar um procedimento de transplante, por serem mais amplas. Dessa forma, o enfermeiro tem que articular remanejamentos de procedimentos para outras salas, com o objetivo de atender ao procedimento de transplante e agilizar a preparação da sala de forma adequada, como requer o procedimento, assim como disponibilizar um

profissional para realizar a instrumentação cirúrgica no transplante. A equipe médica, em geral, desconhece o tempo necessário para atender ao procedimento e, às vezes, entra em conflitos com a equipe de enfermagem.

A busca pela qualidade nos serviços em saúde tem ocupado cada vez mais espaço nas agências, nacionais e internacionais, a respeito dos sistemas de saúde. Os centros cirúrgicos são considerados cenários de alto risco, sendo que o processo de trabalho neste cenário constitui práticas complexas, interdisciplinares, com forte dependência da atuação, individual e de equipe, usualmente, contornadas por pressão e estresse. Cumprir ao enfermeiro ficar vigilante à padronização das normas técnicas e a sua execução por toda a equipe (CARVALHO *et al.*, 2015).

As demandas do centro cirúrgico são muitos peculiares. Por isso, o profissional que nele atua necessita de treinamento e conhecimento específicos, que requerem do enfermeiro conhecimento e muita agilidade para manter maior produtividade no serviço. Falta de recursos materiais, déficit de funcionários, precariedade de equipamentos por falta de acessórios e falta de reposição de instrumentais cirúrgicos e de materiais de baixo custo constituem as principais dificuldades. O ambiente do centro cirúrgico requer constante atualização de conhecimento, reciclagem e treinamentos, pois a cada dia há uma inovação tecnológica.

As ações desenvolvidas pelos enfermeiros têm como foco a assistência ao paciente e sua segurança em primeiro lugar, consistindo em: prevenir eventos adversos; viabilizar a realização da programação cirúrgica e os procedimentos de urgências e emergências; e buscar garantias de segurança para a realização dos procedimentos (GOMES; DUTRA; PEREIRA, 2014).

O coordenador de enfermagem tem as seguintes atribuições: elaborar as escalas de plantão e férias; avaliar o déficit na equipe; participar das reuniões; avaliar o desempenho da equipe; promover treinamentos; fazer avaliações e a previsão de reposição de recursos humanos, materiais e equipamentos; conferir os agendamentos de cirurgias; fazer a previsão dos materiais necessários; manter o controle técnico, administrativo e ético das atividades do setor; e manter a interação da equipe de profissionais com demais setores afim.

De acordo com a orientação do Conselho Regional de Enfermagem (COREN), o gerenciamento do enfermeiro está vinculado a todo o funcionamento do setor em que está inserido. Isso não significa que ele deve restringir suas atividades apenas ao seu setor. Deve, sim, estabelecer comunicação direta e indireta com todas as unidades e os setores envolvidos na prestação de serviços de atendimento aos pacientes (BESERRA *et al.*, 2014).

### 3 REFERENCIAL TEÓRICO

O primeiro objetivo específico deste estudo consiste em descrever o contexto da categoria profissional a ser pesquisada. Recorre-se à parte da psicodinâmica do trabalho para iniciar o referencial teórico, uma vez que tal abordagem discute elementos da organização do trabalho nas esferas física e mental do trabalhador no exercício de sua tarefa. As dimensões da síndrome de *burnout*, discutidas logo a seguir, convergem para os elementos teóricos da psicodinâmica do trabalho que podem provocar a exaustão emocional no exercício das funções. Por fim, teoriza-se sobre as estratégias de defesa, para lidar com a possibilidade de exaustão emocional no trabalho.

#### 3.1 Psicodinâmica do trabalho

O francês Christophe Dejours, médico do trabalho, psiquiatra e psicanalista, desenvolveu estudos para descrever as psicopatologias associadas ao trabalho. No início da década de 1980, como resultado dos estudos sobre as vivências com o prazer e o sofrimento no trabalho, passou a adotar um modelo de estudo mais elaborado, amparado na dimensão sócio-organizacional do trabalho, que originou a reflexão em torno da “psicodinâmica do trabalho”. Trata-se do estudo sobre o prazer e o sofrimento no trabalho e a produção de mecanismos experimentados pelo trabalhador para poder conviver com o sofrimento dele decorrente. O termo psicodinâmico do trabalho diz respeito à organização do trabalho e a seus impactos na saúde mental (DEJOURS; ABDOUCHELI; JAYET, 1994).

Inicialmente, a psicodinâmica do trabalho objetivou estudar a análise da dinâmica dos processos psíquicos de trabalho, sensibilizada pelo atrito entre o sujeito e a veracidade do trabalho. A questão tinha como foco os conflitos originados no âmbito do sujeito, seu histórico de vida e a conjuntura do trabalho. As particularidades já estavam escolhidas, em sua maioria, livre da vontade do sujeito (DEJOURS; ABDOUCHELI, 1990).

Dejours (1993) afirma que o sentimento de angústia surge como um motor, uma força que aciona a ação, contribuindo para que o alcance dos objetivos e das metas

amenize a angústia. Não se origina só da relação de trabalho; vem também do decorrer das histórias de vida do indivíduo e da relação de seus engajamentos sociais no trabalho. Isso é que possibilita ao indivíduo criar condições para dominar essa angústia (DEJOURS, 1993).

Para Dejours (2011), na vida adulta o espaço do trabalho será ocupado por trocas materiais e afetivas. O trabalho aparece como o mediador central da construção, do desenvolvimento, da complementação da identidade e da construção da vida psíquica. Ele permite o confronto entre o mundo externo e o mundo interno do trabalhador, pois é o que lhe permite enfrentar todas as cobranças do seu cotidiano familiar e do seu convívio social (DEJOURS, 2011).

O trabalho ocupa um lugar central na construção da identidade, das formas de sociabilidade e da autoestima, bem como na determinação do sofrimento psíquico. A psicodinâmica do trabalho vem em busca da compreensão da dinâmica psíquica diante dos conflitos gerados quanto ao confronto entre o desejo do sujeito- trabalhador e os modelos de gestão do trabalho. O contexto de trabalho apresenta-se como o cenário em que se desenvolvem as significações psíquicas e a construção de relações intersubjetivas, designadas “relações socioprofissionais”, possibilitadas pelas condições de trabalho e mediadas pela organização do trabalho.

Tal cenário possibilita o fortalecimento da singularidade do sujeito (AUGUSTO *et al.*, 2014).

Na psicodinâmica do trabalho, um dos pontos mais destacados prende-se à importância do trabalho na formação da identidade. A constituição da identidade é compreendida como uma evolução que ocorre no decorrer de toda a vida do sujeito, a qual está vinculada à noção de alteridade. Quando não ocorre o reconhecimento da contribuição do trabalho executado, passando este por despercebido, em meio a uma indiferença geral, ou é negada pelos outros, vivencia-se o sofrimento, que pode ser uma perigosa ameaça para a saúde mental do trabalhador (DEJOURS, 2007; DEJOURS, 2011).

Dejours (2015) esclarece que o indivíduo se relaciona com seu trabalho, seus colegas, suas chefias e sua forma de organização. Tudo isso pode fazer emergir certo

sofrimento, o qual deve ser gerenciado, para que se torne suportável e não comprometa seu equilíbrio psíquico. Tal sofrimento pode conduzir ao esgotamento no trabalho, a um estágio de estresse crônico, a uma exaustão emocional, como retrata a abordagem de que o *burnout* é uma resposta a um estágio prolongado de exposição a agentes estressores (BENEVIDES-PEREIRA, 2010; DEJOURS, 2015).

No trabalho, o sujeito coloca a subjetividade a prova, pois cada organização convoca o sujeito a participar individualmente e coletivamente para estabelecer estratégias defensivas para suportar o sofrimento no trabalho. Como forma de para aliviar e evitar o contato, os trabalhadores recorrem a ideologias defensivas, deixando de executar de executar o trabalho prescrito na sua íntegra. Para aliviar essa tensão, procuram executar outra atividade fora como uma fuga para aliviar as tensões (DEJOURS, 2008).

De acordo com Dejours (2011), o indivíduo busca utilizando-se dos mecanismos de defesa em busca da normalidade para superar ou amenizar os sofrimentos provocados nas relações desfavoráveis na organização, evitando o desequilíbrio físico e mental. Porém, esta normalidade não significa que o sofrimento cessou e a saúde foi estabelecida. Ela reflete os meios encontrados pelo indivíduo para saber lidar com o sofrimento e adaptar ao trabalho (DEJOURS; ABDOUCHELI; JAYET, 1994).

Na psicodinâmica do trabalho, ocorre que o indivíduo busca por superação, como em um processo de negação para superação. Para transformar o sofrimento em prazer, ele tem que ter prazer no trabalho, o que não significa que o trabalho não tenha aspectos negativos, os quais devem ser superados (DEJOURS, 2011).

Para Jodas e Haddad (2009), a organização do trabalho exerce sobre o homem um impacto em seu aparelho psíquico, fazendo aflorar, em certas situações, sofrimentos relacionados a sua história individual, portadora de projetos, esperanças e desejos e de uma organização de trabalho que o ignora. Dessa maneira, novas enfermidades se manifestam em decorrência das mudanças introduzidas no mundo do trabalho (JODAS E HADDAD, 2009).

Augusto *et al.* (2014) esclarecem que o contexto de trabalho, em suas três dimensões – organização do trabalho, condições de trabalho e relações socioprofissionais –, influencia o prazer e o sofrimento, que são constitutivos da subjetividade no trabalho. São vivências que retratam o sentido dado ao trabalho como resultante da interação entre condições subjetivas (dos sujeitos) e objetivas (da realidade de trabalho), (AUGUSTO *et al.*, 2014).

O trabalhador, para realizar sua atividade laboral, depende energia, individual e coletivamente. Para dar conta da execução de seu trabalho, ele pode vivenciar prazer e ou sofrimento. O sofrimento no trabalho pode ser descrito como vivências concomitantes de desgaste e de insegurança diante das pressões para atender às exigências relacionadas ao desempenho e à produtividade. Caso predomine o sofrimento, poderá utilizar-se de estratégias de mobilização, ou defensivas, ou operatórias (GOMES; DULTRA; ESTEFAN, 2014).

Dejours (2008) reforça que a presença do sofrimento se torna um ponto de origem, na medida em que a condensação da subjetividade sobre si mesma anuncia um tempo de dilatação, de ampliação e de uma nova expansão sucessiva a ele. O sofrimento não é apenas uma consequência última da relação com o real; ele também é proteção da subjetividade com relação ao mundo, na busca de meios para agir sobre o mundo, pois não há prazer sem passar por desafios, angústias e sofrimentos (DEJOURS, 2008).

De acordo com Dejours, Abdoucheli e Jayet (1994), a psicodinâmica do trabalho é o instrumento apto a esclarecer a relação do sujeito com o trabalho, a maneira do seu modo de fazer e de agir na práxis do trabalho. Constitui um de seus desafios superar a distância entre o trabalho prescrito e o trabalho real. O sujeito que trabalha reconhece essa distância irreduzível entre a realidade, de um lado, e as previsões, prescrições e procedimentos, de outro, sempre sob a forma de fracasso. O real se revela ao sujeito pela sua resistência aos procedimentos, ao saber-fazer, à técnica e ao conhecimento. Isto é, pelo fracasso da perfeição para o sujeito, o real se apresenta por meio de um efeito surpresa desagradável; ou seja, de um modo afetivo. É sempre afetivamente que o real do mundo se manifesta para o sujeito. Porém, no momento em que o sujeito experimenta afetivamente sua resistência do mundo é aí que a



afetividade se manifesta em si (DEJOURS; ABDOUCHELI; JAYET, 1994; DEJOURS, 2008).

Dejours (2012) explica que o trabalho prescrito é entendido como a maneira que se organiza de acordo com as regras estabelecidas para o gerenciamento do processo de trabalho, salientando que quanto mais é blindado e exigente na organização do trabalho, acarreta para o trabalhador maiores chances de um possível adoecimento físico e psíquico futuramente. Portanto, a exposição a uma pressão por resultados para atingir metas, a sobrecarga de trabalho por maior produtividade e as ameaças de demissão geram um desgaste emocional, que, por sua vez, ocasionam maior distanciamento entre o trabalho prescrito e o real (DEJOURS, 2012; DEJOURS, 2015).

O trabalho denominado real é descrito pela atividade que o trabalhador executa em seu cotidiano ao utilizar sua força física e psíquica para atuar com os aparatos disponibilizados pela instituição. É também o trabalho estabelecido pelas adaptações realizadas pelo trabalhador para que o prescrito seja conduzido de forma correta. E o trabalhador procura preencher a distância entre o trabalho prescrito e o real, adaptando-se de forma criativa e espontânea para superar essas fontes geradoras de sofrimento no seu trabalho. E o sofrimento será maior quando ele não tem liberdade para realizar as adaptações no trabalho prescrito e deixa de ser criativo (DEJOURS, 1994; DEJOURS, 2011).

Quando o trabalhador já não consegue estratégias de modificações e de superação para executar seu trabalho, passa a ser dominado pelo sentimento de frustração, impotência, incapacidade, falta de reconhecimento (DEJOURS, 2012; DEJOURS, 2015). Corroborando com alguns aspectos da psicodinâmica do trabalho, a síndrome de *burnout* trata-se de uma abordagem de alguns aspectos do conflito entre a organização do trabalho e o indivíduo que contribuem para a exaustão emocional no trabalho e o desencadeamento de riscos de adoecimento ocupacional.

O assunto a seguir trata de uma abordagem que discute aspectos ligados ao sofrimento com elementos ocupacionais que conduzem à exaustão no exercício do trabalho.

### 3.2 Síndrome de *burnout*: conceitos e aspectos sintomatológicos

Em 1974, por intermédio do psicanalista Herbert Freudenberger, o termo *burnout* foi retomado, passando a descrever o fenômeno como um sentimento de fracasso e exaustão causado por um excessivo desgaste de energia e de recursos no trabalho. Outros fatores também contribuíram para o surgimento do *burnout*, como a tendência individualista da sociedade moderna, que ocasionou o incremento de pressão nas profissões de prestação de serviços, como afirma Freudenberger. Foi ele quem descreveu a condição clínica sobre o *burnout*: conjunto de sintomas, fadiga física e mental e falta de entusiasmo no trabalho e na vida pessoal e social (CARLOTTO; CÂMARA, 2008).

Conforme os autores, o termo *burnout* foi utilizado pela primeira vez em 1953, em uma publicação de estudo de caso de Schwartz e Will, conhecido como “*Mis Jones*”, no qual se descreve a problemática de uma enfermeira psiquiátrica desiludida com seu trabalho. Em 1960, na publicação “*A burnout case*”, Graham Greene relata o caso de um arquiteto que abandonou a profissão por conta de um sentimento de desilusão com ela. Harold Bradley em 1969 utilizou a expressão *staff burn-out* para fazer referência ao desgaste dos profissionais no trabalho. Os sentimentos descritos pelos profissionais refletem o que se conhece hoje como “*burnout*”, como descrito por Maslach e Schaufeli, em 1993 (CARLOTTO; CÂMARA, 2008).

A partir daí e dos estudos realizados por Christina Maslach, o *burnout* passou a assumir papel de protagonismo, na medida em que seu estudo revelou as consequências e o grande impacto que a síndrome relacionada pode acarretar nas atividades ocupacionais do trabalhador e na organização do trabalho (BENEVIDES-PEREIRA, 2010).

Christina Maslach e Susan Jackson, seguidoras dos estudos de Freudenberger, desenvolveram, em 1976, uma abordagem sociopsicológica em que se salientava a importância dos componentes individuais associados às condições laborais que favorecem o aparecimento das dimensões da síndrome de *burnout*, descritas como: exaustão emocional, despersonalização e baixa realização profissional (MASLACH; JACKSON, 1976).

Para avaliarem as dimensões descritas, elaboraram, em 1978, o *Maslach Burnout Inventory (MBI)*, o primeiro instrumento para avaliar a incidência da síndrome de *burnout*, o qual foi posteriormente modificado e adaptado de acordo com a profissão, utilizado para as diversas profissões direcionadas às ciências humanas, com objetivo de avaliar os profissionais que vivenciam em seu trabalho situações de propensão ao *burnout* (MASLACH; JACKSON, 1978). Autoadministrável foi primeiramente aplicado em enfermeiros, profissionais incluídos no rol das profissões de natureza assistencial que Maslach e Jackson consideravam os mais predispostos à síndrome. No decorrer dos anos, este inventário passou por um longo processo de validação em vários países, inclusive no Brasil, adaptado por Maslach; Jackson (1986).

Para Maslach e Leiter (1999), nas últimas décadas, o desgaste emocional foi atingindo maiores proporções no mundo do trabalho, por refletirem mudanças que atingem diretamente o ambiente de trabalho, alterando a origem dos vínculos e as relações pessoais. Os ambientes de trabalho tendem a ser cada vez mais exigentes, hostis e frios, sendo direcionados para alcançar os objetivos por maior produtividade por parte das instituições de trabalho, resultando em uma pressão maior, emocional e psicológica, entre os trabalhadores. Para os autores, um ambiente de trabalho cada vez mais hostil, contaminado por manifestações de problemas crônicos como: insônia, tensão, dor de cabeça, hipertensão, depressão, falta de motivação para o trabalho, tem como consequência trabalhadores mais descrentes, desmotivados e com menor grau de compromisso com a instituição e envolvimento emocional com seu desempenho no trabalho (MASLACH; LEITER, 1999).

A síndrome de *burnout* está associada ao trabalho. Decorre da exposição prolongada aos agentes estressores no trabalho, como, sobrecarga de trabalho e más condições, baixos salários, números insuficientes de recursos humanos e falta de reconhecimento e autonomia no trabalho e de apoio social. Gera um desgaste físico e psíquico no trabalhador, caracterizando-se como o conjunto de sinais e sintomas físicos e psíquicos, cuja origem está na má adaptação ao trabalho e na intensa carga emocional, podendo vir acompanhada de frustração em relação a si e ao trabalho (MAGALHÃES *et al.*, 2015).

Para Benevides-Pereira (2010), apesar da variedade de conceituações atribuída ao conceito de *burnout*, é unânime entre os pesquisadores a influência direta do mundo do trabalho como condição causadora da instalação da síndrome do *burnout*. Esta se configura como uma experiência unicamente individual, específica do contexto do trabalho. Ou seja, é o contexto do trabalho que a origina (BENEVIDES-PEREIRA, 2010; MASLACH; SCHAUFELI; LEITER, 2001).

Estudos revelam que a incidência da síndrome de *burnout* é mais frequente entre os profissionais mais jovens e menos experientes na profissão. Em relação ao fator gênero, a exaustão emocional é mais recorrente entre as mulheres, por serem mais sensíveis e por agirem com mais emoção. A despersonalização é mais comum entre os homens, por se conduzirem de forma mais racional e indiferente. No entanto, não há consenso entre os estudiosos quanto a uma propensão entre os gêneros em relação a outros aspectos que podem influenciar o desencadeamento à síndrome de *burnout* (MASLACH, 2000; BENEVIDES-PEREIRA, 2010).

Para Baptista *et al.* (2017), o profissional de enfermagem vivencia em seu trabalho situações conflitantes e estressantes peculiares, como: ritmo intenso de trabalho, sobrecarga de trabalho, condições de trabalho insalubres e inseguras, exposição a riscos ocupacionais, falta de recursos humanos e materiais e cobrança por maior resolutividade e produção. Em seu cotidiano, também convive, às vezes, com o assédio moral por parte de colegas de nível superior, idêntico ou inferior. A profissão, por ter preponderância de um contingente feminino, expõe a categoria a um maior risco de assédio sexual. O assédio moral e o assédio sexual são fatores que podem ocasionar o surgimento de sentimentos de ansiedade, medo e insatisfação no trabalho, contribuindo para a formação de um ambiente agressivo, desfavorável e adverso, que torna a equipe de profissionais de enfermagem mais fragilizada e desmotivada (BAPTISTA *et al.*, 2017).

Jodas e Haddad (2009) e Benevides-Pereira (2010) sustentam que a síndrome de *burnout* manifesta-se por meio de quatro classes sintomatológicas:

- a) Física – o trabalhador apresenta fadiga constante, distúrbio do sono, falta de apetite, dores musculares e cefaleia;
- b) Psíquica – o trabalhador apresenta falta de atenção, alterações da memória, ansiedade e frustração, sentimento de alienação, baixa autoestima, impaciência, oscilações de humor e astenia;
- c) Comportamental – o trabalhador apresenta-se negligente no trabalho, com os colegas e com a instituição no não cumprimento dos horários de trabalho, irritabilidade, agressividade, incapacidade de relaxar, intolerância a mudanças, perda de iniciativa, aumento do consumo de substâncias, comportamento de alto risco e suicídio; e
- d) Defensiva – o trabalhador manifesta tendência a isolamento, sentimento de onipotência, empobrecimento da qualidade do trabalho, atitude cínica, perda de interesse pelo trabalho e, até, pelo lazer, absenteísmo, ironia e cinismo (JODAS; HADDAD, 2009; BENEVIDES-PEREIRA, 2010).

Os autores ressaltam que essa síndrome decorre de um processo contínuo de desgaste do humor e de desmotivação, acompanhado de sintomas psíquicos e de queixas, como: desesperança, solidão, depressão, raiva, impaciência, irritabilidade, sensação de baixa energia, fraqueza, preocupação, aumento de predisposição à cefaleia, náuseas, tensão muscular, dor lombar ou cervical e distúrbios do sono, resultando em desmotivação e perda de sentido em sua relação com o trabalho (JODAS; HADDAD, 2009; BENEVIDES-PEREIRA, 2010).

O processo de síndrome de *burnout* ocorre de forma gradativa. Decorre da exposição constante do trabalhador constante a agentes estressores no cotidiano de sua rotina profissional. Inicialmente, esta síndrome dificilmente era identificada, devido ao seu vagaroso desencadeamento, esporadicamente, de forma aguda. A princípio, é marcada por um sintoma de mal-estar mental ambíguo, diante da presença exacerbada e contínua de situações de altos níveis de tensão (MASLACH; JACKSON, 1981; MASLACH; SCHAUFELI, 1993).

A síndrome de *burnout* é atualmente considerada um problema de saúde pública, em especial para os profissionais de enfermagem, que convivem diariamente com a dor e o sofrimento alheio, o que implica o risco aumentado para o desenvolvimento da doença e, como consequência, prejuízos de ordem pessoal e institucional e, em última análise, social. Portanto, trata-se de um problema de ordem psicossocial, pois reflete de forma negativa na saúde física e mental do trabalhador. Existe grande demanda no que tange à síndrome de *burnout*. Em diferentes momentos, pode ser erroneamente confundida como casos de depressão, alienação, ansiedade, baixa estima e estresse ocupacional, dentre outros (MASLACH; SCHAUFELI, 2001; ADAMI; BRASILEIRO, 2018).

Maslach e Jackson (1981) afirmam que na perspectiva psicossocial a síndrome de *burnout* classifica-se em três dimensões: exaustão emocional; despersonalização; e baixa realização profissional no trabalho. Elas podem ocorrer de formas autônomas ou não. As autoras evidenciaram as variáveis socioambientais que auxiliam no processo de desencadeamento da síndrome de *burnout*, que, na análise de características individuais agregadas às condições e relações do trabalho, formam um agrupamento de fatores multidimensionais da síndrome (MASLACH; JACKSON, 1981).

Exaustão emocional – caracteriza-se pela falta de disposição e de energia, pela fadiga e, até mesmo, pela frustração, que levam os profissionais a um sentimento de desânimo e à falta de condições para realizar as funções que são de suas competências (GONÇALVES; SCHNEIDER, 2016). Geralmente, decorre das excessivas demandas provenientes do exercício do trabalho. Como estratégia defensiva, ocorre o afastamento psicológico do profissional. O que se evidencia nesta dimensão é fato de que o profissional acometido pelo *burnout* não é capaz de dar resposta no nível psicológico às exigências da sua profissão. O desgaste profissional está diretamente relacionado com o trabalho executado (MASLACH; JACKSON, 1981).

Pesquisas apontam que a exaustão tem forte ligação com a sobrecarga de trabalho e a exposição contínua a um estresse não tratado (MASLACH, 2003; SOUZA, 2009). O trabalhador vivencia a sensação de que as questões de que se deparam no seu

cotidiano de trabalho são maiores do que os recursos que obtém para solucioná-las. A exaustão emocional é descrita por sintomas como cansaço e a falta de energia para conduzir-se no trabalho. A sensação de que está chegando ao fim sem forças para reagir, superar os problemas oriundos do trabalho (MASLACH; SCHAUFELI; LEITER, 2003).

Os indivíduos situados neste estágio não conseguem dar mais de si. Os recursos emocionais e a energia parecem no fim, faltando esperança ou crédito de que seus objetivos serão atingidos. Eles ficam desacreditados e sentem-se impotentes. (MASLACH; SCHAUFELI; LEITER, 2001).

França *et al.* (2014) esclarecem que a exaustão ocorre quando o indivíduo percebe que não possui mais condições de despender a energia que seu trabalho requer. Algumas das causas apontadas para a exaustão são: sobrecarga das atividades e conflito pessoal nas relações sociais.

O esgotamento emocional, caracterizado pelo estresse crônico, pressupõe sintomas de perda de motivação, esgotamento físico e psíquico e uma sensação de ter chegado ao limite, de não aguentar mais. A pessoa sente-se anulada, incapacitada para dar algo de si. Observa-se a presença dos sentimentos de abulia (falta de vontade e iniciativa), anedonia (incapacidade de experimentar prazer) e apatia (falta de motivação ou entusiasmo), que acabam tomando conta do sujeito (ALMADA, 2013).

Despersonalização – é fase caracterizada pela presença de sentimento de frieza em relação ao outro, ao ambiente de trabalho. O indivíduo passa a agir de forma sarcástica no ambiente de trabalho – ou seja, sem nenhum sentimento de afetividade para com o outro ou com o trabalho que executa. Ocorrem depreciação e endurecimento afetivo em relação ao outro (MASLACH, 1982; MASLACH; JACKSON; SCHWAB, 1997).

Benevides-Pereira (2010) afirma que a fase de despersonalização não significa que indivíduo deixa de ter personalidade, mas que esta fica afetada ou comprometida, causando alterações e levando-o a uma insensibilidade em relação ao outro e à organização em que está inserido. Ele passa a ter uma relação de impessoalidade

com as outras pessoas, assumindo uma postura cínica e irônica ou de indiferença em relação a elas (BENEVIDES-PEREIRA, 2010).

A despersonalização impõe à pessoa esgotada uma dupla alienação: em relação ao trabalho; e, depois, em relação aos assistidos, tornando-se um ente impessoal e desconhecido. Ela torna-se cínica e negativa, dá respostas-clichê, evitando a compreensão do outro, e evade-se o tempo todo. Enfim, não consegue estabelecer uma afetividade com o trabalho realizado. Não há uma relação de gratidão pelo reconhecimento do outro. Quando não se tem proteção, a empatia deixa de ser um valor comunicacional, para se converter em arma autodestrutiva. Como consequência, o esgotado mostra-se distante e utiliza rótulos para classificar os assistidos, as situações e as circunstâncias (MASLACH, 1982; ALMADA, 2013).

Nesta fase ocorre um endurecimento por parte do profissional. A despersonalização funciona como uma defesa diante da ansiedade gerada pela estruturação das relações de trabalho, atenuando os efeitos do confronto com situações causadoras de sofrimento: o sentimento de apatia e a indiferença em relação ao outro. O profissional torna-se insensível ao sofrimento dos outros (LOPES, 2011).

A despersonalização tem uma característica individualista, pois o profissional, ao não se envolver com os pacientes, colegas e a instituição, busca se privar do sofrimento, ficando na defensiva. Essa atitude ocorre quando as estratégias coletivas de defesa não funcionam em relação à organização e à divisão do trabalho. O profissional não obtém o sentido no seu trabalho final e não consegue executar todas as suas tarefas de forma íntegra, o que ocasiona um desgaste emocional, resultando em uma exaustão emocional. Para se proteger, blinda-se de tal forma a não se render a nenhum envolvimento com o outro. Ele tem menor compromisso com seu trabalho (SOBOLL, 2002).

Baixa realização profissional – prevalece o sentimento de insatisfação com as atividades laborais, o que é evidente, dando margem a: baixa autoestima, sentimento de fracasso e perda total do ânimo. Às vezes, prevalece o sentimento de negação do emprego, a vontade de abandonar tudo e a presença marcante do absenteísmo. O indivíduo vai fazer uma autoavaliação negativa de seu desempenho pessoal. Sua



autoestima é baixa, com a presença de muita insegurança e a sensação de fracasso em geral (BENEVIDES-PEREIRA, 2010).

Nessa fase de baixa satisfação no trabalho, o indivíduo tem dificuldade para obter envolvimento, pois falta prazer no que realiza. Conseqüentemente, há diminuição da produtividade e baixa qualidade dos serviços prestados, devido a: sobrecarga, acúmulo de funções, tensões, estresse e más condições de trabalho. Tais cobranças vinculam-se, em geral, ao atendimento de todas as normatizações para o desempenho da função laboral, resultando em predisposição a acidentes, devido a: falta de atenção e concentração no trabalho, aumento do absenteísmo, alta rotatividade, negatividade da visão institucional, prejuízos financeiros e repercussões negativas no processo de serviços em saúde (EZAIAS *et al.*, 2010; DANTAS *et al.*, 2014).

Codo e Vasques-Menezes (1999), declaram que o baixo envolvimento pessoal no trabalho também pode ser entendido como baixa realização pessoal no trabalho. Nesta fase de relação entre afeto e trabalho, ocorre um distanciamento, sendo, em verdade, uma perda do investimento afetivo. A pessoa não consegue atingir seus objetivos sonhados com o trabalho (CODO; VASQUES-MENEZES, 1999). Tal conflito pode levar a pessoa a avaliar a si própria negativamente, perdendo o entusiasmo com as atividades de seu trabalho. Ela tem a sensação de que não está apta para exercer sua e não tem mais vontade de ir para o trabalho. No âmbito individual, pode chegar ao extremo de não ter mais a vontade de viver (CODO; VASQUES-MENEZES, 1999; ALMADA, 2013).

O sentimento de baixa realização compromete a produtividade do profissional. Surge em barreira, dificultando o relacionamento com outras pessoas. As expectativas no trabalho são substituídas por um sentimento de evolução negativa. Suas habilidades modificam de forma negativa, prejudicando seu desempenho profissional. Assim, se autoavalia de forma negativa, insatisfeito consigo mesmo, vivenciando uma sensação de declínio na sua capacidade profissional. O trabalho já não lhe proporciona motivação para continuar executando suas atividades. Ocorre uma descrença em sua capacidade. Ele não atribui mais valor às tarefas que realiza e, às vezes, pode optar

pelo absenteísmo. Enfim, não busca uma superação nem se sente capaz de reagir de forma favorável para si mesmo (MASLACH, 2001; CARLOTTO; MORAES, 2010).

Na fase da baixa realização pessoal e profissional, o indivíduo já se encontra no limite, pois o desgaste das fases anteriores o torna sem condições para reagir ou esboçar qualquer reação positiva. O sentimento de inferioridade e de incapacidade toma conta dele, podendo, em alguns casos, levá-lo a abandonar o emprego (MASLACH; SCHAUFELI; LEITER, 2001).

Para Almada (2013), essa é uma fase mais perigosa da síndrome, pois o indivíduo, esgotado, acaba encontrando apenas duas respostas reativas a essa frustração: rende-se; ou atira-se freneticamente a trabalhar mais ainda, imaginando que o fracasso é consequência de pouco esforço, e concebe uma visão negativa de si mesmo, como se fosse um fracassado. As repercussões na esfera do trabalho são evidentes: absenteísmo, deterioração do ambiente, diminuição da qualidade do trabalho e, em extremos, abandono da profissão (ALMADA, 2013).

De acordo com Zanatta e Lucca (2015), as ações de cuidar vão além dos procedimentos e dos conhecimentos, na medida em que envolvem constante carga emocional dos profissionais, gerando como consequência desgaste emocional, o que os deixa mais suscetíveis à síndrome de *burnout* (MASLACH; JACKSON, 1997).

De acordo com Soboll (2002), a manifestação da síndrome de *burnout* está diretamente relacionada a uma reação a uma tensão originada por uma constante exposição a situações impulsionadoras de sentimentos de angústia, compaixão, empatia, impotência ou medo. A enfermagem, em seu cotidiano de trabalho, vivencia o contato com sofrimento de dor, luto e ansiedade pela perda para a doença e a finitude humana. Agregam-se a este contexto: falta de reconhecimento, baixa remuneração, falta de condições de trabalho, autonomia, alta rotatividade da equipe, exigências por maior produtividade, necessidade de atualização profissional e falta de participação nas decisões, dentre outros fatores (SOBOLL, 2002).

### **3.3 Estratégias de defesas para o combate à exaustão emocional no trabalho**

O homem, em seu convívio social, busca garantir sua sobrevivência e conquistar suas realizações pessoais. Por meio do trabalho, ele constrói sua história e sua identidade e estabelece planos, aspirações e sonhos. No trabalho, tem que cumprir as metas, desempenhar tarefas e acatar normas que nem sempre estão em conciliação com seus desejos e suas aspirações. Isso origina um desafio para sua autoestima em relação ao trabalho que desempenha, favorecendo o surgimento de estratégias de defesas para combater seu desconforto no trabalho. “O enfrentamento é o conjunto de esforços que uma pessoa desenvolve para manejar ou lidar com as solicitações externas e internas, que são avaliadas por ela como excessivas ou acima de suas possibilidades” (FRANÇA; RODRIGUES, 2005).

Para Dejours, Abdoucheli e Jayet (1994), as estratégias de defesas significam aquilo que emerge do nível externo coletivo, enquanto os mecanismos de defesas representam o que está internalizado, preservado para amenizar o sofrimento gerado do trabalho. As estratégias coletivas configuram ser mais eficientes, envolve o todo de forma consciente para enfrentar fatores organizacionais de possíveis causadores do sofrimento no trabalho (DOURADO; HONÓRIO, 2019).

A utilização de estratégias defensivas reflete uma maneira de negar ou de amenizar a assimilação da realidade que lhe causa sofrimento e desgaste emocional. As formas de estratégias podem se modificar de acordo com a organização existente, em razão de fatores e categorias profissionais diferentes (DEJOURS; ABDOUCHELI; JAYET, 1994).

Freire e Elias (2017) afirmam as estratégias defensivas são mecanismos utilizados pelos trabalhadores, por vezes, de modo inconsciente, para negar o próprio sofrimento e o sofrimento alheio que vivencia no dia a dia de seu trabalho. A evitação e a eufemização da angústia, do medo, da insegurança e do sofrimento é que constituem o custo humano no trabalho. Assim, os mecanismos de defesa representam o recurso para lidar com este mal-estar resultante do trabalho realizado, que gera adoecimento e, algumas vezes, até acidente (FREIRE; ELIAS, 2017).

Ainda para os autores, o uso contínuo dos mecanismos de defesa não garante o não adoecimento. A negação é o mecanismo mais usado, uma recusa consciente para não avaliar o cotidiano de trabalho. Os sentimentos associados relacionam-se a: falta de reconhecimento do trabalho realizado, falta de recursos humanos e de equipamentos, aumento da demanda nos atendimentos e da sobrecarga de trabalho, trabalho noturno e defasagem salarial (FREIRE; ELIAS, 2017).

Dentre os mecanismos de defesa mais utilizados, citam-se a negação e a racionalização. A negação consiste em recusa, aversão aos fatores negativos do trabalho, podendo ser notada por meio de isolamento, desconfiança e individualismo de quem experimenta o sofrimento. O trabalhador evita manifestar seus sofrimentos decorrentes de seu cotidiano de trabalho, atribuindo-os a si, e não à organização. Em seu mecanismo de racionalização, criam-se motivos lógicos, justificáveis para o ato, comportamentos e crenças, que podem ser consideradas inaceitáveis (CANÇADO; SANT'ANNA, 2013; MORAES, 2013).

Cançado e Sant'Anna (2013) descrevem assim os mecanismos derivados dos mecanismos de defesa do ego propostos pela teoria freudiana mais abordados pela literatura (Quadro 1):

**Quadro 1 - Mecanismos de defesas mais abordados na literatura**

(continua)

<b>Mecanismo de defesa</b>	<b>Descrição</b>
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 um seu 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.
Intelectualizarão	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 dados sensoriais; a negação abole a realidade externa.

(conclusão)

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	Expressão de um desejo ou impulso inconsciente por meio da ação.

**Fonte:** Laplanche e Pontalis (2001) e Morin e Aubé (2009), citados por Cançado e Sant'Anna (2013, p. 251-252).

As estratégias defensivas funcionam com um recurso do psiquismo, um disfarce para poder conviver com as situações desagradáveis, de mal-estar, e para lutar contra um desequilíbrio psíquico. O uso excessivo das defesas pode levar a um adoecimento ocupacional, pois o sofrimento é algo invisível e só pode ser percebido por meio das estratégias defensivas que são constituídas pelo grupo, as quais, para poderem funcionar, dependem da participação de todo o coletivo (DEJOURS, 1994).

Os profissionais da área da Saúde têm em sua rotina diária a missão de cuidar do outro, ato caracterizado por dedicação, zelo e sacrifício. A falta de valorização deste profissional, a falta de recursos materiais e humanos, a sobrecarga de trabalho e a ligação direta com situações de sofrimento são fontes permanentes de desgaste. Por isso, exigem do profissional intensa energia, física e psíquica, o que favorece a manifestação de sintomatologia de estresse ocupacional (ZOMER; GOMES, 2017).

As estratégias de mobilização coletiva requerem cooperação e solidariedade entre os trabalhadores. A identificação com o colega é um referencial essencial para sua localização social. Para tanto, eles precisam contar com um espaço em que possam se expressar, ouvir e se relacionar; enfim, um espaço de discussão. O coletivo de trabalhadores fortalece o indivíduo, que pode ter suas demandas negociadas com maior poder político, além de instituir uma rede de apoio social (SOUZA *et al.*, 2017).

Os autores reafirmam que os sofrimentos causados pelas pressões existentes no contexto no trabalho originam o esgotamento emocional, que, por consequência, gera as estratégias defensivas. Estas podem ser construídas e empregadas pelos trabalhadores, de forma individual ou coletiva, sem que o sofrimento seja descaracterizado, pois se trata de um fenômeno intrínseco, vivenciado subjetivamente e de forma singular. Logo, a influência que o homem tem sobre seu trabalho reflete em seu funcionamento físico e psíquico. O trabalho só acontece na aceção de que a

produção apenas se concretiza quando ocorre um engajamento do trabalhador com a atividade laboral. O sentido do trabalho organiza subjetivamente uma estrutura de identidade (SOUZA et *al.*, 2017).

O coletivo não se faz pelo simples agrupamento de trabalhadores, mas pelo estabelecimento de relações de cooperação entre eles, de confiança mútua e de reconhecimento, somente concretizadas no relacionamento com o outro. Já as estratégias defensivas, mesmo que, às vezes, se constituam de práticas sociais, culturais e implantadas nas relações com os outros, são, na maioria das vezes, acessadas por meio de táticas individuais (SOUZA et *al.*, 2017).

Freire e Elias (2017) afirmam que na profissão de enfermagem um fator que contribui para a formação de estratégias defensivas é a devoção, a abnegação, “o cuidar do outro”. Este atributo está atrelado à origem da profissão. Ele é que faz os profissionais serem muito dedicados no tocante ao cuidado com do outro e às vezes, até as esquecerem de cuidar até de si mesmos.

## **4 METODOLOGIA DA PESQUISA**

Neste capítulo, abordam-se os procedimentos metodológicos utilizados no desenvolvimento da pesquisa, que englobam: tipo, abordagem e método de pesquisa; unidade de análise e sujeitos de pesquisa; e estratégias de coleta de dados e análise de dados.

A metodologia considera o caminho do pensamento e a prática exercida na abordagem da realidade. Ou seja, inclui, simultaneamente, a teoria, a abordagem, o método, os instrumentos de operacionalização do conhecimento e a criatividade do pesquisador, conforme ensina Deslandes (2012).

Minayo (2012) ensina que o percurso metodológico representa qual será o caminho que o pesquisador deve prosseguir para compreender a abordagem e as técnicas selecionadas para o desenvolvimento da pesquisa.

### **4.1 Tipo, abordagem e método da pesquisa**

Gil (2018) define pesquisa como o procedimento racional e sistemático que tem por objetivo proporcionar respostas aos problemas propostos. A realização da pesquisa é requerida quando não se dispõe de informação suficiente para responder ao problema ou quando a informação disponível se encontra em tal estado de desordem que não pode ser adequadamente relacionada ao problema (GIL, 2018). Esta pesquisa é descritiva, a abordagem é qualitativa e o método é o estudo de caso.

Vergara (2009) explica que a pesquisa descritiva expõe características de determinada população ou fenômeno, podendo, também, estabelecer correlações entre variáveis e definir sua natureza. Não tem o compromisso de explicar os fenômenos que expõe, embora sirva de base para tal explicação.

Para Collis e Hussey (2005), a pesquisa descritiva, ao descrever o fenômeno, o problema pesquisado e a maneira de como tudo acontece, proporciona melhor compreensão sobre as peculiaridades do fenômeno e conhecimento em maior profundidade. A pesquisa proposta para este estudo descreve e analisa os elementos

de vulnerabilidade à síndrome de *burnout*, na percepção de enfermeiros emergencialistas que atuam no centro cirúrgico de um hospital público federal localizado na cidade de Belo Horizonte- MG.

No tocante à abordagem, esta pesquisa é qualitativa, que, de acordo com Minayo (2012), responde a questões muito particulares. As Ciências Sociais preocupam-se com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Ou seja, trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis. Recorreu-se ao uso de entrevista, para aprofundar o conhecimento a respeito da vulnerabilidade dos enfermeiros a serem pesquisados sobre a síndrome de *burnout* (MINAYO, 2012).

Demo (2011) sustenta que a pesquisa qualitativa não dispensa formalidade metódica, porque isso é parte da cientificidade. Todo discurso coletado precisa sofrer processo de ordenamento, primeiro, para localizar recorrências e, segundo, para buscar, por baixo delas, o que haveria de mais próprio, singular e surpreendente. Recorrências apanham linearidades. Também são relevantes. Mas o desafio é chegar a níveis de intensidade não linear e que exigem habilidade inequívoca de interpretação bem fundamentada (Demo, 2011).

Quanto ao método de pesquisa, a investigação se deu com base no estudo de caso, que, segundo Collis e Hussey (2005), revela-se adequado para fins de aplicação em poucas unidades de análise. Isso, também, considerando os fatores particulares relacionados ao fenômeno a ser pesquisado – no caso, a vulnerabilidade dos enfermeiros que atuam na unidade do centro cirúrgico de um hospital público da cidade de Belo Horizonte/MG à síndrome de *burnout*.

Conforme Minayo (2012), com o estudo de caso almeja-se obter esclarecimento, compreensão e análise sobre as ocorrências que se relacionam aos fenômenos sociais complexos e, assim, construir um enunciado do caso, uma explicação que possibilite suscitar circunstâncias capazes de produzir uma conclusão minuciosa sobre os estudos obtidos e outros (MINAYO, 2012).



YIN (2005) afirma o método do estudo de caso possibilita compreender o fenômeno em sua totalidade e globalidade, favorecendo uma investigação capaz de preservar as características significativas dos acontecimentos nos âmbitos individual, institucional, social e na comunidade onde as fronteiras entre o fenômeno e o contexto no qual está inserido não são totalmente visíveis na essência (YIN, 2005).

#### **4.2 Unidade de análise e sujeitos da pesquisa**

De acordo com Bardin (2011), a unidade de análise pode ser entendida como uma organização, um grupo, uma equipe ou indivíduos selecionados, que atende ao demarcado interesse do pesquisador, a qual deve estar em consonância com as características propostas na ambiência do estudo (BARDIN, 2011).

A unidade de análise desta pesquisa compreende os elementos do trabalho dos enfermeiros assistencialistas que atuam em uma unidade de centro cirúrgico. Compõe-se de um hospital público federal, aqui designado “Hospital Beta”, que realiza atendimentos aos pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos de urgência e emergência. Caracteriza-se por estar situado no nível terciário, por realizar atendimentos especializados e por ser de alta complexidade. Disponibiliza seus diversos serviços à população da Capital e de municípios de todo o estado de Minas Gerais, constituindo-se como referência em atendimentos especializados, além de atua no campo de ensino e da pesquisa. Realiza todos os tipos de procedimentos cirúrgicos, incluindo transplantes de órgãos.

Os sujeitos da pesquisa foram os enfermeiros que atuam na unidade do centro cirúrgico do Hospital Beta, os quais foram previamente convidados. Entrevistaram-se 12 profissionais, sendo 6 vinculados ao Regime Jurídico Único (RJU) e 6 vinculados ao regime da Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT).

#### **4.3 Coleta de dados**

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevista estruturada, com o objetivo de proporcionar a análise em profundidade dos depoimentos expostos pelos sujeitos de pesquisa. O processo de coleta de dados no estudo de caso é uma estratégia de

pesquisa bem mais abrangente, permitindo obter dados em maior intensidade que outras modalidades de pesquisa, devido à possibilidade de maior envolvimento com o entrevistado. À medida que ele se torna mais descontraído no decorrer da entrevista, fica mais espontâneo, menos superficial. A maioria das pesquisas utiliza-se de uma técnica básica para a obtenção de dados, embora outras possam ser utilizadas de forma complementar, como afirma Gil (2018).

De acordo com Vergara (2009), o processo de entrevista configura-se como uma interação verbal, uma conversa, um diálogo, uma troca de significados; enfim, um recurso para produzir conhecimento sobre algo. Em geral, entrevistado e entrevistador não se conhecem. Logo, é no tempo de entrevista que se estabelece a interação, um relacionamento. A entrevista é um instrumento muito importante para a pesquisa, principalmente em uma abordagem qualitativa. (Vergara, 2009).

A autora salienta que é no momento do planejamento da entrevista que o pesquisador se faz a seguinte pergunta: “Para dar resposta ao meu problema de pesquisa, que pergunta devo fazer ao entrevistado?”. O objetivo da entrevista é fazer aflorar tudo que o entrevistado tem a declarar, por exemplo: seus sentimentos em relação ao seu trabalho, como é sua rotina de trabalho e como concebe o trabalho em sua vida profissional e pessoal e seus anseios. A adequação do método e dos instrumentos para a coleta de dados é fundamental para que o pesquisador possa obter as informações almejadas para a elaboração do seu parecer sobre o conhecimento obtido em seu trabalho de campo (Vergara, 2009).

O roteiro de entrevista contemplou, inicialmente, questões sobre o perfil demográfico e ocupacional do entrevistado. Logo em seguida, foram abordados os elementos relacionados ao seu contexto do trabalho, especialmente sobre como ele é organizado, suas condições para o exercício das funções ocupacionais e suas relações socioprofissionais. Por fim, procedeu-se ao levantamento dos dados sobre as dimensões da síndrome de *burnout* (exaustão emocional, despersonalização e baixa realização profissional). O roteiro da entrevista encontra-se no Apêndice A. As entrevistas foram realizadas no próprio local de trabalho dos participantes, em sala disponibilizada pelo setor, objetivando a privacidade do respondente após a apresentação do Termo de Consentimento e Livre Esclarecimento (TCLE) aos

entrevistados e a assinatura deles. As entrevistas foram gravadas e transcorreram sem maiores dificuldades.

O número de 12 entrevistados, previamente estabelecido, obedeceu à recomendação de Thiry-Cherques (2009), que o processo de saturação ocorre entre 10 a 15 sujeitos de pesquisa. Os participantes foram escolhidos por acessibilidade e intencionalmente no que se refere a critérios de sexo, idade, estado civil, números de filhos, escolaridade, vínculo de trabalho, tempo de formação, tempo na instituição e carga horária semanal.

#### **4.4 Tratamento dos dados**

A análise de conteúdo foi a técnica utilizada para tratar os dados. Teve como base a percepção dos entrevistados em relação à organização em que trabalham e ao modo como se configura sua rotina pessoal de trabalho, tendo em vista os temas da pesquisa.

Para Gil (2018), o processo de análise dos dados envolve diversos procedimentos: codificação das respostas, tabulação dos dados e cálculos estatísticos. Após a análise, ou simultaneamente a ela, pode ocorrer também a interpretação dos dados, que consiste, fundamentalmente, em estabelecer a ligação dos resultados obtidos com outros já conhecidos, derivados quer de teorias, quer de estudos anteriores. Na análise de conteúdo, busca-se obter a essência da substância de um conteúdo nos dados e nas informações disponíveis, com o objetivo de buscar entendimentos sobre as causas e os antecedentes da mensagem, bem como seus efeitos e consequências (MARTINS, 2008).

Bardin (2011) concebe a construção da análise de conteúdo em três etapas básicas:

- a) Pré-análise dos dados coletados – estes devem ser organizados e sistematizados;
- b) Busca da exploração do que foi coletado – realiza-se a categorização dos dados, procedimento fundamental para o alcance dos resultados, pois é o

momento em que se obtém, ou não, um nível de profundidade e riqueza dos relatos; e

c) Tratamento e interpretação dos resultados.

A análise qualitativa depende de muitos fatores, tais como, natureza dos dados coletados, extensão da amostra, instrumentos de pesquisa e pressupostos teóricos, os quais nortearam a investigação. Pode-se, no entanto, definir esse processo como uma sequência de atividades que envolvem a redução dos dados, a categorização desses dados, sua interpretação e a redação (GIL, 2018). A saturação dos dados ocorre quando não surge nenhum novo elemento capaz de modificara compreensão do fenômeno estudado, critério adotado para estabelecer a validade de um conjunto de dados coletados (THIRY-CHERQUES, 2009).

No caso desta pesquisa, as categorias foram definidas *a priori*, tendo por base a teoria elaborada para o estudo: a) organização do trabalho; b) condições do trabalho e relações socioprofissionais para a psicodinâmica do trabalho; e c) síndrome de *burnout*, dimensões de exaustão emocional, despersonalização e baixa realização profissional. A partir do conteúdo dos depoimentos dos entrevistados, emergiram as subcategorias de análise, definidas com base em um critério que considerou a repetição do conteúdo para 6dos participantes da pesquisa.

## 5 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Neste capítulo, procede-se à apresentação e análise dos resultados da pesquisa, a partir da caracterização do perfil dos sujeitos pesquisados e da análise de conteúdo do contexto de trabalho e síndrome de *burnout*.

### 5.1 Caracterização do perfil dos sujeitos pesquisados

O Quadro 2 mostra o perfil demográfico dos 12 profissionais enfermeiros que participaram da pesquisa. Seus nomes foram mantidos em sigilo, por questões éticas, sendo identificados pela inicial “E”, seguida do número correspondente.

**Quadro 2** - Descrição do perfil demográfico e ocupacional dos profissionais entrevistados.

Entrevistados	Sexo	Idade	Estado civil	Nº de filhos	Escolaridade	Vínculo de trabalho	Tempo de formação	Tempo na instituição	Carga Horária semanal
E 1	F	48	Solt.	00	Doutoranda	RJU	23anos	25anos	30hs
E 2	M	38	Cas.	01	Especialização	CLT	13anos	5 anos	36hs
E 3	F	53	Cas.	02	Mestrado	RJU	29anos	29anos	30hs
E 4	F	35	Cas.	00	Especialização	CLT	10anos	5anos	36hs
E 5	F	39	Cas.	00	Especialização	CLT	14anos	5anos	36hs
E 6	F	42	Solt.	00	Mestrado	RJU	16anos	18anos	30hs
E 7	F	48	Divor.	02	Especialização	CLT	15anos	4anos	30hs
E 8	F	42	Solt.	01	Especialização	RJU	18anos	13anos	30hs
E 9	F	43	Divor.	01	Especialização	RJU	11anos	10anos	30hs
E 10	F	35	Cas.	00	Especialização	CLT	12anos	4anos	36hs
E 11	F	33	Solt.	00	Especialização	CLT	12anos	5anos	36hs
E 12	F	39	Cas.	01	Especialização	CLT	16anos	5anos	36hs

**Fonte:** Dados da pesquisa.

O quadro 2 evidencia os dados relacionados ao perfil demográfico e ocupacional dos entrevistados. Foram entrevistados 12 profissionais, com predomínio do sexo feminino (11), faixa etária oscilando entre 33 e 53 anos. Em relação ao estado civil, 6 são casados, 4 são solteiros e 2 são divorciados. O número de filhos varia de 1 a 2, para a maior parte dos entrevistados, sendo que o restante não tem filhos. Quanto à

formação acadêmica, 9 possuem especialização na área do centro cirúrgico, 2 são mestre e 1 é doutorando. Todos trabalham na instituição há mais de quatro anos, destacando-se um com 25 anos e um com 29 anos. A carga horária semanal de trabalho varia entre 30h e 36h. Quanto ao vínculo, 7 são concursados em regime da CLT e 5 são concursados pelo RJU.

Análise de conteúdo foi realizada por meio da categorização dos elementos pertinentes ao contexto do trabalho e à síndrome de *burnout*. Tendo em vista as respostas dos entrevistados, afluíram as subcategorias analisadas a seguir.

## **5.2 Análise de conteúdo – contexto de trabalho e síndrome de *burnout***

Para a análise dos dados, foram estabelecidas seis categorias, três relacionadas ao contexto de trabalho (organização do trabalho, condições do trabalho e relações socioprofissionais) e três, à síndrome de *burnout* (exaustão emocional, despersonalização e baixa realização profissional). Dentre essas categorias, surgiram diversas subcategorias, analisando-se aqui as consideradas mais fundamentais e repetidas pelos entrevistados diante de sua vivência profissional.

Na análise de conteúdo busca obter a essência da substância, ultrapassar a mera descrição, buscando explicações possíveis além do conteúdo manifestado, considerando a relação de causa e efeito, bem como seus efeitos e consequências (MARTINS, 2008; BARDIN, 2011).

O Quadro 3 mostra as categorias e subcategorias salientadas no contexto dos entrevistados.

**Quadro 3** - Categorias e subcategorias do contexto dos entrevistados

Categoria		Subcategoria
CONTEXTO DO TRABALHO	Organização do trabalho	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Ritmo de trabalho</li> <li>✓ Responsabilidades no trabalho</li> <li>✓ Planejamento do Trabalho</li> <li>✓ Comunicação no trabalho</li> <li>✓ Processo decisório</li> <li>✓ Execução de tarefas</li> </ul>
	Condições de trabalho	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Ambiente de trabalho</li> <li>✓ Infraestrutura de trabalho</li> <li>✓ Disponibilização de recursos</li> </ul>
	Relações socioprofissionais	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Relacionamento com a chefia</li> <li>✓ Relacionamento com colegas</li> <li>✓ Relacionamento com pacientes</li> <li>✓ Relacionamento com familiares</li> </ul>
SÍNDROME DE <i>BURNOUT</i>	Exaustão emocional	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Reconhecimento no trabalho</li> <li>✓ Emoções no trabalho</li> <li>✓ O esforço físico e mental no trabalho</li> <li>✓ Estratégias de enfrentamento</li> </ul>
	Despersonalização	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Empatia pelo paciente.</li> </ul>
	Baixa realização profissional	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Reconhecimento da organização</li> <li>✓ Avaliação profissional</li> <li>✓ Satisfação pessoal</li> </ul>

**Fonte:** Elaborado pela autora, com base nos dados da pesquisa.

No item a seguir, discute-se o resultado da análise de conteúdo realizada com base nas categorias e subcategorias que surgiram dos dados coletados, com a finalidade de responder ao problema de pesquisa e aos objetivos propostos para o estudo.

## 5.2.1 Contexto do trabalho

Neste tópico, analisam-se as informações coletadas consideradas relevantes e que caracterizam as categorias referentes à organização do trabalho, às condições de trabalho e às relações socioprofissionais, bem como suas respectivas subcategorias.

### 5.2.1.1 Organização do trabalho

Com base nos relatos dos enfermeiros entrevistados, foi possível identificar que os principais aspectos que expressam a organização do trabalho estão relacionados às subcategorias: ritmo de trabalho, responsabilidades no trabalho, planejamento do trabalho, comunicação no trabalho, processo decisório e execução de tarefas.

a) Ritmo de trabalho – os entrevistados reconheceram um ritmo intenso, meio estressante, em que a carga de trabalho é de extrema exigência. Em determinados momentos, não existe uma organização da demanda na maioria das vezes, o atendimento de urgência é frequente. Dessa forma, devem agir de forma ágil, além de serem cobrados para evitar falhas no processo. Destacaram, ainda, que os momentos de tranquilidade quase não existem.

O ritmo é meio estressante, porque você tem que organizar o serviço para outro profissional. Demanda muito ter esta organização na cabeça, como a composição de equipe, composição de salas, a rede de estruturação de materiais... É organizar tudo para, quando acontecer o procedimento, dar tudo certo, o que já é estressante. A gente tem que estar sempre no lado preventivo da coisa, de organizar tudo, para não acontecer nenhuma falha. (E-1)

(...) bastante intenso. É um setor com muitas demandas com um senso de urgência para as coisas darem certo. Então, é um ritmo de trabalho bastante intenso. Raros são os momentos de tranquilidade, que, no geral, é além da demanda eletiva programada. Agente atende às urgências. E, para atender toda essa demanda, a gente precisa trabalhar de uma forma rápida, ágil e bastante dinâmica. (E-10)

Maslach (1991) Schaufeli e Greenglass (2001) e Schaufeli; Leiter; Maslach (2009) e França *et al.* (2012) afirmam que o ritmo do processo de mudanças na organização do trabalho torna-se, a cada dia, mais acelerado devido aos avanços tecnológicos. Maslach e Leiter (1999) salientam que os ambientes de trabalho tendem a ser cada vez mais exigentes, hostis, frios e direcionados para atingir os objetivos por uma maior produtividade das instituições de trabalho, resultando em uma pressão maior, emocional e psicologicamente, entre os trabalhadores. Para os autores, um ambiente de trabalho conformado por vários tipos de pressão e cada vez mais competitivo tem como consequência, trabalhadores mais descrentes, desmotivados e com menor grau de compromisso com a instituição e de envolvimento emocional com seu desempenho no trabalho.

Caregnato e Lautert (2005) e Martins e Dall 'Agnol (2016), descrevem que o acelerado ritmo de trabalho e as jornadas intensas provocam a fadiga física e mental. As cirurgias de grande porte exigem das equipes maior tolerância e posicionamento inadequado por longo tempo e muito desgastante às vezes, além do surgimento de um fato inesperado, o que requer, às vezes, um tempo maior do que o planejado.



Soma-se a isso um conjunto de vários fatores que podem acarretar o desenvolvimento de um processo de estresse crônico do empregado.

b) Responsabilidades no trabalho – os entrevistados declararam que são extremamente cobrados quando se trata tanto da organização de todo o setor cirúrgico, quanto dos equipamentos necessários à realização de uma cirurgia de forma segura. Ainda, percebe-se a responsabilidade pelo planejamento, pelo gerenciamento de pessoas e pela resolução de conflitos de assistência direta ao paciente, além da cobrança por funções que não são de sua responsabilidade, como a falta de energia elétrica. Os enfermeiros afirmaram que são cobrados como a referência para qualquer que seja o problema em questão, que toda essa responsabilidade causa gera uma situação extremamente estressante, pois a todo momento são cobrados para que não tenham falhas em suas atividades, independente de quem ou setor seja a responsabilidade.

O enfermeiro, ele é responsável por toda a organização do centro cirúrgico. É um profissional extremamente exigido. Eu sempre brinco aqui que na situação em que falta energia o primeiro nome que lembram. (...)embora não seja da responsabilidade dele evitar a falta de fornecimento de energia. Na organização de sala, se realmente está pronta para receber esse paciente, com todos os equipamentos de trabalho para uma cirurgia segura. E a cirurgia segura, ela exige muito do profissional enfermeiro, que confirma todos os dados do paciente. (E-3)

São muitas as responsabilidades do cargo que a gente assume: a assistência que a gente presta, o gerenciamento dos recursos humanos que a gente tem diariamente, a organização do serviço, a resolução de conflitos... São muitas atribuições e a principal é a assistência direta ao paciente. (E-10)

Ferreira *et al.* (2007) alertam sobre as situações em que há exposição a ambientes estressantes. Isso é perceptível nas falas dos entrevistados. Segundo os autores, tal situação deixa o homem vulnerável, podendo gerar prejuízos a sua saúde e seu bem-estar no trabalho. As alterações na organização do trabalho focadas na produção também são fonte geradora de problemas no tocante ao fator humano, em decorrência das condições estressantes no trabalho.

c) Planejamento do trabalho – os entrevistados revelaram que, por mais que existam algumas atividades predefinidas, essa programação acaba não ocorrendo de acordo com o planejado, devido a substituições de última hora e à cobrança por produção e

por resultados, o que ocasiona um transtorno para toda a equipe. Portanto, é possível identificar que o planejamento é um fator que precisa ser mais trabalhado na instituição. Essa deficiência faz com que os enfermeiros trabalhem “apagando incêndio”, tendo retrabalhos e fazendo com que o funcionário acabe absorvendo tudo, até mesmo as funções que não são de sua atribuição.

Então, já tem algumas funções predefinidas para enfermeiro que envolvem esse gerenciamento, esse controle, esse acompanhamento, além da assistência de pacientes. As cobranças estão em função do desenvolvimento do trabalho, da produção do trabalho no centro cirúrgico. A cobrança é muito grande, nesse sentido da produção de ter um resultado, o resultado satisfatório, que ele aconteça de forma segura, eficiente e eficaz. (E-6)

O enfermeiro é o responsável pela realização da escalada da equipe para atender à programação de trabalho. Outra cobrança é em cima da programação cirúrgica, que todos os dias é feita com certa antecedência. Mas, embora seja feita com antecedência, não é assim que ocorre. Esse planejamento, ele acaba ficando, como se diz “furado”, né, por substituições de última hora, o que acarreta, às vezes, um transtorno para a equipe de enfermagem. Para o enfermeiro, você tem que reorganizar toda aquela estrutura para o procedimento a ser realizado. (E-3)

Os achados corroboram com o Código de Ética de Enfermagem e com a Lei 7.498, de 25/06/86 (Azevedo *et al.*, 2017). No exercício de suas atividades, o enfermeiro deve manter o domínio das atividades que desenvolve no decorrer do seu turno e ter uma visão geral de todo o setor e das demandas existentes. Tem que planejar, organizar, coordenar, executar e avaliar os serviços de sua competência. A falta de planejamento acaba gerando sobrecarga de trabalho, em razão do retrabalho de atividades.

Dantas *et al.* (2014) alertam que a sobrecarga de trabalho está associada ao acúmulo de funções, tensões, estresse, más condições de trabalho e cobrança. Em geral, tudo isso está vinculado ao atendimento de todas as normatizações para o desempenho do trabalho no centro cirúrgico. Tais questões institucionais, mais as normas trabalhistas, dentre outras, são fatores que só contribuem para a maior vulnerabilidade dos enfermeiros à síndrome de *burnout*.

A síndrome de *burnout*, para Magalhães *et al.* (2015), está associada ao trabalho, pois decorre da exposição prolongada aos agentes estressores ocupacionais, como, sobrecarga de trabalho e más condições, baixos salários, números insuficientes de recursos humanos, falta de reconhecimento e autonomia no trabalho e apoio social.

Gera um desgaste físico e psíquico no trabalhador, caracterizando-se por um conjunto de sinais e sintomas físicos e psíquicos, cuja origem está na má adaptação ao trabalho e na intensa carga emocional, podendo vir acompanhada de frustração em relação a si e ao trabalho.

d) Comunicação no trabalho – os entrevistados evidenciaram que existe uma grave falha nesse processo de comunicação para a interação das áreas. Os relatos apontam que as informações não chegam a todos os profissionais e que acontece uma barreira, principalmente, entre a chefia e os executores. Destacaram, ainda, que os meios de comunicação mais utilizados são: intranet (ainda que os profissionais não possuam tempo disponível para verificar as notícias, o que resulta no fato de não tomarem conhecimento da informação em tempo hábil), comunicação verbal, via telefone (que não assegura muita confiabilidade, porque este meio não é formalizado), e comunicação via *e-mail* e *Whatsapp*. Os relatos expõem que esse processo deve ser melhorado, pois suas graves falhas produzem erros, sobrecarga de trabalhos, retrabalho e ruídos.

Os meios de comunicação, eu considero uma falha gigantesca no hospital. As informações, elas não circulam como deveriam. Fica sempre com barreiras que não deixam essa informação fluir e chegar em todo mundo, principalmente alta chefia e executores. A intranet é falha porque é uma informação muito ampla. Às vezes, ela não chega. Um desafio grande na instituição é melhorar esse meio de comunicação. O que chega de oficial é muito pouco. Por isso que acaba tendo os ruídos. Então, o verbal, ele acaba se perdendo. Cada um acaba colocando a sua interpretação na forma como é passado.(E-6).

Os meios de comunicação, a meu ver, precisam melhorar. Se você não entrar na intranet, você não fica sabendo de nada, não. A comunicação maior aqui do hospital é intranet, só que você nem sempre tem tempo de ficar na intranet nossa. Tem hora que você recebe ou fica sabendo de alguma coisa e o negócio que até passou, já aconteceu, ou era para ter sido implantado certa urgência. A verbal, normalmente, ela acontece através de reunião. Chega de dois em dois meses ou chega um comunicado, ou chega pelo *Whatsapp*, mas é muito pouco. (E-8).

A comunicação entre as áreas é de suma importância para a agilidade dos processos. Gomes (2009) explica que a unidade do centro cirúrgico está atrelada a toda a complexidade da instituição hospitalar. Compõe-se de várias partes, que se relacionam, para além de um *layout* arquitetônico, equipamentos e aparelhagem sofisticada. O relacionamento dessas partes é importante, tendo em vista seu

funcionamento, que só ocorrerá de forma adequada se os critérios dessas relações estiverem bem definidos, ou seja, interligados. Um processo de comunicação favorece a diminuição de conflitos, mal-entendidos visando atingir os objetivos definidos para esclarecer os problemas constatados e promover uma interação no processo de trabalho (SILVA, 2013).

e) Processo decisório – os entrevistados, em sua maioria, revelaram que as decisões são tomadas de cima para baixo. Ou seja, são feitas pela Diretoria, chegando aos enfermeiros apenas no momento de executá-las. Explicaram que, quando ocorre uma reunião com a Coordenação, as decisões são pouco participativas, não havendo uma abertura para que os profissionais opinem. Percebe-se que existem decisões impostas. Nesse caso, a chefia obriga os enfermeiros a realizarem atividades que outra área deveria fazer. Elas já chegam impostas para que a Equipe de Enfermagem faça. De acordo com uma entrevistada, quando isso acontece, ocasiona o desgaste e a sobrecarga do profissional, o que gera adoecimentos e absenteísmo.

(...) uma das coisas que, às vezes, eu não gosto muito são as decisões que são tomadas de forma impositivas. A função que é de outra área que deveria fazer e não faz é imposto que a gente assuma. Muitas vezes, não é validado o nosso argumento. Então, quando isso acontece, é muito ruim, porque a gente acaba absorvendo coisas que não cabe a nós, e acontece o desgaste, a exaustão do profissional de enfermagem, porque ele acaba abraçando tudo que outros profissionais não querem fazer, e isso traz uma sobrecarga para o profissional. É por isso que a gente tem muitos profissionais que afastam, que adoecem e sobrecarrega a gente. (E- 4)

Já foi mais participativo no processo decisório. Agora, é um processo muito centralizado na Direção, de cima para baixo, muito verticalizado. E quem está na ponta não tem voz. O processo decisório, ele fica centrado nas figuras maiores. Então, quando determina uma mudança, já chega a comunicação para você executar isso. Não tem discussão, não é participativo. (E-9)

Os relatos dos entrevistados permitem identificar a confirmação de alguns agentes estressores no trabalho destacados por Benevides-Pereira (2010), que aponta esses agentes, tais como: falta de participação nas decisões, ambiguidade de papéis, falta de autonomia, sobrecarga de trabalho e falta de reconhecimento profissional.

Ainda, a situação apresentada pelos entrevistados corrobora com Benevides-Pereira (2003) quando ressalta que na esfera institucional os efeitos do *burnout* se fazem sentir na diminuição da produção e na queda da qualidade do trabalho realizado,

podendo gerar aumento do absenteísmo, alta rotatividade de funcionários e ampliação do número de acidentes ocupacionais.

f) Execução de tarefas – os entrevistados apontaram que, muitas vezes, vivem “apagando incêndio”, por não terem tempo de planejar suas atividades, e que o papel do enfermeiro é o de um gestor do centro cirúrgico. Ele deve negociar com vários especialistas, além de verificar equipamentos e materiais necessários, dentre outras atividades. Portanto o profissional deverá estar focado em todo o processo do setor. Percebe-se na fala dos entrevistados a insatisfação pela falta de tempo e pelo excesso de atividades em razão da falta de planejamento e das atividades de urgência, o que impacta diretamente seu trabalho. Ressaltaram que a cobrança para que nada saia do controle é excessiva e que, muitas vezes, dependem de outro processo para realizar sua atividade.

(...) agora, na Coordenação existe um planejamento de algumas tarefas que são rotineiras, por exemplo, elaboração de escala, requerimento de equipamentos, materiais, dentre outras. Mas foge muito do planejamento, porque a todo tempo surge uma demanda que acaba sendo mais urgente, e a gente não consegue cumprir exatamente tudo que precisa. E as cobranças, elas existem, independentemente de você ter conseguido fazer ou não pela sua dedicação ou por falta realmente de tempo, que é impossível fazer ao mesmo tempo. (E-11)

Você tem que organizar recursos humanos, materiais e insumos, e, na maioria das vezes que você organiza, é para o outro executar a tarefa. Eu não fico dentro de sala cirúrgica durante todo o procedimento. E você conta que lá dentro da sala vai ter alguém que vai atuar de forma efetiva, correta e organizada, conforme o procedimento. A gente está num centro de demandas e cobranças que tudo tem que dá certo. (E-1)

A sobrecarga de trabalho apresentada nas narrativas quanto a atuação do profissional de enfermagem, segundo Beserra *et al.* (2014), não está relacionada apenas à quantidade de atividades realizadas, mas também ao fato de lidar continuamente com experiências emocionalmente onerosas, como, dor, sofrimento e perdas dos pacientes. Acrescentam-se a responsabilidade e a complexidade da execução de alguns procedimentos e tarefas rotineiras no cotidiano de seu trabalho. O contexto do trabalho evidencia a presença fatores que, direta ou indiretamente, impactam de forma negativa o processo de trabalho dos enfermeiros no centro cirúrgico. Isso ocasiona a necessidade de maior esforço para o atendimento de todas as demandas, o que, conseqüentemente, gera desgaste físico e mental.

### 5.2.1.2 Condições de trabalho

Segundo os relatos dos entrevistados, quando se trata da atuação do enfermeiro, emergiram as subcategorias relacionadas às condições de trabalho: ambiente de trabalho, infraestrutura de trabalho, segurança dos profissionais, dos pacientes e dos familiares e disponibilização de recursos.

a) Ambiente de trabalho – por ser tratar de um órgão público, a compra de materiais é realizada por licitação, processo caracterizado pela morosidade e pela falta de recursos de baixo custo. Uma questão apontada pelos entrevistados refere-se à cobrança do hospital em exigir dos enfermeiros que não façam banco de horas. Porém, ao mesmo tempo, a organização tem poucos recursos humanos, o que gera sobrecarga nesses profissionais. Segundo os entrevistados, o quantitativo de pessoas no setor já se encontra no limite. Nesta situação, fica complicado para o enfermeiro apagar todos os incêndios diários. Isso evidencia a necessidade de melhoria quanto à condição apresentada.

Eu acho que, por trabalhamos em um órgão público, em que tudo é através de processo de licitação, isso torna tudo demorado e dificulta o andamento do nosso serviço. Quanto aos recursos humanos, a gente trabalha no limite. É exigido, por exemplo, que não tenha mais banco de horas, obrigando todo mundo a não realizar. Logo, é difícil para a enfermagem tentar resolver todos os furos, apagar todos os incêndios. A área física é boa, os equipamentos atendem à demanda, mas temos equipamentos de tecnologia de ponta, sofisticados, e, por outro lado, há falta material de baixo custo. (E-7)

É insuficiente. Chega a faltar coisas básicas, como, luvas de procedimento, micropore, compressa, esparadrapo. Falta bastante coisa, bem falho mesmo. Isso se estende também à questão dos instrumentais. Também, uma reposição das perdas previstas, mas não se repõe, não tem uma reposição efetiva. (E-12)

As falas apresentadas mostram que é importante ressaltar que, de acordo com Azevedo *et al.* (2017), o enfermeiro no centro cirúrgico deve manter o domínio das atividades que desenvolve no decorrer do seu turno e ter visão geral do setor e das demandas existentes. Tem que planejar, organizar, coordenar, executar e avaliar os serviços de sua competência. É o gestor responsável técnico por todas as atividades realizadas durante a prestação da assistência de enfermagem e por toda equipe de profissionais de enfermagem.

b) Infraestrutura – apesar de a instituição atender à demanda atualmente, percebe-se a necessidade de reformas, para não dificultar o trabalho do enfermeiro. Os entrevistados declararam que a instituição possui uma infraestrutura boa, mas que, pelo fato de o prédio ser muito obsoleto, poderia haver uma reforma e que precisará de manutenções, o que limita o trabalho dos enfermeiros.

A parte física é adequada. O prédio é antigo. Precisa passar por muitas reformas. O centro cirúrgico aqui está ficando obsoleto, mas ele ainda atende bem a demanda. (E-8)

Na realidade, encontramos hoje na instituição é um conjunto de salas muito bom, equipamentos bons, insumos de boa qualidade. Mas, por ser um hospital público, às vezes, falta, sim, alguns insumos, que, às vezes, são substituídos por um de baixa qualidade. (E-1)

No que se refere aos itens de segurança ofertados pela instituição para a equipe de profissionais, os pacientes e os familiares, por se tratar de um ambiente insalubre, que oferece riscos à saúde do trabalhador, é obrigatório uso de Equipamentos de Proteção Individual (EPI), que são disponibilizados pela instituição. Para o paciente, o hospital obedece às normas internacionais de segurança e utiliza o protocolo de “cirurgia segura” e a Sistematização da Assistência de Enfermagem perioperatória (SAEP). Passou aplicar o instrumento de *checklist*, protocolo estipulado pela OMS (2009) em seu manual sobre “Cirurgias Seguras Salvam Vidas”. Ao acompanhante de pacientes internados são oferecidas três refeições. O centro cirúrgico disponibiliza cadeiras aos acompanhantes, no *hall* de entrada.

A gente se sente segura, sim. Observo que tem, sim, segurança. Apesar de não ter disponibilidade de recursos humanos e materiais, o que é oferecido dá para gente conseguir fazer dentro de um padrão de segurança. O que é executado é dentro de um padrão de qualidade. (E-3)

**Quanto à equipe**, é oferecido equipamento de segurança para desempenhar suas atividades. Tem, sim. Às vezes, pode demorar a troca, mas é oferecido, sim. Às vezes, pode demorar para trocar por novos. (E-3)

**Quanto ao paciente**, assistência no atendimento, penso que tem segurança, sim. No que observo hoje na admissão, os pacientes são transportados de forma segura na cadeira ou de marca. A gente fica muito mais segura para atender paciente com alergia. Como o alérgico, a látex, a gente sabe antecipadamente e tem um preparo especial, diferenciado da sala cirúrgica. (E-3)

**Em relação ao acompanhante**, hoje tem um local familiar à espera. De certa forma, está mais confortável: tem um banheiro de acesso privativo. As informações geradas no painel diminuem a ansiedade. E, como o processo é muito corrido, acontece que a gente não tem tempo de estar trazendo

informações para o familiar, mas tem outras pessoas do administrativo envolvidas nesse processo de manter o painel de informações atualizado. (E-3).

O Hospital Beta adotou o instrumento *checklist*, protocolo, estipulado pela OMS (2009) em seu manual “Cirurgias Seguras Salvam Vidas”. O Ministério da Saúde (MS) (2013), em concordância com a Agência Nacional de Vigilância Sanitária, por meio da Resolução 36 (RDC), instituiu diretrizes e ações orientadas para garantir a segurança do paciente que demanda o Sistema Único de Saúde (SUS).

c) Disponibilização de recursos – para os entrevistados, ainda é muito falha. Atualmente, a compra é realizada por pregões e a lei exige que a opção seja pelo produto de menor preço. Segundo eles, um material de custo baixo acaba impactando a qualidade, acrescentando que é frequente a falta de vários recursos, o que pode ser a um fator para o cancelamento de uma cirurgia. Por isso, eles devem estar preparados para evitar situações como esta. Ainda, nesse contexto, salientou-se a necessidade de treinamentos para os funcionários, pelo fato de, às vezes, o problema não estar no equipamento em si, mas sim na forma de manuseá-lo.

(...) material de consumo ainda é falho. Hoje, a gente trabalha em uma instituição que trabalha com pregões. A lei exige que a gente compre pelo menor preço, e nem sempre a gente consegue comprar um material de qualidade. (E-3)

Material de consumo. Minha opinião é que estamos muito ruins, muito ruins mesmo. Existe uma falta de muitos recursos. Então, assim, de insumos hoje é um enorme elemento que dificulta nosso trabalho e principalmente para dar assistência adequada para o paciente. E é meio discrepante. Por exemplo, equipamento de vídeos de ponta. A gente tem uma quantidade absurda de equipamentos de vídeos, de óticas que são caras e, às vezes, você não tem o cabo de ECG, o que é basal assim. (E-11)

Martins e Dall’ Agnol (2016) corroboram a afirmação dos entrevistados quanto à importância dos treinamentos dos funcionários. É de extrema importância a responsabilidade do hospital, na medida em que todas as atividades nele praticadas exigem treinamento e estado permanente de alerta, pois há intervenções que podem colocar em risco a vida do paciente nas cirurgias seletivas e, principalmente, nas cirurgias de urgência/emergência.

Caregnato e Lautert (2005) e Martins e Dall’ Agnol (2016) afirmam que a unidade do centro cirúrgico concentra-se uma grande quantidade de equipamentos de alta



tecnologia. As inovações contribuem muito para a realização dos procedimentos cirúrgicos. Isso requer dos profissionais médicos, de enfermagem e dos outros setores afins uma constante atualização em nível de aprendizado para o manuseio dos equipamentos, assim como para os cuidados e responsabilidades no ato cirúrgico. O acelerado ritmo de trabalho e as jornadas intensas provocam a fadiga física e mental. Nas cirurgias de grande porte, que exigem das equipes maior tolerância e posturas inadequadas e desgastantes, o surgimento de um fato inesperado requer, às vezes, um tempo maior do que o planejado. Soma-se a isso um conjunto de outros vários fatores que podem influenciar o desenvolvimento de um processo de estresse crônico (CAREGNATO; LAUTERT, 2005; MARTINS; DALL' AGNOL, 2016).

Magalhães *et al.* (2015) explicam que o *burnout* está associado ao trabalho. Decorre da exposição prolongada aos agentes estressores nele presente, como, sobrecarga de trabalho e más condições, baixos salários, número insuficiente de recursos humanos e falta de reconhecimento e autonomia no trabalho e apoio social. Gera um desgaste físico e psíquico no trabalhador, caracterizando-se por um conjunto de sinais e sintomas físicos e psíquicos, cuja origem está na má adaptação ao trabalho e na intensa carga emocional, podendo estar acompanhado de frustração em relação a si e ao trabalho (MAGALHÃES *et al.*, 2015).

Na categoria condições de trabalho, observou que a instituição apresenta aspectos positivos em relação à área física e à segurança dos profissionais, pacientes e familiares, em consonância com as normas de segurança da OMS/MS. A unidade possui tecnologia de ponta, com um número adequado, mas com manutenção inadequada, sem reposição de peças. Os recursos humanos são sempre insuficientes, sem quadro de reserva técnica. A falta de insumos é constante e sempre há carência de alguns itens. Isso dificulta muito o trabalho do enfermeiro no gerenciamento das demandas quanto à realização dos procedimentos cirúrgicos.

### **5.2.1.3 Relações socioprofissionais**

Nessa subseção, surgiram as subcategorias: relacionamento com a chefia, relacionamento com os colegas e relacionamento com pacientes e familiares.

a) Relacionamento com as chefias – os entrevistados identificaram que seu relacionamento com as chefias pode ser considerado bom. Porém, alguns deixaram claro que não concordam com algumas posições dos superiores e que em algumas situações elas são muito impostas. Reconheceram que os cargos de chefia sofrem maior pressão no trabalho em razão das questões impostas pela chefia superior, que, na visão deles, não são adequadas. E-2 revelou que não aceitaria um cargo de chefia pela alta cobrança e que, dentre os cargos de chefia, somente os relacionados à enfermagem não prevê nenhum tipo de adicional.

Eu tenho um bom relacionamento com a minha chefia imediata, que também é minha colega de trabalho, enfermeira, e tudo bem. Eu percebo é que ela sofre muita pressão das chefias superiores e que tenta passar para a gente de forma mais amena, com menos estresse. A chefia imediata, ela sofre muito, pelo que eu percebi, devido a uma gestão da gerente, com propostas que não estão adequadas. (E-3)

Eu acho que é um bom relacionamento. Não considero ruim. Acho que é bom. Algumas coisas eu não concordo e bato o pé mesmo. A gente debate porque a gente já tem alguma fundamentação para isso. Que nem eu disse, algumas coisas são muito impostas. Eu particularmente acho que a enfermagem não tem que absorver serviços de outras áreas. Acho que a gente já tem trabalho demais para a gente absorver serviço de outras áreas. Então, por parte da Coordenação é uma das dificuldades que eu tenho. Porém, estou aqui para ser subordinado. Então, a gente acaba acatando, muitas vezes, contrariado, porque tem coisas que, às vezes, não fazem parte do nosso rol de atividades, porque aí acaba sendo obrigada a realizar. (E-4)

Dejours (2015) sustenta que a relação do trabalho implica todos os laços humanos criados pela organização do trabalho: relações com hierarquia, com as chefias, com a supervisão e com os outros trabalhadores, as quais são, às vezes, desagradáveis e, até, insuportáveis.

Considerando o relacionamento dos enfermeiros com os colegas de trabalho, os entrevistados concordaram que possuem um bom relacionamento. Todavia, isso não quer dizer que não existem conflitos em sua rotina diária. Por mais que o relacionamento com os colegas é bom, quando se fala em vínculos, é perceptível a insatisfação. Eles expuseram que existe um estresse nesse sentido, além da necessidade de dotar a profissão de um piso salarial. Ainda, revelaram desprazer por questões relacionadas ao aumento de salário, que só acontece por meio de orçamento, o que está sempre no déficit.

Todas essas questões acabam gerando falta de motivação, frustração, desgaste e insatisfação dos funcionários e ainda fazem com que enxerguem uma imagem negativa do governo, da instituição e do sindicato, para eles é fraco.

A instituição hoje passa por um momento muito crítico nas relações de trabalho. Eu tenho um bom relacionamento com meus colegas e com a equipe, sim, mas eu percebo que tem um desgaste no sentido relacionado aos vínculos trabalhistas. Existe um estresse relacionado ao fato. Não temos até hoje um piso salarial e estamos há mais de cinco anos avaliando a possibilidade de um aumento efetivo, que depende do orçamento, que está sempre em déficit. E isso tudo já causa na gente um desestímulo, nos sentimos desprestigiado em relação à instituição e ao governo. E a gente não tem para quem recorrer, pois temos um sindicato fraco. O que vejo é que são somente perdas que obtemos. Então, esta situação tem causado um certo conflito com a equipe. Eu percebo muito isso. Embora isto não tenha afetado nas minhas relações profissionais, tenho conseguido superar esta situação, mas não sei até quando eu posso conseguir. (E-3)

Não tenho a mesma forma para me relacionar com todos. Temos pessoas e pessoas, que, infelizmente, né, a gente não consegue ter uma boa relação com todo mundo. Você só passa a ter uma relação tranquila porque você conhece o perfil, e aí passa a tratá-lo de acordo com o seu perfil. Mas isso, internamente, a gente tem esses conflitos. A gente precisa associar com jeitinho o que eu preciso fazer para conduzir estas situações, o que passa a causar um estresse para mim de ter que levar com jeitinho. Mas, nem todos têm este entendimento e, às vezes, isso causa um estresse. É uma dificuldade presente no nosso dia a dia de conseguir contornar estas dificuldades de obter a colaboração de algum membro da equipe. (E-5).

b) Relacionamento com os colegas – os entrevistados revelaram que o relacionamento com os médicos, na maioria dos casos, gera certo conflito, caracterizado por um tratamento ríspido e dificuldade na abordagem. Admitiram que os profissionais precisam ter certo jeitinho para lidar com esse perfil, o que gera conflitos e dificuldades em suas relações. E8 declarou que o médico sempre vai ser a estrela do processo, o que acaba sendo frustrante para os profissionais, uma vez que se sentem rebaixados.

Eu acredito que a gente tem um bom relacionamento. Tem um ou outro profissional que a gente tem maior dificuldade de abordagem, que, às vezes, nos tratam de forma mais ríspida. Mas acredito que isso tem em qualquer lugar, e a gente tem que saber lidar. Aquela pessoa que não é aberta, que a gente não tem um diálogo com essa pessoa estabelecido, aí qualquer comunicação com essa pessoa tem que ser feito de outras formas. Talvez com a chefia ou tendo apoio de um diretor que está aqui dentro para que ele consiga visualizar, muitas vezes, a coisa que acontece aqui dentro. Muitas vezes, o embate não vai resolver. (E-4)

Com os médicos. Considero que é bom o relacionamento com os médicos, mas temos as nossas dificuldades. Mas, também, tem nada de absurdo. Considero que é um relacionamento respeitoso. (E-5)

Às vezes, eles se colocam numa posição só de cobrar, cobrar, cobrar. Não de todos em todo momento. Isso desconsiderado o cenário atual, no sentido que, assim, vou cobrar que ela vai resolver. Desconsiderando que eu não tenho recurso, isso dificulta um pouco. Mas isso não é o tempo inteiro. De forma geral, aqui com a equipe cirúrgica e anestésica a gente tem relacionamento bom. (E-11)

Os relatos apresentados confirmam que é de suma importância a afirmação de Maslach e Jackson (1981) quanto à síndrome de *burnout* os autores ao colocarem que ela não surge repentinamente como uma resposta a um agente estressor, mas emerge em uma sequência determinada de tempo. Sua manifestação é silenciosa e gradativa, podendo ser potencializada pelas dificuldades de relacionamento, interpessoal e profissional, que não parece ser problemático na organização estudada, considerando os relatos a este respeito.

c) Relacionamento com os pacientes e seus familiares – segundo os entrevistados, o relacionamento com família acontece de forma muito rápida. O paciente e seus familiares demonstram medo da cirurgia e de serem pegos de surpresa pela morte. O enfermeiro procura trabalhar com transparência nessa situação. No entanto, percebe-se a importância do contato do profissional com o paciente para uma troca de informações. Isso é essencial para a continuidade ou o cancelamento de cirurgias. E-7 informou que não tem muito contato com a família, o que, na opinião dela, é ótimo, por entender que esse momento é muito sofrido.

O contato com acompanhante e o paciente é de pouco tempo, momento em recebemos o paciente e familiar. Eu acho que para o paciente o momento mais crítico é o ato cirúrgico, porque ele tem medo, né, que pode morrer, de dormir e não acordar. Medo, né. E, aí, com a família também tem isso. Eu procuro trabalhar de uma maneira mais clara possível com a família, entender a história dela. (E-5)

É ótimo, nosso público dentro do hospital, a maioria são pessoas muito humildes. Pessoas muito tranquilas, digamos assim. Às vezes, até demais. Então, o relacionamento com os pacientes é muito tranquilo, muito bom, principalmente é a característica, e quando a gente fala em hospital, em processo cirúrgico, as pessoas já vêm muito fragilizadas, daí que a gente tem uma atuação gigantesca frente esses pacientes, de estar acolhendo, principalmente o acolhimento dessas pessoas, que é diferencial. Vejo como muito tranquilo esse relacionamento com paciente. É o mais fácil, digamos. (E-6)

As afirmações corroboram com Oliveira (2005) quando explica que a complexidade e o iminente risco de vida fazem do centro cirúrgico um ambiente estressante para o

doente, a família e toda a equipe cirúrgica. Nesse contexto, a humanização não pode ser dissociada. O paciente chega ao centro cirúrgico fragilizado, com alguma patologia cirúrgica, trazendo consigo o medo do ato operatório, da anestesia, da dor, da morte e da invalidez, além de estar afastado de sua família.

Dessa forma, o contexto de trabalho apresenta-se como o cenário em que se desenvolvem as significações psíquicas e a construção de relações intersubjetivas, designadas “relações socioprofissionais”, possibilitadas pelas condições de trabalho e mediadas pela organização do trabalho. Tal cenário possibilita o fortalecimento da singularidade do sujeito (AUGUSTO *et al.*, 2014).

Os relatos caracterizam o que Maslach, Schaufeli e Leite (2001) descrevem sobre a importância dos componentes individuais associados às condições laborais que favorecem o aparecimento das dimensões da síndrome de *burnout*, descritas como “exaustão emocional”, “despersonalização” e “baixa realização”. Ainda, explicam os autores, a despersonalização é a fase caracterizada pela presença de sentido de indiferença em relação ao outro e ao ambiente de trabalho; ou seja, sem nenhum sentimento de afetividade para com o outro ou com o trabalho que executa. Ocorrem depreciação e endurecimento afetivo em relação ao outro (MASLACH; SHAFELI; LEITER, 2001).

Observou-se na categoria relações socioprofissionais que, em geral, os relatos revelam a existência de um relacionamento bom e saudável entre os profissionais com a chefia, sem menores dificuldades. Com os colegas, não ocorre da mesma forma, em geral, mas é bom. Um ou outro, às vezes, tem que ser conduzido com certa cautela. Isso, eventualmente, gera questionamentos, como a questão relacionada aos vínculos, mas são superáveis de forma harmoniosamente. Quanto à equipe médica, o relacionamento é definido como respeitoso, mas não elimina alguns conflitos, porém nada que não seja contornável. O relacionamento com o paciente e seus familiares é definido como muito bom, em geral, pois são pessoas muito simples e fragilizadas, que ficam muito gratos pela acolhida. Isso é muito gratificante para o profissional, também pelo reconhecimento. Portanto, neste aspecto o ambiente de trabalho ainda é favorável.

## 5.2.2 Síndrome de *burnout*

Neste item, analisam-se os fatores relacionados às dimensões da síndrome de *burnout*: exaustão emocional, despersonalização e baixa realização profissional.

### 5.2.2.1 Exaustão emocional

As informações coletadas indicam que as principais subcategorias relacionadas à exaustão emocional são: reconhecimento no trabalho, emoções no trabalho, esforço físico e mental no trabalho e estratégias de enfrentamento.

a) Reconhecimento no trabalho – os entrevistados afirmaram que não acreditam nisso. O reconhecimento que sentem é aquele ligado ao fato de saberem que o paciente que recebeu sua assistência e que estava em estado grave conseguiu sair de uma situação complicada. Isso é que os fortalece. Nesse momento, eles conseguem perceber a importância de sua profissão e sentem a motivação para realizarem seu trabalho e manterem suas responsabilidades. Assim, conseguem enxergar a importância da profissão. Para eles, o *feedback* é fundamental para que os profissionais se sintam mais fortes e motivados a realizarem seu trabalho.

(...) então, quando o próprio paciente sai daquela situação grave em que se encontrava e depois a gente tem notícia que ele realmente conseguiu sobreviver àquele procedimento. São essas situações que nos fortaleça, né. E, também, de ter consciência do meu trabalho, minhas atividades e que não deixe de fazer o que é da minha competência da minha responsabilidade. (E3)

Quando a gente escolhe ser enfermeiro, você já sabe que é uma profissão que não vai te dar o reconhecimento merecido. Mas isso não me desestimula. Para mim, o importante é ter o reconhecimento daquelas pessoas que eu considero que trabalham bem. Aquelas que eu acho que não trabalham bem, eu pouco me importo. O reconhecimento dela é com o reconhecimento dos pacientes. Isso eu acho que a gente sempre vai estar como coadjuvante dentro da área da saúde. Se a gente fosse se importar muito com reconhecimento, a gente abandona a profissão. (E8)

Olha, o primeiro reconhecimento que eu vejo a respeito do meu trabalho é o meu próprio reconhecimento, que parte de uma reflexão sobre o que eu faço. Se eu faço da maneira correta, mais adequada, que pode melhorar, eu, realmente, eu não espero do outro. Na verdade, ele vem como um bônus para a minha vida. Graças a Deus, eu tenho o privilégio de escutar elogios, *feedbacks*. Quando, às vezes, eu não tenho ação adequada para determinada situação, esse *feedback* só me fortalece, só me faz crescer. (E10)

Os relatos vão ao encontro da afirmação de Beserra *et al.* (2014) quando informam que enfermagem tem em sua essência o “cuidar do outro”, que se manifesta na preservação do potencial saudável do ser humano e depende de uma concepção ética que contemple a vida como um bem precioso em si. Esta profissão tem seus valores baseados na visão humanista, exigindo de seu profissional uma reflexão sobre as vulnerabilidades humanas, pois é pelo reconhecimento dessa manifestação que será possível compreender e cuidar de forma integral do ser em sofrimento.

Benevides-Pereira (2010) aponta diferentes aspectos do trabalho da enfermagem que fazem esta atividade ser muito vulnerável ao *burnout*. Um deles é a falta de reconhecimento profissional.

b) Emoções no trabalho – os entrevistados declararam que passam por uma turbulência de emoções, como raiva, tristeza, ansiedade, alegria e perturbação. Eles têm a consciência de que precisam de muito equilíbrio emocional para não “mataram” o colega. Por mais que isso soe em tom de risos, foi assim que E3 respondeu à pergunta. Percebe-se que os funcionários passam por essa explosão de emoções, seja positiva, como um trabalho reconhecido pelo paciente, seja negativa, como situação desgastante do trabalho. Tais situações são percebidas como pontos para desencadear uma depressão ou, até mesmo, por se sentirem impotentes diante daquilo que foge de seu controle. Nesse sentido, é fundamental que esses profissionais trabalhem o equilíbrio emocional, para que seu trabalho não impacte negativamente sua vida pessoal.

As emoções, a gente tem várias: raiva, vontade de matar o colega, o profissional (risos). É um furacão de emoções, desde ira, a raiva, mas a gente tem que controlar o emocional, para não se deixar desajustar perante uma situação. E, também, a depressão, se sentir impotente diante de situações. Também, tem momentos alegres pela conquista do colega, pela troca de experiências, conversas entre os colegas, que nos fortalecem também. (E3)

Emoções são diversas. É uma turbulência. Trabalhar em um setor como esse aqui, a gente tem altos e baixos de emoção. Têm os dias de alegria, em que tudo deu certo, os pacientes que vieram conseguiram ser atendidos com qualidade... Isso traz uma satisfação muito grande. E têm dias que a gente tem problemas que impactam na nossa assistência. Têm uns dias que a gente tem os conflitos entre a equipe. A gente sai triste daqui quando a gente tem algum desgaste com alguém. (E10)

c) Esforço físico e mental – os entrevistados relataram que o enfermeiro, além do esforço físico, tem o mental, que também é muito grande até para os enfermeiros

assistenciais. É maior para os cargos de chefias, que acabam levando serviço para casa. Eles ressaltaram a cobrança para a realização de um planejamento eficaz, em que não pode haver falhas. Se isso ocorrer, essa situação pode causar estresse e desgaste emocional e intelectual. O profissional ainda é cobrado por atividades que não são de sua responsabilidade, o que acaba gerando um transtorno para ele, além de todo o esforço para resolver os desafios diários. Em várias situações, tem de mediar conflitos. Nesse sentido, é necessário que haja um equilíbrio emocional em sua rotina, para que não deixe a profissão por conta do estresse a que está exposto.

O esforço de pensar, pensar e planejar, porque, se no centro cirúrgico faltar alguma coisa, é muito complicado. Se faltou alguma coisa da sua parte, faltou no planejamento e organização, já vai gerar uma situação de estresse. E o que acontece? O profissional responsável pela enfermagem no centro cirúrgico tem que estar atento às situações que geram estresse, desgaste emocional, intelectual. (E-1)

É um esforço bem grande, bem grande, porque tem que mediar conflitos o tempo inteiro. São demandas que não param de chegar o tempo inteiro. É um esforço até pessoal para manter o equilíbrio emocional para não falar assim: "Ah! Não vou largar tudo. Vou querer até sair dessa Coordenação e ser só enfermeiro assistencial". Porque os demais colegas – não que o enfermeiro assistencial não tenha muitas demandas, depois que o plantão dele acaba, ele vai embora. No meu plantão, quando eu saio do hospital, ele não acaba. É demanda pelo telefone o tempo inteiro. Levo trabalho para casa, sim. Muito! (E-11)

É um esforço excessivo. Eu acho que é um esforço muito grande. A gente utiliza de uma energia mentalmente muito grande e fisicamente também. Na maioria das vezes, para fazer determinada atividade, em maioria das vezes, né, dentro do contexto que a gente trabalha, pela falta de processos, a comunicação, o relacionamento interpessoal, a gente utiliza muito mais de energia do que seria necessário o que causa um desgaste para gente. (E-5)

A exposição a ambientes estressantes deixa o homem em situação vulnerável, que pode gerar prejuízos para a sua saúde e ao bem-estar no trabalho. As alterações na organização do trabalho quando se trata de produção é também fonte geradora de problemas no tocante ao fator humano decorrente das condições estressantes no trabalho (FERREIRA *et al.*, 2007).

Os relatos corroboram com o que Ferreira *et al.* (2007) afirmam sobre a necessidade de o enfermeiro motivar toda a equipe cirúrgica para a promoção de uma assistência humanizada, envolvendo desde a gerência administrativa até o grupo que presta o cuidado indireto ao doente. Os profissionais que atuam no centro cirúrgico precisam se conscientizar de que humanizar é uma tarefa de todos os responsáveis pela



assistência do paciente submetido a procedimento cirúrgico ou a qualquer outro tipo de tratamento.

d) Estratégias de enfrentamento – os entrevistados buscam várias maneiras de lidar com as situações causadoras de estresse em seu dia a dia, destacando-se: atividades físicas, diversão e reunião com grupo. Todas têm por objetivo buscar melhorias, estabelecer conversas com a equipe para tentar resolver a situação, desviar os pensamentos no momento do estresse para tirar o foco da situação geradora do desgaste, dar um tempo para que as coisas voltem ao normal, alcançar o equilíbrio emocional e priorizar demandas mais urgentes. Foi ressaltado, também, que, às vezes, acontece a vontade de “chutar o balde”.

Minha saúde, principalmente física e mental, para lidar com essa pressão dos processos, com essa cobrança, eu busco trabalhar mais o meu lado pessoal, atividades físicas, diversão e outros. E, dentro da atuação, uma coisa que procuro fazer é se tem alguma coisa de grupo, é reunir com grupo e discutir, procurar as respostas, as melhorias com o grupo. Acho que é uma estratégia também. Se é uma coisa recorrente, que tem incomodado, é colocada no grupo, buscar isso aí, a conversa de manejo com grupo todo. Eu acho que é uma estratégia que eu procuro utilizar de conversar, de pontuar, de tentar resolver em grupo. (E-6)

No geral, aqui no trabalho, eu ultimamente fico tentando desviar do meu pensamento do trabalho, porque, quando tenho uma situação de estresse, no geral, eu não consigo tirar da minha cabeça e fico remoendo o fato na minha cabeça o tempo todo. Eu lembro e penso: “Tenho que deixar isso para lá”. Por exemplo, quando é aqui dentro do trabalho, se tem algum problema de relacionamento interpessoal, eu procuro conversar, esclarecer com a pessoa ou dar um tempo para amenizar a situação. E, fora do trabalho, estou tentando me ocupar mais com outras coisas, desviar atenção destes fatos. (E-5)

Eu procuro passar a bola para frente. Como disse, fecho a cara para assustar. Nem sei se considero isso como estratégia, mas é uma maneira de me proteger. Ou, caso contrário, eu vou ficar sem condições de conduzir o meu trabalho até o fim do dia. Não dá para ficar absorvendo tudo que não é de nossa responsabilidade. As cobranças do que é de nossas competências gera muito desgaste. (E-08)

França e Rodrigues (2005) esclarecem que é por meio do trabalho que o homem constrói sua história, sua identidade, e estabelece seus planos, aspirações e sonhos. Em seu convívio social, ele busca garantir sua sobrevivência e conquistar suas realizações pessoais. No trabalho, tem que cumprir metas, desempenhar tarefas e acatar as normas que nem sempre estão em conciliação com seus desejos e suas aspirações. Isso origina um desafio a sua autoestima em relação ao trabalho que

desempenha, favorecendo o surgimento de estratégias para ocultar seu desconforto no trabalho.

Os relatos colhidos os relatos colhidos corroboram a afirmativa de Souza *et al.* (2017), que as estratégias de mobilização coletiva pontuadas nos relatos apresentados se referem à cooperação e à solidariedade entre os trabalhadores. A identificação com o colega é um referencial essencial para sua localização social. Para tanto, eles precisam contar com um espaço em que possam se expressar, ouvir e se relacionar. Enfim, um espaço de discussão. O coletivo de trabalhadores fortalece o indivíduo, que pode ter suas demandas negociadas com maior poder político, além de instituir uma rede de apoio social.

#### **5.2.2.2 Despersonalização**

Nesta categoria, evidenciou-se a subcategoria empatia pelo paciente.

a) Empatia pelo paciente – os entrevistados, quando questionados sobre qual sentimento nutrem em relação ao paciente, apontaram todo aquele relacionado à empatia. Definitivamente, colocar-se no lugar do outro, sentimento de compaixão. Afirmaram que procuram ter paciência ao esclarecer ao paciente sobre sua real situação, para auxiliá-lo em sua recuperação, e destacaram a importância de possuírem sabedoria para lidar com essas situações desgastantes. Percebe que a ajuda em determinados momentos vai além dos requisitos profissionais, na medida em que chegam a ficar impactados com a situação de pacientes carentes e buscam ajudar com mantimentos e vestuários.

De empatia. Eu me sinto bem atendendo os pacientes ou dentro do que eu faço o que eu posso favorecer para que esse paciente fique da melhor forma. Então, acho que é empatia, de ajudar mesmo, favorecendo a plena recuperação desse paciente dentro do que eu faço. Então, esse lidar com o paciente. Dentro do bloco, a gente tem um pouco de acompanhamento, mas tem hora de ouvir, de conversar, de orientar. Então, muito no sentido da orientação desse paciente, da escuta desse paciente. (E-6)

Ah! Eu acho que eu tenho uma relação muito de empatia com os pacientes e pensar muito além: O que esse familiar está precisando? O que eu posso fazer para ajudar? A gente se colocar no lugar, a gente fazer tudo que a gente pode, tanto por meio da instituição quanto por ajudar realmente. Isso eu já fiz com muitos pacientes. Ajudar com mantimentos, ajudar com roupas, porque nosso público é muito carente. Essa relação que eu tenho de empatia, de me colocar no lugar. (E-4)

No que se refere aos sentimentos, o comportamento dos entrevistados ainda não caracteriza um processo de despersonalização, como indica Benevides-Pereira (2010), para quem a fase de despersonalização não significa que indivíduo deixa de ter personalidade, mas que está afetado ou comprometido, causando alterações e levando-o a uma insensibilidade em relação ao outro e à organização em que está inserido. Essa passa a ter uma relação de impessoalidade com as outras pessoas, assumindo uma postura cínica e irônica ou de indiferença em relação a elas.

### 5.2.2.3 Baixa realização profissional

Nesta categoria, surgiram as subcategorias: reconhecimento da organização, avaliação profissional e satisfação pessoal.

a) Reconhecimento da organização – os entrevistados destacaram que não existe reconhecimento por parte da instituição, do governo ou, até mesmo, da chefia. Afirmaram, também, que não recebem elogios e que não existem melhorias relacionadas ao salário. A instituição entende que realizar alguma tarefa de forma eficaz não passa da obrigação dos profissionais. O reconhecimento é um fator fundamental para que qualquer profissional trabalhe mais feliz e não deixe a profissão por conta de uma cultura equivocada da organização, conforme declarou E-8.

Aqui na instituição é zero. Você não tem reconhecimento. Aquilo que falei no início: tem um projeto de melhoria do centro cirúrgico que o enfermeiro não foi convidado para participar. Participam as coordenadoras que não estão na linha de frente com os conflitos. Porque a gente consegue, de certa forma, não sendo o dono da verdade, pontuar os pontos que podemos melhorar, pois a gente conhece os nossos desafios. (E-2)

Eu não vejo elogios. Eu, pelo menos, não os recebo. Não existe elogio e nenhum estímulo de conquista que você atendeu bem. Que me lembro, não. Hoje, a gente não tem nem o reconhecimento imediato dos que nos cercam, das chefias. Não tem do governo, não tem nenhuma melhoria em questões salariais. Então, quer dizer que ele não reconhece a importância do nosso trabalho. (E-3)

Quando você atua bem, é como se isso mesmo passasse despercebido. Era sua obrigação. Sem a enfermagem, o hospital não funciona, a saúde não vai para frente. Impossível assistência à saúde sem a figura da enfermagem. Mas, se a gente fosse se importar muito com reconhecimento, a gente abandona a profissão. Eu acho que a gente tem que se sentir reconhecida. Se eu faço um bom trabalho, eu me sinto útil, me sinto competente no que eu faço. Isso já me traz um reconhecimento próprio que me deixa feliz. (E-9).

O trabalho do enfermeiro, segundo Benevides-Pereira (2010), é confrontado por diferentes agentes estressores, destacando a falta de reconhecimento profissional (baixos salários) e a exposição a ambientes físicos propícios aos riscos químicos e biológicos, radiação e ruídos, além de altamente insalubres, de forma geral.

b) Avaliação profissional – os entrevistados, no geral, se avaliaram como bons profissionais. Alguns pontos devem ser destacados. Primeiro, eles reconhecem que sabem muito pouco, e por isso precisam desenvolver mais suas habilidades e situações causadoras de estresse e insatisfação. E-5 declarou que, muitas vezes, tenta propor melhorias, mas que suas ideias não são colocadas em prática, seja por questões de divergência de pensamentos com quem está à frente ao projeto ou, até mesmo, pela resistência dessas pessoas. Segundo, em determinadas situações, o profissional realiza a atividade do outro, mas não consegue possuir o discernimento que está realizando atividades que vão além de suas atribuições. Terceiro, há profissionais que possuem cargo de chefia que deixam claro que, devido ao excesso de trabalho, acabam levando de serviço para casa. A importância do trabalho em equipe é levantada como ponto fundamental na atividade do setor.

Sou um bom profissional. Tenho ideias boas. Só que, muitas vezes, estas ideias não são compradas porque elas divergem das que os elaboradores têm ou de quem estão à frente do projeto propõe. Ou, às vezes, querem novas idéias para mudar. Considero-me um bom profissional, com competência para opinar, contribuir e somar. (E-2)

Eu acho que eu faço a minha parte, mas eu poderia melhorar, compartilhar mais. Às vezes, eu fico fazendo a parte do outro, o que não quer dizer que estou fazendo além. Me preocupar menos. Penso que temos que saber separar o problema profissional, estar aqui, deixar aqui e, quando eu voltar, eu resolvo. Acho que a gente tem que melhorar no todo, pois se um quebra uma rotina, quebra para toda a equipe, e isso precisa melhorar. Eu me avalio com um nível médio, desejando melhorar e querer melhorar o que acho que é bom. (E-5).

Para Maslach, Schaufeli e Leiter (2001), é na fase da baixa realização pessoal, como se percebe pelas falas dos entrevistados, que o indivíduo se encontra no limite, pois o desgaste das fases anteriores o torna sem condições para reagir ou esboçar qualquer reação positiva. O sentimento de inferioridade e de incapacidade toma conta dele, podendo, em alguns casos, levá-lo a abandonar o emprego.

c) Satisfação pessoal – os entrevistados reconhecem este elemento como relacionado a salário e a oportunidade de trabalho, devido à situação atual do mercado e à evolução positiva de um prognóstico bom do paciente. Ao serem questionados sobre este assunto, eles declararam que estão satisfeitos com o salário, pois está acima do que o mercado atual oferece. Para o cargo de coordenação, destacou-se que o funcionário não possui nenhuma vantagem quando comparado com o enfermeiro assistencial. Ressaltam-se alguns pontos que devem ser observados. Primeiro, o E-11 informou sobre a submissão do enfermeiro em relação ao médico, o que é visto atualmente nas relações de trabalho, deixando claro que este se sente superior àquele em determinadas situações. Segundo, mesmo diante disso, percebe-se que o enfermeiro acredita que essa cultura mudará e expõe uma expectativa positiva na conquista do espaço do profissional de enfermagem. Em terceiro E3, que percebe mais aspectos negativos em sua profissão do que positivos, destacando a qualidade na formação dos futuros enfermeiros.

Eu acredito que a remuneração hoje ela é muito boa, considerando a realidade de mercado. Existe uma diferença que é a questão da coordenação. Eu não tenho nenhuma gratificação diferente por isso. Então, os meus demais enfermeiros colegas que não desempenham essas tarefas a mais que eu desempenho ganham o mesmo tanto que eu. Existe essa cultura de submissão. A gente vê isso nas relações de trabalho mesmo. “Não. Mas eu preciso dessa sala. Você tem que abrir como se fosse possível. Eu sou médico. Estou dando a ordem. Se virem”. Nas relações de trabalho, a gente percebe muito isso. Eu não sei, de fato, como é na academia a formação do médico em relação a isso, à enfermagem, mas, historicamente, a enfermagem ela sempre foi mais submissa. Mas isso vai mudando. A gente só não pode desanimar de conquistar nosso espaço.  
(E-11)

Hoje, dentro das minhas expectativas anteriores, vejo que estão mais negativas. A própria formação do enfermeiro, a gente percebe hoje uma deficiência, com muitas escolas e poucas exigências, aulas a distância... Então, o profissional tem que ser muito disciplinado para ter uma aula a distância, com bom aproveitamento e ter muitas exigências do estudante, do acadêmico. A gente percebe que esta deficiência reflete na formação do enfermeiro, e as expectativas para mim hoje são mais negativas. (E-3).

O trabalho na medida em que exerce influência e motivação na vida do profissional, gerando, conseqüentemente, satisfação e produtividade. Zomer e Gomes (2017) afirmam que os profissionais da área da saúde têm em sua rotina diária a missão de cuidar do outro, sendo este ato caracterizado por dedicação, zelo e sacrifício. A falta de valorização deste profissional, a sobrecarga de trabalho e a ligação direta com situações de sofrimento são fontes permanentes de desgaste, as quais exigem do

profissional energia física e psíquica intensa favorecendo a manifestação de sintomatologia e de estresse ocupacional.

As categorias exaustão emocional, despersonalização e, baixa realização profissional, levando-se em consideração as subcategorias emergidas, evidenciaram que o reconhecimento foi alcançado de forma positiva pelos enfermeiros entrevistados em relação ao fato de que seu trabalho contribuiu para a recuperação do paciente, que ele superou uma fase crítica e progrediu bem. Também se autoavaliaram positivamente quanto ao compromisso com o trabalho. Reconheceram que devem buscar mais conhecimento. Afirmaram que estão satisfeitos com a profissão e que se sentem realizados. Quanto à remuneração, consideraram-na boa, acrescentando que, em comparação com o mercado atual, está bem melhor. Em relação à despersonalização, não foram evidenciados sentimentos negativos no que refere à instituição, aos colegas e ao paciente.

Declararam que o sentimento que nutrem pelos pacientes é de empatia. Quanto aos aspectos negativos, relataram que, para executarem seu trabalho, necessitam realizar um esforço físico e mental muito grande e que experimentam uma variedade de emoções para suportarem toda pressão e sobrecarga de trabalho, cobranças, responsabilidades, mudanças constantes de planejamento, insuficiência de recursos e falta de autonomia, participação e reconhecimento da instituição. Para suportarem a convivência no trabalho, declararam que recorrem às estratégias de enfrentamento, de modo a superarem as situações causadoras de um desgaste físico e emocional. O que se constatou, portanto, foi uma propensão à dimensão da exaustão emocional dos profissionais, que ficam muito vulneráveis emocionalmente.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo abordou a vulnerabilidade dos enfermeiros que atuam em um centro cirúrgico de um hospital público universitário em atendimentos de urgências e emergências localizado em Belo Horizonte, estado de Minas Gerais à síndrome de *burnout*. Para isso, recorreu a uma fundamentação teórica ancorada, em parte, na 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.

Neste capítulo, formulam-se as conclusões decorrentes dos dados coletados, com a finalidade de atingir os objetivos traçados para descrever e analisar a vulnerabilidade dos enfermeiros que atuam em centro cirúrgico de um hospital público universitário à síndrome de *burnout*, detectando como os enfermeiros se situam diante das dimensões desta síndrome e as estratégias utilizadas para enfrentar uma predisposição a uma exaustão emocional no trabalho.

A trajetória metodológica contemplou um estudo descritivo, de abordagem qualitativa, contando com a participação de 12 enfermeiros que atuam em um centro cirúrgico, atendendo os seguintes critérios: tempo de tempo de formado e atuação no centro cirúrgico e interesse de participar da pesquisa. Para a coleta dos dados, utilizou-se a técnica de entrevista estrutura com um roteiro com questões para a obtenção de dados (APENDICE-A). Abrangendo aspectos sociodemográficos e ocupacionais dos sujeitos de pesquisa, o contexto do trabalho, as dimensões da síndrome de *burnout* e as estratégias de enfrentamento utilizadas para combater a exaustão emocional no trabalho. A realização das entrevistas ocorreu via agendamento prévio, após um convite a participar da pesquisa. As entrevistas foram gravadas e realizadas de acordo com a disponibilidade de cada entrevistado, após apresentação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) no local de trabalho, em recinto reservado disponibilizado pelo setor.

O tratamento dos dados foi conduzido a partir da teoria de análise de conteúdo, proposta por Bardin (2011). Após a execução das etapas, chegou-se à definição das

categorias, eleitas *a priori* e por meio da pesquisa, sendo assim organizadas: contexto do trabalho (organização do trabalho e condições de trabalho), síndrome de *burnout* (exaustão emocional, despersonalização e baixa realização profissional) e estratégias de defesa para o combate à exaustão emocional no trabalho.

Na análise dos depoimentos sobre o “contexto do trabalho”, categoria organização do trabalho, evidenciou-se que o ritmo de trabalho intenso está contornado por muitas responsabilidades no tocante à assistência e segurança do paciente e ao gerenciamento de todo o setor, pela busca de produtividade e agilidade. Verificaram-se, também, a deficiência e a falta de recursos humanos e materiais, o que se torna ineficaz devido às constantes alterações na programação cirúrgica e à falta de reserva técnica para planejar o atendimento das demandas de procedimentos, principalmente as urgências e emergências. Isso exige maior esforço de articulação por parte do enfermeiro para fazer os remanejamentos no planejamento, para atender à demanda de trabalho.

Os meios de comunicação são frágeis, o que dificulta ainda mais o trabalho do enfermeiro. Há falta de participação no processo decisório. Quem está na linha de execução não participa. O enfermeiro tem que estar focado em todo o processo de trabalho, buscando solucionar as rotinas e demandas emergentes em seu turno, sempre visualizando a previsão de futuras demandas no decorrer do dia. A execução desse trabalho exige muito do profissional, pois ele tem que estar refazendo e negociando todo o tempo com as equipes, pois as cobranças são inúmeras, para que nada saia do controle, caracterizando, assim, o desprendimento de um grande esforço físico e mental do enfermeiro para realizar seu trabalho.

No tocante às “condições de trabalho”, os entrevistados relataram que a infraestrutura é boa. Apesar de necessitar de algumas reformas, oferece boas condições para a realização de atividades com segurança. As salas cirúrgicas são amplas e adequadas. Os equipamentos são de alta tecnologia, mas a manutenção está inadequada, pois não há uma reposição adequada de peças e reparos, faltando insumos em geral. O fornecimento de recursos é falho, muito irregular. No que se refere à segurança, os EPIs são regularmente ofertados para todos profissionais. A instituição segue as normas internacionais de segurança para o paciente e utiliza o protocolo de “cirurgias



seguras” e a sistematização de assistência de enfermagem perioperatória, como preconiza o Ministério da Saúde, de acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS). Para os familiares, disponibiliza as orientações necessárias e acomodações em sala de espera com painel de informação, com gerenciamento a cargo do administrativo.

Da categoria relações socioprofissionais emergiram da análise dos dados as seguintes subcategorias: relacionamento com a chefia, relacionamento com a equipe e relacionamento com o paciente e família.

Em relação ao relacionamento com a chefia, os entrevistados, em geral, o consideraram bom, tendo abertura para expor suas opiniões sem restrições, sejam favoráveis ou desfavoráveis.

Com os colegas de equipe, o relacionamento foi considerado bom e colaborativo, de modo geral. Não desconhecem a presença de algum conflito, mas nada que não seja contornado.

O relacionamento com o paciente e seus familiares foi considerado bom pelos entrevistados. Apesar de ser muito rápido, possibilita um momento de suma importância, permitindo esclarecer suas dúvidas, assim como as de seus familiares, e confirmar as informações ou obter mais dados que não revelados pela equipe médica.

No que se refere à presença dos elementos da síndrome de *burnout* no trabalho dos enfermeiros pesquisados, as categorias exaustão profissional, despersonalização e baixa realização foram subdivididas em subcategorias, que emergiram da análise do conteúdo dos relatos das entrevistas realizadas.

De exaustão emocional, emergiu a subcategoria reconhecimento no trabalho. De acordo com os depoimentos dos enfermeiros entrevistados, o reconhecimento significa que seu trabalho foi importante para a recuperação do paciente, principalmente por ter passado por um estado crítico e tê-lo superado. Isso gera um fortalecimento do seu trabalho, deixando-os mais motivados para o trabalho.

Na subcategoria esforço físico e mental, os relatos evidenciaram que o enfermeiro necessita desempenhar grande esforço físico e mental, que, às vezes, chega a ser quase que sobre-humano, pois as solicitações são inúmeras ao mesmo tempo e não tem como atender a todas ao mesmo tempo, o que exige do enfermeiro agilidade e dinamismo para elaborar a melhor conduta a ser executar para solucionar da melhor forma as questões emergentes, mesmo quando não é de sua responsabilidade. Isso exige muito do profissional. Para o cargo de coordenação, o esforço físico e mental é muito maior, pois os níveis de cobranças são muito altos por maior produção e agilidade, sem levar em conta as dificuldades em relação à disponibilidade de recursos. O profissional acaba até levando trabalho para casa. A jornada não termina quando ele deixa o hospital.

Em relação às emoções no trabalho, nesta subcategoria, segundo os entrevistados, são inúmeras emoções, um turbilhão de emoções, que variam entre agradáveis e muito mais desagradáveis. O profissional tem que buscar um equilíbrio emocional para suportar as emoções vivenciadas no trabalho. São situações que expõem o profissional a uma constante sobrecarga emocional. Às vezes, experimenta sentimentos de raiva, angústia e frustração, as quais passam a fazer parte de sua rotina de trabalho, expondo o profissional a uma situação de vulnerabilidade a um possível desencadeamento da síndrome de *burnout*.

Na subcategoria estratégias de enfrentamento, os enfermeiros entrevistados declararam que procuram executar seu trabalho da melhor forma possível e que vão até além, para não terem um desgaste emocional de pedir uma segunda opinião ao colega. Dividem as responsabilidades com quem de direito, reúnem-se com os colegas e recorrem a atividades físicas, executando outras atividades, como artesanato. Participam de eventos sociais e dedicam-se mais à família, anulando ou amenizando, assim, a mentalização das questões e dos conflitos que emergem do trabalho. Com isso, aliviam suas tensões físicas e mentais, para se fortalecerem e manterem o equilíbrio emocional para poder conviver no trabalho.

Da categoria despersonalização, emergiu a subcategoria empatia pelo paciente, sentimento nutrido pelo paciente, que permite uma aproximação e comunicação com liberdade com o paciente, resultando em confiabilidade para ambos os lados.

Possuídos de um sentimento de compaixão pelo outro, procuram com muita paciência e disposição esclarecer as dúvidas e fazer aflorar, às vezes, informações que o paciente esqueceu ou ocultou da equipe médica. Há também o profissional que evita se envolver, conhecendo mais da história do paciente, mas com o compromisso de fazer tudo que possa agilizar da melhor forma a realização do atendimento ao paciente. Portanto, são relatos de sentimentos como indiferença, distanciamento ou cinismo em relação ao paciente.

Da dimensão de baixa realização profissional, emergiram as subcategorias: reconhecimento da organização, avaliação profissional e satisfação profissional. Quanto ao reconhecimento profissional, há a ausência de *feedback* com elogios e estímulos para o trabalho. O que se recebe são cobranças por maior agilidade no processo de trabalho e por maior produção. A organização entende que o empenho para a execução do trabalho não é nada mais do que obrigação dos profissionais. O sentimento de reconhecimento pelo seu desempenho é importante para o profissional. Ele sente-se útil em contribuir para um bom desempenho e fica feliz por isso. A ausência de reconhecimento gera frustração e desconforto no profissional comprometido com seu trabalho.

Na subcategoria avaliação profissional, os entrevistados apresentaram uma autoavaliação positiva em relação ao próprio trabalho, considerando-se bons profissionais e altamente comprometidos. A maioria não tem a pretensão de trocar de profissão ou de setor, mesmo sabendo das dificuldades para expor propostas de melhorias, pois tem pouca abertura. Avalia que precisa obter mais conhecimentos e aprimorar suas habilidades para gerenciar as situações de estresse, de estar ciente que realiza atividades além de suas atribuições. Valoriza muito o trabalho em equipe, a cooperação dos colegas e a troca de experiências, para alcançar o crescimento profissional e individual.

Quanto à subcategoria satisfação pessoal, no que se referem à remuneração, os entrevistados declararam que estão satisfeitos com o que recebem, principalmente quando fazem a comparação com o setor privado. Todavia, consideram que não deveria existir essa discrepância, pois as responsabilidades são cobradas para todos os profissionais. Quanto a suas expectativas para a profissão, citaram a

regulamentação do piso salarial e da carga horária, que têm uma trajetória de reivindicação que já duram duas décadas e mais rigor com a formação profissional, pois só assim todos os profissionais poderão ser recompensados.

A satisfação pessoal é de saber que o trabalho realizado contribuiu para a recuperação de alguém, com resultado positivo. Nas relações de trabalho, não é desconhecido que o médico sente-se superior ao enfermeiro em determinados momentos, mas o que importa é saber da importância do trabalho realizado, que implica a recuperação do outro. É o que gera muita satisfação pessoal.

Outros aspectos analisados: no que se refere à questão de os sujeitos da pesquisa possuírem vínculos diferentes, sendo 5 do regime RJU e 7 do regime CLT, dados da pesquisa e da análise das subcategorias mostram que existem poucas diferenças no trabalho realizado por profissionais efetivos e no daqueles contratados, sugerindo que a organização afeta igualmente os trabalhadores que se submetem a sua rotina.

A análise das subcategorias revelou que a presença de atributos do referencial teórico que ancorou esta pesquisa nas categorias do contexto do trabalho, assim como dos elementos desencadeadores da síndrome de *burnout*, constatou que os profissionais demonstraram motivação para o trabalho e satisfação em realizar o trabalho, em razão da contribuição para a recuperação dos pacientes. Evidenciaram-se como aspectos que merecem maior atenção: grande esforço para a realização do trabalho, desgaste e pressão originados do trabalho, sentimentos em relação ao paciente, falta de reconhecimento pela instituição e falta de recursos humanos e materiais. Tudo isso deixa os profissionais bastante vulneráveis a um possível desencadeamento a síndrome de *burnout*.

Dentre as categorias analisadas referentes ao contexto do trabalho, evidenciou-se que só relações socioprofissionais foi citada como a que perpassa de forma satisfatória, com devida tranquilidade. Quanto às demais, características foram explicitadas no referencial teórico desta pesquisa como possíveis desencadeadores da síndrome de *burnout*, como: ritmo de trabalho intenso, sobrecarga de trabalho, falta de reconhecimento pela instituição, falta de recursos, grande esforço para desempenho do trabalho e desgaste físico e emocional.

Acrescenta-se a isso que na análise das categorias referentes às dimensões da síndrome de *burnout* apenas as subcategorias reconhecimento no trabalho, avaliação profissional e satisfação pessoal foram descritas como fonte de satisfação no trabalho. Os enfermeiros reconhecem a importância do seu trabalho e sentem-se realizados. Em relação à subcategoria estratégias de enfrentamento, constatou-se que os profissionais recorrem aos mecanismos de defesa com o propósito de preservar-se de um desgaste físico e mental e poder suportar a sobrecarga emocional oriunda do exercício de seu trabalho, enfatizando que os profissionais entrevistados declararam que se sentem bem no exercício da profissão, realizados e não tem pretensão de mudar.

Nas demais subcategorias, emergiram depoimentos que descrevem a sobrecarga de trabalho decorrente da pressão, por maior agilidade na realização dos procedimentos, assistência ao paciente, gerenciamento de equipe e do setor e outros. Soma-se a falta de recursos materiais e humanos, de reconhecimento no trabalho e de autonomia. Neste contexto, conclui que estes elementos contribuem diretamente para uma vulnerabilidade à exaustão emocional no trabalho e para um possível adoecimento ocupacional. Segundo Maslach, Schaufeli e Leiter (2001), a exaustão emocional é vista como uma dimensão basilar e a manifestação mais característica da síndrome de *burnout*.

Espera-se que este estudo possa contribuir no âmbito acadêmico para o conhecimento sobre a síndrome de *burnout* e o trabalho dos enfermeiros que atuam no centro cirúrgico, com abordagem qualitativa, tendo em vistas a compreensão sobre os elementos que os predispõem ao adoecimento no trabalho e às estratégias de defesa para o combate à exaustão emocional no trabalho.

Uma limitação desta pesquisa prende-se à forma de coleta de dados, realizada por meio de entrevista via agendamento. Algumas vezes, foi necessário remarcar, o que demandou um tempo maior de entrevista. Na ocasião, alguns entrevistados mostraram-se preocupados ou constrangidos com isso, ao passo que outros se apresentavam ansiosos em expor seus relatos em relação a determinada questão que o sensibilizava mais. Outra limitação refere-se à existência de poucas pesquisas com

enfermeiros que atuam em centro cirúrgico com foco na síndrome de *burnout* com abordagem qualitativa.

Quanto às perspectivas abertas, o estudo indica a necessidade de dar continuidade a pesquisas sobre o tema, especialmente para possíveis intervenções na organização de trabalho dos enfermeiros que atuam em centro cirúrgico em atendimentos de procedimentos de urgências e emergências, para ampliar o conhecimento e minimizar os riscos de acometimento pela síndrome de *burnout*.

## REFERÊNCIAS

- ADAMI, J. L. G.; BRASILEIRO, M. E. A Importância da humanização na assistência da enfermagem no Centro Cirúrgico: uma revisão de Literatura. **Revista Núcleo do Conhecimento**. São Paulo, v. 7, n. 2, vol. 1, p. 28- 45, out. 2017.
- ALMADA, R. **O cansaço dos bons**: a logo terapia como alternativa ao desgaste profissional, São Paulo: Canção Nova, 2013.
- AUGUSTO, M. M.; FREITAS, L. G.; MENDES, A. M. Vivências de prazer e sofrimento no trabalho de profissionais de uma fundação pública. **Psicologia em Revista**, v. 20, n.1, p. 34-55, 2014.
- AZEVEDO, V. G B.; ALVES, S. M.; VIANA, L. V.; VERAS, K. C. B. B.; CARVALHO, M. L.; ELIAS, C. M. Estresse ocupacional em profissionais de enfermagem que atuam em unidades de urgência e emergência. **Revista Interdisciplinar**. Teresina. Piauí, v. 4, n. 4, p.112-124. out/dez. 2017.
- BAPTISTA, P. C. P; SILVA, FJ; SANTOS JUNIOR; J. L; FELLI, V. E. A. Violência no Trabalho. Guia de prevenção para os profissionais de enfermagem. **Conselho Regional de Enfermagem (COREN)**. São Paulo, 2017.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 19. ed. Lisboa / Portugal: Edições 70, 2011.
- BERNADES, P. F. Síndrome do *Burn-out*- considerações iniciais. In; MENDANHA, M. H.; Ferreira, P.; BERNARDES, P. F. **Desvendando o Burn-out**. Uma análise interdisciplinar da síndrome do esgotamento profissional. São Paulo: LTr, 2018.
- BENEVIDES-PEREIRA, A. M. T. O Estado da Arte do Burnout no Brasil. **Revista Eletrônica Inter Ação Psy**. Maringá (PR), v. 1, n.1, p. 4-11, ago. 2003.
- BENEVIDES-PEREIRA, A. M. T. (Org.). **Burnout**: quando o trabalho ameaça o bem-estar do trabalhador. 4. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2010.
- BONATO, V. L. Gestão de qualidade em saúde: melhorando assistência ao cliente. **Revista O Mundo da saúde**, São Paulo, v.35, n.5, p.319-331. out/dez 2011.
- BESERRA, E. P.; OLIVEIRA, F. C.; RAMOS, I. C.; MOREIRA, R. V. O.; ALVES, M. D. S.; BRAGA, V. A. B. Sofrimento humano e cuidado de enfermagem: Múltiplas Visões. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**. Fortaleza (CE), v.18, n.1, p. 175-180, jan./mar, 2014.
- BORTOLETTI, F. F.; VASCONCELLOS, E. G.; SEBASTIANI, R. W. Síndrome de *burnout*: quando o cuidador adocece. Uma abordagem psiconeuroendócrinoimunológica. In: VASCONCELOS, E. G. **E a psicologia entrou no hospital**. Belo Horizonte: Artesã, 2017, p. 279-307.
- BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem- **COFEN**. Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a Regulamentação do Exercício da Enfermagem e dá outras

providências. Diário Oficial da União. Brasília (DF), de 25 de junho de 1986. Seção I-fls. 9.273 a 9.275.

BRASIL. **Ministério de Previdência Social (MPS)**. Anexo II Decreto 3.8048. Brasília (DF), maio de 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde (MS). **Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar / Secretaria de Assistência à Saúde**. Brasília, DF, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279,2010. **Diário Oficial da União**, Brasília, 30 dez. 2010. Seção 1, p.1.

BRASIL, Ministério da Saúde (MS). Agência Nacional de Vigilância Sanitária . (ANVISA). **Resolução da Diretoria Colegiada (RDC), n. 36**. Brasília (DF) julho, 2013.

BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Resolução do Cofen, n.543, de 18 de Abril de 2017. Atualiza e estabelece parâmetros para o dimensionamento do quadro de profissionais de enfermagem nos serviços/locais em que são realizadas atividades de enfermagem [Internet]. Disponível em: <[http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-5432017\\_51440.html](http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-5432017_51440.html)>. Acesso em: 15/11/2018

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.

CARLOTTO, M. S. A síndrome de *Burnout* e o trabalho. **Revista Psicologia em Estudo**. Maringá, v. 7, n. 1. p. 21- 29, jan/jun. 2002.

CARLOTTO, M. S.; CÂMARA, S. G. Análise da produção científica sobre a Síndrome de Burnout no Brasil. **Revista Psicologia em Estudo**. Maringá, v. 39, n.2, p. 152-158, abr./jun. 2008.

CAREGNATO, R. C. A.; LAUTERT, L. O estresse da equipe multiprofissional na sala de cirurgia. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, vol. 58, n. 5, p. 545-550, 2005.

CARVALHO, P. A.; GOTTEMS, L. B. D; PIRES, M. R. G; OLIVEIRA, M. L. C; Cultura de segurança no centro cirúrgico de um hospital público na percepção dos profissionais de saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. 23(6):1041-8 nov - dez, 2015.

CLOT, Y. **A função psicológica do trabalho**. 2. ed. Petrópolis, Vozes, 2007.

CODO, W.; VASQUES-MENEZES, I. O que é *Burnout*? In: CODO, W. (Coord.) **Educação: carinho e trabalho**. Petrópolis: Vozes. 1999, p. 237-254.

COLLIS, J.; HUSSEY, R. **Pesquisa em administração: um guia prático para alunos de graduação e pós-graduação**. 2. ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.



DANTAS, T. R. S.; CARREIRO, B. O.; PASCOAL, F. F. S.; MORAES, M. N.; CORDEIRO, R. C.; FILHA-FERREIRA, Prevalência da síndrome de *burnout* entre enfermeiros da rede hospitalar de urgências e emergência. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online / Journal of Research: Fundamental Care [Online]*. Rio de Janeiro. V.6, n. 1. Jan/ mar, 2014.

DEJOURS, C.; ABDOUCHELI, E. Itneraire théorique em psychopathologia du travail. *Prevenir*. Marselha, n. 20, p. 127, 1990.

DEJOURS, C. Por um trabalho, Fator de equilíbrio. Tradução de Maria Irene, revista por Edith Seligmann Silva. *Revista de Administração de Empresas*. São Paulo, v.33, n.3, p.98-104, mai./jun.1993.

DEJOURS, C.; ABDOUCHELI, E.; JAYET, C. **A psicodinâmica do trabalho: contribuições da Escola Dejouriana a análise da relação prazer, sofrimento e trabalho**, São Paulo: Cortez, 1994, p. 22 -32.

DEJOURS, C. **A banalização da Injustiça Social**. Rio de Janeiro: FGV, 2007.

DEJOURS, C. **Novas formas de servidão e de suicídio**. In MENDES, A. M. (Org.), *Trabalho e saúde: o sujeito entre emancipação e servidão*. Curitiba: Juruá, 2008.

DEJOURS, C. Da patologia à psicodinâmica do trabalho. In: LANCMAN, S.; SZNELWAR, L.I (orgs.). **Christophe Dejours: Da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho**. 3. ed. Rio de Janeiro: Fio Cruz, 2011, p. 127-139.

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

DEJOURS, C. Da patologia à psicodinâmica do trabalho. In: LANCMAN, S.; SZNELWAR, L. I (orgs.). **Christophe Dejours: Da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho**. 3. ed. Rio de Janeiro: Fio Cruz, 2011, p. 127-139.

DEMO, P. **Praticar ciência: metodologias do conhecimento**. São Paulo: Saraiva, 2011. DESLANDES, S. F. **Pesquisa social – teoria, método e criatividade**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2012

DEJOURS, C. **A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho**. Christophe Dejours. Tradução de Ana Isabel Paraguai, Lúcia Leal Ferreira. 5. ed. São Paulo: Cortez, 2015.

DOURADO, M. S.; HONÓRIO, L. C. Evidências psicodinâmicas de prazer e sofrimento ocupacional. **Revista Gestão Organizacional**. Chapecó, v.12, n.3- p.3-32. maio/agosto, 2019.

ERDMANN, A. L.; ANDRADE, S. R.; MELO, A. L. S. F.; DRAGO, L. C. Atenção secundária em saúde: melhores práticas na rede de serviços. **Revista Latino-Americana de enfermagem**. Ribeirão Preto. SP, v. 21, no. spe. p. 1-8, 2013.

EZAIAS, G. M.; POLLYANA, B. G.; HADDAD, M. C. L.; VANNUDU, M. T. O.; SALDANHA, D. S. S. Síndrome de *Burnout* em trabalhadores de saúde. Em um hospital de média complexidade. **Revista de Enfermagem UERJ**. Rio de Janeiro, v. 4, n.18. p. 524-529. 2010.

FARIAS, D. C.; ARAUJO, F. O. Gestão Hospitalar no Brasil: revisão da literatura visando ao aprimoramento das práticas administrativas em hospitais. **Revista. Ciência & Saúde Coletiva**. v. 22, n. 6, p. 1895-1904, 2017.

FERNANDES, M. A; SOUSA, F. K; SANTOS, J. S; RODRIGUES, J. A; MARZIALE, H. P. Síndrome de *burnout* em profissionais de enfermagem do serviço de atendimento móvel de urgência. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**. Rio de Janeiro, v. 4, n. 4, p. 3125-3135, 2012.

FERREIRA, M. C.; PACHECO.; PTNTO, N. M., FERNANDES.; H. A. SILVA, H. P. C. O Bem-estar no trabalho e predição a exaustão emocional. In: Encontro da Associação Nacional de pós-graduação e pesquisa em Administração, 32, SET. 2007. Rio Janeiro, **Anais do...**Rio de Janeiro: ANPAD, 2007.

FRANÇA, A. C. L: RODRIGUES, A. L. **Stress e trabalho**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2005.

FRANÇA, S. P. S.; MARTINO, M. M. F.; ANICETO, V. S.; SILVA, L. L. Preditores a Síndrome de *burnout* em enfermeiros de serviços de urgência pré-hospitalar. **Acta Paulista de Enfermagem**. São Paulo, v. 25, n. 4, p. 68-73, 2012.

FRANÇA, T. L. B.; OLIVEIRA, A. C. B. L.; MELO, J. K. F.; SILVA, R. A. R. Síndrome de *burnout*: características, diagnóstico, fatores de risco e prevenção. **Revista de Enfermagem UFPE**. Recife. Pernambuco, v. 8, n. 10, p. 3539-3546, 2014.

FREIRE, D. A. L.; ELIAS, M. A. Levantamento dos mecanismos de defesa dos profissionais de enfermagem frente à deterioração das condições de trabalho. **Revista Administração em Saúde**, v.17, n. 68, jul.-set. 2017.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 6. Ed. São Paulo: Atlas, 2018.

GOMES, M. C. S. M. A. **Organização e gestão do centro cirúrgico de um hospital público universitário**. 2009. 122f. Dissertação do Programa de Pós- graduação da Escola de Enfermagem da UFMG. Belo Horizonte, 2009.

GOMES, L. C.; DULTRA, K.; ESTEFAN; S. A. L. O enfermeiro no gerenciamento do centro cirúrgico. **Revista Eletrônica da Faculdade Metodista Granbery**, v. 16, n.1, p. 1-21, 2014.

GONÇALVES, R. M.; SCHNEIDER, K. S. Estratégias de enfrentamento da Síndrome de *Burnout* na enfermagem. **Caderno Saúde e Desenvolvimento UNINTER**. São Paulo, v. 8, n.5, jun./jul. 2016.

JODAS, D. A.; HADDAD, M. C. L. Síndrome de *Burnout* em trabalhadores de enfermagem de um Pronto Socorro de um Hospital Universitário. **Acta Paulista de Enfermagem**. São Paulo, v. 22, n. 2, p. 192-197, 2009.

KLAR, H.; FRANCES. A.; CLARKIN, J. Selection criteria for partial hospitalization. **Psychiatric Services**, v. 33, n. 11, p. 929-933, 1982.

LOPES, M. O. **Síndrome de burnout**: um estudo com professores do ensino em uma escola pública inclusiva de Belo Horizonte. Dissertação de Mestrado. Faculdade Unihorizontes.

LORENZ, V. R; BENATTI, M. C. C; SABINO, M. O. *Burnout* e estresse em enfermeiros de um hospital universitário de alta complexidade. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. São Paulo. SP, v. 18, n. 6, p. 1084-1091, 2010.

MAGALHÃES, E.; SOUSA OLIVEIRA, A. C. M.; GOVÊIA, C. S.; LADEIRA, L. C. A.; QUEIROZ, D. M.; VIEIRA, C. V. Prevalência de síndrome de *burnout* entre os anestesiológicos do Distrito Federal. **Brazilian Journal of Anesthesiology**, São Paulo, v. 65, n. 2, p. 104-110, 2015.

MASLACH, C. Burne-out. **Human Behavior**. v. 5, n.9, p. 22-26, 1976.

MASLACH, C.; JACKSON, S. Lawyer burn out. **Barrister**, v. 5, n. 8, p. 52-54, 1978.

MASLACH, C.; JACKSON, S. E. A scale measure to assess experienced burnout: the Maslach burnout inventory. **Journal of Occupational Behavior**, v. 2, p. 99-113, 1981.

MASLACH, C. Burnout: The cost of caring. California: **ISHK**, 1982.

MASLACH, C.; JACKSON, S. E. **MBI**: Maslach Burnout Inventory; manual research edition. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press, 1986.

MASLACH, C.; SCHAUFELI W. B. Historical and conceptual development of burnout. In W. B. Schaufeli, C. Maslach, & T. Marek (Orgs.), *Professional Burnout: recent developments in theory and research* (pp.1-16). New York: Taylor & Francis. 1993.

MASLACH, C.; JACKSON, S. E. **MBI**. *Inventario Burnout de Maslach*. Madrid: TEA, 1997.

MASLACH, C.; LEITER, M. P. **Trabalho**: Fonte de prazer ou desgaste? Guia para vencer o estresse na empresa. Campinas. PAPIRUS, 1999.

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 interverntion. **Current Directions in Psychological Science**, v. 12, n.5, p. 189.-192. 2003.

MASLACH, C.; SCHAUFELI, W. B.; LEITER, M.P. Historical and Conceptual Development of *Burnout*. In: SCHAUFELI, W. B.; MASLACH, C.; MAREK, T. (Ed.). **Professional Burnout: Recent developments in theory and research**. New York: Taylor & Francis, 2017.

MARTINS, G. A. **Estudo de caso: uma estratégia de pesquisa**. 2.ed. São Paulo: Atlas, 2008.

MARTINS, F. Z.; DALL 'AGNOL, C. M. Centro Cirúrgico: Desafios e Estratégias do Enfermeiro nas atividades Gerenciais. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. Santa Maria. RGS, v.37, n. 4, p.3-8, dez. 2016.

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. (org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 18. ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

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.

MORIN, E. M. Os sentidos do Trabalho. **Revista de Administração**. São Paulo, v. 41, n. 3, p. 8-19, jul. /set. 2001.

MONTEIRO, E. L.; MELO, C. L.; AMARAL, T. L.; PRADO, P. R. Cirúrgicas Seguras: elaboração de um instrumento de enfermagem pré-operatório. **Revista SOBECC**. São Paulo, v. 19, n. 2. p. 99-109. Abr./jun. 2014.

MOURA, M. A. A.; WATANABE, E. M. M.; SANTOS, A. T. R.; CYPRIANO, S. R.; MAIA, L. F. S.. O papel do enfermeiro no atendimento humanizado de urgência e emergência. **Revista Científica de enfermagem**. São Paulo, v.4, n. 11, 2014.

OLIVEIRA, M. A. N. A humanização no gerenciamento de novas tecnologias por enfermeiras de centro cirúrgico. **Revista SOBECC**. São Paulo, v. 10, n. 4, p. 8-12, out./dez. 2005.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Segundo desafio global para a segurança do paciente: cirurgias seguras salvam vidas** (orientações para cirurgia segura da OMS). Rio de Janeiro: Organização Pan-Americana da Saúde; Ministério da Saúde; Agência Nacional de Vigilância Sanitária, p. 87-146. 2009.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **A nova Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID -11)**. Rio de Janeiro: Organização Pan-Americana da Saúde; Ministério da Saúde. 2018.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **Manual de cirurgias seguras salvam vidas** (orientações para cirurgia segura da OMS). Rio de Janeiro: Organização Pan-Americana da Saúde, 2010.

PANCIERI, A. P.; CARVALHO, R.; BRAGA, E. M. Aplicação do *checklist* para cirurgia segura: relato de experiência. **Revista SOBECC**, São Paulo, v.19, n. 1, p. 26-33, 2014.

PEREIRA, S. S.; SILVA, M. C.; AZEVEDO, E. B.; FAUSINO, E. B.; ARAÚJO, Z. M. N.; FERREIRA FILHA, M. O. Síndrome de *Burnout* em profissionais de enfermagem de um hospital de urgência/emergência. **Revista da Universidade Vale do Rio Verde**. Três Corações, MG, v. 12, n. 1, P. 636-647, Jan./Jul. 2014.

PIRES, D. A enfermagem enquanto disciplina, profissão e trabalho. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 62, n. 5, p. 739-744, 2009.

PIRES, D. E. P.; AMADIGI, F. R.; ALBUQUERQUE, G. L.; LORENZETTI, J. Enfermagem: desafios em um contexto complexo. In: I Conferência de Enfermagem do Estado de Santa Catarina, 2016, Florianópolis. **Anais...** Florianópolis: Conselho Regional de Enfermagem de Santa Catarina- COREN/SC, 2016.

ROCHA, E. C. **Atuação da enfermagem em urgências e emergências**. 2012. Disponível em: <http://www.egov.ufsc.br/portal/conteudo/atua%C3%A7%C3%A3o-da-enfermagem-em-urg%C3%AAcias-e-emerg%C3%AAcias.www.egov.ufsc>.

SCHAUFELI, W; GREENGLASS, E. R. R. Introduction to special issue on burnout and health. **Psychology & Health**, v.15, n. 1, p. 501-510, 2001.

SCHANFELI, W. B; LEITER. M. P; MASLACH, C. Burnout: 35 years of resarch and practive. **Career Development Intternational**, v. 4, n.3, 2009.

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

SILVA, M. J. P. **Comunicação tem remédio**. 9. ed. São Paulo: Loyola, 2013.

SOBOLL, L. A. P. A face oculta da síndrome do burnout nos profissionais de enfermagem: uma leitura a partir da psicodinâmica do trabalho. In: ENCONTRO DA ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA EM ADMINISTRAÇÃO- EnANPAD, 26., 2002, Salvador. **Anais...** Salvador: ANPAD, 2002.

SOBRAL. G. A. S.; SILVA, T. G. M.; SILVA, I. T. B.; SILVA, J. A.; SOUZA, S. S.; PEREIRA, A. L. M.; SIVA, C. C. Atribuições do enfermeiro no centro cirúrgico. **Revista Enfermagem Brasil**. São Paulo, v. 18, n.4, 2019.

SOUZA, S. K. G.; BRITO, M. A. A; AGUIAR, I. C; MENEZES, B. S. Vivências de Prazer e Sofrimento no Trabalho na Percepção de Profissionais de Recursos Humanos. **Revista de Empreendedorismo, Inovação e Tecnologia**. Passo Fundo. RGS, v. 4, n. 2, p. 3-29. jul- dez, 2017.

TEIXEIRA, A. F, J; FRANCO, A.; CASTANHARO, J.; OLIVEIRA, K. C. S. Atuação da equipe de enfermagem no atendimento de emergência ao paciente com infarto

agudo do miocárdio. **Revista Fafibe On-Line**. Bebedouro. SP, v. 8, n. 1, p. 300-309 2015. Disponível: em <<http://unifafibe.com.br> > [revistafafibeonline](http://unifafibe.com.br).

THIRY-CHERQUES, H. R. Saturação em pesquisa qualitativa: estimativa empírica de dimensionamento. **Revista Brasileira de Pesquisa em Marketing**. São Paulo, v. 3, n. 2, p. 20-27. out, 2009.

TOSTES, M. P.; COVRE, E. P.; FERNANDES, C. A. Acesso à assistência cirúrgica: desafios e perspectiva. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto. SP, v. 24. março, 2016.

TRIGO, T. R.; TENG, C. T.; HALLAK, J. E. C. Síndrome de *Burnort* e estafa profissional e transtornos psiquiátricos. **Revista Psiquiatria clínica**. São Paulo. V, 34, n.5, 2007.

VERGARA, S. C. **Projetos e relatórios de pesquisa em administração**. 10. ed. São Paulo: Atlas, 2009.

VOGT, R. M.; FREITAS, E. C. Gestão organizacional em um centro cirúrgico de um hospital da grande Porto Alegre. **Revista Gestão e Desenvolvimento**. Novo Hamburgo, v. 9, n. 1, p. 33-46, 2012.

WALLAU, S. M. Estresse Laboral: o desgaste psíquico no trabalho e a síndrome de *burnout*. **Revista Gestão e Desenvolvimento**. Novo Hamburgo. RGS, v. 1, n. 1, p.67-75, 2004.

WINTERS, J. R. F.; PRADO, M. L.; HEIDEMANN, I. T. S. Formação em enfermagem orientadas aos princípios do Sistema Único de Saúde: percepção dos formados. **Revista de Enfermagem Escola Anna Nery**, v. 20, n. 2 , p. 248-253, 2016

YIN, R. K. **Estudo de caso**: planejamento e métodos. 3. ed. Porto Alegre. Bookman, 2005.

ZANATTA, A. B.; LUCCA, S. R. Prevalência da síndrome de Burnout em profissionais da saúde de um hospital oncohematológico infantil. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. São Paulo, v. 49, n. 2, p. 253-260, 2015.

ZOMER, F. B.; GOMES, K. M. Síndrome de *Burnout* e estratégias de enfrentamento em profissionais de saúde: uma revisão não sistemática. **Revista de Iniciação Científica**. Criciúma. SC, v. 15, n. 1, p. 55-68, 2017.

## APÊNDICE

### ROTEIRO DE ENTREVISTA

Prezado (a):

Agradeço antecipadamente pela disponibilidade em conceder a entrevista que fundamentará a pesquisa “Vulnerabilidade à síndrome de *Burnout*: um estudo com enfermeiros que atuam em unidade de centro cirúrgico de um hospital público na cidade de Belo Horizonte - MG. Ressalto que as informações fornecidas serão utilizadas exclusivamente para fins da pesquisa acadêmica e que sua identidade será mantida sob sigilo e anonimato absolutos. Os dados serão tratados em sua totalidade, ou seja, em nenhum momento de forma específica ou individual.

Peço que considere exatamente o que acontece no exercício da sua profissão e não aquilo que considera ideal em termos de acontecimento. Portanto, responda às perguntas pensando em sua vivência ou experiência profissional, não se preocupando em definir as questões como certas ou erradas.

#### Seção I – Perfil demográfico e ocupacional

Idade:

Sexo:

Estado civil:

Número de filhos:

Escolaridade:

Área de atuação:

Tempo de atuação na presente instituição:

Carga horária de trabalho:

#### Seção II – Roteiro da entrevista

##### A. CONTEXTO DO TRABALHO

##### A.1 – Organização do trabalho

- 1) Fale sobre o ritmo de seu trabalho na organização em que trabalha.
- 2) Você pode me relatar que responsabilidades são exigidas de você para a realização do seu 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 seu trabalho, o que a organização em que atua tem requerido de você?

5) Avalie os meios de comunicação disponibilizados pela instituição para você realizar o seu trabalho;

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

### **A.2 – 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 em que 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?

### **A.3 – Relações socioprofissionais**

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

a) Chefia;

b) Colegas e equipe (enfermeiros e médicos);

c) Paciente/família;

Neste quesito, estar atento para levantar dados sobre espírito de equipe, cooperação, conflitos interpessoais, disputas, relações de poder etc. no que diz respeito ao relacionamento com chefia, colegas e equipe de trabalho.

## **B – SÍNDROME DE *BURNOUT***

### **B.1 – Exaustão emocional**

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

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

13) O que você pode me relatar a respeito do esforço que precisa desempenhar para realizar o seu trabalho?

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



15) Que estratégias você utiliza para lidar com as situações que lhe causam desgaste no trabalho?

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

### **B.2 – 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?

### **B.3 – 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? Cite algumas.

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

24) Que aspectos do seu trabalho motivam você a continuar realizando 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 remuneração/benefícios que recebe em relação a sua atividade profissional.

## APÊNDICE B

### Termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE)

Eu, Teresa Cristina Fidelis Silva, 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 vulnerabilidade à síndrome de *burnout* em enfermeiros que atuam na unidade de centro cirúrgico no atendimento de urgências e emergências.

Para que os nossos propósitos possam ser alcançados, convido você a 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 e transcritos, ficando em poder do pesquisador. Informo-lhe, ainda, que os dados obtidos serão mantidos em sigilo, assim como sua privacidade, e que será respeitada a garantia de anonimato. Saliento que os resultados da pesquisa serão utilizados apenas para fins científicos. Ressalto, também, que os dados colhidos serão destruídos após o período 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 de se recusar a participar e de retirar seu consentimento a qualquer momento ou fase do estudo.

Eu,.....,  
 declaro que fui orientado(a) sobre o estudo, afirmo meu consentimento em participar da atividade proposta pela pesquisadora e autorizo a gravação da minha entrevista.  
 Belo Horizonte,.....de .....de 2019.  
 Assinatura do (a) entrevistado(a).....  
 Assinatura da pesquisadora:.....

Pesquisadora responsável: Teresa Cristina Fidelis Silva

Endereço: Av. Saramenha, 1.725, bloco-31, apto 304 – Bairro Guarani.

CEP 35.690-000 – Celular (31) 9-8854-3095.