

PARA UMA ANÁLISE DO ESTRESSE OCUPACIONAL EM SETORES FECHADOS DE ENFERMAGEM: SOBRE A SÍNDROME DE BURNOUT E SUA IMPLICAÇÃO NO CENTRO DE MATERIAL DE ESTERILIZAÇÃO (CME)

CHUNG, Petty Genicor¹

SILVA, Neiva²

REIS, Alessandra Crystian Engles³

RESUMO

O artigo em vigor abordará o moderno problema do desenvolvimento de perturbações psíquicas engendradas em razão de determinadas formas e condições de trabalho na área de saúde e enfermagem. Esta é uma ampla questão e requer um recorte metodológico, cuja abordagem fará uma análise da síndrome de Burnout e sua implicação nos ambientes de trabalho “fechados” – a exemplo do *Centro de Material de Esterilização* (CME). Nossa leitura repousa sobre a necessidade premente de humanização, pretensão esta que objetiva eliminar os inconvenientes centrais da sociedade moderna. Para tanto, realizamos um levantamento bibliográfico no qual a seleção dos textos adotados reflete sua relevante propagação acadêmica. As ideias basilares, extraídas dos materiais consultados, expressam, reiteradamente, uma necessidade inadiável de revisão dos valores humanos, organizacionais e administrativos, bem como exige imediatamente a restauração genérica (material e humana) dos CMEs e das instituições de unidades de saúde em geral. Em suma, foi com a máxima objetividade de minimizar tais inconveniências que veio a tona a presente pesquisa e a meta cabal é sensibilizar os órgãos responsáveis (governamentais) e primar pela humanização, isto é, a melhoria efetiva dos setores prejudicados.

PALAVRAS-CHAVE: enfermagem, ambientes fechados, estresse ocupacional, síndrome de burnout;

ANALYSIS OF OCCUPATIONAL STRESS WITHIN CLOSED SECTORS OF NURSING: ABOUT THE BURNOUT SYNDROME AND ITS IMPLICATION IN STERILIZING AND MATERIAL CENTER

ABSTRACT

This article will address to the existing modern problem of developing mental disorders engendered on the account of certain working conditions in health care and nursing. This is a broad question and requires a methodological approach which will make an analysis of Burnout Syndrome and its implications in “closed” workplaces - such as the Center for Material and Sterilization (CME). Our study rests on the pressing need for humanization, this pretense that aims to eliminate the central drawbacks of modern society. Thus, we performed the reading of literature in which the selection of the adopted texts reflects the problem’s relevant academic propagation. The basic ideas drawn from the materials consulted, expressed repeatedly, an urgent review of human, organizational and management values and immediate calls to a dramatic restoration (material and human) of CMEs and general health institutions. In short, it was with the utmost objectivity to minimize such inconveniences that this research came to light and its accurate goal is to sensitize the responsible agencies (governmental) and strive for humanization, that is, the effective improvement of the disadvantaged sectors.

KEYWORDS: nursing, closed workplaces, occupational stress, Burnout Syndrome;

1. INTRODUÇÃO

Ao analisar publicações e fontes diversas que relatam e denunciam sobre as más condições de trabalho dos profissionais da saúde, em especial dos enfermeiros, constatou-se que os maiores agravantes de perturbações psíquicas nesses agentes foram indicados pelas relações de trabalho em sentido “extrapolante”.

Congruente com a advertência, alguns elementares como a carga horária excessiva, o conflito entre enfermeiro e paciente e as relações contrastantes entre os profissionais em seu próprio local de trabalho – incluindo o uso de equipamentos e tecnologias – serão considerados como os principais agentes estressores nos setores restritos à enfermagem. Reflexivamente, o sofrimento do profissional da saúde em expediente de trabalho tende a alardear uma desestabilidade emocional generalizada na medida em que extrapola as suas capacidades de enfrentamento dos conflitos cotidianos. Destarte, “fatores de risco psicossociais podem desencadear estresse, entendido como uma reação complexa com componentes físicos e psicológicos resultantes da exposição às situações que excedem os recursos de enfrentamento da pessoa” (MURTA & TRÓCCOLI, 2004, p. 12).

Interpretamos que o trabalho humano, para além de mera necessidade de produção de subsistência material, foi reconhecido universalmente como uma das fontes de satisfação de diversas necessidades espirituais. Paradoxalmente, essa mesma atividade pode converter-se em fonte de adoecimento quando extrapola, pois, esgotando os limites individuais do ser humano. Haja vista que o fenômeno se alastrá em amplitude nas áreas de saúde, o presente artigo abordará os inconvenientes supracitados num setor específico de saúde e enfermagem: o *Centro de Material de Esterilização* (CME). Ademais, a investigação em voga perscrutará também o modo de organização e estruturação dos CMEs para captar em que sentido tal setor possa contribuir com a degenerescência física e espiritual das pessoas que nele atuam.

Nesse horizonte, nosso recorte metodológico se dará com a análise da síndrome de Burnout, uma patologia que se estende, sobretudo, aos profissionais que atuam em ambientes de trabalho “fechados” – como é o caso do CME. É,

¹- Acadêmica do 8º período do Curso de Enfermagem da Faculdade Assis Gurgacz.

² Acadêmica do 8º período do Curso de Enfermagem da Faculdade Assis Gurgacz. petty.chung@hotmail.com

³- Enfermeira, Mestre em Educação, docente da Faculdade Assis Gurgacz. alereis@fag.edu.br

indubitavelmente, com uma objetiva intencionalidade que pretende minimizar essa agravante que repousará a abordagem sequente; porquanto a meta final consiste em sensibilizar os órgãos responsáveis pela *humanização* da vida social, isto é, a efetivação de melhorias nos setores prejudicados elevando-os, portanto, aos padrões considerados positivos, quer dizer, ao nível mais desenvolvido pelas bases infraestruturais até então engendradas pelo progresso da humanidade.

2. METODOLOGIA

A pesquisa de que nos ocupamos tem importância restritamente teórica. Significa isto dizer que sua base consiste numa revisão e análise de materiais já publicados, tangente ao tema em destaque. Destarte, foi necessária uma busca minuciosa em mídia eletrônica (internet) e constatou-se, por isso, que os pormenores encontrados derivam de um amplo volume de teses, artigos e produções acadêmicas genéricas; o que engendrou uma exigência de seleção cujo critério adotado se restringe ao maior número de menções, referências e citações, portanto da circulação propagada dos textos então escolhidos.

No levantamento de dados foram 373 publicações acessadas, pois, que compreendem as ideias apropriadas aos temas centrais da produção em vigor. Desse total, 230 trataram da *Síndrome de burnout* em geral e apenas outras 20 visaram essa patologia restritamente às atividades de enfermeiros; por isso, tornou-se imprescindível estender tais considerações, ora de modo proposital e projetivamente, para o campo singular interessado, isto é, ao CME, haja vista que esta área de atuação da enfermagem não apresenta propagação teórica estimável – afirmação esta que está justificada com a exposição de apenas 12 artigos encontrados após uma busca rigorosamente detalhada. Os textos restantes são relativos às questões das ciências humanas, em especial da psicologia, sendo que 60 trabalhos publicados tocam no “moderno” e famigerado problema do *estresse ocupacional* em áreas e profissões diversas; em relação a essa negativa constante nos setores de saúde e enfermaria temos outros 24 textos seletos e que, positivamente, dissertaram também sobre a amenização necessária, logo, ao exigir a *humanização do trabalho*. Finalmente, após a análise de mais 27 produções sobre *trabalho e trabalho em enfermagem* fez-se possível compor um quadro ideal de seleção.

Figura 1 – Indicação bibliográfica essencial para composição teórico-metodológica.

ASSUNTO/TEMA				
FONTE	EDITORIA	AUTOR	TÍTULO	ANO
CME – ESTRUTURA E ORGANIZAÇÃO				
Scielo	Escola de Enfermagem	BRUNA, C. Q. M.; GRAZIANO, K. U.	Temperatura e umidade no armazenamento de materiais autoclavados: revisão integrativa.	2012
Scielo	Texto & Contexto	GIL, R. F.; CAMELO, S. H.; LAUS, A. M.	Atividades do enfermeiro de Centro de Material e Esterilização em instituições hospitalares.	2013
Scielo	Escola de Enfermagem	MARTINS, VMF. et al.	Forças impulsoras e restritivas para trabalho em equipe em um Centro de Material e Esterilização de hospital escola.	2011
SÍNDROME DE BURNOUT EM PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM				
Scielo	Cad. de Saúde Pública	MOREIRA. David de Souza et al.	Prevalência da síndrome de <i>Burnout</i> em trabalhadores de enfermagem de um hospital de grande porte da Região Sul do Brasil.	2009
Scielo	Acta Paul. Enfermagem	FRANÇA, F.; FERRARI, R.	Síndrome de <i>Burnout</i> e os aspectos sócio-demográficos em profissionais de enfermagem.	2011
Scielo	Acta Paul. Enfermagem	TAVARES, K. F. A. et al.	Ocorrência da síndrome de <i>Burnout</i> em enfermeiros residentes. Rev. Acta Paul.	2014
Scielo	Texto & Contexto	MENEGHINI, F.; PAZ, A.; LAUTERT, L.	Fatores ocupacionais associados aos componentes da síndrome de <i>Burnout</i> em trabalhadores de enfermagem.	2011
Scielo	Organizações e Sociedade	ANDRADE, T. et al.	Síndrome de <i>Burnout</i> e suporte social no trabalho: a percepção dos profissionais de enfermagem de hospitais públicos e privados.	2012
Scielo	Acta Paul. Enfermagem	JODAS, D. A.; HADDAD, M. C. L.	Síndrome de <i>Burnout</i> em trabalhadores de enfermagem de um pronto socorro de hospital universitário.	2009
Scielo	Escola de Enfermagem	GALINDO, R. H. et al.	Síndrome de <i>Burnout</i> entre enfermeiros de um hospital geral da cidade do Recife.	2012
Scielo	Latino-americana Enfermagem	DALMOLIN, G. L. et al.	Sofrimento moral e síndrome de <i>Burnout</i> : existem relações entre esses fenômenos nos trabalhadores de enfermagem?	2014
Scielo	Latino-americana Enfermagem	MUROFUSE, N. T.; ABRANCHES, S. S.; NAPOLEÃO, A. A.	Reflexões sobre estresse e <i>Burnout</i> e a com a enfermagem.	2005

ESTRESSE OCUPACIONAL E HUMANIZAÇÃO DO TRABALHO EM SAÚDE E ENFERMAGEM

Scielo	Esc. Anna Nery de enfermagem	RISSARDO, M. P.; GASPARINO, R. C.	Exaustão emocional em enfermeiros de um hospital público.	2012
Scielo	Latino-americana Enfermagem	FRANÇA, F. M. et al.	Burnout e os aspectos laborais na equipe de enfermagem de dois hospitais de médio porte.	2012
Scielo	Rev. Brasileira de Terapia Intensiva	SCHMIDT, D. R. C. et al.	Qualidade de vida no trabalho e Burnout em trabalhadores de enfermagem de Unidade de Terapia Intensiva.	2013

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 ESTRUTURA E ORGANIZAÇÃO GERAL DOS CMES

Centro de Material e Esterilização (CME) é uma denominação genérica para as áreas de unidades, partições, centros ou outros estabelecimentos de saúde que executam a limpeza e o processamento de artigos, materiais e instrumentos hospitalares. De modo geral, um CME é uma unidade de saúde cujas atribuições centrais incidem nas atividades de “recepção, limpeza, desinfecção, preparo, esterilização, armazenamento e distribuição de materiais utilizados na assistência à saúde” (BRUNA & GRAZIANO, 2012, p. 1.216). Portanto, a finalidade prática do CME é “prover suporte às ações de saúde” (MACHADO, 2009, p. 56) tendo por base o controle essencial das atividades de esterilização e conservação⁴ dos objetos indispensáveis à execução dos serviços hospitalares.

Segundo Carvalho Junior (2012, p. 40), o Ministério da Saúde atribui ao CME “o conjunto de elementos destinados à recepção, expurgo, preparo, esterilização, guarda e distribuição dos materiais para as unidades dos estabelecimentos assistenciais à saúde”; infere-se, portanto, que a segurança e a qualidade dos serviços não se limitam a tecnologias, mas repousa na seriedade, dedicação e, sobretudo, na capacitação e eficiência dos profissionais e das equipes. Destarte,

A prática de enfermagem em CME é bastante complexa devido à diversidade de atividades setoriais, exigindo dos profissionais: conhecimento, habilidade técnica, responsabilidade, compromisso e atenção. Além disso, o trabalho em equipe é muito importante, pois estes devem atuar com qualidade em todas as etapas do processo. Mesmo tratando-se de uma unidade com suas especificidades e complexidades aos elementos do processo de trabalho, diferenciando-se em sua forma de cuidar, apresenta ainda em seu âmbito global como seu objetivo de trabalho a recuperação e proteção da saúde dos pacientes (CARVALHO JUNIOR, 2012, p. 42-43).

Por conseguinte, o CME é uma unidade vital, cuja incumbência visa garantir o abastecimento do instrumental de trabalho necessário ao mantimento da maior parte das unidades e partições internas de uma instituição hospitalar, haja vista que o fluxo dos artigos a serem reprocessados (esterilizados) é inteiramente de sua responsabilidade.

A estrutura básica de um CME é constituída, obviamente, por forças e bases materiais e humanas. Em grande parte, estas unidades são estrategicamente divididas em partições fisicamente independentes, porém correlativas, pois, em prol da facilitação e continuidade do trabalho da equipe. Cada área atuante compõe uma parte de um todo ao realizar um trabalho manual intransigente, levando em consideração as etapas ordinariamente necessárias. Nesse sentido, as atribuições desenvolvidas no CME expressam o trabalho cooperativo, executado por uma equipe, tendo as pessoas como base imprescindível. O quadro de pessoal de um CME deve ser composto por enfermeiros, técnicos de enfermagem, auxiliares de enfermagem e auxiliares administrativos com a respectiva formação científica basilar exigida para a atuação no setor. Suas normas e complexidades internas podem ser assim esmiuçadas:

A área física do CME deve ser planejada, projetada, construída, reformada e mantida para responder aos requisitos dos processos e atividades que nela são executados, traduzidos na forma de programa de necessidades e refletidos em suas dimensões, instalações, materiais, condições de conforto ambiental, ergonomia, mobiliários e equipamentos, energia e incorporação tecnológica. Pensar na área física do CME é pensar em todos os elementos que ocupam seu espaço ou nele interferem, em três instâncias: organizacional (processos, normas, recursos humanos); física (área, energia, tecnologia) e financeira (recursos, investimento, custeio). Durante o trabalho no CME, o acesso de pessoas deve ser restrito aos funcionários da mesma, sendo designado entre estes a área de atuação específica para cada um, escalando-os quantitativamente para a área contaminada e outro para área limpa. O fluxo dos artigos deve ser contínuo e unidirecional evitando o cruzamento e retorno dos artigos limpos e esterilizados com os sujos (CARVALHO JUNIOR, 2012, p. 42).

É fundamental ressaltar que o CME é uma unidade que se articula com praticamente todos os setores do hospital, pois fornece os produtos médicos às unidades consumidoras, isto é, desde o centro cirúrgico até as unidades básicas de internação, ambulatório, e emergência. O bom funcionamento do CME se dá na relação adequada e equilibrada entre

⁴- Conforme Carvalho Junior (2012, p. 41): “Esterilização é o processo que visa destruir todas as formas de vida com capacidade de desenvolvimento durante os estágios de conservação e de utilização do produto. Conservar é manter as características do produto durante a vida útil de armazenamento”.

infraestrutura e recursos humanos qualificados. Por isso, dentre os principais aspectos que interferem no desenvolvimento normal ou positivo do trabalho no CME estão: “a infraestrutura inadequada, a qualificação dos profissionais e a pressão inerente ao serviço, decorrente do processo de trabalho caracterizado pelo modo sequencial das etapas operacionais do reprocessamento de artigos, além da necessidade de produtividade” (MARTINS *et al*, 2011, p. 1.184).

Faz-se possível caracterizar o trabalho do CME como “uma atividade-meio” (MACHADO, 2009, p. 53). A expressão não pode ser confundida com trabalho mal feito ou feito pela metade; ao contrário, a sentença busca centralizar a importância fundamental do CME uma vez que o trabalho aí concluído é um *meio*, isto é, o coração que verte sangue novo, o meio insubstituível para a realização dos serviços prestados nas demais unidades contíguas: é, peremptoriamente, o CME que conecta todos os demais setores dos estabelecimentos de saúde; portanto se insere no “meio”, ou seja, está entre o usuário (cliente/paciente) e o médico (profissional curador). Nessa perspectiva,

Os autores demonstram que, se essa unidade não funcionar, todo o processo de trabalho no hospital para. Fazendo a analogia com o coração, o CME distribui os materiais estéreis e limpos (oxigênio e nutrientes) para todo o hospital (organismo) e dá um destino final aos detritos (produtos metabólicos) no expurgo e se funcionar de forma inadequada ou parar o corpo morre. Resumindo, distribui material estéril (sangue rico em oxigênio e nutrientes) e processa os materiais sujos e contaminados (sangue rico em toxinas e dióxido de carbono), reiniciando a circulação e mantendo a instituição viva. O CME também aparece como uma unidade que possui interface com todos os outros setores, fazendo a ligação entre as atividades desenvolvidas no hospital, ou seja, como atividade-meio, mostrando um entrelaçamento, uma interdependência (MACHADO, 2009, p. 113).

Aspectos que também merecem ser destacados quanto à estruturação do CME tangem à centralização e descentralização. Um CME é *centralizado* quando lá se executam todas as etapas do processamento de materiais e artigos, e *descentralizado* na medida em que as unidades consumidoras também participem do processo geral de limpeza, desinfecção, acondicionamento e outras tarefas. Opta-se, geralmente, pela centralização do CME, pois facilita o controle do estoque e a padronização dos procedimentos de limpeza e preparo, além de concentrar todo o material. Num CME descentralizado existem maiores transtornos para o controle dos materiais e técnicas de limpeza; há prejuízos irremediáveis tais como o desvio dos materiais, desperdício de instrumentos, equipamentos e demanda relativamente desnecessária de pessoal. Nesse sentido, o Ministério da Saúde recomenda a *centralização* do processamento de artigos hospitalares, pois garante “a redução do custo, a maior eficiência de operacionalização, maior facilidade de manutenção do padrão de qualidade e aumento do tempo de vida útil dos mesmos” (CARVALHO JUNIOR, 2012, p. 41).

Dadas as asserções supracitadas, tangentes à estrutura e organização do CME, torna-se viável abordar a especificidade e atuação prática do profissional/enfermeiro do CME. Não é forçoso afirmar que este aspecto caracteriza a dimensão mais significativa da pesquisa em vigor, pois, como se verá doravante, o enfermeiro que trabalha no setor em destaque sofre de desprezo e invisibilidade inacreditáveis; e isto a despeito da importância fulcral do CME, unidade esta que tem como função primordial a garantia do suporte necessário para o cuidado de pacientes em diferentes situações de atendimento. Destarte, trata-se de um trabalho especial cuja atividade dominante é a *gerência* do processamento dos diferentes artigos para inúmeras divisões médico-hospitalares.

O enfermeiro que atua em CME deve deter competências e saberes correlatos à modernização do processo produtivo, sobre a valorização dos recursos materiais e humanos e sua atualização constante; empreendimento este arduamente alcado por meio de programas de educação continuada, pois, suficientemente ampliados para acompanhar o desenvolvimento das potencialidades materiais e satisfazer os anseios cognitivos dos profissionais de enfermagem diante da demanda das novas tecnologias, isto é, das conquistas engendradas pelo progresso histórico da humanidade.

A gerência e o controle concomitante de pessoas e dos processos de esterilização traça a rotina diária do enfermeiro de CME cujas bases compreendem funções múltiplas: “planejamento e elaboração de instrumentos administrativos e operacionais; administração de recursos materiais e de pessoal e supervisão” (GIL; CAMELO; LAUS, 2013, p. 6) – só para mencionar os itens mais centrais e determinantes. O objeto de trabalho do enfermeiro de CME são os artigos médico-hospitalares processados ou reprocessados, recebidos (sujos) e devolvidos (limpos) de modo unidirecional aos agentes certos; e os instrumentos do processo de trabalho deste profissional consistem nos conhecimentos, na comunicação e no relacionamento interpessoal e no planejamento. É, obviamente, perceptível que com todas essas ocorrências simultâneas torna-se o cotidiano e o ambiente do agente de saúde de CME momentos assaz corriqueiros; mas que isso, reflete um caos em potência, pois, que tende a extrapolar as suas capacidades minimamente vitais. Assim, os autores refletem que a atuação dos profissionais de CME é influenciada por seus limites pessoais, “tais como problemas físicos e psíquicos que podem comprometer o desempenho destes, indicando que a valorização pessoal destes no âmbito do trabalho e boas condições ergonômicas podem fazer a diferença no seu desempenho (MARTINS *et al*, 2011, p. 1.188).

Terminantemente, o CME apresenta estruturas e organizações genéricas que implicam na manutenção basilar dos instrumentais de trabalho dos agentes de saúde como um todo: em suma, a esterilização e conservação das ferramentas de trabalho e de atividades executadas nas áreas de saúde e enfermagem. Ao profissional-enfermeiro que atua no setor em destaque se incumbe vasta gama de tarefas, exigindo deste um controle físico e mental exacerbante que faz por gerar um despendimento elevado de suas energias vitais. De acordo com as menções acima expostas, o

enfermeiro do CME acata diversas funções que se sintetizam no gerenciamento correto e adequado ao funcionamento do CME – ou o que o mesmo significa: à continuidade das produções médico-hospitalares ativas.

As asserções até então supracitadas incita-nos a conceber os centros de esterilização de materiais e artigos de operações médicas como, de fato, a pouco dissemos: é o meio imprescindível ao trabalho realizado nos estabelecimentos de unidades de saúde; porquanto que este ao falhar faz por romper todas as demais atividades, reflexivamente, o CME é, conforme a metáfora, o “coração que vete o sangue vital” às atividades intrínsecas à saúde.

3.2 SÍNDROME DE BURNOUT: HISTÓRICO, ORIGEM E TEORIZAÇÃO

Oriunda do idioma inglês, a palavra *Burnout* encontrou sua acepção mais adequada nos países latinos como “queima após desgaste” ao expressar algo que perdeu suas funções normais por exaustão. Destarte, o termo é também usado em modo figurativo para explicar o sofrimento do profissional em seu ambiente de trabalho quando este perde a motivação e não mais reconhece sua importância no exercício de suas atribuições. Indiferentemente às inúmeras conotações para a síndrome em questão, “o sentido literal significa estar esgotado ou queimado” (RIBEIRO, 2011, p. 5); e também foi usado por Souza & Silva (2002, p. 38) “para designar uma resposta dos indivíduos ao estresse ocupacional”.

A condição derivada da síndrome de burnout é mais verossímil – senão agudamente perceptível – em profissionais que atuam no setor público e, sobretudo, nas áreas que estão diretamente envolvidas no cuidado de pessoas (saúde, educação e segurança, por exemplo). Portanto, o conjunto de sintomas manifestados por trabalhadores que lidam frequentemente com pessoas – professores, enfermeiros e médicos, por exemplo – consiste na apresentação de “esgotamento físico e mental, irritabilidade, perda do interesse pelo trabalho e sentimento de autodesvalorização (TAVARES et al, 2014, p. 261).

Historicamente, a ideia de *Burnout* foi primeiramente expressa, conforme Ribeiro (2011, p. 5), “por Schwartz e Will (1953) para a descrição do caso de uma enfermeira psiquiátrica desiludida com o seu trabalho”. Mas, em 1974 o conceito foi retomado e “mencionado pelo psicólogo Herbert J. Freudenberger, que descreveu um quadro observado em jovens trabalhadores de uma clínica de dependentes de substâncias químicas na cidade de Nova York, Estados Unidos.” (MOREIRA et al, 2009, p. 1.559). As observações de Freudenberger sobre os trabalhadores levaram-no a descrevê-los como agentes neutros, portanto frios, visto que não conseguiam mais enxergar os pacientes como pessoas que necessitavam de ajuda médica. Nos diversos trabalhos do psicólogo, a síndrome de *burnout* tomou, decisivamente, “a definição de comportamentos de fadiga, depressão, irritabilidade aborrecimento, perda de motivação, sobrecarga de trabalho, rigidez e inflexibilidade” (RIBEIRO, 2011, p. 5). Nesse sentido, a síndrome de burnout também se caracteriza como umas das formas ou manifestações do estresse; todavia, “quando se torna crônico, passa a ser chamado de burnout, para designar algo ou alguém que não possui mais energia” (RISSARDO & GASPARINO, 2013, p. 129).

Nos dois últimos decênios do século XX outros autores se interessaram pelas pesquisas iniciais de Freudenberger. Faz-se minimamente possível destacar os nomes de maior relevância teórica como Christina Maslach (1976), Gary Cherniss (1980) e Ayala Pine (1989), pois são os “estudos que popularizaram o conceito de *Burnout* e o apresentaram como uma importante questão social” (RIBEIRO, 2011, p. 6). A Christina Maslach, psicóloga social e pesquisadora da Universidade da Califórnia, teve sobremaneira especial importância nas questões de burnout uma vez que ela, dentre outros detalhes, realizou estudos teóricos e de campo com profissionais de serviços sociais e de saúde. Ademais, de acordo com Ribeiro (2011, p. 6), “foi ela quem, primeiramente, entendeu que pessoas com *Burnout* apresentavam atitudes negativas e de distanciamento pessoal”.

A despeito da baixa propagação científica sobre burnout no Brasil relativamente às produções internacionais, as leis brasileiras de previdência social e de auxílio ao trabalhador em geral já se atentaram quanto a uma possível epidemia dessa síndrome. Nesse horizonte, em maio de 1996, foi homologado o Decreto nº 3048/99, cuja regulamentação prevista em seu anexo II visa à prevenção e ao tratamento necessário acerca dos Agentes Patogênicos Causadores de Doenças Profissionais, o que inclui também as doenças de caráter psíquico, dos transtornos mentais e do comportamento negativo refletido no trabalho. Positivamente, o inciso XII tange diretamente na síndrome de burnout como aquela que provoca sintomas de “*Sensação de Estar Acabado* (Síndrome de Burn-Out, Síndrome do Esgotamento)” (Ministério da Saúde, apud RIBEIRO, 2011, p. 11).

A origem da síndrome de burnout é extremamente complexa e uma possível conciliação teórica em seu favor tem sido estérilmente vaga. Sabe-se, porém, que se trata de “uma condição de sofrimento psíquico, relacionada ao trabalho” (FRANÇA et al, 2012, p. 6). Há, factualmente, uma relação inseparável entre os valores organizacionais e o desenvolvimento da síndrome de burnout; entretanto, não há um consenso por parte das instituições de ciência e de saúde pública quanto à influência do trabalho exaustivo e sua conexão com a síndrome, “pois se tem demonstrado que o *Burnout* ocorre também em trabalhadores motivados, que reagem ao estresse laboral trabalhando ainda mais, até entrarem em colapso” (MENEGRINI; PAZ; LAUTERT, 2011, p. 231).

Já foi demonstrado que os setores de serviços públicos – em especial, áreas da saúde – constituem o terreno mais propício ao desenvolvimento do *burnout*. Por outro lado, estudos apontam que a patologia em questão também ocorre em indivíduos cujas profissões os expõem à tensão e estresse intensos e, nesse sentido, o burnout se estende também às

atividades de “contadores, corretores de bolsa, diretores ou executivos de empresas, controladores de tráfego aéreo, treinadores e desportistas, sendo inclusive estudado fora do âmbito profissional (donas-de-casa, por exemplo)” (MOREIRA *et al.*, 2009, p. 1.560).

Destarte, ressalta coerentemente Ribeiro (2011, p. 6) “que outros fatores da sociedade moderna também contribuíram para o aumento de profissionais acometidos pela Síndrome de *Burnout*”. A sociedade moderna é uma configuração de relações sociais pós século XVI, portanto condiz com o desdobramento da civilização capitalista e da vida corriqueira do mundo globalizado. Certamente, só a partir dos últimos cinco séculos é que podemos falar em doenças psicológicas, em especial quando tais patologias são inerentes ao âmbito do trabalho. É na modernidade que surge – pois, se não gerou, ao menos acentuou – “a cisão entre afeto e trabalho, que nasce a partir das dimensões demarcadas pelo capital, fortemente observada no cotidiano dos trabalhadores da área da saúde, especialmente para a enfermagem” (MUROFUSE; ABRANCHES; NAPOLEÃO, 2005, p. 260). Estes mesmos autores compreendem e estão, de fato, convencidos que:

Tanto a Teoria do Estresse quanto a Teoria do *Burnout* são produtos e expressão de uma necessidade de um determinado momento histórico e específico, o modo de produção capitalista. Ambas surgem e relacionam-se com o momento em que ocorre uma explosão da produção e consumo. O interesse pela Teoria do *Burnout* aumentou e parece coincidir com a preocupação sobre a Qualidade de Vida e com as indicações de mudanças conceituais sobre saúde. Estaria relacionado, também, com o aumento da demanda e das exigências da população em relação aos serviços de maneira geral e, em especial, da educação e saúde (MUROFUSE; ABRANCHES; NAPOLEÃO, 2005, p. 260).

Se há um inconveniente socialmente conectado com a Síndrome de *Burnout*, e em especial com os trabalhadores da saúde, é, sem dúvida, a possibilidade de se gerar um quadro de profissionais que atuem de modo impessoal, portanto com atitudes frias e desconcertantes, não dedicados e indiferentes ao envolvimento próprio e necessário, o que vem a causar uma diminuição da realização profissional que poderá até resultar na desistência do agente. Sem embargo, “os profissionais da saúde podem estar mais suscetíveis ao *Burnout*, uma vez que vivenciam uma dualidade de papéis e enfrentam uma série de cobranças por parte de seus empregadores e chefias, dos pacientes e de si próprios” (RIBEIRO, 2011, p. 11).

A situação presente e supracitada trará o inverso do que se almeja nas produções teóricas até então expostas – o que é também objeto e fim da pesquisa em vigor –, pois o profissional afetado pelo *burnout* não é mais capaz de lidar com as emoções das pessoas que atende e começa a tratá-las de forma desumanizada e, portanto, irá “apresentar consequências ao processo de trabalho, afetando a qualidade de assistência de enfermagem prestada” (JODAS & HADDAD, 2009, p. 196).

Autores apontam ademais que a busca de soluções individuais para problemas coletivos facilita a aparição do *burnout*, premissa esta coerentemente ligada com as observações feitas sobre o trabalho em saúde, haja vista que nesse âmbito o profissional deposita também seus sentimentos pessoais mais profundos nas necessidades e no sofrimento dos pacientes. Nessa perspectiva, “o enfrentamento do *burnout* não pode descartar nem processos individuais, nem processos organizacionais de melhor suporte ao trabalho das equipes e à saúde de seus integrantes” (GALINDO *et al.*, 2012, p. 426).

De qualquer modo, a sobrecarga no trabalho foi a principal e mais contundente das variáveis então apontadas como causadoras da síndrome de burnout. Conforme os dados já descritos no tópico anterior sobre o CME, muitos estudos apresentam também assertivas coincidentes e demonstram com clarividência que “a enfermagem hospitalar é uma atividade complexa e exige demandas elevadas: a sobrecarga diz respeito tanto à quantidade, quanto à qualidade excessiva de demandas” (MENEGRINI; PAZ; LAUTERT, 2011, p. 231).

A patologia de burnout será então interpretada e sintetizada enquanto um processo que abrange três dimensões essenciais: “a exaustão emocional, a despersonalização e a baixa realização profissional” (FRANÇA & FERRARI, 2012, p. 744). Foi ainda exposto que este é um processo que se desdobra em fases sequenciais; portanto, “as suas três dimensões – exaustão emocional, despersonalização e baixa realização no trabalho – devem ser consideradas para que se possa caracterizar a síndrome” (RIBEIRO, 2011, p. 7).

Os pesquisadores apresentam, em geral, uma sistematização dos elementos causadores da síndrome de burnout salientando reiteradamente os aspectos sequentes: excesso de trabalho, falta de controle, remuneração insuficiente, colapso da união, ausência de equidade e valores conflitantes. Alguns dão maior ênfase nas questões salutares, sobretudo a respeito da saúde física e mental, alertando acerca da possibilidade de se contrair doenças como: “alterações cardiovasculares, fadiga crônica, cefaléias, enxaqueca, úlcera péptica, insônia, dores musculares ou articulares, ansiedade, depressão, irritabilidade, entre outras” (GALINDO *et al.*, 2012, p. 421-22). No âmbito social, o burnout tende a interferir na vida doméstica, nas relações familiares e no lazer. O cotidiano do trabalho é sobremaneira afetado pelo absenteísmo, rotatividade de emprego, ascensão de condutas violentas e desqualificação da vida profissional – conforme a maioria dos autores.

Peremptoriamente, faz-se possível determinar de modo satisfatório todas as advertências clínicas tangentes à síndrome de Burnout. Assim, os autores entendem que:

O desenvolvimento dessa síndrome decorre de um processo gradual de desgaste no humor e desmotivação acompanhados de sintomas físicos e psíquicos. O trabalhador perde o sentido da sua relação com o trabalho e faz com que as coisas já não tenham mais importância. A síndrome é caracterizada por três dimensões sintomatológicas: *exaustão* emocional, verificada pela presença do esgotamento emocional e/ou físico; *despersonalização*, observada pela insensibilidade emocional ou endurecimento afetivo; e *falta de envolvimento no trabalho*, identificada pela inadequação pessoal e profissional. A síndrome de *burnout* manifesta-se através de quatro classes sintomatológicas, sendo: *física*, quando o trabalhador apresenta fadiga constante, distúrbio do sono, falta de apetite e dores musculares; *psíquica*, observada pela falta de atenção, alteração da memória, ansiedade e frustração; *comportamental*, identificada quando o indivíduo apresenta-se negligente no trabalho, com irritabilidade ocasional ou instantânea, incapacidade para se concentrar; aumento das relações conflitivas com os colegas, longas pausas para o descanso, cumprimento irregular do horário de trabalho; e *defensiva*, quando o trabalhador tem tendências ao isolamento, sentimento de onipotência, empobrecimento da qualidade do trabalho e atitude cínica (JODAS & HADDAD, 2009, p. 193).

Independentemente de quaisquer limitações científicas, ficou evidente que a síndrome de burnout é um produto nefasto e expressão inevitável de determinadas relações sociais, isto é, da interação entre pessoas e instituições desenvolvidas por nós mesmos. Estamos então diante de um problema gerado, ao menos em parte, pelo homem e, portanto, somente com intervenções humanas poderá ser reduzido senão – o que seria o ideal – definitivamente liquidado. Nesse horizonte, poremos essa patologia entre as degenerescências de ordem social e, o que exigirá uma revisão dos valores e organizacionais de nossas instituições. Com o acima exposto, passamos em revista nossa abordagem sobre a síndrome de burnout. Falta-nos, porém, discorrer acerca da possível solubilidade dessa questão; empreendimento este que é a finalidade e a essência da dissertação em sequência.

3.3 O PROBLEMA DO ESTRESSE OCUPACIONAL EM CMES E A POSSIBILIDADE DE HUMANIZAÇÃO DO TRABALHO DE ENFERMAGEM E DE SAÚDE EM GERAL

O *estresse* é uma patologia psicofísica moderna, portanto alimentada desde o século XVI com a emergência do capitalismo, e tornou-se “uma preocupação mundial, levando a Organização Mundial da Saúde (OMS), a considerá-lo uma epidemia global” (FRANÇA & FERRARI, 2012, p. 744). Conforme a maioria dos pesquisadores, os indivíduos experimentam estresse quando se defrontam com situações de vida que exigem a tomada de providência para resolver algum problema ou crise. Nesse sentido, o estresse será genericamente definido como potência dual, isto é, física psicológica, que, ao afetar um determinado sistema, gera tensões ou distorções, sendo também capaz de alterar ou ainda interromper sua atividade e desenvolvimento normais, conforme a força estressora aplicada.

A presente terminologia, o estresse, ganhou terreno e uso corrente, uma vez que se difunde diariamente pelos mais diversos meios de comunicação. De forma mais generalizada, interpreta-se o estresse “como sendo a causa ou a explicação para inúmeros acontecimentos que afligem a vida humana moderna” (MUROFUSE, ABRANCHES, NAPOLEÃO, 2005, p. 256). Não seria demais reiterar que dentre as inúmeras tarefas realizadas pelos homens, o trabalho e, sobretudo, o trabalho em saúde, são classificados como as atividades mais estressantes. Assim, Murofuse, Abranches e Napoleão (2005, p. 256) entendem que “o trabalho, como ação humana social, compreende a capacidade de o homem produzir o meio em que vive, bem como a si mesmo”. Este processo deveria ser considerado primordial tendo em vista que nele ocorre a interação do homem com a natureza, cuja mediação se faz com os instrumentos por ele fabricados.

A asserção supracitada entende ainda que “o homem, ao mesmo tempo em que modifica a natureza, também é modificado por ela; dentre as inúmeras modificações, encontram-se aquelas que têm consequências no aparelho psíquico” (MUROFUSE, ABRANCHES, NAPOLEÃO, 2005, p. 256). Logo, no trabalho é que haverá com maior intensidade as situações causadoras de estresse, consequências estas que aumentam dia após dia. Uma vez que esta atividade essencial age diretamente sobre o aparelho psíquico do ser humano “o trabalho, além de possibilitar crescimento, transformação, reconhecimento e independência pessoal, também pode causar problemas, insatisfação e desinteresse” (FRANÇA & FERRARI, 2012, p. 744).

O estresse emerge na medida em que as demandas cotidianas ultrapassam as capacidades individuais da pessoa humana. Quando é imanente ao trabalho, chamamo-lo de *estresse ocupacional*, refletindo a incapacidade e inviabilidade do trabalhador para realizar as demandas e exigências da atividade laboral na qual esteja inserido. Determinantemente, o estresse ocupacional ou laboral expressará sempre ao “conjunto de perturbações de cunho psicológico e ao sofrimento psíquico, associados às experiências de trabalho, cujas demandas ultrapassam as capacidades físicas ou psíquicas do sujeito para enfrentar as solicitações do meio ambiente profissional” (MENEGHINI, PAZ, LAUTERTI, 2011, p. 226).

Tendo em vista que trataremos em especial das implicações geradoras de estresse ocupacional nas atividades de enfermagem e saúde em geral, temos de atentar para os principais inconvenientes destacados, cujos elementos serão centrais, haja vista que ao identificar as fases do problema faz-se por facilitar, simultaneamente, sua dissolução. Portanto, torna-se fundamental denunciar e entender o porquê da existência das questões sociais nocivas ao desenvolvimento humano – como o caso do burnout – e à que razão se está sempre presente nos dias atuais. A despeito de toda incomprensibilidade,

A Enfermagem foi classificada, pela Health Education Authority, como a quarta profissão mais estressante no setor público, devido ao constante contato com doenças, o que expõe a equipe a fatores de risco de natureza física, química, biológica e psíquica. A complexidade dos inúmeros procedimentos realizados pela equipe, o grau de responsabilidade nas tomadas de decisão, a falta de recursos humanos, os possíveis acidentes de trabalho e o trabalho por turnos aumentam a angústia e a ansiedade dos profissionais, desencadeando, muitas vezes, situações de estresse. A baixa remuneração, associada ao excesso de volume de trabalho, a diversidade de tarefas e o apoio insuficiente geram conflitos e constituem-se em importantes desencadeadores da síndrome de burnout nos profissionais enfermeiros. Por ser altamente estressante, o trabalho de enfermagem pode ter como consequência a desmotivação, insatisfação, aumento da taxa de absenteísmo e, até mesmo, o abandono da profissão. Diante desta problemática, torna-se necessário que as instituições tenham um planejamento, a fim de combater o burnout, fazendo com que os profissionais se sintam valorizados, motivados e, principalmente, trabalhem em um ambiente harmonioso e com recursos técnicos e humanos que favoreçam o desenvolvimento de suas atribuições (RISSARDO & GASPARINO, 2013, p. 129).

Ficou manifesto que “os principais fatores que desencadeiam o estresse no ambiente de trabalho envolvem os aspectos da organização, da administração, do sistema de trabalho e da qualidade das relações humanas” (MENEGHINI, PAZ, LAUTERTI, 2011, p. 226). Conforme esses mesmos autores (p. 232) “os componentes organizacionais constituirão estressores laborais na medida em que estiverem em desacordo com os objetivos e expectativas dos trabalhadores e estes não possuírem mecanismos capazes de enfrentá-los”.

Entendemos, nesse sentido, que há uma necessidade premente de priorizar os aspectos organizacionais com maior amplitude e, sobremaneira, de forma coletiva, isto é, com objetivação unívoca de reduzir ao máximo possível as determinações mais individualizadas e restritas. E esta perspectiva não é fortuita, uma vez que se harmoniza também com as sugestões mais gerais que requerem a promoção dos valores humanos como estratégia preventiva da síndrome de burnout. Nesse horizonte, destacamos a fundamental importância e participação das organizações governamentais e do trabalho para, peremptoriamente, “investir em seus colaboradores, visando valorizá-los não só como profissionais, mas principalmente como seres humanos” (MENEGHINI, PAZ, LAUTERTI, 2011, p. 229).

É nesse sentido que também Lopes, Ribeiro e Martinho (2012, p. 101) destacaram que há uma ineliminável necessidade de as instituições disporem de “uma infraestrutura adequada de trabalho com ambiente agradável e humanizado, dimensionamento adequado de profissionais, acesso e comunicação clara com supervisores – enfim, políticas organizacionais que contemplam a qualidade de vida no trabalho”. E é essa possibilidade de humanização que cerceia toda a produção em voga, pois:

A impossibilidade de vínculo afetivo nas atividades do cuidado possui caráter estrutural, ou seja, a atividade requer esse vínculo, mas a organização do trabalho o impossibilita, devido às regras a serem cumpridas, quando se trata do cuidado profissionalizado. Tais regras são referidas como normas, determinações superiores, questões administrativas, tarefas a cumprir, entre outras. A partir daí, instala-se uma situação de tensão no indivíduo a qual pode tomar amplas dimensões, criar um conflito que não pode mais ser resolvido com as alternativas à sua disposição, pela impossibilidade de dar vazão a essa energia afetiva, levando-o, então, ao sofrimento (MUROFUSE, ABRANCHES, NAPOLEÃO, 2005, p. 260).

A humanização do trabalho que vem sendo exigida e cada vez mais crescente reflete, paradoxalmente, a própria condição desumana que atualmente se expressa nas relações laborais. É preciso levar em conta todos os avanços de ordem infraestrutural – materiais, tecnológicos e intelectivos – até então conquistados pelo progresso da humanidade. Não se deve, porém, deixar saltar a vista que um sem-número de instituições, públicas e privadas, infelizmente não alçaram ainda o padrão considerado como o mais elevado da produção social humana. É lamentável afirmar que somente uma pequena parcela dos seres humanos possa usufruir de um avanço que é construído por todos.

Decisivamente, a humanização aí em pauta trata-se de partilhar entre todas as esferas e instituições humanas tudo aquilo que é conquista do trabalho associado dos homens, e não produto de um indivíduo isolado. Essas conquistas enquadram desde os elementos materiais da produção até os efetivos de pessoal, isto é, os aspectos de ordem administrativa, cujos avanços têm de acompanhar o desenvolvimento tecnológico com um todo. Destarte, “a construção da gestão de enfermagem precisa acompanhar as perspectivas atuais, em curso mundial, quanto à modernização administrativa, de modo a incluir a humanização nos modelos gerenciais” (MARTINS, 2009, p. 51).

A ideia de humanização se expressa, sobremaneira, através de conceitos-chave que, obviamente, precisam ser postos em prática. Por exemplo, Martins (2009, p. 103), afirma que “a prática de enfermagem em CME associa os atributos profissionais às palavras: segurança, ética, cooperação, respeito, compreensão, interesse, coragem e desempenho”. A referida autora completa a ideia de humanização considerando que as atividades de saúde e enfermagem serão efetivamente humanas “quando associadas aos atributos pessoais perpassam que pelo sentido de colaboração, humanidade, vocação, satisfação, criatividade, boa vontade e bom humor” (MARTINS, 2009, p. 103).

Se o trabalho de um modo geral é, como dissemos, uma atividade que só pode ocorrer associadamente, pois as diferentes áreas, apesar de atuar isoladamente, são dependentes uma da outra (por exemplo, o médico depende do pedreiro que constrói o hospital, e este da saúde fornecida por aquele para poder trabalhar bem, etc.); no que tange a atividade restrita do enfermeiro essa sentença se aplica ainda com mais força. Ora, um agente de saúde – no caso, um enfermeiro de CME – jamais poderá atuar isoladamente, pois, em razão do caráter da administração do próprio trabalho em enfermagem. Destarte, visamos que “o trabalho em equipe é considerado uma estratégia indispensável no contexto

do trabalho em saúde para motivar os membros e estabelecer a integração, melhorar a qualidade dos serviços, bem como, o desempenho dos profissionais com vistas à humanização da assistência” (MARTINS, 2009, p. 22).

Todos os dados até então discorridos e demonstrados expressam reiteradamente que o trabalho executado no CME tem particularidades essenciais que não podem ser desprezadas, pois este setor vem assumindo crescentemente uma importância fulcral na estrutura hospitalar geral – questão já destacada com a ideia de que o CME representa o coração das ações médico-hospitalares. Essa tendência passa, portanto, a exigir das equipes de enfermagem alto grau de conhecimento técnico especializado e sua constante atualização, porquanto tais demandas são imprescindíveis “no sentido de oferecer aos pacientes uma assistência competente, segura e humanizada” (MARTINS, 2009, p. 108). A necessidade de capacitação ininterrupta é aderente com o desenvolvimento do profissional, pois este não pode abdicar do domínio de conhecimentos específicos à sua atividade. Segue-se daí a importância da formação pedagógica continuada, haja vista que é por essa via que se garante o treinamento e a experiência fundamental para o exercício destas e de quaisquer outras atribuições. Não haverá dúvidas sobre a questão de que quanto mais e melhor capacitado for o agente, tanto mais crescerá os benefícios por ele proporcionados sob a gerência de suas funções; e, por conseguinte, menos frias, quer dizer, mais humanizadas serão suas ações. Assim:

A educação permanente permite verificar se os recursos humanos são suficientes quantitativamente e qualitativamente para realizarem as atividades que requer a CME. Devido aos níveis crescentes de complexidade dos equipamentos na CME os profissionais têm assumido atribuições e responsabilidades que exigem o desenvolvimento de suas capacidades intelectuais, devendo estar constantemente se aprimorando através da educação permanente. O papel da CME dentro da instituição hospitalar vem se consolidando como área de saber para os profissionais da enfermagem e configura-se com significativo grau de autonomia e especificidade, em consequência, exigindo dos profissionais melhores conhecimento científicos, qualificação e atualização (CARVALHO JUNIOR, 2012, p. 89).

O CME, é preciso rememorar, é um setor fechado em razão das atividades que nele se realizam. Entretanto, poremos aspas no termo “fechado”, pois ele não deverá significar o mesmo que *isolado*, conforme já se demonstrou das mais variadas formas. O CME interage simultaneamente com todos os demais setores de um hospital e é vitalício a todas as demais atividades de saúde e enfermagem. Falamos, reiteradamente, da estrutura administrativa, das questões de gerência e organização do trabalho, mas é importante questionar também se a estrutura física deste setor proporciona um ambiente harmonizado e agradável ao profissional. Ora, se o próprio enfermeiro vem sendo desumanizado como poderá refletir sua atividade em humanização? A resposta para esta questão e outros detalhes será discorrida em sequência, na ampliação e numa síntese genérica de nossa discussão e dos elementos dela resultados.

4. SÍNTESE AMPLIADA DA DISCUSSÃO E DOS RESULTADOS

De acordo com a leitura e com os dados até aqui expostos, corroboramos que apesar de todos os benefícios oriundos da ciência e tecnologia moderna, paradoxalmente, tanto a qualidade de vida como a sobrevivência humana vêm sendo ameaçadas pelo próprio contexto sociocultural moderno e suas mudanças ininterruptas. A vida extremamente agitada e, em especial, as conturbações sociais próprias do cotidiano urbanizado repercutem imediatamente na saúde individual e coletiva, e dentre todas as patologias consideradas modernas o estresse e a síndrome de burnout (estresse crônico) se destacam expressivamente.

De uma forma mais geral, o ser humano é suscetível ao acometimento de estresse que pode ocorrer em qualquer fase de sua vida. Todavia, mais restritamente, podemos considerar que as equipes de enfermagem estão, necessária e rotineiramente, mais expostas à sobrecarga física e mental em prol das demandas extrapolantes de seu trabalho. Destarte, tanto as situações de emergência médica quanto os inconvenientes emanados das longas e árduas jornadas de trabalho – frequentemente extensas, duplicadas e acompanhadas de plantões – constituem os agentes estressores principais. A isto se soma os conflitos engendrados entre paciente e enfermeiro, e entre estes consigo mesmos, pois as condições ergonômicas e infraestruturais tem se mostrado deficitárias ao limite ferrenho: este é o terreno propício à emergência do estresse ocupacional e, em decorrência, a síndrome de burnout.

Os elementos basilares à humanização como a atenção, a dedicação e o conhecimento especializado, quando cultivados na prática da enfermagem podem assegurar um bom resultado nos setores do CME. Entretanto, a almejada humanização como prática social e do trabalho em saúde tende a oscilar com o enfrentamento dos problemas mais centrais que as instituições de saúde pública vêm sofrendo desde décadas. Nesse sentido, o sofrimento psíquico, geralmente produto das longas jornadas de trabalho, do ritmo acelerado de produção e desqualificação do trabalho – elementos próprios da vida moderna –, somado à deficiência dos recursos materiais e tecnológicos, bem como as intempéries de relacionamento interpessoal reduzem a qualidade de vida dos profissionais às condições subumanas das mais angustiantes e assoladoras⁵.

⁵- Pense-se, por exemplo, na situação lamentável de muitos profissionais que possuem mais que um emprego em razão dos baixos salários oferecidos para atuar na esfera da saúde em geral.

Os autores, positivamente, também caracterizaram os CMEs como unidades de cuidado, porém observaram cautelosamente que estes setores configuram-se em ambientes de riscos, cuja classificação foi proposta em quatro divisões ou tipos essenciais. Ainda, Martins (2011, p. 1.188) sintetiza essa classificação observando que tais riscos se dão na ordem seguinte: “*físicos* (ruídos, temperaturas das máquinas, iluminação, ventilação), *biológicos* (exposição às secreções orgânicas), *emocional* (repetitividades de ações, contato restrito com a clientela, desvio de função), *químicos* (glutaraldeído, hipoclorito, álcool)”.

Outras forças consideradas amplamente restritivas ao desenvolvimento humanizado no CME merecem destaque, pois abrangem de modo mais aprofundado as relações intrínsecas entre o ambiente físico e os recursos materiais e humanos. Os inconvenientes e as barreiras mais implícitas ao bom desenvolvimento da enfermaria no CME indicam, por exemplo, que há uma deficiência abismal tangente aos recursos materiais e equipamentos, o que pode ser confirmado com a constatação de “autoclaves com defeitos, falta de banheiro no setor, insuficiência de recursos humanos, falta de local para repouso da equipe noturna”. A isto se soma a redução ou até mesmo a “falta de acesso ao serviço de psicologia, campanhas motivacionais e caixa de sugestões”. Sintética e resumidamente, o ambiente estrutural do CME expressa à vista das pessoas que nele atuam sérios riscos ocupacionais, tais como: “dinâmica estressante, ritmo acelerado de trabalho, *ambiente fechado*, sobrecarga de trabalho e setor desvalorizado (MARTINS *et al*, 2011, p. 1.187).

Todos os autores, sem exceção, entenderam que os CMEs necessitam de ajustes e implementações imediatas, sobretudo no tocante a visibilidade do setor e nas melhores condições de trabalho, pois foi perceptível que as condições desumanas tendem a desestimular os trabalhadores e, em consequência, levam à precarização da atividade. A própria abdicação do profissional em lutar por melhores condições de trabalho, por exemplo, pela exigência de recursos mais sofisticados que já estão disponíveis no mercado, tende a refletir a desvalorização do trabalhador; pois se este vem sendo descartado como uma mercadoria qualquer quem pensará em lhe fornecer um objeto de melhor valor e utilidade para que realize sua atividade de modo adequado! Assim, os problemas de infraestrutura, como “a falta de lavadoras e termodesinfectoras, falta de climatização, entre outros aspectos limitadores para melhor desempenho da equipe” (MARTINS *et al*, 2011, p. 1.188), persistem na mesma medida em que a importância do ser humano vai sendo fragilizada e arruinada.

Peremptoriamente, toda a leitura em questão repousa sobre a necessidade premente de humanização. Essa constante positivação objetiva eliminar paulatinamente todos os problemas engendrados no interior da sociedade moderna e das relações sociais dela resultantes. A síndrome de burnout caracteriza tão somente uma das tantas nocividades inevitáveis geradas por essas mesmas relações, haja vista que quem é desprezado tende também – mas, não necessariamente – a desprezar.

Não é demais rememorar que há em latência uma objetividade imanente que requer ao menos a minimização dos inconvenientes supramencionados, razão pela qual a pesquisa vigente veio à tona. Terminantemente, a meta cabal e a síntese dos resultados apontados na revisão bibliográfica consistem em sensibilizar os órgãos governamentais e as instituições responsáveis pela geração de novas políticas de humanização, iniciativa esta que infere diretamente na melhoria efetiva dos setores que, há décadas, vem sendo prejudicados.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O *estresse*, popularmente conhecido como o *mal do século XXI*, se relaciona com o acúmulo de atividades diárias que ultrapassam as capacidades individuais de uma pessoa, afetando, decisivamente, o seu aparato psicológico. Relativamente à estrutura geral dos CMEs, há uma série de elementos geradores do referido estresse, cujos fatores essenciais foram apontados enquanto carga horária de trabalho excessiva e as desgastantes ascensões de conflitos entre paciente e enfermeiro, e destes com o ambiente de trabalho – o que inclui desde relações entre colegas de rotina até as questões infraestruturais e tecnológicas.

Constatou-se que os principais fatores que geram o estresse no ambiente de trabalho envolvem os aspectos da organização, administração e sistema de trabalho e da qualidade das relações humanas. Conferiu-se, nesse horizonte, que a atuação do enfermeiro na organização e no processo de trabalho no interior dos CMEs e a extração de suas energias ao atuar, por exemplo, nos turnos da manhã, tarde e noite tem contribuído em demasia para o detrimento de sua saúde física e mental. Isso abre, portanto, uma margem de ampla probabilidade para o desdobramento e emergência da síndrome de burnout, pois “esse sujeito exerce uma profissão voltada para o cuidado/ajuda ao outro, o que também se caracteriza como elemento de intenso sofrimento psíquico, por lidar com a dor, o sofrimento, a morte e a miséria, além de preocupações e problemas de outros seres humanos” (TAVARES *et al*, 2014, p. 261).

O estresse ocupacional se tornou a principal causa do afastamento da atividade em várias áreas de serviços e, em especial, dos profissionais da saúde e enfermagem. A referida profissão foi caracterizada como “naturalmente” estressante, logo em função da intensa carga emocional decorrente da relação paciente-enfermeiro, e responsabilidades atribuídas a estes profissionais. Todavia, não é demais hesitar que os fatores ambientais, incluindo a falta de equipamentos, estrutura e recursos humanos são as principais fontes geradoras de estresse, pois “as condições do ambiente influenciam tanto no corpo como na mente do ser humano” (CARVALHO JUNIOR, 2012, p. 50).

Nossas reflexões e asserções levaram-nos a interpretar a atividade laboral do enfermeiro em geral como uma das mais importantes propriedades sociais, uma vez que dá primazia a vida humana. Todavia, paradoxalmente, reconhecemos que esta atividade por sua própria natureza e características revela-se especialmente suscetível ao fenômeno do estresse ocupacional. Estatisticamente falando, os profissionais da saúde e, em especial, os enfermeiros, atuam numa das profissões que se destacam no “*ranking do estresse*”, ocupando o quarto lugar, ficando atrás somente dos controladores de vôo, motoristas de ônibus urbano, e dos policiais e seguranças privados. Todas as informações aqui contempladas nos deram o entendimento correto de que todos os profissionais da área de saúde em geral, sofrem pressões de todos os lados: de infraestrutura, dos clientes, de pacientes e/ou subordinados.

A enfermagem é uma profissão cuja especificidade e essência repousa no cuidado humano, é tomada pela responsabilidade do conforto do outro, seu acolhimento e bem-estar: “ela está em maior contato com o paciente, seja no cuidado clínico ou assistencial, além de desenvolver trabalhos administrativos, planejar ações, organizar seminários, eventos, palestras, investigar patologias e preencher relatórios e planilhas” (SOUZA, 2012, p. 23).

Apesar de o ambiente de trabalho não ser tomado enquanto único agente estressor, concluímos, decisivamente, que são nessas relações complexas e inevitáveis, ou seja, nas relações de trabalho, que a sobrecarga emocional se não surge ao menos se desenvolve muito rapidamente. Uma das formas socialmente conhecidas para combater o estresse é a prática de atividades relaxantes, como a fisioterapia, massagens, caminhadas, a música, a pintura, etc. Se realizadas com certa regularidade, e sob a orientação da terapia ocupacional que foi criada para o combate das perturbações psicofísicas, obtém-se, geralmente, excelentes resultados.

Com isso, ressaltamos aqui somente algumas das inúmeras determinações da problemática em questão e não pretendemos esgotar o assunto nesse breve discurso. Por isso, traçamos as delimitações aí enfocadas e entendemos que, dadas as considerações expostas e objetivando evitar redundâncias, nada mais se necessita acrescentar. Se acertarmos em nossas proposições, não se tratará aqui de abandonar essa maravilhosa e tão necessária atividade humana, mas sim de corrigir os seus empecilhos. Se errarmos, porém, temos de humildemente rever todos os nossos conceitos, objetivando em primeiro plano a melhoria da vida humana, isto é: o alvo primordial, o coração tanto para o CME quanto para a atuação rotineira do profissional-enfermeiro, ainda que ocorra nas condições mais assoladoras.

REFERÊNCIAS

- ANDRADE, T. et al. **Síndrome de Burnout e suporte social no trabalho: a percepção dos profissionais de enfermagem de hospitais públicos e privados.** Rev. Organ. Soc. vol.19 n.61, Salvador, 2012.
- BRUNA, C. Q. M.; GRAZIANO, K. U. **Temperatura e umidade no armazenamento de materiais autoclavados: revisão integrativa.** Rev. Esc. enferm. vol.46 n.5, São Paulo, 2012.
- CARVALHO JUNIOR, D. C. **Interface entre processamento de materiais na central de material e esterilização e cuidado seguro em um hospital do sul do país.** Dissertação de Mestrado. Florianópolis: UFSC, 2012.
- DALMOLIN, G. L. et al. **Sofrimento moral e síndrome de Burnout: existem relações entre esses fenômenos nos trabalhadores de enfermagem?** Rev. Latino-Am. Enfermagem vol.22 n.1, São Paulo, 2014.
- FOGAÇA, M. C. et al. **Fatores que tornam estressante o trabalho de médicos e enfermeiros em terapia intensiva pediátrica e neonatal: estudo de revisão bibliográfica.** Rev. bras. ter. intensiva vol.20 n.3, São Paulo, 2008.
- FRANÇA, F. & FERRARI, R. **Síndrome de Burnout e os aspectos sócio-demográficos em profissionais de enfermagem.** Rev. Acta Paul. Enferm. 25(5):743-8, Mato Grosso, 2011.
- FRANÇA, F. M. et al. **Burnout e os aspectos laborais na equipe de enfermagem de dois hospitais de médio porte.** Rev. Latino-Am. Enfermagem vol.20 n.5, São Paulo, 2012.
- GALINDO, R. H. et al. **Síndrome de Burnout entre enfermeiros de um hospital geral da cidade do Recife.** Rev. esc. enferm. vol.46 n.2, São Paulo, 2012.
- GIL, R. F.; CAMELO, S. H.; LAUS, A. M. **Atividades do enfermeiro de Centro de Material e Esterilização em instituições hospitalares.** Texto & Contexto enferm. vol. 22 n.4 Florianópolis, 2013.
- JODAS, D. A.; HADDAD, M. C. L. **Síndrome de Burnout em trabalhadores de enfermagem de um pronto socorro de hospital universitário.** Acta paul. enferm. vol.22 n.2, São Paulo, 2009.

MACHADO, R. R. **O trabalho no Centro de Material e Esterilização: invisibilidade e valor social.** 2009. 176 p. Tese (Doutorado em Enfermagem). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Florianópolis: UFSC, 2009.

MARTINS, V. M. F. et all. **Forças impulsoras e restritivas para trabalho em equipe em um Centro de Material e Esterilização de hospital escola.** Rev. esc. enferm. vol.45 n.5, São Paulo, 2011.

MENECHINI, F.; PAZ, A.; LAUTERT, L. **Fatores ocupacionais associados aos componentes da síndrome de Burnout em trabalhadores de enfermagem.** Texto & Contexto enferm. vol.20 n.2, Florianópolis, 2011.

MOREIRA, David de Souza et all. **Prevalência da síndrome de burnout em trabalhadores de enfermagem de um hospital de grande porte da Região Sul do Brasil.** Cad. Saúde Pública 25(7): 1559-1568, Rio de Janeiro, 2009.

MUROFUSE, N. T.; ABRANCHES, S. S.; NAPOLEÃO, A. A. **Reflexões sobre estresse e burnout e a relação com a enfermagem.** Rev Latino-am. enfermagem vol. 13 n.2, São Paulo, 2005.

MURTA, S.; TRÓCCOLI, B. **Avaliação de intervenção em estresse ocupacional.** Psicologia: Teoria e Pesquisa. v. 20. n.1. Brasília, 2004.

RISSARDO, M. P. & GASPARINO, R. C. **Exaustão emocional em enfermeiros de um hospital público.** Esc. Anna Nery 17(1):128-132, São Paulo, 2012.

SCHMIDT, D. R. C. et al. **Qualidade de vida no trabalho e burnout em trabalhadores de enfermagem de Unidade de Terapia Intensiva.** Rev. bras. Enfermagem vol.66 n.1, Brasília, 2013.

TAVARES, K. F. A. et al. **Ocorrência da síndrome de Burnout em enfermeiros residentes.** Rev. Acta Paul. Enferm. vol.27 n.3, São Paulo, 2014.