

Percepções multiprofissionais sobre organização do trabalho de um centro de tratamento de queimados

Perceptions of multidisciplinary professionals regarding the work organization of a burn treatment center

Percepciones de profesionales sobre la organización del trabajo en un centro de tratamiento de quemaduras

Guariento, Laura Pombani Luz;¹ Montezeli, Juliana Helena;² Gastaldi, Andréia Bendine;³ Ribeiro, Benedita Gonçalves de Assis⁴

RESUMO

Objetivo: compreender a organização e as percepções do processo de trabalho da equipe multidisciplinar de um centro de tratamento de queimados. **Método:** estudo qualitativo, descritivo e exploratório, fundamentado na Psicodinâmica do Trabalho de Dejours, realizado em um centro de tratamento de queimados de um hospital universitário no Sul do Brasil. Realizadas 22 entrevistas semiestruturadas, com profissionais de quatro categorias: enfermeiros, técnicos de enfermagem, médicos e fisioterapeutas. Os dados foram tratados por meio da análise de conteúdo, com apoio do *software* ATLAS-ti. **Resultados:** emergiram três categorias empíricas: Organização do processo de trabalho; Organização dos recursos humanos e Percepções do cotidiano. Evidenciaram-se sobrecarga laboral, escassez de pessoal e ambivalência de sentimentos. **Conclusões:** o trabalho no centro de queimados é complexo e emocionalmente exigente. A compreensão dessas características favorece melhorias na organização do trabalho e na qualidade da assistência.

Descritores: Condições de trabalho; Equipe de assistência ao paciente; Queimaduras; Saúde ocupacional; Processo de trabalho em saúde

ABSTRACT

Objective: to understand the organization and perceptions of the work process of the multidisciplinary team of a burn treatment center. **Method:** a qualitative, descriptive, and exploratory study, based on Dejours' Psychodynamics of Work, conducted in a burn treatment center at a university hospital in Southern Brazil. Twenty-two semi-structured interviews were conducted with professionals from four categories: nurses, nursing technicians, physicians, and physical therapists. Data were analyzed using content analysis, supported by the ATLAS.ti software. **Results:** three empirical categories emerged: Organization of the work process; Human resources organization; and Daily work life. Work overload, staff shortages, and ambivalent feelings were highlighted. **Conclusions:** work in the burn center is complex and emotionally demanding. Understanding these characteristics can foster improvements in work organization and the quality of care.

Descriptors: Burns; Occupational health; Patient care team; Working conditions; Healthcare work process

1 Universidade Estadual de Londrina (UEL). Londrina, Paraná (PR). Brasil (BR). E-mail: pombaniluz@gmail.com ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9515-7320>

2 Universidade Estadual de Londrina (UEL). Londrina, Paraná (PR). Brasil (BR). E-mail: jhmontezeli@hotmail.com ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4522-9426>

3 Universidade Estadual de Londrina (UEL). Londrina, Paraná (PR). Brasil (BR). E-mail: abgastaldi@gmail.com ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4081-993X>

4 Universidade Estadual de Londrina (UEL). Londrina, Paraná (PR). Brasil (BR). E-mail: tinha@uel.br ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5587-1098>

RESUMEN

Objetivo: comprender la organización y las percepciones del proceso de trabajo del equipo multidisciplinario de un centro de tratamiento de quemados. **Método:** estudio cualitativo, descriptivo y exploratorio, fundamentado en la Psicodinámica del Trabajo de Dejours, realizado en un centro de tratamiento de quemaduras de un hospital universitario del sur de Brasil. Se realizaron 22 entrevistas semiestructuradas con profesionales de cuatro categorías: enfermeros, técnicos de enfermería, médicos y fisioterapeutas. Los datos fueron analizados mediante análisis de contenido, con el apoyo del software Atlas.ti. **Resultados:** emergieron tres categorías empíricas: Organización del proceso de trabajo; Organización de los recursos humanos; y Percepciones del trabajo diario. Se evidenciaron sobrecarga laboral, escasez de personal y ambivalencia de sentimientos. **Conclusiones:** el trabajo en el centro de quemaduras es complejo y emocionalmente exigente. Comprender estas características puede favorecer mejoras en la organización del trabajo y en la calidad de la atención. **Descriptor:** Condiciones de trabajo; Grupo de atención al paciente; Quemaduras; Salud laboral; Proceso de trabajo en salud

INTRODUÇÃO

O cuidado a pacientes vítimas de queimaduras envolve complexidade clínica, alta demanda assistencial e desafios organizacionais que exigem uma atuação coordenada e integrada da equipe multiprofissional. Assim, um Centro de Tratamento de Queimados (CTQ), enquanto unidade especializada, concentra casos de grande gravidade e que requerem atenção contínua, desde o atendimento emergencial até a reabilitação física e emocional dos pacientes.¹

De acordo com a Portaria n° 1.273/GM, de 21 de novembro de 2000, que estabelece diretrizes para a organização e implementação das Redes Estaduais de Assistência a Queimados, o quadro de profissionais em um centro de referência para assistência a queimados deve incluir: um cirurgião plástico, um médico intensivista, um médico intensivista pediátrico e um anesthesiologista, que trabalhem em regime de plantão nas 24 horas do dia. Deve incluir também, um enfermeiro, um cirurgião plástico diarista, um clínico geral diarista, um pediatra diarista e um fisioterapeuta diarista, que trabalhem por turno. Bem como deve dispor de um nutricionista, um técnico de enfermagem para cada dois leitos de enfermaria nos turnos diurnos, um técnico para cada quatro leitos de enfermaria nos turnos noturnos e um auxiliar administrativo.²

A abordagem multiprofissional e multidisciplinar é essencial para a reabilitação eficaz do paciente, visto que

a equipe colabora na gestão do cuidado, no manejo clínico e na elaboração de protocolos assistenciais que otimizam recursos e garantem um tratamento adequado desde o atendimento inicial até a reabilitação, abrangendo tanto a fase aguda quanto a crônica. Além disso, enfatiza-se como membros indispensáveis no atendimento ao paciente queimado, além dos profissionais citados anteriormente, os terapeutas ocupacionais, assistentes sociais e farmacêuticos.³

A singularidade do processo de trabalho nesse contexto implica uma articulação constante entre diferentes saberes e práticas profissionais, envolvendo médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, fisioterapeutas, entre outros, gerando uma dinâmica assistencial que é marcada por fluxos intensos, exposição constante ao sofrimento humano, sobrecarga emocional e responsabilidade clínica, especialmente em função da gravidade dos casos e da escassez de recursos.⁴

Estudo demonstra que as condições de trabalho em serviços de alta complexidade, como os CTQs, impactam diretamente a saúde dos trabalhadores, sua motivação e o próprio cuidado ofertado aos usuários dos serviços de saúde. A sobrecarga de tarefas, a rotatividade de profissionais e a ausência de espaços institucionais para acolhimento das dificuldades vividas no cotidiano assistencial são apontadas como fatores

que podem gerar sofrimento psíquico e reduzir a eficácia da equipe.⁵

Nesse cenário, torna-se essencial compreender como os profissionais percebem e vivenciam seu processo de trabalho dentro do CTQ, considerando suas experiências, desafios e estratégias de enfrentamento. Tal compreensão pode subsidiar práticas de gestão e cuidado que favoreçam tanto a qualidade assistencial quanto a preservação da saúde dos trabalhadores.

Destarte, este estudo teve por objetivo: compreender a organização e as percepções do processo de trabalho da equipe multidisciplinar de um centro de tratamento de queimados.

MATERIAIS E MÉTODO

Pesquisa qualitativa, descrita como uma abordagem de investigação que busca compreender a complexidade dos fenômenos sociais e humanos, concentrada em dados descritivos e interpretativos, captando perspectivas e significados dos participantes. Podem ser utilizadas técnicas como entrevistas e observações, objetivando uma compreensão profunda dos fenômenos em contextos específicos.⁶

Corresponde ao recorte de um estudo maior outrora apresentado como trabalho de conclusão ao Programa de Residência de Enfermagem em Cuidados Intensivos no Adulto de uma universidade pública sul brasileira.⁷

O local do desenvolvimento consistiu em um CTQ de um hospital universitário do Norte do Paraná. Este setor é composto por 16 leitos, sendo dez leitos de enfermagem e seis de Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Também conta com ambulatório, salas cirúrgicas, de balneoterapia e de oxigenoterapia hiperbárica.

Os entrevistados convidados a participar desta pesquisa foram os seguintes profissionais do CTQ: enfermeiros gestores da assistência, enfermeiros assistenciais, técnicos de enfermagem, médicos plantonistas da terapia intensiva de queimados, médicos anesthesiologistas, cirurgiões plásticos e fisioterapeutas. A coleta de dados teve

uma duração de sete meses, iniciada em agosto de 2023 e finalizada em março de 2024.

Cabe especificar que o setor ainda conta com uma médica diarista, uma psicóloga, uma assistente social e uma nutricionista. Porém, como há apenas uma profissional em cada uma dessas categorias, optou-se por não as incluir, pois os seus depoimentos poderiam ser identificados dentro das falas expostas nos resultados do estudo, comprometendo o anonimato dos participantes.

Os participantes foram selecionados pela técnica em *snowball*, também conhecida como “bola de neve”, que é uma técnica de amostragem frequentemente utilizada em pesquisas qualitativas, especialmente útil quando se deseja alcançar populações pouco conhecidas ou de difícil acesso, obtendo amostras não probabilísticas, permitindo assim, uma maior exploração de fenômenos em pesquisas de natureza qualitativa.⁸

O critério de inclusão para o profissional ser inserido no estudo foi atuar no CTQ há pelo menos um ano, para que pudesse ter tido as vivências laborais mínimas com a clientela em questão. Já os não incluídos foram: profissionais em férias ou em licença de qualquer natureza durante o período da pesquisa e profissionais que desenvolvam apenas funções administrativas, sem prestar assistência ao paciente queimado.

As entrevistas foram conduzidas pela autora principal e pela segunda autora do estudo, ambas enfermeiras e pesquisadoras. As demais autoras colaboraram no processo de transcrição literal e na análise dos dados. Antes do início da coleta, as entrevistadoras foram apresentadas à equipe do CTQ, ocasião em que explicaram o objetivo da pesquisa, a relevância do estudo para a melhoria do processo de trabalho da equipe multiprofissional, o sigilo das informações e a forma como seria conduzida a coleta. Esse contato prévio buscou estabelecer uma relação de confiança e transparência entre pesquisadoras e participantes.

Os convidados a participarem da pesquisa foram submetidos à uma

entrevista semiestruturada em profundidade e audiogravada após permissão dos mesmos e assim que assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. As entrevistas tiveram duração mínima de sete minutos e máxima de 28 minutos, sendo realizadas em ambiente privativo durante o turno de trabalho e conforme disponibilidade do profissional. Utilizou-se de precauções para que as atividades laborais não fossem comprometidas durante esse processo e, caso houvesse necessidade, a entrevista poderia ser interrompida e retomada em outro momento.

Para assegurar a adequação do instrumento, foi realizado um teste-piloto com um participante, cujo conteúdo não integrou a análise final. Não foram realizadas entrevistas repetidas.

O instrumento de obtenção de dados foi dividido em duas partes, a primeira contemplou a caracterização do profissional, incluindo as variáveis sexo, estado civil, religião, categoria profissional, nível de formação, tempo de formação, tempo de atuação no CTQ e experiência prévia com atendimento a pacientes queimados em outros serviços. A segunda parte consistiu na aplicação da questão norteadora aberta: “*Como é o seu trabalho no CTQ?*”

Durante e após as entrevistas, foram elaboradas notas de campo que registraram aspectos não verbais, observações contextuais e impressões das pesquisadoras, permitindo complementar a análise dos dados e enriquecer a interpretação dos discursos.

Os dados obtidos foram tratados pela Análise de Conteúdo, que envolve três etapas: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados.⁹

A análise dos dados foi facilitada pelo apoio do *software* ATLAS.ti Web v8.1.2-2024, que se trata de um programa alemão criado por Thomas Muhr em 1989 para facilitar a Análise de Conteúdo de Bardin.¹⁰ Ele oferece suporte aos pesquisadores para sistematização na categorização de falas a partir das inferências obtidas na análise dos dados, melhorando a organização da análise inicial.¹¹

Para garantir o rigor preconizado pela técnica de análise, na fase de pré-análise, as falas foram transcritas de modo literal, considerando apenas o texto, por meio de escuta do áudio e digitação manual no *Microsoft Word*. Cada entrevistado foi identificado de acordo sua categoria profissional (EA = enfermeiro assistencial; EG = enfermeiro gerencial; TE = técnico de enfermagem; MI = médico da terapia intensiva; MP = cirurgião plástico; MA = médico anesthesiologista; FS = fisioterapeuta), seguida do número de ordem de execução da entrevista de E1 a E22 (entrevistado 1 a entrevistado 22), constituindo o *corpus* textual.

Na sequência, realizou-se a leitura flutuante, sem privilegiar, inicialmente, nenhum dos elementos discursivos, mas sim atentando-se uniformemente a todas as informações disponíveis. Com esta leitura, os índices foram escolhidos, os recortes do *corpus* do texto, advindos da questão norteadora e em consonância com o objetivo do estudo. Os temas que se repetiam com muita frequência foram elencados índices. Uma vez encontrados os índices, como primeiro passo da exploração do material, iniciou-se pela codificação, ou seja, a transformação dos dados brutos em núcleos de compreensão do texto (núcleos de sentido). Neste ponto, após várias leituras dos índices recortados do *corpus* textual, foram identificados temas que se libertaram naturalmente da redação, os quais constituíram as unidades de registro. As unidades de registro foram agrupadas por similaridade em categorias. As categorias são classes que reúnem grupos de unidades de registro em razão de características comuns.¹⁰

Por fim, foi feito o tratamento dos resultados, durante o qual foram realizadas as interpretações dos achados, com sustentação de literaturas e exemplificações utilizando falas codificadas expressas pelos participantes. A coleta de dados foi encerrada quando se atingiu a saturação teórica, identificada a partir da repetição dos temas e ausência de novos códigos ou informações relevantes nas entrevistas subsequentes. Esse critério foi avaliado pelas pesquisadoras durante o processo de análise preliminar e discutido em

conjunto, garantindo que o material coletado fosse suficiente para responder ao objetivo do estudo com profundidade e consistência.¹⁰

A pesquisa seguiu os critérios do *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research (COREQ)*,¹¹ garantindo rigor metodológico, transparência e ética na condução do estudo. Ademais, seguiram-se os preceitos éticos vigentes no Brasil, com aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição sob número nº 4.416.099 e Certificado de Apresentação de Apreciação Ética nº 40087520.7.0000.5231.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram realizadas 22 entrevistas, sendo cinco enfermeiros que atuavam no gerenciamento da assistência, dois enfermeiros que atuavam na assistência, seis técnicos de enfermagem, três fisioterapeutas, dois médicos intensivistas, dois cirurgiões plásticos e dois médicos anesthesiologistas. As entrevistas foram realizadas com profissionais do período matutino, vespertino, noturno ímpar e noturno par, abordando todos os turnos de trabalho da equipe atuante no setor.

Nenhum profissional se recusou a participar ou desistiu após o início da entrevista. Algumas entrevistas foram pausadas e retomadas em breves intervalos, de modo a não comprometer as atividades assistenciais e o desenvolvimento da entrevista. Do total de entrevistas realizadas, 17 foram incluídas na análise final, por atenderem plenamente aos critérios de qualidade e completude estabelecidos pelas pesquisadoras.

Ao codificar as entrevistas, estruturando a partir do ATLAS.ti, foi possível identificar 16 unidades de registro (UR), com 46 recortes de fala. Seguindo a organização por grupos com base em similaridades, os aspectos destacados permitiram a emergência de três categorias empíricas: Organização do processo de trabalho; Organização dos recursos humanos e Percepções do cotidiano.

Organização do processo de trabalho

[...] Se não tiver contraindicação, normalmente a gente vai fazer a mobilização do paciente. Aqueles que estão em ventilação mecânica, a gente faz a mobilização passiva e a aspiração também. Se tiver a necessidade de coletar algum exame relacionado à parte de secreção traqueal a gente já coleta também. Já os pacientes que estão em respiração espontânea, que podem sair do leito mesmo queimado, mesmo pós-cirúrgico, pós-enxertado, a gente tenta tirar eles do leito, estimular um pouco. Já na enfermaria, a rotina, ela muda um pouquinho. Na enfermaria a gente entende que o paciente está um pouco melhor. (FS 01)

[...] Eu chego, recebo plantão. Quando eu estou sozinho, recebo plantão da UTI e da enfermaria, que a maioria do tempo sempre foi assim, era só uma enfermeira à noite nas duas unidades. Agora que está ficando um enfermeiro junto comigo, que fica 6 horas aqui na enfermaria. Então eu pego o plantão, depois eu passo o plantão para os funcionários de cada paciente. Avalio os pacientes, evoluo, vejo o que está faltando, se os funcionários precisam de algum material ou alguma medicação, eles já me avisam, já peço. Se tem algum exame para colher também eu já verifico. Já aviso o que tem para coletar e faço as prescrições de enfermagem. (EG 05)

[...] Eu trabalho na sala de recuperação anestésica. Nela você acolhe os pacientes que passaram por cirurgia, que fizeram curativos, são pacientes com mais sedação, que são anestesiados, então dou um suporte para até conseguirem responder por si. Depois encaminho para o serviço. (TE 01)

[...] Então começa pela balneoterapia que é o banho que a gente faz, tira todos os resíduos,

limpa o queimado, faz os curativos adequados para ele ficar ali no começo, esses curativos vão trocando durante o tempo. Depois tem a enfermaria, que são os cuidados assistenciais normais do paciente. Tem o centro cirúrgico que a gente auxilia os médicos em cirurgia e dá todo o suporte básico ali. E tem a UTQ, que é a Unidade de Terapia de Queimados, que é um pouco mais complexo. Ficam os pacientes mais graves, com por porcentagem de queimadura acima de 20%. (TE 02)

[...] Quando eu chego aqui tenho que organizar algumas obrigações da minha rotina, que são os curativos, as cirurgias e o ambulatório, os curativos são os que sempre tem em mais quantidade e exigem uma demanda maior, mas quem faz a parte mais pesada mesmo nos curativos são os funcionários (equipe de enfermagem), então vou orientando e eles vão fazendo. A cirurgia tem mais ou menos umas 2 por dia e o ambulatório dá um pouco de trabalho porque tem bastante paciente. Mas é uma rotina normal de trabalho, nada de sobrecarga, mas também não tem tempo ocioso, horário de descanso mesmo é só no noturno que já não tem mais esses procedimentos. (MP 02)

[...] Eu começo minha rotina aqui no CTQ testando os equipamentos que vou usar ou que eventualmente posso usar durante o dia. Então eu chego, faço a testagem dos equipamentos, aparelhos de anestesia, pego e separo todas as medicações que irei utilizar e quando começa o procedimento sou eu que preparo as medicações também. Na parte da manhã, normalmente, fazemos os banhos na balneoterapia e a tarde as cirurgias, desbridamentos e enxertos. (MA 01)

[...] Os plantões aqui a gente tem contato com muitos pacientes de perfis muito diversos, então de pacientes também, que são de localidades muito diversas, que às

vezes não tem muito contato, nem condições de ter uma proximidade com os pacientes. Então a gente consegue ver pacientes que estão acordados, que estão conscientes e que têm problemas decorrentes de estarem acordados, como a ansiedade e tudo mais. E tem os pacientes que são mais graves, que estão em ventilação mecânica, com sedação. A gente experiencia muitos pacientes que estão com risco eminente de morte, então têm que lidar com a família em relação a explicar uma coisa que na maioria das vezes, pouquíssimos familiares têm um entendimento completo ou total da condição. Tem que ter um cuidado de não gerar um pânico maior, mas também de não deixar a família desinformada e sem consciência do que realmente está acontecendo. (MI 01)

Organização dos recursos humanos

[...] Esse mês estou aqui na UTQ, mas a cada mês a gente faz um rodízio entre UTQ e enfermaria, e na enfermaria também ficamos com centro cirúrgico e balneoterapia. Então fico com os pacientes com menos critério de criticidade aos mais graves. (EG 02)

[...] Mensalmente nós fazemos um rodízio de setores, então fico um mês na enfermaria, um mês no pronto atendimento e centro cirúrgico e outro mês na UTQ. Acho muito bom esse esquema de rodízio, alivia porque não fica só com paciente crítico e não fica só na rotina de paciente de enfermaria que são cuidados mais leves. (EG 03)

[...] Fazemos um rodízio por semana nos setores aqui do CTQ, então uma semana na enfermaria, outra no ambulatório e outra na UTQ. (FS 02)

[...] Então temos contato com esses três níveis de complexidade e de diferentes tipos de atendimentos e isso permite que a gente acompanhe a evolução do nosso atendimento e isso é muito interessante para mim.

Esse rodízio permite que a gente tenha uma noção de todo o caminho que o paciente percorre aqui dentro. (FS 02)

Percepções do cotidiano

[...] É um pouco pesado a rotina aqui, geralmente são história muito ruins, independente da causa. São pacientes que demandam de muitos cuidados sociais, não somente da nossa assistência. Então é um setor pesado, um ambiente que pesa muito psicologicamente. Mas vamos criando um jeito de lidar com essas situações da melhor forma. (MA 02)

[...]É uma rotina muito intensa. Acho que a palavra que define o CTQ é intenso. (FS 03)

[...] Aqui é bem pesado no sentido de muitos pacientes demandarem bastante da gente. É um serviço bem dinâmico. Todo dia temos um desafio novo, seja na UTI, na enfermaria ou no ambulatório. É um serviço grande, no sentido de atender bastante pacientes. É um desafio a cada dia, porque os pacientes são imprevisíveis, às vezes eles estão de um jeito num dia, no outro dia de outro jeito, então a gente está sempre avaliando a condição clínica e adaptando a assistência. E o desafio é fazer o máximo que pode dentro daquele objetivo. Diariamente tendo que superar alguma coisinha com o objetivo de que eles saiam daqui o melhor possível. (FS 03)

[...] É um setor muito sofrido e isso acarreta na equipe. Trabalhar com quemados é bem complexo, eu não fazia ideia disso antes de trabalhar aqui. É um setor com muita dor, com muito sofrimento, muitas histórias tristes e isso tudo é muito pesado para aguentarmos. (EG 04)

[...] O setor aqui é pequeno então nós temos um controle maior do que acontece aqui, é um setor fechado, a parte do restante do hospital, uma equipe reduzida e especializada,

uma equipe boa para trabalhar e isso para mim é muito prazeroso, faz o trabalho aqui funcionar. (EG 05)

[...] Quando converso com outros médicos, quase ninguém conhece um centro especializado como esse, eles não fazem ideia de como é. E eu também não fazia ideia de como era, fui aprendendo quando fui aluna aqui, então eu acho incrível poder trabalhar num setor tão específico. (MA 01)

A equipe multiprofissional do CTQ cenário do estudo foi majoritariamente composta por mulheres. Esse achado evidencia a tendência de feminilização das profissões de saúde, em especial da enfermagem, confirmando o perfil descrito em uma pesquisa nacional, que aponta a maioria feminina tanto nos serviços quanto na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS). Tal predominância pode influenciar diretamente a dinâmica de trabalho, os modos de cuidado ofertados e até mesmo a forma como se estruturam as relações interpessoais no serviço, considerando que as práticas de saúde são atravessadas por questões de gênero e pela valorização social atribuída ao trabalho feminino.¹²

No cenário do estudo, observou-se que a distribuição etária da equipe multiprofissional se concentra principalmente nas faixas de 30-34 e 50-54 anos. Indicando a presença de profissionais em estágios intermediários de carreira, que contribuem com inovação e dinamismo, ao lado de profissionais mais experientes, que agregam conhecimento acumulado e maior compreensão das dinâmicas de trabalho. Essa composição etária diversificada está em consonância com uma análise internacional que destaca a relevância da heterogeneidade etária para a sustentabilidade da força de trabalho em saúde e para a manutenção do equilíbrio entre renovação e experiência nos serviços.¹³

Em relação à diversidade no estado civil, estudo aponta que casais que compartilham níveis semelhantes de conflito e estratégias de *coping* tendem a apresentar maior eficácia na redução da exaustão emocional, enquanto indivíduos

em outros estados civis recorrem com maior frequência à família e à rede de apoio social como estratégias de enfrentamento. No presente estudo, observou-se que a maioria dos participantes era casada, condição que se refletiu na valorização do suporte conjugal como fator de proteção frente às demandas emocionais do trabalho. Entre os profissionais solteiros, viúvos ou divorciados, destacou-se a importância atribuída ao apoio de familiares, amigos e colegas de equipe como recurso fundamental para lidar com as situações de estresse laboral. Esses achados reforçam a literatura ao evidenciar que o estado civil influencia as formas de enfrentamento e pode repercutir diretamente na preservação da saúde mental dos trabalhadores.¹⁴

A amostra revela uma diversidade significativa no tempo de formação (dois a 30 anos) e no tempo de atuação no CTQ (um a 16 anos), sendo composta por uma equipe relativamente jovem em termos de experiência no setor, o que pode ser indicativo de uma rotatividade comum em áreas de cuidados intensivos.¹⁵

No cenário investigado, constatou-se uma alta taxa de especialização entre os profissionais (73%), o que evidencia a ênfase na qualificação avançada voltada ao atendimento especializado. Em contrapartida, observou-se uma menor proporção de profissionais com titulação de mestrado (4,5%) e doutorado (9%). Esse achado demonstra que, embora a especialização seja comum, a formação acadêmica em níveis *stricto sensu* ainda é restrita, apontando a necessidade de maior investimento nesse tipo de qualificação. A ampliação da formação em níveis acadêmicos mais elevados pode favorecer a inserção da pesquisa e da inovação no setor, fortalecendo a articulação entre prática profissional, produção científica e desenvolvimento tecnológico.¹⁶

O fato de todos os participantes relatarem não ter experiência prévia em outros serviços especializados no atendimento a queimados pode indicar uma limitação na exposição a diferentes abordagens e protocolos específicos para esse tipo de cuidado. Embora a

experiência ocasional com vítimas de queimaduras em outros contextos seja relevante, a ausência de trabalho contínuo em centros especializados pode impactar a familiaridade dos profissionais com as melhores práticas e inovações tecnológicas específicas do cuidado a queimados. Este aspecto ressalta a importância de treinamentos contínuos e programas de capacitação para garantir que os profissionais estejam atualizados e aptos a oferecer o melhor cuidado possível, independentemente do contexto em que atuam.³

As categorias distintas que emergiram das entrevistas refletem diferentes dimensões da experiência de trabalho da equipe. Abrangem os elementos que estruturam as atividades diárias, incluindo rotinas, desafios técnicos e interações profissionais. Todos esses tópicos são cruciais para entender como o trabalho é organizado e realizado, o que pode influenciar diretamente nas demais categorias.

A *organização do processo de trabalho* (categoria 1) é caracterizada por sua complexidade, decorrente da gravidade e diversidade dos casos atendidos. Os profissionais destacam a necessidade de um planejamento minucioso e flexível, essencial para responder às diferentes demandas dos pacientes conforme a gravidade das queimaduras e o estágio de recuperação. A integração entre as diversas etapas do cuidado, como a mobilização de pacientes e a realização de curativos, é fundamental, assim como a padronização dos procedimentos e a formação contínua da equipe para melhorar a qualidade do cuidado e reduzir complicações.¹⁷

A interdependência das tarefas e a comunicação multiprofissional eficaz entre os subsetores do CTQ são importantes para a continuidade do cuidado. A organização do trabalho pode ser aprimorada com a implementação de protocolos clínicos padronizados e o uso de tecnologias, que ajudam a reduzir a carga cognitiva dos profissionais e aumentam a segurança do paciente.¹

No que se refere à *organização dos recursos humanos* (categoria 2), as falas revelaram que o rodízio entre os

subsetores, como terapia intensiva de queimados, enfermarias, centro cirúrgico e ambulatório, é uma estratégia eficaz para evitar a sobrecarga emocional e física dos profissionais, ampliando sua competência técnica e permitindo uma visão abrangente do processo de cuidado. Essa prática contribui para a redução do *Burnout* e melhora a satisfação no trabalho, resultando em melhores desfechos clínicos.¹⁸

A partir das *percepções do cotidiano* (categoria 3), os profissionais relatam a intensa carga psicológica e emocional associada ao trabalho com pacientes em condições críticas, destacando a necessidade de suporte psicológico, como grupos de apoio e sessões de *debriefing* para mitigar os efeitos do estresse ocupacional.¹⁹ A formação especializada e o desenvolvimento profissional contínuo são essenciais para aumentar a competência e a confiança dos profissionais ao lidar com situações complexas.¹⁶

De modo geral, a organização do trabalho é multifacetada e exige uma abordagem integrada, que considera tanto as necessidades dos pacientes quanto o bem-estar dos profissionais. A implementação de práticas organizacionais que promovam a segurança do paciente, a eficiência do cuidado e o suporte aos profissionais faz-se necessária para enfrentar os desafios inerentes a esse ambiente de alta complexidade.⁴

Nesta conjuntura, sob a ótica da teoria da Psicodinâmica do Trabalho de Dejours, o sofrimento no trabalho não se manifesta apenas como patologia, mas também como expressão de um conflito entre o desejo do sujeito e as exigências organizacionais. No contexto do CTQ, os relatos evidenciam uma intensa exposição dos profissionais a situações que exigem deles não só domínio técnico, mas forte capacidade de enfrentamento subjetivo diante da dor, do sofrimento e da morte. A escassez de recursos humanos e a constante sobrecarga organizacional transformam o espaço de trabalho em um território de tensões, no qual a criatividade e a cooperação tornam-se

mecanismos fundamentais de defesa e ressignificação da experiência laboral.²⁰

Os profissionais, ao relatarem ambivalência de sentimentos entre a realização pessoal e o esgotamento emocional, sinalizam uma dimensão central da Psicodinâmica do Trabalho: a possibilidade de transformar o sofrimento em prazer, desde que haja reconhecimento, espaços de fala e margem de manobra para ressignificar a atividade. Nesse sentido, a falta de suporte institucional e a rigidez das normas organizacionais surgem como barreiras à saúde mental, pois limitam a autonomia e desvalorizam o saber experiencial da equipe.⁵

Esses achados reforçam a urgência de práticas de gestão que não apenas visem à eficiência, mas que acolham a complexidade subjetiva do trabalho em saúde, reconhecendo o valor simbólico da atividade para os sujeitos e promovendo ambientes que favoreçam a cooperação, a confiança e o reconhecimento mútuo.¹⁸

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O processo de trabalho no CTQ revela-se multifacetado, exigindo da equipe multiprofissional não apenas competências técnicas especializadas, mas também alta capacidade de adaptação, cooperação interprofissional e resiliência emocional. A rotina nesse contexto é marcada por um fluxo assistencial intenso, enfrentamento de casos de alta gravidade e exposição frequente ao sofrimento humano, o que configura um ambiente de trabalho emocionalmente exigente.

A organização das tarefas, a distribuição dos recursos humanos e a vivência subjetiva dos profissionais apontam para uma realidade de sobrecarga física e psíquica, agravada por limitações institucionais e ausência de suporte psicológico estruturado. Ao mesmo tempo, o envolvimento com o cuidado ao paciente queimado também é fonte de realização e sentido, o que destaca a ambivalência das experiências vividas no setor.

Compreender essas dinâmicas, à luz da Psicodinâmica do Trabalho permite

reconhecer tanto os fatores que geram sofrimento quanto as possibilidades de transformação desse sofrimento em mobilização subjetiva. Nesse sentido, é fundamental que os gestores dos serviços de saúde implementem estratégias que promovam a valorização do trabalho, o reconhecimento institucional, a escuta ativa e o apoio psicossocial à equipe. Além disso, políticas de educação permanente, rodízios estruturados e melhoria das condições organizacionais podem favorecer a qualidade do cuidado e a preservação da saúde dos trabalhadores.

Assim, fortalecer o cuidado ao cuidador é condição essencial para que o CTQ cumpra sua função assistencial com segurança, humanidade e excelência.

REFERÊNCIAS

- 1 Luz RMD, Oliveira ARC, Moreno TES, Barbosa DAM, Silva IL, Simoneti RAAO. Aspectos psicológicos de pacientes pós-queimaduras: uma revisão da literatura. *Brazilian Journal of Development*. 2021;7(6):60538-55. DOI:10.34117/bjdv7n6-436
- 2 Ministério da Saúde (BR). Portaria GM/MS nº 1.273, de 21 de novembro de 2000: estabelece diretrizes para a organização e implementação das Redes Estaduais de Assistência a Queimados. *Diário Oficial da União*. 23 nov 2000;Seção1:51. Disponível em: <https://www.jusbrasil.com.br/diarios/1519420/pg-51-secao-1-diario-oficial-da-uniao-dou-de-23-11-2000>
- 3 Silva AM, Costa DG, Echevarría-Guanilo ME, Pinho FM, Fuculo PRB Jr, Machado TDCS. Gestão do cuidado de pacientes queimados na perspectiva da multidisciplinaridade: uma revisão de escopo. *Rev. bras. queimaduras*. 2022;21(1):87-90. Disponível em: <http://rbqueimaduras.org.br/export-pdf/539/v21n1a13.pdf>
- 4 Rodrigues LA, Poiati ML, Nogueira MJ, Andrade MO, Brandini NL, Rezende RB. O profissional de saúde na Unidade de Tratamento de Queimados: atenção e cuidado com os aspectos psicológicos dos pacientes. *Rev. bras. queimaduras*. 2019;18(1):16-22. Disponível em: <http://www.rbqueimaduras.com.br/details/454/pt-BR>
- 5 Dejours C. A loucura do trabalho: um estudo de psicopatologia do trabalho. 5ª ed. São Paulo: Cortez/Oboré;1992.
- 6 Sousa JR, Santos SCM. Análise de conteúdo em pesquisa qualitativa: modo de pensar e de fazer. *Pesquisa E Debate Em Educação*. 2020;10(2):1396-416. doi:10.34019/2237-9444.2020.v10.31559. DOI: <https://doi.org/10.34019/2237-9444.2020.v10.31559>
- 7 Guariento LPL, Montezeli JH, Gastaldi AB, Ribeiro BGA, Signolfi RR. Psicodinâmica do trabalho da equipe multidisciplinar de um centro de tratamento de queimados. *Rev. bras. queimaduras*. 2024;23(4):169-78. Disponível em: <https://rbqueimaduras.com.br/details/589/pt-BR/psicodinamica-do-trabalho-da-equipe-multidisciplinar-de-um-centro-de-tratamento-de-queimados>
- 8 Bockorni BRS, Gomes AF. A amostragem em snowball (bola de neve) em uma pesquisa qualitativa no campo da administração. *Revista de Ciências Empresariais da UNIPAR*. 2021;22(1):105-17. DOI: <https://doi.org/10.25110/receu.v22i1.8346>
- 9 Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70;2020.
- 10 Silva LAJ, Leão MBC. O software Atlas.ti como recurso para a análise de conteúdo: analisando a robótica no Ensino de Ciências em teses brasileiras. *Ciênc. educ.* (Bauru). 2018;24(3):715-28. DOI: <https://doi.org/10.1590/1516-731320180030011>
- 11 Souza VRS, Marziale MHP, Silva GTR, Nascimento PL. Tradução e validação para a língua portuguesa e avaliação do guia COREQ. *Acta Paul. Enferm.* (Online). 2021;34:eAPE02631. DOI: <http://dx.doi.org/10.37689/acta-ape/2021A002631>
- 12 Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS). Protagonismo feminino na saúde: mulheres são a maioria nos serviços e na gestão do SUS. 2021. Disponível em: <https://portal.conasems.org.br/orientaco>

es-tecnicas/noticias/4795_o-protagonismo-feminino-na-saude-mulheres-sao-a-maioria-nos-servicos-e-na-gestao-do-sus

13 Boniol M, Mclsaac M, Xu L, Wuliji T, Diallo K, Campbell J. Gender equity in the health workforce: analysis of 104 countries. Geneva: World Health Organization; 2019. Available from: <https://iris.who.int/handle/10665/311314>

14 Recuero LH, Segovia AO. Work-family conflict, coping strategies and burnout: a gender and couple analysis. *Journal of Work and Organizational Psychology*. 2021;37(1):21-8. DOI: <https://doi.org/10.5093/jwop2021a5>

15 Beidacki CS, Silva RPV, Boeira LS. Absenteísmo e rotatividade entre profissionais de saúde: Resposta Rápida. Brasília: Instituto Veredas; 2020. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resorce/pt/biblio-1414588>

16 Silva MS, Queiroz DPN, Abrantes MLF, Cabrera FP, Pereira JE, Pereira RMS, et al. A importância da relação dos programas de pós-graduação e do setor produtivo na geração de inovação tecnológica. *Research, Society and Developmen*. 2021;10(4):e51010414342. doi:10.33448/rsd-v10i4.14342. DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i4.14342>

17 Netto BO, Maia LMO. Incidência de hospitalizações por queimaduras no Brasil e no Rio de Janeiro: análise epidemiológica entre 2016 e 2020. *Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação*. 2022;8(10):946-59. DOI: <https://doi.org/10.51891/rease.v8i10.7208>

18 Bhat MA, Tariq S. Impact of job burnout on performance: a study among hospital employees of J&K, India. *BIMTECH Business Perspectives*. 2022:1-17. doi:10.1177/bsp.2022.3.3.1. DOI: <http://dx.doi.org/10.1177/bsp.2022.3.3.1>

19 Tyll MAG, Valois RC, Nascimento MHM, Carvalho GP. Estresse ocupacional em profissionais intensivistas: estudo

bibliométrico. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*. 2023;23(7):e12948. DOI: <https://doi.org/10.25248/reas.e12948.2023>

20 Figueiredo ML, Ávila LA. A psicodinâmica do sofrimento, do prazer e do trabalho. *Revista AKEDIA - Versões, Negligências e Outros Mundos*. 2021;11:79-97. DOI: <https://doi.org/10.33726/akdpapers2447-7656v11a72021p79-97>

Recebido em: 27/05/2025
Aceito em: 14/11/2025
Publicado em: 13/04/2026