

E b o o k

O CUSTO DO CUIDADO:  
**ESTRATÉGIAS PARA  
REFORÇAR O CAPITAL  
PSICOLÓGICO INDIVIDUAL  
E ORGANIZACIONAL**



**IMIP**

Instituto de Medicina Integral  
Prof. Fernando Figueira

Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira – IMIP  
Ficha Catalográfica BAB-028/2021  
Elaborada por Túlio Revoredo CRB-4/2078

---

S586c O custo do cuidado: estratégias para reforçar o capital psicológico individual e organizacional / Autores: Arthur Fernandes da Silva; Jurema Telles de Oliveira Lima – Recife: IMIP, 2021.

35 f.: il.

ISBN 978-65-86781-03-8

1. Síndrome de burnout. 2. Saúde Mental 3. Fadiga por compaixão. I. Silva, Arthur Fernandes da: autor. II. Lima, Jurema Telles de Oliveira: autora. IV. Título.

CDD 158.753

---

# AUTORES

---



## **ARTHUR FERNANDES DA SILVA**

Mestrando em Cuidados Paliativos pelo Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP, 2019-2021) e Paliativista (2019-2020) pela mesma instituição. Médico de Família e Comunidade pela Secretaria de Saúde da Prefeitura da Cidade do Recife (2017-2019). Graduado pela Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Cariri (UFCA) (2011-2016). Membro dos Grupos de Trabalho em Espiritualidade e Saúde e em Cuidados Paliativos da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC) e do Comitê de Atenção Primária à Saúde da Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP). Co-autor dos livros: Entre encontros e despedidas: histórias sobre o viver e o morrer na Casinha (Editora Escaleras), Cartas ao Dr. Bezerra de Menezes (AME Brasil Editora), Uma nova medicina para um novo milênio: a humanização do ensino médico (AME Brasil Editora), Diário de uma eucariótica (Editora Schoba).



## **JUREMA TELLES DE OLIVEIRA LIMA**

Doutora em Oncologia pelo Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA)/Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP) (2017). Mestre em Ciências Médicas pela Universidade de Pernambuco (UPE). Graduação em Medicina pela UPE (1995). Título de Especialista em Cancerologia Clínica pela AMB/SBC. Especialista em Bioética pela Universidade do Porto (Portugal). Coordenadora do serviço de Oncologia do IMIP. Tutor da Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS). Vice-coordenadora do Mestrado Profissional em Cuidados Paliativos Associado à Residência em Saúde (IMIP). Membro titular das Sociedade Brasileira de Oncologia Clínica (SBOC), da Sociedade Americana de Oncologia Clínica (ASCO) e Sociedade Europeia de oncologia clínica (ESMO). Presidente da SBOC - Regional Nordeste (2019-21).

# REVISORES



## **KARLA ALEXSANDRA DE ALBUQUERQUE**

Doutora em Ciências pela Universidade de São Paulo (2015). Professora da Universidade Federal de Pernambuco na área de Enfermagem Médico-cirúrgica. Tem experiência na área de Enfermagem, com ênfase em Cuidados Paliativos, Controle de sintomas, Caquexia, Dor oncológica, Hipodermóclise, Oncologia, Processo de Morte e Morrer, e Cirurgias gastrointestinais. Atualmente é coordenadora do curso de graduação em Enfermagem da UFPE, 2019-2021.



## **LEOPOLDO NELSON FERNANDES BARBOSA**

Graduação em Psicologia pela Universidade Estadual da Paraíba, Especialização em Psicologia Hospitalar pela Santa Casa de SP, Mestrado em Psicologia Clínica pela Universidade Católica de Pernambuco e Doutorado em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento pela Universidade Federal de Pernambuco. Pós-doutorado em ciências da Saúde pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Atualmente é tutor da graduação e da pós graduação da Faculdade Pernambucana de Saúde - FPS. Coordenador do Mestrado Profissional em Psicologia da Saúde da FPS. Colaborador do programa de pós graduação stricto sensu do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP) e supervisor do núcleo de saúde mental do IMIP. Membro do Grupo de Trabalho Pesquisa básica e aplicada em uma perspectiva Cognitivo-Comportamental da ANPEPP. Líder do Grupo de Pesquisa em Saúde Mental do IMIP. Foi membro da diretoria da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar (SBPH) nas gestões de 2007 até 2017 e da diretoria da Associação de Terapias Cognitivas de Pernambuco (ATC-PE) na Gestão de 2015-2018.



## **ZILDA DO REGO CAVALCANTI**

Graduação em Medicina pela Universidade de Pernambuco (1990), residência em Clínica Médica (1993) e mestrado em Medicina Interna (2005) pela Universidade Federal de Pernambuco. Tem experiência na área de Medicina, com ênfase em Medicina Paliativa. Tutora e preceptora do internato da Faculdade Pernambucana de Saúde. Preceptora da residência em Medicina Paliativa do IMIP. Título de Especialista em Medicina Paliativa pela AMB.

# APRESENTAÇÃO DO PRODUTO

---

As Síndromes de *Burnout* (SB) e de Fadiga por Compaixão (SFC) representam desafios ao trabalho em saúde em níveis individual e organizacional, afetando não apenas a saúde mental e desempenho de profissionais de cuidado, mas também a eficiência e a qualidade de serviços de atenção à saúde, especialmente na área de cuidados paliativos.

Considerando a importância dos referidos temas; sua influência sobre processos de trabalho; a premente necessidade de identificar situações de risco de adoecimento com vistas à sua abordagem nas instituições e a carência de materiais específicos voltados para essa temática em serviços de saúde, vislumbrou-se a oportunidade de estruturar um instrumento apoiador para tal.

Este material compõe a dissertação *A duras penas: Síndromes de Burnout e de Fadiga por Compaixão entre equipes médicas e de enfermagem em cenários assistenciais de cuidados paliativos*, apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Cuidados Paliativos Associado à Residência em Saúde do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP). A referida pesquisa constituiu-se de estudo exploratório transversal, a fim de avaliar fatores sociodemográficos e elementos das SB e SFC entre profissionais médicos, enfermeiros e técnicos em enfermagem dos setores de terapia intensiva, pronto-atendimento, oncologia adulto e cuidados paliativos do IMIP. Com a devida atenção aos preceitos éticos, os profissionais foram avaliados através de preenchimento de formulário eletrônico.

Apresentamos a seguir material didático e instrucional, na qualidade de e-book ou livro eletrônico, com o objetivo de subsidiar processos de avaliação interna das instituições de saúde, seus trabalhadores e processos de trabalho relacionados, com vistas à identificação precoce de situações de risco ou de estresse associado ao trabalho e ponderação quanto às possíveis abordagens para saná-lo.

O presente produto técnico-educacional não só fortalece o Programa de Pós-Graduação da instituição, como fruto de pesquisa de mestrado, mas também tem potencial para alcançar outras instituições ou serviços de saúde atentos para a importância do tema em questão, contribuindo para a melhoria da qualidade dos processos de trabalho e, por consequência, da qualidade da assistência prestada.

# PREFÁCIO

---

*A jornada através desta pandemia nos deixou exaustos. Exaustos os pacientes, lutando até suas últimas forças. Exaustos os familiares, tentando persistir em esperança quando todo o resto lhes falta.*

*E exaustos os profissionais de saúde que, lidando com a escassez de recursos e com o próprio medo, dão cada gota de si mesmos tentando salvar vidas.*

*Este é um momento propício para falar sobre Burnout: fenômeno que representa exatamente essa exaustão que ultrapassa os limites do mero cansaço para se tornar algo muito mais pungente.*

*Nesse contexto, lembro-me das palavras de Gonzaguinha, quando diz que "guerreiros são pessoas que também choram e que também precisam de um abraço". Precisam de descanso. O poeta diz ainda que "sem o trabalho, não temos honra e assim não dá pra ser feliz".*

*Seguimos com o trabalho, nossa missão, cuidar das pessoas. Firmes nesta batalha que somente nós podemos travar. Essa missão que transcende o momento atual e segue pela vida.*

*Mas quem cuida dos cuidadores?*

*Forma-se aqui essa corrente de gente cuidando de gente. O gestor que cuida do profissional que cuida do paciente. Uma corrente viva de empatia e cuidado. A compaixão que é nossa ferramenta maior, e que serve para guiar nossa compreensão das atitudes necessárias para seguir cuidando uns dos outros para além da fadiga, em busca de um mundo mais amoroso e solidário.*

**ZILDA DO REGO CAVALCANTI**

# ÍNDICE

---

O fenômeno do trabalho _____	08
<i>O burnout</i> e a fadiga por compaixão como ameaça _____	11
A resistência psicológica como defesa _____	17
Entendendo as necessidades dos profissionais e as possibilidades de ação _____	20



**1**

# O FENÔMENO DO TRABALHO





## O FENÔMENO DO TRABALHO

O trabalho é o fenômeno da venda da força de trabalho do indivíduo a fim de obter uma remuneração, mas também se constitui como elemento de pertencimento a grupos sociais, e ainda tem uma função psíquica, relacionada à formação da identidade e da subjetividade do ser humano. O trabalho é, dessa forma, essencial para relações afetivas e econômicas entre as pessoas em sua vida cotidiana.

### O TRABALHO NUNCA É NEUTRO, É UM CAMPO DE DISPUTAS ENTRE:

#### ELEMENTOS POSITIVOS

Fonte de sentido e crescimento psicossocial para o adulto

#### ELEMENTOS NEGATIVOS

Angústias e medos disparados pela lógica da empresa ou do empregador, baseada no lucro ou produtividade

A organização do trabalho é produto de acordo entre quem o estrutura e quem o executa, e está constantemente evoluindo e se transformando. Em cada um dos níveis de tomada de decisão na hierarquia, essa organização é pensada considerando o que o trabalhador entende do seu próprio trabalho, sem que consiga perceber a realidade da prática dos outros.

A comunicação visa exibir a racionalidade, a forma de pensar, o propósito do trabalho e os dilemas vividos pelos trabalhadores para desempenhá-lo e os porquês de perseguirem respostas para si mesmos, para os demais trabalhadores e outros níveis na hierarquia<sup>2</sup>.

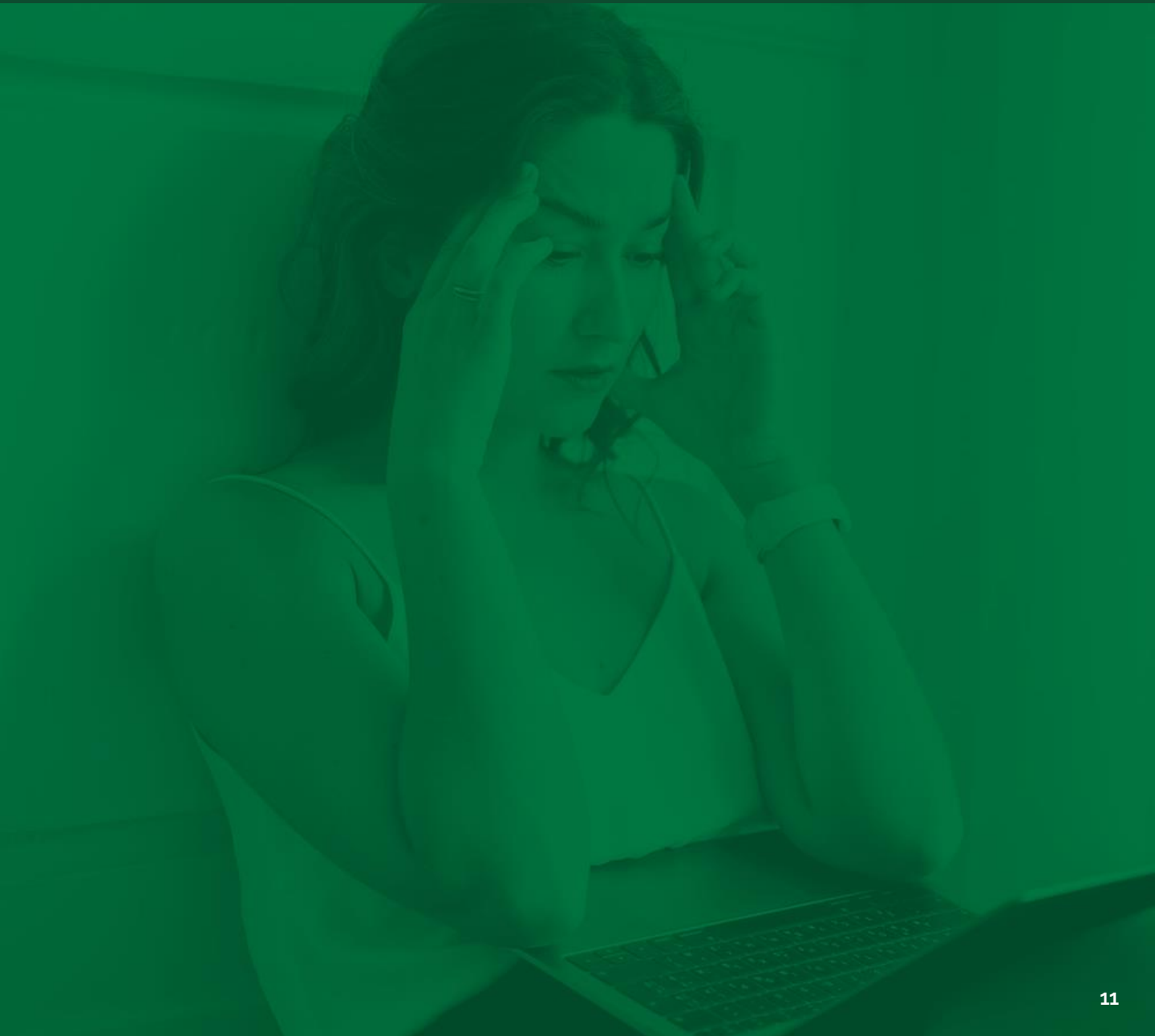


“Se o trabalhador é capaz de pensar o trabalho, de elaborar essa experiência ao falar, de simbolizar o pensamento e de chegar a uma interpretação, ele tem a possibilidade de negociar, de buscar um novo sentido partilhado, de transformar e de fazer a organização do trabalho evoluir.”<sup>1</sup>

Em outras palavras, a ciência da Psicodinâmica do Trabalho nesse campo busca modificar não o trabalho em si, mas o trabalhador e suas relações.

2

# O *BURNOUT* E A FADIGA POR COMPAIXÃO COMO AMEAÇAS





## O *BURNOUT* COMO AMEAÇA

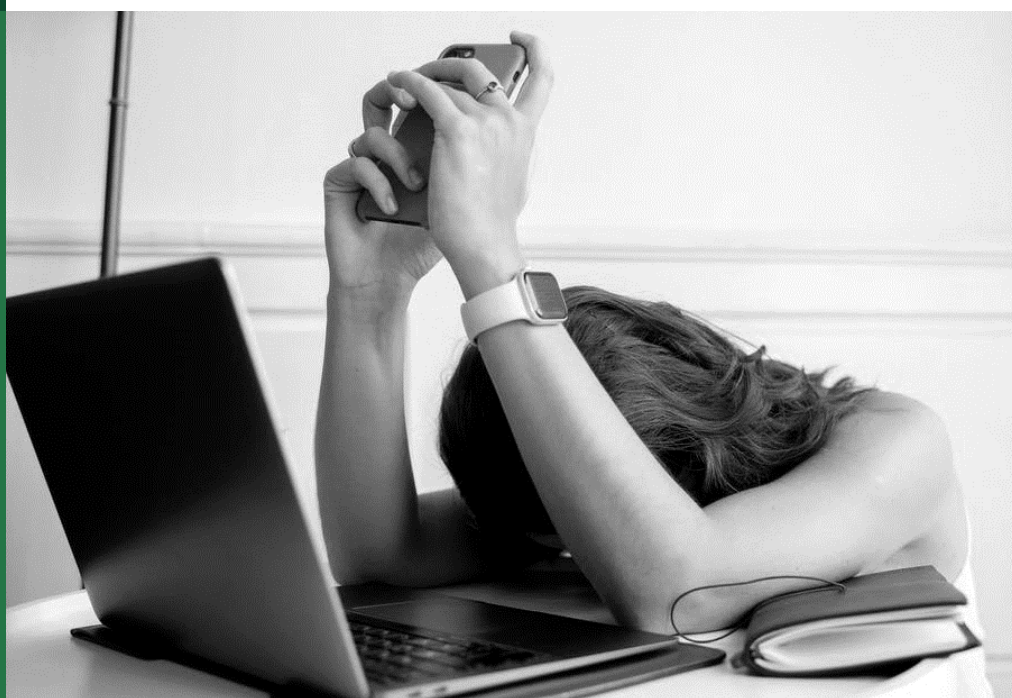
O *burnout*<sup>3</sup> pode ser descrito como uma síndrome complexa relacionada ao trabalho, que congrega caracteres como exaustão emocional, despersonalização e baixa realização pessoal. A exaustão emocional seria uma sensação de energia mental drenada ou muito reduzida. A despersonalização pode ser vista como um distanciamento do trabalho, com desresponsabilização progressiva sobre os processos relacionados. Já a baixa realização pessoal se traduz no sentimento de incompetência ou reduzida eficácia pessoal na profissão. Esses fatores, combinados e expressos na forma de sofrimento no *burnout*, podem comprometer<sup>4</sup> significativamente a qualidade do trabalho e, no caso de profissionais de ajuda, como na área da saúde, a qualidade do cuidado prestado aos pacientes<sup>5, 6</sup>.

A exaustão emocional envolve uma sensação de energia mental drenada ou muito reduzida. A despersonalização pode ser vista como um distanciamento do trabalho, com desresponsabilização progressiva sobre os processos relacionados. Já a baixa realização pessoal se traduz no sentimento de incompetência ou reduzida eficácia pessoal na profissão. Esses fatores, combinados e expressos na forma de sofrimento na Síndrome de Burnout (SB), podem comprometer significativamente a qualidade do trabalho<sup>16</sup> e, no caso de profissionais da área da saúde, a qualidade do cuidado prestado aos pacientes.<sup>17, 18</sup>

Recentemente, a Organização Mundial da Saúde (OMS), órgão das Nações Unidas para o tema, incluiu a SB na nova Classificação Internacional de Doenças, a CID-1119, publicada em 2020, devendo vigorar a partir de 2022. A SB teve sua definição atualizada para "uma síndrome resultante de um estresse crônico no trabalho que não foi administrado com êxito" e é entendida como um fenômeno relacionado ao trabalho. Para a OMS, quando instalada, a SB pode se caracterizar por sensação de esgotamento, sentimentos negativos relacionados ao trabalho e eficácia profissional reduzida.

Atualmente, o modelo de compreensão do desenvolvimento da Síndrome de Burnout em 5 etapas é o mais utilizado.<sup>20</sup> Trata-se da percepção de que, no início da experiência em um dado posto de trabalho, a aceitação de responsabilidade, produtividade e satisfação com o trabalho são elevadas, caracterizando um estágio de "lua de mel" com o serviço (estágio 1). Posteriormente, os estressores relacionados ao trabalho começam a influenciar a relação do indivíduo com suas tarefas; é nesse ponto que, na ausência de estratégias de enfrentamento, o estresse pode se estabelecer e se consolidar na forma de estagnação no trabalho (estágio 2), com percepção de dias bons e ruins pelo trabalhador, juntamente com sintomas emocionais e físicos, indicando desequilíbrio da relação entre vida e trabalho. A perpetuação da labuta sob estresse por períodos prolongados leva à cronificação do mesmo, manifestado sob a forma de frustração, sensação de impotência e falha ou inadequação (estágio 3). Eventualmente esse quadro progride para a desilusão quanto ao trabalho, típica da sensação de apatia e indiferença (estágio 4), quando não há expectativas de melhoria da situação. Por fim, a SB se consolida (estágio 5) com sintomas físicos e emocionais mais graves, como tristeza, angústia, fadiga mental e orgânica, isolamento, ansiedade e alterações de comportamento.<sup>21</sup>

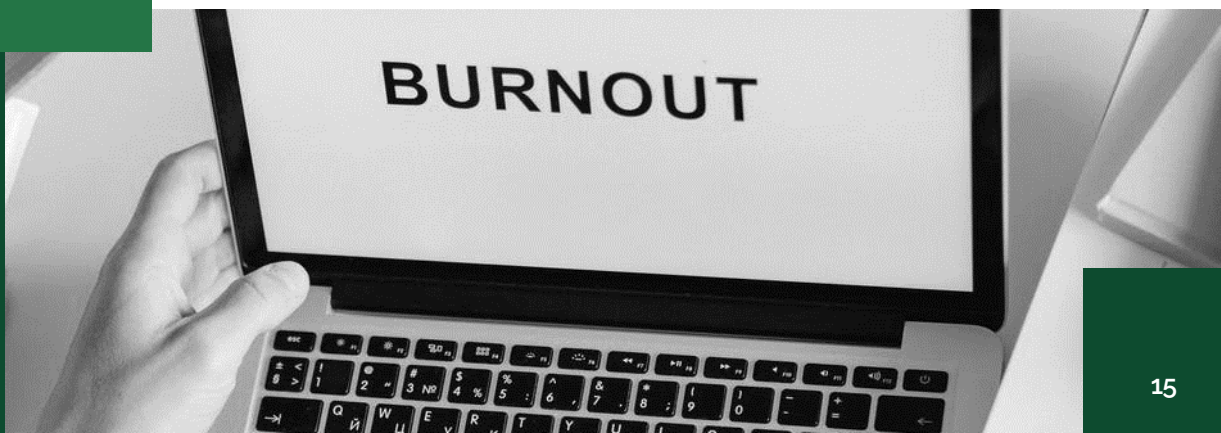
Há mais de 80 fatores elencados na etiopatogenia da SB.<sup>33</sup> Estudos apresentam esses elementos sob pontos de vista internos ou externos ao profissional.<sup>34</sup> Dentre os primeiros, estariam posturas perfeccionistas, expectativas idealizadas, supressão de necessidades pessoais, desejo de agradar outras pessoas, sentir-se insubstituível, ter o trabalho como única atividade útil ou com propósito e o hábito de trabalhar em substituição à vida pessoal. Dentre os últimos, os fatores externos, encontram-se problemas com a liderança, pressão do tempo e da produtividade, falta de liberdade para tomar decisões ou influenciar a organização, problemas com a hierarquia, comunicação interna frágil, responsabilidades crescentes, má organização dos processos de trabalho, falta de recursos (humanos ou financeiros), falta de clareza sobre objetivos e papéis desempenhados, trabalho em equipe frágil e falta de suporte social (dos pares e fora do ambiente de trabalho). A SB também se relacionou a diferenças mensuráveis na qualidade do cuidado<sup>35-37</sup> e do profissionalismo relatados por estudantes, residentes e médicos especialistas; maiores taxas de erros médicos<sup>38</sup> e piores indicadores de produtividade, como aposentadoria antecipada e redução de carga horária, além de maiores níveis de estresse e transtornos mentais, como depressão.<sup>39, 40</sup>



A SB está relacionada ao sofrimento no trabalho em condições ruins ou desafiadoras. Contudo, profissões de cuidado, como as da área da saúde, podem experimentar outras dimensões de sofrimento particulares, que encontram sua raiz no processo de cuidado de pacientes com sofrimentos intensos.

O cuidado de alguém é uma experiência complexa que envolve a percepção das vulnerabilidades do outro, perpassa a sensação de uma resposta afetiva a elas e culmina na tomada de ação em direção a esse outro e suas necessidades de forma humana, preenchida por significado.<sup>42</sup> Pessoas adoecidas desejam ser tratadas com cuidado que inclua a escuta sobre suas necessidades e uma relação humana e compassiva com o cuidador.<sup>43</sup>

A compaixão pode ser descrita como um processo complexo que resulta da interação entre dimensões afetivas, somáticas e cognitivas que podem ser desenvolvidas.<sup>43</sup> Tal processo é dependente de relações e se inicia pelo reconhecimento do sofrimento de alguém. Por ser individual, o sofrimento externo não é passível de compreensão completa, mas pode ser minimamente entendido a partir de uma disposição empática em reconhecer, no outro, nossa mesma humanidade. Após a primeira resposta empática, o processo compassivo prossegue na forma de desejo de aliviar o sofrimento. Este desejo é intuitivo e cognitivo, uma vez que o alívio do sofrimento envolve uma avaliação sobre a capacidade de ação e um imperativo ético de superação da indiferença em relação à dor alheia com vistas à ação sobre a mesma de forma respeitosa.<sup>43</sup>





A compaixão<sup>43</sup> pode ser entendida como sentimento ou atitude. O sentimento chamado compaixão representa uma combinação de emoções amorosas e dolorosas despertadas pelo reconhecimento do sofrimento desnecessário (ou sem propósito) pelo qual outras pessoas passam, isto é, uma disposição benevolente em direção ao outro, independente de julgamentos; já a atitude compassiva seria a tradução desse sentimento “temperando” a relação de cuidado de forma proativa e respeitosa, através de palavras, atitudes ou mesmo do silêncio.<sup>46</sup>

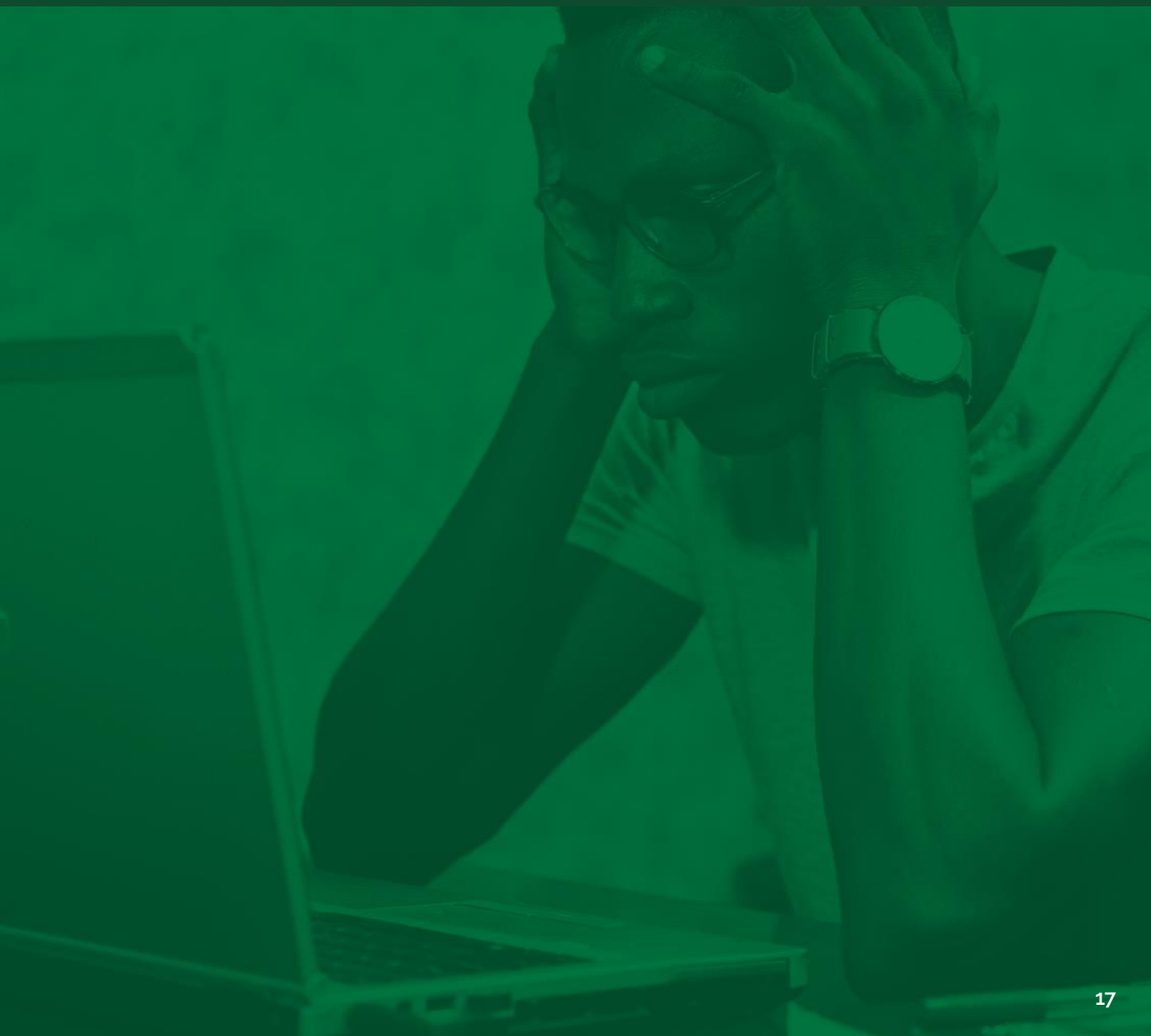
A fadiga por compaixão foi descrita inicialmente à guisa de explicação sobre a perda da habilidade de cuidar entre enfermeiros em serviço de emergência, os quais apresentavam sintomas como senso de baixa eficiência, cansaço, fadiga, tristeza e raiva, além de alterações orgânicas como problemas no sono, cefaleias e alterações do sistema digestivo, manifestações físicas e emocionais tratadas como consequências do cuidado continuado de pacientes com necessidades complexas e sobrecarga de trabalho.<sup>56</sup> Pouco depois, em 1995, o termo Fadiga por Compaixão (ou Síndrome de Fadiga por Compaixão [SFC]) foi utilizado para discorrer sobre o “custo do cuidado” entre profissionais da área.<sup>57</sup>

Posteriormente, a definição foi melhor desenvolvida para expor “a redução da capacidade do terapeuta de ser empático ou ouvir sobre o sofrimento dos clientes e é o estado emocional e comportamental resultante do conhecimento sobre eventos traumáticos vividos por outrem”.<sup>57</sup> A SFC seria, então, uma disfunção da resposta empática após o testemunho do sofrimento do outro.<sup>58</sup>

A SFC equivale ao estresse traumático secundário, isto é, uma combinação de pensamentos intrusivos, evitação dos clientes ou pacientes, estado de hipervigilância, irritabilidade, raiva e memórias traumáticas relacionadas aos traumas dos pacientes, causado pelo exercício contínuo de compaixão para com pessoas com sofrimentos insolúveis<sup>53</sup>

**3**

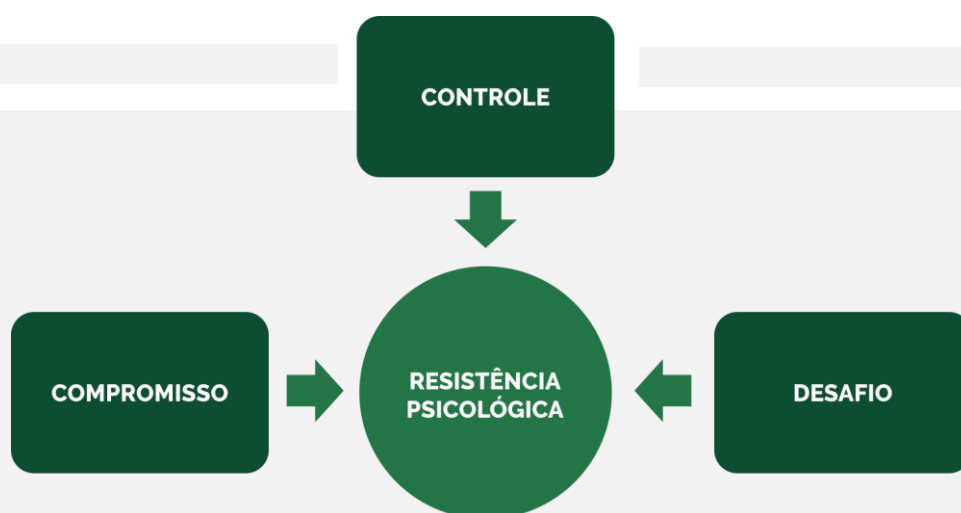
# **A RESISTÊNCIA PSICOLÓGICA COMO DEFESA**





## A RESISTÊNCIA PSICOLÓGICA COMO DEFESA

Estudos a partir da psicologia positiva tomam por base o conceito de resistência psicológica<sup>7</sup> e o descrevem como produto de três dimensões concorrentes: compromisso, controle e desafio. A primeira simboliza o engajamento na própria vida. A segunda diz respeito à influência ou poder sobre do indivíduo sobre os eventos que lhe ocorrem. A última traduz uma disposição ou inspiração para o desafio, no sentido de crescimento. Essa resistência psicológica se assemelha à resiliência, isto é, um grau de empoderamento psíquico que permite manejar os eventos estressantes na vida, seja agindo sobre o evento em si, seja redirecionando o investimento emocional para outro foco mais aprazível. Essa habilidade já se demonstrou<sup>8,9</sup> protetiva em relação ao *burnout* entre profissionais de saúde.



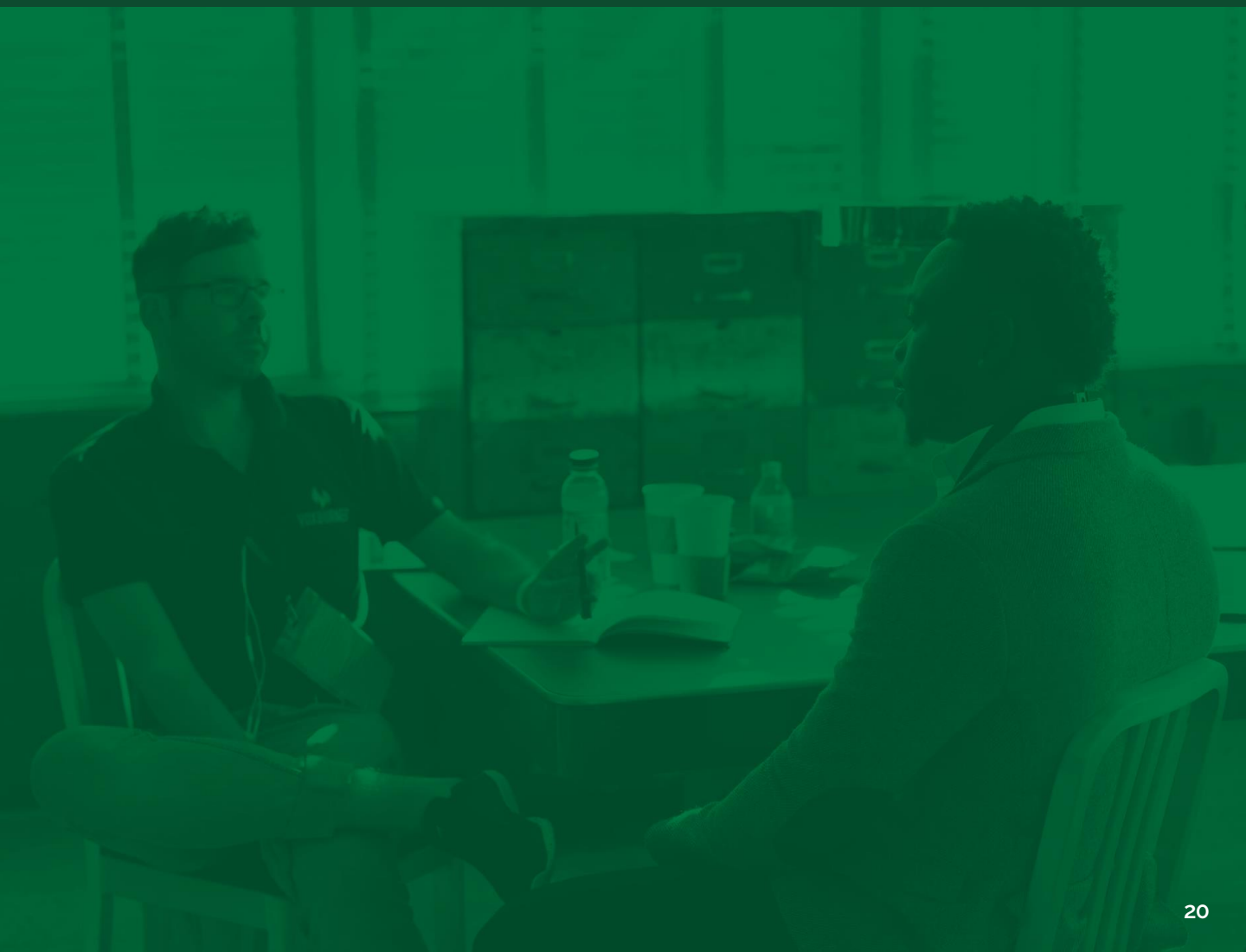
Partindo do pressuposto que elementos próprios da instituição de saúde (protocolos, fluxos, rotinas, infraestrutura, competência da administração etc.) podem influenciar<sup>10</sup> no *burnout* no setor saúde, entende-se ser importante visar o fortalecimento dessa resistência psicológica transformando as condições de trabalho (agindo sobre a instituição), para além de ações a nível individual (sobre as pessoas). Tais transformações podem produzir maior senso de empoderamento<sup>11</sup> individual nos trabalhadores, o que inclui confiança, senso de propósito, autonomia e a percepção de realmente influenciar na instituição.



Estudos<sup>12</sup> apontam dezenas de fatores que podem contribuir para o *burnout* sob pontos de vista individuais e organizacionais.

# 4

## ENTENDENDO AS NECESSIDADES DOS PROFISSIONAIS E AS POSSIBILIDADES DE AÇÃO





## ENTENDENDO AS NECESSIDADES DOS PROFISSIONAIS E AS POSSIBILIDADES DE AÇÃO

É fundamental que as instituições ou sistemas de saúde os conheçam para planejar intervenções assertivas, evitando tanto a abordagem de fatores de risco aleatórios (descontextualizados na instituição em si) quanto ações superficiais apenas em elementos individuais dos trabalhadores, evitando as questões estruturais da organização.

A partir da Hierarquia das Necessidades Humanas Básicas de Maslow<sup>13</sup>, um estudo<sup>14</sup> idealizou adaptação para a Hierarquia do *Burnout* e Bem-estar de Médicos. Nesta cartilha, consideramos essa hierarquia para todas as categorias de profissionais de saúde. Essa abordagem exemplifica de forma prática as principais necessidades dos profissionais – desejo de prestar cuidados de excelência aos seus pacientes, sem um custo pessoal insuportável e podendo se conectar com o sentido do seu trabalho – e permite tecer estratégias para atuação da organização para reduzir o *burnout* agindo sobre cada um dos níveis de complexidade. Obviamente, há necessidades mais básicas que precisam ser abordadas antes que outras demandas complexas sejam consideradas. O eixo central da hierarquia pode ser entendido como o equilíbrio entre a vida pessoal e vida profissional<sup>15</sup>.

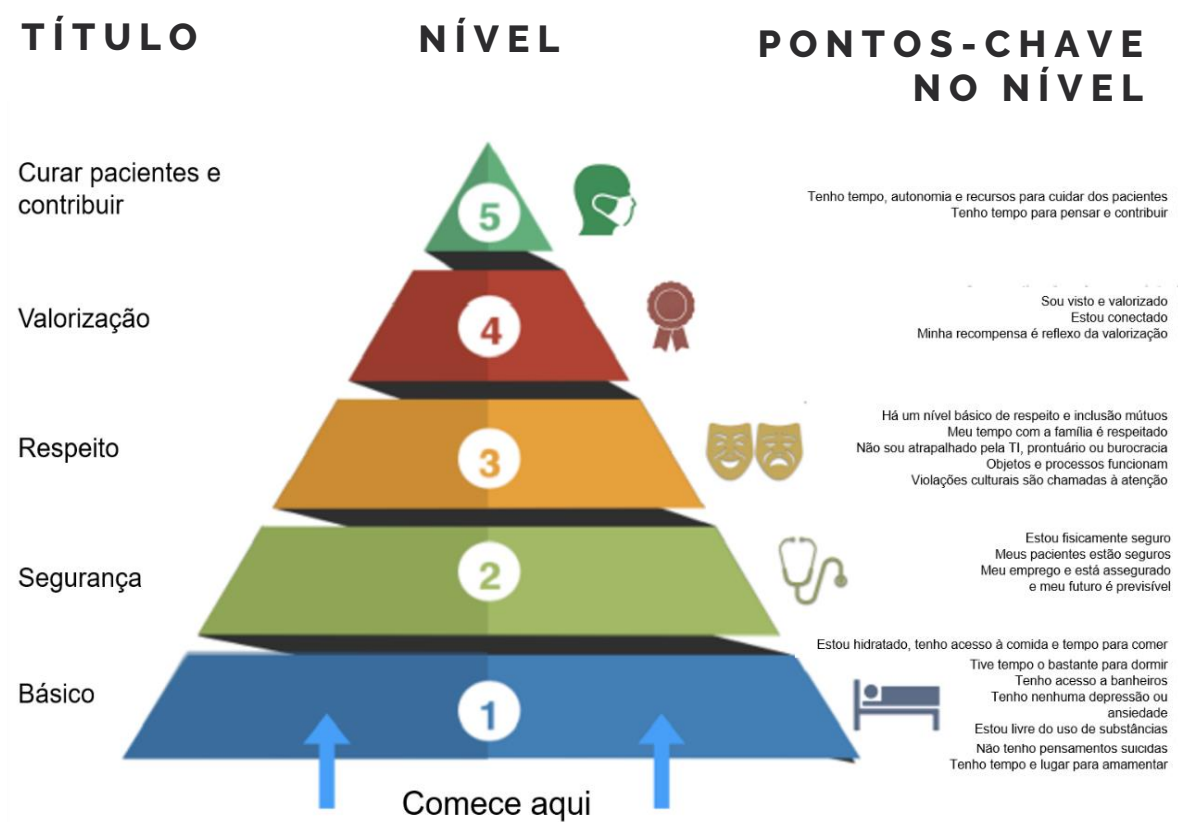


Figura 1. Hierarquia do Burnout e Bem-estar de Médicos, traduzido ao português com autorização dos autores<sup>15</sup>.

## NÍVEL 1

### ELEMENTOS BÁSICOS: SAÚDE FÍSICA E MENTAL

#### PRINCIPAIS PROBLEMAS

- Tempo, oferta e acesso à alimentação de qualidade e hidratação adequada; tempo e acesso ao uso do banheiro durante o trabalho e, se necessário, possibilidade de amamentar. Estudos<sup>16, 17, 18, 19</sup> já comprovaram que profissionais de saúde costumam se alimentar de refeições com valores nutricionais pobres, apresentar desidratação ao final dos plantões e sofrer por privação de sono; ambas as situações estão associadas a prejuízos cognitivos, perda de memória recente e pior humor.

## **POSSIBILIDADES DE ATUAÇÃO**

- Ofertar acesso a sistemas de suporte (avaliação psicológica, intervenções breves, grupos de apoio etc.) no ambiente de trabalho (garantido pela instituição) e fora dele (iniciativas dos profissionais, como psicoterapias individuais). Apesar do preconceito que envolve temas de saúde mental e o tabu, inclusive entre profissionais de saúde, é mandatório abordar tal cultura de desvalorização da dimensão afetiva do sofrimento do profissional com vistas à proporcionar acolhimento a todos e tratamento adequado aos que necessitarem<sup>20</sup>;
- Facilitar o acesso à hidratação e alimentação apropriadas aos trabalhadores, bem como a banheiros privativos e locais apropriados para amamentação;
- Avaliar o estado de privação do sono das equipes e garantir rodízios que permitam períodos de descanso apropriados e em ambientes salubres.

### **NÍVEL 2**

## **SEGURANÇA FÍSICA E PATRIMONIAL**

### **PRINCIPAIS PROBLEMAS**

- Sensação de ameaça dos trabalhadores em relação à sua segurança pelo trabalho em ambientes com déficits de recursos humanos, problemas com as lideranças, desorganização dos processos e ausência de rotinas, situações nas quais os profissionais de saúde tendem a ser mais agredidos<sup>21</sup>.



## POSSIBILIDADES DE ATUAÇÃO

- Treinar as equipes em métodos de reescalonamento da violência;
- Garantir segurança e vigilância dos espaços, principalmente os mais vulneráveis, como os setores de psiquiatria e emergência;
- Manter um corpo de profissionais quantitativamente adequado, evitando sobrecargas ou turnos dobrados;
- Planejar ações incluindo rotinas e previsibilidade de mudanças.

### NÍVEL 3

## RESPEITO

### PRINCIPAIS PROBLEMAS

- Profissionais que se sentem desrespeitados ou desvalorizados pelos superiores tendem a apresentar menor investimento de energia na clínica<sup>22</sup>;
- Existência de atritos, rugas ou relações conflituosas no interior das equipes tendem a reduzir a habilidade diagnóstica, a criatividade e a eficiência dos processos<sup>23</sup>;
- Desrespeito e atitudes violentas por parte dos pacientes;
- Excesso de burocracia e dificuldades no manejo de prontuários eletrônicos são a principal causa de *burnout* autorrelatada em estudo<sup>24</sup> recente com médicos.

## POSSIBILIDADES DE ATUAÇÃO

- Desenvolver continuamente os sistemas como prontuários eletrônicos e garantia de infraestrutura adequada para seu bom funcionamento, incluindo capacitações periódicas programadas e, se possível, interativas, a nível individual, é possível pensar formas de reduzir o tempo gasto de forma ineficiente<sup>25</sup> (ex.: com a burocracia) e aumentar o tempo dispendido em tarefas úteis (ex.: cuidado direto aos pacientes) ou em descanso, em casa;
- Exibir os direitos e responsabilidades dos pacientes no serviço, prevenindo abusos ou desacatos à equipe e criar fluxos para intervenção quando ocorrerem;
- Treinar as lideranças para avaliar, abordar e agir assertivamente sobre situações de bullying ou outros abusos nas equipes;
- Responder às demandas dos profissionais, ainda que a resposta seja negativa;
- Participar dos momentos de interação entre profissionais com vistas a ouvir identificar reclamações ou problemas e responder de forma hábil.

## PRINCIPAIS PROBLEMAS

- Esse modelo prediz que se sentir valorizado e apreciado na instituição é importante, bem como ser notado e receber agradecimentos pelo esforço investido no trabalho.

## POSSIBILIDADES DE ATUAÇÃO

- Facilitar que pacientes, colegas, gestores e líderes possam expressar sua apreciação pelos indivíduos e serviços prestados. Lideranças devem compreender o *burnout* também como um problema sistêmico da cultura organizacional e desenvolver estratégias inovadoras, como a promoção de cultura de autocuidado entre os funcionários, partindo dos superiores e incluindo todos os trabalhadores. Além disso, iniciativas em grandes hospitais<sup>26</sup> como Stanford e Mount Sinai, nos EUA, apontam a criação do cargo de “chefe de bem-estar”, responsável por catalisar essas mudanças.

- Divulgar experiências de sucesso ou “vitórias” das equipes no tocante a casos complexos;

- Remunerar os profissionais de maneira justa. O sistema de remuneração também pode ser propulsor de piores índices de *burnout*, uma vez que pagamentos por produtividade ou bônus por produtividade tendem a levar profissionais à sobrecarga de trabalho. Nesse sentido, é possível traçar alternativas<sup>27</sup> como salários independentes da performance associados a opções de remuneração que incluam maior flexibilidade de horários ou tempo livre, além de envolver medidas de bem-estar<sup>20</sup> profissional dentro da avaliação da performance.

**PRINCIPAIS PROBLEMAS**

- Profissionais de saúde desejam o tempo, recursos e autonomia para executar suas habilidades nos maiores níveis junto aos pacientes, para serem “tão bons quanto possível”.

**POSSIBILIDADES DE ATUAÇÃO**

- Aperfeiçoar os fluxos para maximizar o tempo dos profissionais junto aos pacientes em encontros clínicos;
- Reduzir a influência do “negócio” sobre a prática da assistência à saúde no cotidiano;
- Proteger o tempo dedicado às atividades acadêmicas dos profissionais que as desenvolvem;
- Estruturar e apoiar grupos de mentoria ou supervisão profissional;
- Considerando a educação permanente dos profissionais de saúde, é mais assertivo abordar utilizar esses recursos não só para melhorar as habilidades profissionais, mas também para a prevenção do *burnout* desde a graduação e ao longo da formação, construindo um processo formativo e ambiente de trabalho menos tóxicos.

# REFERÊNCIAS

---

1. Heloani R, Lancman S. Psicodinâmica do trabalho: o método clínico de intervenção e investigação. Production [Internet]. 2004 Dec [cited 2021 Jan 23];14(3):77–86. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-65132004000300009&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-65132004000300009&lng=en&nrm=iso&tlng=pt)  
DOI: 10.1590/S0103-65132004000300009
2. Giongo CR, Monteiro JK, Sobrosa GMR. Psicodinâmica do trabalho no Brasil: revisão sistemática da literatura. Temas em Psicol [Internet]. 2015 [cited 2021 Apr 3];23(4):803–14. Available from: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/tp/v23n4/v23n4a01.pdf>  
DOI: 10.9788/TP2015.4-ED
3. Maslach, C., Jackson, S. E & Leiter, M. P. (1996). The Maslach Burnout Inventory: Test manual (3rd ed.). Palo Alto, CA: Consulting Psychologist Press.
4. Frey R, Robinson J, Wong C, Gott M. Burnout, compassion fatigue and psychological capital: Findings from a survey of nurses delivering palliative care. Appl Nurs Res [Internet]. 2018 Oct 1 [cited 2021 Apr 3];43:1–9. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30220354/>  
DOI:10.1016/j.apnr.2018.06.003
5. Kang EK, Lihm HS, Kong EH. Association of intern and resident burnout with self-reported medical errors. Korean J Fam Med [Internet]. 2013 Jan [cited 2021 Apr 3];34(1):36–42. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23372904/>  
DOI: 10.4082/kjfm.2013.34.1.36

5. Kang EK, Lihm HS, Kong EH. Association of intern and resident burnout with self-reported medical errors. *Korean J Fam Med* [Internet]. 2013 Jan [cited 2021 Apr 3];34(1):36–42. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23372904/>  
DOI: 10.4082/kjfm.2013.34.1.36
6. Goldhagen BE, Kingsolver K, Stinnett SS, Rosdahl JA. Stress and burnout in residents: Impact of mindfulness-based resilience training. *Adv Med Educ Pract* [Internet]. 2015 [cited 2021 Apr 3];6:525–32. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26111115/>  
DOI: 10.2147/AMEP.S88580
7. Kobasa SC. Stressful life events, personality, and health: An inquiry into hardiness. *J Pers Soc Psychol* [Internet]. 1979 [cited 2021 Apr 3];37(1):1–11. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/458548/>  
DOI: 10.1037//0022-3514.37.1.1
8. Ladstätter F, Cooper-Thomas HD, Moreno-Jiménez B, et al. Deciphering Hardiness: Differential Relationships of Novelty Seeker, Rigid Control, and Hardy Profiles on Nurses' Burnout and their Effects. *Nurs Advan Health Care* 2018; 1:010
9. Garrosa E, Rainho C, Moreno-Jiménez B, Monteiro MJ. The relationship between job stressors, hardy personality, coping resources and burnout in a sample of nurses: A correlational study at two time points. *Int J Nurs Stud* [Internet]. 2010 Feb [cited 2021 Apr 3];47(2):205–15. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19596324/>  
DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2009.05.014
10. Poncet MC, Toullic P, Papazian L, Kentish-Barnes N, Timsit JF, Pochard F, et al. Burnout syndrome in critical care nursing staff. *Am J Respir Crit Care Med* [Internet]. 2007 Apr 1 [cited 2021 Apr 3];175(7):698–704. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17110646/>  
DOI: 10.1164/rccm.200606-806OC

11. Spreitzer GM. Psychological, empowerment in the workplace: dimensions, measurement and validation. *Acad Manag J.* 1995 Oct 1;38(5):1442–65. Available from: <https://www.jstor.org/stable/256865?seq=1>.

DOI: 10.2307/256865

12. Brigham T, Barden C, Legreid Dopp A, Hengerer A, Kaplan J, Malone B, et al. A Journey to Construct an All-Encompassing Conceptual Model of Factors Affecting Clinician Well-Being and Resilience. *NAM Perspect* [Internet]. 2018 Jan 29 [cited 2021 Apr 3];8(1). Available from: <https://nam.edu/journey-construct-encompassing-conceptual-model-factors-affecting-clinician-well-resilience/>

DOI: 10.31478/201801b

13. Maslow AH. A theory of human motivation. *Psychol Rev* [Internet]. 1943 Jul [cited 2021 Apr 3];50(4):370–96. Available from: </record/1943-03751-001>

DOI: 10.1037/h0054346

14. Shapiro DE, Duquette C, Abbott LM, Babineau T, Pearl A, Haidet P. Beyond Burnout: A Physician Wellness Hierarchy Designed to Prioritize Interventions at the Systems Level [Internet]. Vol. 132, *American Journal of Medicine*. Elsevier Inc.; 2019 [cited 2021 Feb 16]. p. 556–63. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30553832/>

DOI: 10.1016/j.amjmed.2018.11.028.

15. Sinsky CA, Biddison LD, Mallick A, Legreid Dopp A, Perlo J, Lynn L, et al. Organizational Evidence-Based and Promising Practices for Improving Clinician Well-Being. *NAM Perspect* [Internet]. 2020 Nov 2 [cited 2021 Apr 3]; Available from: <https://nam.edu/organizational-evidence-based-and-promising-practices-for-improving-clinician-well-being/>

DOI: 10.31478/202011<sup>a</sup>

16. Saniotis A, Grantham JP, Kumaratilake J, Henneberg M. Neuro-hormonal Regulation Is a Better Indicator of Human Cognitive Abilities Than Brain Anatomy: The Need for a New Paradigm. *Front Neuroanat* [Internet]. 2020 Jan 9 [cited 2021 Apr 3];13:9. Available from: [/pmc/articles/PMC6962128/](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/325586246/)

DOI: 10.3389/fnana.2019.00101

17. Armstrong LE, Barquera S, Duhamel J -F., Hardinsyah R, Haslam D, Lafontan M. Recommendations for healthier hydration: addressing the public health issues of obesity and type 2 diabetes. *Clin Obes* [Internet]. 2012 Oct [cited 2021 Apr 3];2(5-6):115-24. Available from:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25586246/>

DOI: 10.1111/cob.12006

18. Lemaire JB, Wallace JE, Dinsmore K, Roberts D. Food for thought: An exploratory study of how physicians experience poor workplace nutrition. *Nutr J* [Internet]. 2011 Dec 18 [cited 2021 Apr 3];10(1):18. Available from: <http://nutritionj.biomedcentral.com/articles/10.1186/1475-2891-10-18>

DOI: 10.1186/1475-2891-10-18

19. Maltese F, Adda M, Bablon A, Hraeich S, Guervilly C, Lehingue S, et al. Night shift decreases cognitive performance of ICU physicians. *Intensive Care Med* [Internet]. 2016 Mar 1 [cited 2021 Apr 3];42(3):393-400. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00134-015-4115-4>

DOI: 10.1007/s00134-015-4115-4

20. Thomas LR, Ripp JA, West CP. Charter on Physician well-being [Internet]. Vol. 319, *JAMA - Journal of the American Medical Association*. American Medical Association; 2018 [cited 2021 Apr 3]. p. 1541-2. Available from: <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2677478>

DOI: 10.1001/jama.2018.1331



21. Trinkoff AM, Geiger-Brown JM, Caruso CC, Lipscomb JA, Johantgen M, Nelson AL, et al. Personal Safety for Nurses. In: Hughes RG, editor. Rockville (MD); 2008.

22. Shanafelt TD, Gorringer G, Menaker R, Storz KA, Reeves D, Buskirk SJ, et al. Impact of organizational leadership on physician burnout and satisfaction. *Mayo Clin Proc* [Internet]. 2015 Apr 1 [cited 2021 Apr 3];90(4):432–40. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25796117/>

DOI: 10.1016/j.mayocp.2015.01.012

23. Riskin A, Erez A, Foulk TA, Kugelman A, Gover A, Shoris I, et al. The Impact of Rudeness on Medical Team Performance: A Randomized Trial. *Pediatrics*. 2015 Sep;136(3):487–95.

24. Leslie K. Medscape National Physician Burnout & Suicide Report 2020: The Generational Divide [Internet]. Medscape National Physician Burnout & Suicide Report 2020: The Generational Divide. 2020 [cited 2021 Apr 3]. p. <https://www.medscape.com/slideshow/2020-lifestyle->. Available from: <https://www.medscape.com/slideshow/2020-lifestyle-burnout-6012460>

25. Shanafelt TD, West CP, Sloan JA, Novotny PJ, Poland GA, Menaker R, et al. Career fit and burnout among academic faculty. *Arch Intern Med* [Internet]. 2009 May 25 [cited 2021 Apr 3];169(10):990–5. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19468093/>

DOI: 10.1001/archinternmed.2009.70

26. Lagnado L. Hospitals Address Widespread Doctor Burnout. *WSJ* [Internet]. 2018 [cited 2021 Apr 3];4–7. Available from: <https://www.wsj.com/articles/hospitals-address-widespread-doctor-burnout-1528542121>

21. Trinkoff AM, Geiger-Brown JM, Caruso CC, Lipscomb JA, Johantgen M, Nelson AL, et al. Personal Safety for Nurses. In: Hughes RG, editor. Rockville (MD); 2008.
22. Shanafelt TD, Gorringer G, Menaker R, Storz KA, Reeves D, Buskirk SJ, et al. Impact of organizational leadership on physician burnout and satisfaction. *Mayo Clin Proc* [Internet]. 2015 Apr 1 [cited 2021 Apr 3];90(4):432–40. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25796117/>  
DOI: 10.1016/j.mayocp.2015.01.012
23. Riskin A, Erez A, Foulk TA, Kugelman A, Gover A, Shoris I, et al. The Impact of Rudeness on Medical Team Performance: A Randomized Trial. *Pediatrics*. 2015 Sep;136(3):487–95.
24. Leslie K. Medscape National Physician Burnout & Suicide Report 2020: The Generational Divide [Internet]. Medscape National Physician Burnout & Suicide Report 2020: The Generational Divide. 2020 [cited 2021 Apr 3]. p. <https://www.medscape.com/slideshow/2020-lifestyle->. Available from: <https://www.medscape.com/slideshow/2020-lifestyle-burnout-6012460>
25. Shanafelt TD, West CP, Sloan JA, Novotny PJ, Poland GA, Menaker R, et al. Career fit and burnout among academic faculty. *Arch Intern Med* [Internet]. 2009 May 25 [cited 2021 Apr 3];169(10):990–5. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19468093/>  
DOI: 10.1001/archinternmed.2009.70
26. Lagnado L. Hospitals Address Widespread Doctor Burnout. *WSJ* [Internet]. 2018 [cited 2021 Apr 3];4–7. Available from: <https://www.wsj.com/articles/hospitals-address-widespread-doctor-burnout-1528542121>

21. Trinkoff AM, Geiger-Brown JM, Caruso CC, Lipscomb JA, Johantgen M, Nelson AL, et al. Personal Safety for Nurses. In: Hughes RG, editor. Rockville (MD); 2008.

22. Shanafelt TD, Gorringer G, Menaker R, Storz KA, Reeves D, Buskirk SJ, et al. Impact of organizational leadership on physician burnout and satisfaction. *Mayo Clin Proc* [Internet]. 2015 Apr 1 [cited 2021 Apr 3];90(4):432–40. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25796117/>

DOI: 10.1016/j.mayocp.2015.01.012

23. Riskin A, Erez A, Foulk TA, Kugelman A, Gover A, Shoris I, et al. The Impact of Rudeness on Medical Team Performance: A Randomized Trial. *Pediatrics*. 2015 Sep;136(3):487–95.

24. Leslie K. Medscape National Physician Burnout & Suicide Report 2020: The Generational Divide [Internet]. Medscape National Physician Burnout & Suicide Report 2020: The Generational Divide. 2020 [cited 2021 Apr 3]. p. <https://www.medscape.com/slideshow/2020-lifestyle->. Available from: <https://www.medscape.com/slideshow/2020-lifestyle-burnout-6012460>

25. Shanafelt TD, West CP, Sloan JA, Novotny PJ, Poland GA, Menaker R, et al. Career fit and burnout among academic faculty. *Arch Intern Med* [Internet]. 2009 May 25 [cited 2021 Apr 3];169(10):990–5. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19468093/>

DOI: 10.1001/archinternmed.2009.70

26. Lagnado L. Hospitals Address Widespread Doctor Burnout. *WSJ* [Internet]. 2018 [cited 2021 Apr 3];4–7. Available from: <https://www.wsj.com/articles/hospitals-address-widespread-doctor-burnout-1528542121>

27. Shanafelt TD, Noseworthy JH. Executive Leadership and Physician Well-being: Nine Organizational Strategies to Promote Engagement and Reduce Burnout. *Mayo Clin Proc* [Internet]. 2017 Jan 1 [cited 2021 Apr 3];92(1):129–46. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27871627/>  
DOI: 10.1016/j.mayocp.2016.10.004



**IMIP**

Instituto de Medicina Integral  
Prof. Fernando Figueira