

CENTRO UNIVERSITÁRIO FEI

LEONARDO PELLEGATTI

A SÍNDROME DE BURNOUT NA PERSPECTIVA DA GESTÃO:
um estudo qualitativo na área de saúde

São Paulo

2020

LEONARDO PELLEGATTI

A SÍNDROME DE BURNOUT NA PERSPECTIVA DA GESTÃO:

um estudo qualitativo na área de saúde

Dissertação de Mestrado apresentada ao Centro Universitário FEI como parte dos requisitos necessários para obtenção do título de Mestre em Administração. Orientada pelo Prof. Dr. Pedro Jaime de Coelho Júnior.

São Paulo

2020

Aluno: Leonardo Pellegatti

Matrícula: 311802-3

Título do Trabalho: A Síndrome de Burnout na Perspectiva dos Gestores: Um Estudo Qualitativo na Área da Saúde

Área de Concentração: Gestão da Inovação

Orientador: Prof. Dr. Pedro Jaime de Coelho Junior

Data da realização da defesa: 23.06.2020

Avaliação da Banca Examinadora:

ORIGINAL ASSINADA

São Paulo, 23 / 06 / 2020.

MEMBROS DA BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Pedro Jaime de Coelho Junior Ass.: _____

Profª. Dr. Maria Tereza Saraiva de Souza Ass.: _____

Profª. Dra. Angela Christina Lucas Ass.: _____

A Banca Julgadora acima-assinada atribuiu ao aluno o seguinte resultado:

APROVADO

REPROVADO

VERSÃO FINAL DA DISSERTAÇÃO

APROVO A VERSÃO FINAL DA DISSERTAÇÃO EM QUE FORAM INCLUÍDAS AS RECOMENDAÇÕES DA BANCA EXAMINADORA

Aprovação do Coordenador do Programa de Pós-graduação

Prof. Dr. Henrique Machado Barros

Dedico esta dissertação em primeiro lugar a minha querida esposa Alexandra que tanto me apoiou e aos meus filhos Lorenzo e Ester. Especialmente dedico-a também a todos os profissionais de saúde que se empenham no cuidado e na assistência às pessoas, pelo esforço e dedicação em qualquer situação, mesmo diante de uma pandemia.

AGRADECIMENTOS

Agradeço em primeiro lugar a Deus, que me concedeu saúde física e mental para a elaboração e conclusão desta dissertação.

Agradeço em especial ao meu orientador Prof. Dr. Pedro Jaime de Coelho Junior pelo excelente trabalho de condução e orientação realizado de forma muito próxima e pelo apoio nos momentos de dificuldade.

Agradeço também ao Prof. Dr. Henrique Machado Barros pela seriedade e profissionalismo na condução do programa de Pós-graduação em Administração, bem como a todo corpo docente.

Agradeço aos gestores do Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo, por terem me concedido a oportunidade de realização das entrevistas.

Agradeço igualmente ao vice-presidente do Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo, Claudio Silveira, e a toda sua equipe.

Agradeço ao Dr. Edoardo Vattimo, conselheiro e assessor de comunicação do Conselho Regional de Medicina de São Paulo, e a toda sua equipe.

Finalmente, agradeço à FEI pela realização e manutenção do programa de Pós-graduação em Administração, pela qualidade dos docentes e nível de aprendizado oferecidos.

“A maioria das pessoas está tão absorta na contemplação do mundo exterior que está totalmente alheia ao que está acontecendo em si”.

Nikola Tesla

RESUMO

As organizações de saúde são caracterizadas por um conjunto de processos realizados por profissionais especializados, dentre os quais os médicos e a enfermagem desempenham funções técnicas diretamente junto aos pacientes. Esses profissionais são submetidos a fatores estressores em uma escala superior se comparados a profissionais de outras áreas. As consequências dessa complexa relação podem estar associadas a transtornos mentais que esses indivíduos desenvolvem. A Síndrome de Burnout (SB), apesar de seu difícil diagnóstico, vem se tornando cada vez mais frequente entre profissionais que possuem uma relação direta com pessoas ou que possuem uma grande responsabilidade. Nesse sentido, estudar a SB sob a perspectiva da gestão no Brasil foi o objetivo desta dissertação, uma vez que se observa uma escassez de estudos sobre o tema no campo da administração em nosso país. Levando-se essa lacuna em consideração, o problema de pesquisa para este trabalho foi definido a partir das seguintes perguntas de investigação: a) Como os gestores das organizações do setor de saúde vivenciam a experiência de ter profissionais com SB nas suas equipes de trabalho?; b) Que ações gerenciais porventura resultam dessa experiência? Para responder a essas perguntas, foi realizada uma investigação exploratória, de natureza qualitativa, através da lente teórica das clínicas de trabalho e, mais especificamente, da psicossociologia ou sociologia clínica. Conclui-se, por meio deste estudo, que o comportamento pessoal de cada gestor contribui diretamente para amenizar o quadro uma vez apontado o diagnóstico de SB em algum membro de sua equipe, sendo que o contrário também é uma possibilidade. As ações gerenciais igualmente apresentaram características mais individuais do que institucionais. Como resultado direto, verifica-se que o estudo traz à luz um importante tema, que possui consequências diretas para os indivíduos, suas famílias e a sociedade. A correta compreensão e o desenvolvimento de medidas preventivas podem ajudar na formação, na proteção e na atuação dos profissionais médicos e de enfermagem desde a sua formação.

Palavras-Chave: Síndrome de Burnout. SB. Transtornos laborais na saúde. Gestão da SB entre médicos e enfermeiros.

ABSTRACT

Health organizations are characterized by a set of processes carried out by several specialized professionals, among which, doctors and nurses perform technical functions directly to patients. These professionals are subjected to stressors on a higher scale compared to professionals from other areas. The consequences of this complex relationship can be associated with mental disorders that these individuals develop. Despite its difficult diagnosis, Burnout Syndrome (BS) has become increasingly frequent among professionals who have a direct relationship with each other or who have a great social responsibility, in this sense, studying BS from the perspective of management in Brazil was the objective of this dissertation, since we observed a scarcity of studies on the subject in the field of administration in our country. Taking this gap into account, the research problem for this work was defined based on the following research questions: a) How do managers from health sector organizations experience the experience of having professionals with BS in their workteams? b) What managerial actions may result from this experience? To answer these questions, an exploratory, qualitative investigation was carried out through the theoretical lens of work clinics and more specifically psychosociology or clinical sociology. It is concluded through this study that the personal behavior of each manager directly contributes to mitigate the situation, once the diagnosis of BS was pointed out in some member of his team, and the opposite is also a possibility. Managerial actions also had more individual than institutional characteristics. As a direct result, it appears that the study brings to light an important topic and that it has direct consequences for individuals, their families and society. The correct understanding and the development of preventive measures, can help in the training, protection and performance of medical and nursing professionals since their formation.

Keywords: Burnout syndrome. SB. Occupational health disorders. Management of SB among doctors and nurses.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

QUADROS

QUADRO 1 – As três dimensões da SB.....	16
QUADRO 2 – As seis áreas chave da SB.....	17
QUADRO 3 – Variáveis do MBI.....	19
QUADRO 4 – Referencial teórico.....	21
QUADRO 5 – Segurança do paciente.....	27
QUADRO 6 – Identificação dos entrevistados.....	38
QUADRO 7 – Fatores contributivos para os transtornos mentais.	40

GRÁFICOS

GRÁFICO 1 – Distribuição da amostra de enfermagem por gênero.....	41
GRÁFICO 2 – Distribuição da jornada semanal.	42
GRÁFICO 3 – Distribuição por tipo de instituição.....	42
GRÁFICO 4 – Distribuição por tipo de transtorno.....	43
GRÁFICO 5 – Distribuição por fatores estressores.....	43

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	10
2. PERGUNTA E OBJETIVO DA PESQUISA	11
3. DISCUSSÃO TEÓRICA	15
3.1 CONCEITUAÇÃO E BREVE HISTÓRICO DO BURNOUT	15
3.2 A SÍNDROME DE BURNOUT NO CONTEXTO ORGANIZACIONAL.....	21
3.3 A SÍNDROME DE BURNOUT EM ORGANIZAÇÕES DE SAÚDE	25
3.1. AS CLÍNICAS DE TRABALHO COMO LENTE TEÓRICA	30
4. ABORDAGEM METODOLÓGICA E ESTRATÉGIAS DE INVESTIGAÇÃO	34
4.1. ABORDAGEM METODOLÓGICA E ESTRATÉGIAS DE INVESTIGAÇÃO	34
5. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS.....	38
5.1 CARACTERIZAÇÃO DOS ENTREVISTADOS	38
5.2 A VISÃO DOS REPRESENTANTES DE CLASSE	39
5.3 O PONTO DE VISTA DOS PROFISSIONAIS	45
5.4 AS EXPERIÊNCIAS VIVENCIADAS PELOS GESTORES.....	49
6 CONCLUSÃO	52
6.1 LIMITAÇÕES DA PESQUISA.....	58
6.2 CONTRIBUIÇÕES	59
6.2 SUGESTÃO DE ESTUDOS FUTUROS	60
REFERÊNCIAS.....	61
ANEXOS	67
ANEXO A – ROTEIRO DE ENTREVISTA	67
ANEXO B – ROTEIRO DE ENTREVISTA	69
ANEXO C – ROTEIRO DE ENTREVISTA	71
ANEXO D – ROTEIRO DE ENTREVISTA	74

1. INTRODUÇÃO

De acordo com pesquisas realizadas pela *International Stress Management Association* (ISMA, 2018) no Brasil, estima-se que um terço da população economicamente ativa do país, ou um em cada três trabalhadores, possua, em alguma medida, sintomas da Síndrome de Burnout ou SB. Fato semelhante ocorre em países desenvolvidos, como a Inglaterra e a Alemanha, que possuem carga horária de trabalho inferior à brasileira. De acordo com as conclusões do relatório produzido pela ISMA-Brasil, estamos diante de um problema global, que independe de região, religião, cultura ou nível de desenvolvimento socioeconômico das nações (BRUSCATTO, 2017). Em uma outra pesquisa igualmente realizada pelo ISMA-Brasil que mediu os níveis de estresse da população, o país ficou em segundo lugar, com níveis consideráveis de estresse detectados em quase 70% da população economicamente ativa, ficando atrás apenas do Japão (BRUSCATTO, 2017).

Conforme as estimativas de cálculos feitos pela ISMA (2010), os custos consequentes da SB e patologias correlatas podem chegar a 3,5 % do PIB brasileiro. Os apontamentos incluem diminuição da produtividade, absenteísmo, afastamento de trabalhadores e tratamento assistencial realizado para a recuperação desses indivíduos e de seus familiares imediatos. Isto impacta diretamente as empresas, os Estados e, por conseguinte, o sistema de saúde público e privado. São dados que contribuem para justificar o estudo no Brasil.

Um artigo publicado na página eletrônica do *World Economic Forum* pela psicanalista inglesa Sarah Tottle (2016) traz a seguinte manchete: “Está custando à economia global £ 255 bilhões, então o que podemos fazer para interromper a SB no local de trabalho?”. Para Tottle (2016), os elevados e crescentes custos decorrentes da SB levaram a Organização Mundial da Saúde (OMS) a prever uma pandemia global dentro de uma década. A pesquisadora afirma de forma contundente que a SB é um problema crescente para o ambiente de trabalho moderno, com impacto nos custos organizacionais, bem como na saúde e no bem-estar das pessoas. As consequências que a atividade laboral pode gerar para a saúde dos trabalhadores quando exercida por um longo período sob condições muito estressantes ainda são pouco estudadas e compreendidas no campo da Administração.

Esta dissertação está dividida em cinco capítulos. Na presente introdução são apresentadas as linhas gerais da dissertação, suas justificativas e a divisão dos temas.

No primeiro capítulo, os contornos do tema foram postos, o problema e objetivo da pesquisa foram esclarecidos. O segundo capítulo, dedicado a uma discussão teórica, está dividido em quatro partes. Na primeira, são apresentados conceitos básicos e um breve histórico dos estudos sobre a SB. Na segunda, são resenhados estudos que se dedicaram à SB no contexto organizacional. Na terceira, o mesmo procedimento é feito para estudos que focaram na SB em organizações de saúde. Na quarta, são tecidas considerações sobre as clínicas do trabalho, e, mais especificamente, sobre a sociologia clínica ou psicossociologia, lente teórica adotada no presente estudo para a análise das experiências dos gestores de organizações de saúde com relação aos profissionais com SB na sua equipe.

O terceiro capítulo traz esclarecimentos sobre a abordagem metodológica adotada no estudo e as estratégias de investigação levadas a cabo para o alcance dos objetivos. No quarto capítulo é apresentada a análise dos dados. Finalmente, no último capítulo, as conclusões do trabalho são sintetizadas, bem como a análise dos resultados e contribuições, seus limites são apontados e sinalizadas também possibilidades de pesquisas futuras.

2. PERGUNTA E OBJETIVO DA PESQUISA

A literatura sobre a Síndrome de Burnout (SB) associa uma maior prevalência em determinados grupos de profissionais, dentre os quais estão os trabalhadores da área de saúde (MASLACH; SHAUFELI; LEITER, 2001). Assim, este estudo trata da questão da SB no ambiente organizacional na área de saúde. A associação de variáveis como um ambiente de trabalho altamente estressante, elevado grau de exposição, jornadas longas, forte carga emocional e jornadas exaustivas (todos presentes nas organizações de saúde, como os hospitais). Segundo os mesmos autores, seriam alguns dos fatores que potencializam o desenvolvimento do estresse crônico nos indivíduos que atuam nesse segmento do mercado de trabalho, tornando-os mais vulneráveis à SB.

De fato, as organizações de saúde possuem uma estrutura complexa, com equipes multidisciplinares trabalhando em conjunto. A sua prática está voltada quase que exclusivamente para a eficácia na prestação de serviços que visam os cuidados aos pacientes. Segundo Maslach (2001), isso implica, em grande parte do tempo, na desvalorização das condições de trabalho, incompatíveis com a saúde e o bem-estar dos profissionais dessa área, que se encontram constantemente expostos a situações que exigem grande equilíbrio emocional.

Comparativamente com outros segmentos do mercado de trabalho, o setor da saúde é um dos que possui os mais elevados índices de absenteísmo e afastamento, sendo que a maior parte destes problemas está ligada diretamente ao alto grau de estresse desenvolvido no trabalho. Os profissionais dessa área passam por desafios diários com alta carga emocional, e possuem objetivos e sonhos semelhantes aos de qualquer outro trabalhador especializado: construir uma carreira em sua área de atuação. Apesar disso, eles percebem, muitas vezes, que suas realizações pessoais no trabalho estão aquém de suas expectativas, o que conduz a uma diminuição de sua autoestima (MASLACH; SHAUFELI; LEITER, 2001).

A maior parte dos estudos relacionados à SB realizados no Brasil foca na pesquisa quantitativa e no campo da psicologia e dedica-se à conceituação da SB e à análise da sua incidência em profissionais do setor de saúde. No entanto, há uma absoluta escassez de estudos que tratem da relação da SB com as práticas de gestão no campo da administração. Os estudos realizados no Brasil que foram destacados

para a composição da base teórica estão apresentados a seguir no que tange aos seus objetivos e principais achados.

Corso, Faller e Santos (2011) realizaram uma pesquisa cujo objetivo principal foi verificar a existência de indícios na relação entre a ocorrência da SB e os valores organizacionais. A pesquisa enfocou as equipes de enfermagem de dois prontos-socorros públicos municipais. A metodologia empregada para o levantamento das informações foi a aplicação dos questionários adaptados: Maslach Burnout Inventory (MBI) e Inventário de Valores Organizacionais (IVO) em uma amostra de trinta e cinco indivíduos.

Nesse estudo, foi feita uma análise de correlação dos fenômenos estudados e observou-se uma correlação significativa e negativa para dois itens avaliados, harmonia e domínio, vinculados à incidência da SB. Considerando o fato de que as organizações constituem um campo para que os grupos sociais, internos e externos, interajam entre si positiva ou negativamente (PAGÈS *et al.*, 1990), os valores organizacionais desempenham grande influência na saúde do trabalhador. No entanto, além da limitação da quantidade da amostra, os próprios autores sugerem o aprofundamento da pesquisa através de técnicas qualitativas (entrevistas e observação).

Nassar *et al.* (2018) realizaram uma pesquisa mais específica, cujo objetivo foi mapear eventuais inovações propostas pela ciência para a redução da ocorrência da SB em estudantes e profissionais de medicina. O estudo, no entanto, limitou-se a propor uma revisão em trabalhos científicos divulgados como artigo. Sinalizou, além disso, que outras inovações podem ter sido implementadas, não tendo ainda sido objeto de estudos e publicações. Os autores também sugerem a realização e o aprofundamento de estudos similares, dada a escassez de material encontrado.

Outra pesquisa destacada neste trabalho foi realizada por Brito *et al.* (2014) e consiste em identificar as possíveis correlações entre Qualidade de Vida no Trabalho (QVT) e SB através da análise de correspondência. Foi aplicada uma *survey* em 575 indivíduos que evidenciou uma relação direta entre os aspectos da abordagem biopsicossocial de QVT e as dimensões da SB. Os autores apontaram que os aspectos sociais e organizacionais em níveis baixos possuem relação inversamente proporcional com a SB, ou seja, a satisfação com determinados aspectos da QVT em nível baixo está relacionada ao esgotamento emocional e à despersonalização em níveis altos, duas das dimensões da SB. O estudo também procurou identificar as

estratégias adotadas pelas organizações para a minimização da insatisfação e adoecimento no ambiente laboral.

Por outro lado, uma revisão bibliográfica da produção científica sobre gestão do estresse nos trabalhadores da saúde realizada por Ferreira *et al.* (2017) analisou trinta artigos científicos em vinte e oito periódicos no período compreendido entre os anos de 2010 e 2014. Os autores apontaram como um dos principais achados a ausência de artigos relacionados ao estresse profissional e à área da saúde na base de dados da ANPAD, reforçando a necessidade de aprofundamento desse tema no campo da Administração. Outro achado diz respeito às implicações gerenciais envolvidas na SB, o que confirma a importância que o ambiente de trabalho possui para a saúde do trabalhador e para as organizações. Esse estudo, no entanto, restringe o período abrangido em apenas cinco anos e os artigos selecionados foram capturados em periódicos não muito conhecidos e de baixo impacto.

Almeida e Monteiro da Silva (2006) também empreenderam um estudo quantitativo cujo tema central foram os impactos da justiça organizacional na incidência da SB e no comprometimento organizacional. A metodologia empregada na pesquisa quantitativa foi a aplicação do Maslach Burnout Inventory (MBI) em 211 indivíduos visando estabelecer a correlação entre as dimensões da justiça organizacional e a SB. Os autores concluíram que haveria uma relação significativa e inversa entre as dimensões da justiça organizacional e a SB. Assim, os indivíduos que são tratados de maneira justa e recebem informações e recompensas claras para suas metas possuem maior comprometimento organizacional e menor incidência no desenvolvimento da SB. Também pôde ser constatado que os efeitos moderadores dessa correlação possuem implicações práticas, uma vez que mesmo os indivíduos que são bem recompensados, mas são mal tratados por seus superiores sob o ponto de vista relacional, tendem a sofrer os mesmos efeitos da relação inversa.

Em outra pesquisa realizada por Shuster, Dias e Battistella (2015), utilizando igualmente a aplicabilidade do MBI com o objetivo de medir o grau de percepção de saúde dos colaboradores, os pesquisadores revelaram que os índices de SB medidos de acordo com a ferramenta utilizada (MBI) foram considerados altos. No entanto, verificaram que o desvio padrão também foi alto, uma vez que alguns indivíduos apresentaram altos índices de SB e outros apresentaram um resultado praticamente nulo. Os achados do estudo demonstraram uma relação direta entre a incidência da SB e a percepção de saúde dos colaboradores. As limitações do estudo, no entanto,

apontam para a necessidade de ampliação da amostra, visto que foi realizada em apenas uma única instituição.

Contatou-se que, de fato, existe uma escassez dos estudos sobre a SB, especificamente no campo da Administração, que foquem nos desafios colocados aos gestores quando precisam lidar com profissionais com a síndrome em suas equipes de trabalho. Verifica-se, assim, que há uma lacuna a ser preenchida, uma oportunidade para explorar como a dinâmica das organizações interfere no desenvolvimento da SB entre os profissionais e, mais especificamente, na forma como os gestores lidam com a ocorrência do problema entre seus subordinados.

Levando essa lacuna em consideração, o problema de pesquisa para este trabalho foi definido a partir das seguintes perguntas de investigação: a) Como os gestores das organizações do setor de saúde vivenciam a experiência de ter profissionais com a SB em suas equipes de trabalho? b) Quais ações gerenciais porventura resultam dessa experiência? Para responder a essas perguntas, foi realizada uma investigação exploratória, de natureza qualitativa. Espera-se que seus resultados contribuam para avançar no tratamento desse tema no campo da Administração no Brasil, visto que se trata de um dos mais graves problemas de saúde no trabalho do nosso tempo.

3. DISCUSSÃO TEÓRICA

Neste capítulo será apresentada a contextualização histórica e conceitual da SB, suas manifestações como fenômeno patológico no indivíduo e como pode ser observado nas organizações.

3.1. CONCEITUAÇÃO E BREVE HISTÓRICO DA SB

Historicamente, foi o psicanalista alemão radicado nos Estados Unidos, Herbert Freudenberger, que, em 1974, utilizou pela primeira vez o termo *burnout* (do inglês *to burn out*, que pode ser traduzido como queimar-se por completo ou consumir-se), descrevendo os sintomas da doença observados em colegas e em si mesmo. No entanto, há indícios que o termo já havia sido utilizado na década de 1940 entre militares e engenheiros aeronáuticos (ALVES, 2017).

Christophe Dejours, por sua vez, médico psiquiatra e psicanalista, especialista em medicina do trabalho, é considerado uma grande referência no tema por sua abordagem da psicodinâmica do trabalho. Tal abordagem investiga, dentre outras coisas, os mecanismos de defesa criados pelos trabalhadores diante de situações de sofrimento no trabalho. Para ele, o início do sofrimento no trabalho moderno foi observado após o advento da revolução industrial. Esta época foi marcada pela luta dos trabalhadores pela sobrevivência, dado que as condições de trabalho eram altamente insalubres (FREITAS, 2017). Com o fim da Primeira Guerra Mundial (1914 a 1918), contudo, assistiu-se a um período de reflexão e fragilização do modelo de organização do trabalho taylorista, base da escola de Administração Científica, que levou a certa transformação, com a busca desenfreada pela maximização da produtividade cedendo espaço para algumas melhorias nas condições de trabalho e na atenção à qualidade de vida dos trabalhadores.

Em um de seus estudos, Dejours (1987) destaca que é o aspecto psicológico do indivíduo que recebe o maior peso dos efeitos do trabalho. Em seu livro “A loucura do trabalho”, Dejours (1987, p. 224) assim expressou o seu ponto de vista:

A organização do trabalho exerce sobre o homem uma ação específica, cujo impacto se dá no aparelho psíquico. Em certas condições emerge um sofrimento que pode ser atribuído ao choque entre uma história individual,

portadora de projetos, de esperanças e de desejos e uma organização do trabalho que os ignora.

Foi Freudenbergger, no entanto, que, no ano de 1974, delimitou duas das três dimensões relacionadas ao *burnout*: exaustão emocional e despersonalização. A psicóloga social Cristina Maslach acrescentou, em 1978, uma terceira dimensão, relativa à realização profissional. Ela expandiu a compreensão da SB, enfatizando sua dimensão social, situando o indivíduo num contexto relacional que envolve as organizações e o trabalho. Vale ressaltar que as três dimensões da SB, apesar de serem independentes, estão relacionadas entre si (ALVES, 2017).

Segundo a Associação Nacional de Medicina do Trabalho – ANAMT (2019), a SB é caracterizada pela sensação de constante exaustão no trabalho, sentimento de inferioridade em relação aos colegas, comportamento isolacionista, sensação de angústia para ir trabalhar e impressão de que nada do que se faz é satisfatório. Ainda segundo a ANAMT, as três dimensões básicas conceituadas da SB são:

Quadro 1 – As três dimensões da SB

Despersonalização	Caracterizada pelo distanciamento e indiferença aos demais e pela alienação
Exaustão emocional	Caracterizada pela depressão e falta de motivação pessoal e profissional
Insatisfação profissional	Caracterizada pelo baixo interesse no exercício da atividade e pela estagnação

Fonte: Associação Nacional de Medicina do Trabalho - ANAMT (2019)

A primeira Conferência Nacional Norte-americana sobre a SB aconteceu em 1981 na cidade da Filadélfia e serviu para fixar alguns critérios na divulgação dos trabalhos e troca de experiências entre os pesquisadores. A partir dessa conferência, estabeleceu-se o consenso de que a SB é uma patologia psicológica que envolve uma resposta prolongada aos estressores emocionais e interpessoais crônicos no trabalho (MASLACH, 1981).

Mais de duas décadas de pesquisa sobre a SB realizada por diversos pesquisadores (dentre eles Schaufeli e Enzmann, 1998 e Maslach e Leiter, 2001) identificaram uma relevante quantidade de fatores de riscos organizacionais em

muitas ocupações, em vários países e culturas diferentes, levando a algumas conclusões. Por um lado, constatou-se que quanto maior a lacuna, ou incompatibilidade, entre o trabalhador e sua atividade, maior a probabilidade de aparecimento da SB. Por outro lado, percebeu-se que quanto maior a correspondência (ou adaptação) entre o trabalhador e sua atividade, maior a probabilidade de envolvimento com o trabalho (MASLACH, 2001). Após um detalhado processo de revisão da literatura realizada por Maslach (1997) e Leiter (1999), esses pesquisadores identificaram seis áreas-chave da atividade laboral em que uma incompatibilidade é indicativamente preditiva da SB:

Quadro 2 – As seis áreas chave da SB

Carga de trabalho / Jornada	Relacionado à quantidade de horas normais e adicionais trabalhadas e ao sistema de compensação e descanso
Controle	Relacionado ao nível do sistema de controle a que o trabalhador está submetido durante o expediente de trabalho e às vezes fora dele
Recompensa	Relacionado ao sistema de remuneração, aos benefícios, à motivação e ao reconhecimento por exercer a atividade
Comunidade	Relacionado ao tipo de atividade exercida e ao nível de responsabilidade e interação com a comunidade
Justiça	Relacionado à equidade e ao direito de exercer a atividade sem distinção de gênero, raça ou crenças
Valores	Relacionado à preservação e à dignidade em se respeitar os valores dos indivíduos em sua plenitude

Fonte: Elaborado pelo autor, “adaptado de” Maslach (1997) e Leiter (1999).

A SB não ocorre de um dia para outro, ela acontece devido a um período de médio a longo prazo de exposição aos fatores estressores. Os sintomas físicos e emocionais podem ocorrer com certa distinção de indivíduo para indivíduo, mas os mais comumente detectados no diagnóstico de SB pelos serviços de saúde são: fadiga, insônia, dificuldade de concentração, dificuldade de relacionamento,

esquecimento, dores físicas em locais variados, ansiedade, depressão, pessimismo, isolamento, sentimento de desesperança, irritabilidade, estresse, alergias, perda de apetite, emagrecimento e agressividade (BITTENCOURT, 2010).

De acordo com um estudo divulgado pela Associação Nacional de Medicina do Trabalho (ANAMT, 2012), esse fenômeno pode ser descrito como um descompasso entre o indivíduo e o trabalho. Tal descompasso aumenta gradativamente até que se torna irreversível sob o ponto de vista emocional, gerando um abismo. Ou seja, ele retira a base sobre a qual o trabalhador estava apoiado até aquele instante enquanto exercia a sua atividade.

Este cenário está diretamente relacionado às condições de trabalho, à quantidade de horas trabalhadas, bem como ao nível de envolvimento individual com o trabalho, suas motivações, valores e recompensas. Entretanto, algumas áreas do mercado de trabalho são mais vulneráveis do que outras. Este é o caso das atividades que possuem uma relação constante e direta com o outro, como é o caso dos profissionais das áreas de saúde, educação, segurança pública, serviços bancários, assistência social, recursos humanos, telemarketing, advocacia e jornalismo (BARROS, 2017).

A partir da metade da década de 1980, o estudo sobre a SB entrou em uma fase de construção empírica. Nesse momento iniciaram-se investigações com uma abordagem quantitativa, com o principal objetivo de medição e avaliação (SANTOS e SANTOS, 2015). Muitos livros e artigos foram escritos; neles, diferentes autores expuseram os seus modelos de análise do fenômeno. Conforme apontam Santos e Santos (2015), nesses trabalhos estão apresentadas as diretrizes na busca das evidências sobre a incidência da SB, como dados de inquéritos e questionários, respostas de entrevistas e estudos de casos clínicos, entre outros. Os estudos trouxeram também medidas padronizadas sobre a aferição da SB, proporcionando assim aos investigadores a formatação de diagnósticos mais precisos e ferramentas metodológicas mais apropriadas para a compreensão do fenômeno. Conseqüentemente, várias ideias de intervenção foram sendo propostas. A ferramenta denominada MBI (*Maslach Burnout Inventory*), elaborada por Maslach (1981) e sua equipe, se tornou a escala mais utilizada para a avaliação da SB até os dias de hoje.

O MBI passou por um longo processo de melhorias e validação em vários países, inclusive no Brasil, até que fosse realmente aceito e utilizado como um

instrumento, de acordo com a Revista Brasileira de Psicologia (2002). Sua versão atual (Quadro 3) é composta por vinte e duas questões fechadas relacionadas à frequência com que os indivíduos vivenciam determinadas situações em seu ambiente de trabalho, sendo as respostas escolhidas dentre as alternativas fornecidas por uma escala do tipo Likert (1-nunca, 2-algumas vezes por ano, 3-uma vez por mês, 4-algumas vezes por mês, 5-uma vez por semana, 6-algumas vezes por semanas e 7-todos os dias):

Quadro 3 - Variáveis do MBI

SB1. Sinto-me emocionalmente esgotado(a) com o meu trabalho.
SB2. Sinto-me esgotado(a) no final de um dia de trabalho.
SB3. Sinto-me cansado(a) quando me levanto pela manhã e preciso encarar outro dia de trabalho.
SB4. Posso entender com facilidade o que sentem as pessoas.
SB5. Creio que trato algumas pessoas como se fossem objetos.
SB6. Trabalhar com pessoas o dia todo me exige um grande esforço.
SB7. Lido eficazmente com o problema das pessoas.
SB8. Meu trabalho deixa-me exausto(a).
SB9. Sinto que através do meu trabalho influencio positivamente na vida dos outros.
SB10. Tenho me tornado mais insensível com as pessoas.
SB11. Preocupa-me o fato de que este trabalho esteja me endurecendo emocionalmente.
SB12. Sinto-me com muita vitalidade.
SB13. Sinto-me frustrado(a) com meu trabalho.
SB14. Creio que estou trabalhando em demasia.
SB15. Não me preocupo realmente com o que ocorre com as pessoas que atendo.
SB16. Trabalhar diretamente com as pessoas causa-me estresse.
SB17. Posso criar facilmente uma atmosfera relaxada para as pessoas.
SB18. Sinto-me estimulado(a) depois de trabalhar em contato com as pessoas.
SB19. Tenho conseguido muitas realizações em minha profissão.
SB20. Sinto-me no limite de minhas possibilidades.
SB21. Sinto que sei tratar de forma adequada os problemas emocionais no meu trabalho.
SB22. Sinto que as pessoas me culpam de algum modo pelos seus problemas.

Fonte: Maslach Burnout Inventory – Maslach (1981).

É importante salientar que cada item do MBI corresponde a uma das três dimensões da síndrome predefinidas (CODO; Vasques, 1999), distribuídas da seguinte forma:

- a) Exaustão Emocional corresponde a 9 itens: (1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16 e 20)
- b) Despersonalização corresponde a 5 itens: (5, 10, 11, 15 e 22)
- c) Baixa Realização Pessoal corresponde a 8 itens: (4, 7, 9, 12, 17, 18, 19 e 21)

A revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID) realizada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) no ano de 2018 possui em seu capítulo 24 a seguinte descrição: “Fatores que influenciam o estado de saúde ou contato com serviços de saúde” (OMS, 2018). A SB está classificada pelo CID 11, na seção de problemas associados ao emprego ou desemprego, sob o código QD85: *burnout* (OMS, 2018).

No Brasil, a Secretaria da Previdência Social do Ministério da Previdência e Assistência Social tornou pública a nota explicativa sobre o Anexo II do Decreto 3.048, de 06 de maio de 1999, apresentando as 14 classificações de doenças que podem estar relacionadas ao trabalho, onde se encontra a definição da doença designada como a sensação de estar acabado (SEP, Síndrome do Esgotamento Profissional, ou SB, Síndrome de *Burnout*). A SB ganhou considerável atenção nas últimas duas décadas em virtude do crescimento assustador do diagnóstico e o aumento significativo dos afastamentos diretos e indiretos relacionados à atividade laboral (MS, 2014)

Abaixo está apresentado de forma resumida todo o referencial teórico utilizado e seus principais autores, por tema e período – Quadro 4.

Quadro 4 - Referencial Teórico		
Temas	Conceito Básico	AUTORES
SB- Síndrome de Burnout / SEP Síndrome Esgotamento Profissional	Distúrbio psíquico de caráter depressivo, precedido de esgotamento físico e mental intenso, definido por Herbert J. Freudenberger como "(...) um estado de esgotamento físico e mental cuja causa está intimamente ligada à vida profissional".	Freudenberger (1974); Criou o termo Burnout e idealizou duas das três dimensões da SB: exaustão emocional e despersonalização;
SB- Síndrome de Burnout MBI - Maslach Burnout Inventory	Apresentação da 3ª dimensão da SB: realização / satisfação profissional. Desenvolvimento de instrumento específico para medir o nível de compatibilidade do indivíduo com a SB.	Maslach, C (1978) Maslach, C (1981)
1ª Conferência Norte Americana - sobre SB	A primeira conferência norte americana ocorreu na cidade da Filadélfia e serviu para alinhamento dos conceitos sobre a SB em todo o mundo	Leiter, Shaufeli, Enzmann, Maslach (1981)
Mecanismos de defesa e Sofrimento no trabalho	Livro: A Loucura do trabalho cujo o tema central são os diferentes mecanismos de defesas utilizados pelos trabalhadores mediante ao sofrimento imposto pela organização	Dejours, C (1987)
Conceitualização das seis áreas chaves - SB	Definição das seis áreas chaves: Carga de trabalho, controle, recompensa, comunidade / sociedade, justiça e valores	Maslach, C; Leiter (1997)
SB e sua relação com a organização	A SB não é um problema apenas do indivíduo, mas especialmente do ambiente social no qual ele está inserido, portanto, trata-se de um problema relacionado à organização.	Ballone (2002), Limongi (2002), Hollenbeck (2003)
Cultura organizacional moderna, valores, controles e gestão abusiva	As organizações buscam um super-humano, que realize tudo ao mesmo tempo, possua as competências esperadas e desenvolva suas atividades cada vez mais rápido e melhor.	Gaulejac (2005) Pagès (1990), Robayo e Tamoyo (1997), Corso, Santos e Faller (2008)
Riscos envolvidos assistencial e organizacional	Evidências que os profissionais detectados com a SB expõe os seus pacientes ao dobro de risco em comparação aos que não apresentam sinais da SB ; Mitigação dos riscos / barreiras	Reason (2000); Tyssen e Vaglum (2001) Instituto Brasileiro para a Segurança do Paciente (IBSP) (2018)
Incidência crescente Custos envolvidos	70% da população economicamente ativa no Brasil possui algum nível de estresse ; Os custos crescentes e consequentes da SB e patologias correlatas podem chegar a 3,5 % do PIB brasileiro.	Bruscato(2017); Isma - International Stress Management Association(2010)
Vulnerabilidade dos profissionais de saúde	Pré-existência de suas três dimensões básicas que fundamentalmente caracterizam-se pela exaustão emocional e física, despersonalização (baixa autoestima) e insatisfação profissional.	Zanatta e Lucca (2015); Lyndon (2016);Wolf e Rosenstok (2016)
Elaborado pelo autor		

Apesar dos conceitos centrais da SB terem sido estruturados entre as décadas de 1970 e 1980, a sua consolidação como patologia de origem laboral veio quase uma década depois e apenas a partir do século XXI, com o aumento significativo dos afastamentos e dos diagnósticos dos colaboradores, é que passou a ser vista com preocupação nas empresas e categorias profissionais.

3.2. A SÍNDROME DE BURNOUT NO CONTEXTO ORGANIZACIONAL

A SB não envolve apenas o indivíduo. Implica também o ambiente social no qual ele está inserido. Trata-se, portanto, de um problema relacionado às organizações, conforme sugerem autores como Ballone (2002), Limongi (2002) e

Hollenbeck (2003). O estresse crônico desencadeado pelo trabalho é um dos grandes desafios a serem superados pelas organizações em relação aos seus funcionários. Como sequência aos transtornos causados por essa condição, a SB aparece como a maior ameaça, pois possui sintomas físicos, emocionais e mentais que podem inabilitar o indivíduo temporária ou definitivamente.

Sob o ponto de vista da gestão e da cultura organizacional, alguns estudos relacionam mais diretamente o papel das empresas na incidência e desenvolvimento da SB. Um dos aspectos mais relevantes e proporcionalmente estudados por autores como Pagès (1990), Robayo e Tamoyo (1997), Costa Ribeiro e Silva (2000) e Corso, Santos e Faller (2008) diz respeito aos valores identificados de uma organização e aos controles aplicados através de mecanismos administrativos e pelas autoridades instituídas em cargos de liderança.

Nota-se que existe uma relação entre os valores institucionais, a ocorrência de sintomas compatíveis com o estresse no trabalho e a SB. De acordo com Corso, Santos e Faller (2008), quanto maior a incompatibilidade entre valores pessoais e institucionais, maior a probabilidade de incidência de problemas de saúde. Segundo os autores, esta relação entre valores pessoais e institucionais é até mais relevante para a incidência do SB do que a restrição imposta pelos controles administrativos.

Outro aspecto importante verificado nos estudos organizacionais e comportamentais identificou o autoritarismo presente em ambientes empresariais como refletindo diretamente no comprometimento da relação entre os trabalhadores e as organizações. No entanto, pode-se dizer que o autoritarismo é, em última análise, uma consequência do conjunto de valores institucionais que permitem exageros e até mesmo assédio nas dependências de uma organização (CORSO; SANTOS; FALLER, 2008).

O papel do líder e, principalmente, a forma como este irá conduzir a sua equipe é fundamental. As principais variáveis que afetam esta relação são: a personalidade, o estilo (autocrático, democrático ou liberal) e as situações específicas de liderança (PASSETO; MESADRI, 2012). Um estudo quantitativo realizado por Braga, Gomes e Costa (2015), que procurou identificar a influência da liderança e o surgimento da SB através da análise da literatura disponível nas bases de dados B-on, Scielo, SPELL e Google acadêmico, detectou que esta relação pode ocorrer direta ou indiretamente. Assim, cabe aqui uma reflexão sobre a real influência do gestor na incidência da SB. De fato, o gestor pode se ver dividido entre a necessidade de estar alinhado com a

organização e o conjunto de valores que esta impõe, e as necessidades dos membros da sua equipe de trabalho, sua motivação e desempenho. Parece que deve haver um equilíbrio entre essas forças, de modo a que ambas sejam respeitadas.

A SB é fundamentalmente uma resposta ao estresse ocupacional crônico e contínuo, e pode variar de indivíduo para indivíduo. Ela pode se manifestar em qualquer trabalhador de qualquer profissão, mas tem maior incidência nas profissões em que é preciso se relacionar diretamente com outras pessoas, normalmente na prestação de serviços. Com efeito, lidar com o público pode tornar-se um sofrimento para o trabalhador, levando-o a adoecer (BARROS, 2015).

Em um estudo mais recente sobre os aspectos relacionados à Qualidade de Vida no Trabalho (QVT), verificou-se que níveis mais baixos de QVT estão diretamente ligados à SB, tanto entre trabalhadores de nível operacional, quanto naqueles que se encontram em postos intermediários ou em cargos de liderança (BRITO *et al.*, 2015).

Nota-se que os fatores que funcionam como gatilhos da SB sempre estão relacionados direta ou indiretamente com o *modus operandi* da organização e seu modelo de gestão. Isso se explica pelo fato de que as constantes transformações pelas quais as empresas contemporâneas passam em decorrência das atualizações tecnológicas, mudanças de escopo de atuação, fusões e aquisições cada vez mais comuns no mercado globalizado, alteram gradativamente o comportamento organizacional (CORSO; SANTOS; FALLER, 2008).

Um artigo seminal de Teece, Pisano e Schuen (1997), que analisa as estratégias das empresas para se manterem competitivas em um ambiente de rápidas mudanças tecnológicas, evidenciou o peso desse processo sobre os trabalhadores. Na visão dos autores, os trabalhadores possuem papel estratégico em todo esse processo. De fato, são os indivíduos, através de suas capacidades e habilidades, sejam elas físicas ou cognitivas, que fazem a organização funcionar e podem proporcionar vantagem competitiva, mesmo em um ambiente de adversidade.

Diante de um cenário de alta competitividade e rápidas mudanças em um mundo *online* todo o tempo, a agilidade e adaptabilidade dos trabalhadores se torna cada vez mais valiosa para as organizações. No entanto, não há fundamento para aceitar que os ambientes de trabalho são estressantes por si só, e que não há o que fazer em relação a este fato. É necessário desenvolver autoconsciência em relação ao que realmente importa e o que precisa ser reajustado (BISHARAT, 2018).

Segundo Kernkraut (2017), mais recentemente, as empresas vêm demonstrando maior interesse na relação entre trabalho e trabalhador, bem como nos efeitos gerados por essa relação nas organizações. De fato, o desequilíbrio na saúde do trabalhador provoca, além dos custos diretos e indiretos que envolvem o processo de afastamento, tratamento e substituição de um colaborador, outras consequências relacionadas à queda e comprometimento da qualidade dos serviços prestados pela empresa. Importante destacar que os estudos sobre SB do ponto de vista do comportamento organizacional com foco em gestão ainda se encontram em uma fase relativamente inicial. No entanto, o impacto dos altos custos associados a essa síndrome rapidamente despertou o interesse para a necessidade de aprofundamento sobre o tema (DANTAS, 2012).

Com efeito, a relação entre a satisfação do cliente e o nível de estresse da equipe que o atende parece estar diretamente ligada em qualquer modalidade de serviço, ou seja, quanto maior o estresse do colaborador, menor será a probabilidade de que o atendimento seja considerado excelente pelo cliente (DANTAS, 2012). Sendo assim, em uma análise sob o ponto de vista estratégico, pode-se dizer que, além dos custos visíveis que a SB traz para os quadros funcionais, ela também pode causar impactos negativos para a empresa, como a queda da qualidade e da quantidade do atendimento, podendo levar até a uma fissura na construção da imagem e no posicionamento da organização no mercado em que está inserida (DANTAS, 2012).

Segundo Aguirre (2008), a vantagem competitiva que as empresas tanto buscam somente será alcançada por aquelas que primarem pela qualidade de seus produtos e serviços. Isto passa obrigatoriamente pela sintonia entre a organização e as pessoas que a compõem. Portanto, não há como obter resultados sustentáveis em um ambiente organizacional prejudicado, em que os estressores superam a motivação e a satisfação dos indivíduos, além de os tornar debilitados para o trabalho e para a sociedade, o que é ainda pior.

De fato, o resultado financeiro passa a ser o único fim quando os trabalhadores são controlados dentro e fora das organizações pelo ritmo que esta impõe (GAULEJAC, 2005). Em seu livro “Gestão como Doença Social”, Gaulejac (2005) apresenta elementos que compõem a cultura organizacional moderna e que são praticados pela grande maioria das empresas. A ideia central do livro é que, através das técnicas de gestão de pessoas e com um apelo ao processo contínuo para a

melhoria da qualidade, as organizações buscam um super-humano, que realize tudo ao mesmo tempo, possua as competências esperadas e desenvolva suas atividades cada vez mais rápido e melhor. A grande cilada, segundo o autor, é uma busca utópica pela qualidade infinita travestida de superação individual e alta competitividade, que em médio e longo prazo, não é sustentável nem para as pessoas e nem para as organizações.

A seguir, a SB será analisada em um contexto específico, o das organizações da área de saúde.

3.3. A SÍNDROME DE BURNOUT EM ORGANIZAÇÕES DE SAÚDE

Segundo os estudos da OMS – Organização Mundial de Saúde (2003), há um crescente número de profissionais de saúde diagnosticados com a SB, sendo médicos e enfermeiros os mais citados. De acordo com os resultados das pesquisas, as longas jornadas de trabalho em regime de plantão são apontadas como um dos principais fatores desse quadro.

O estresse e os problemas relacionados, como é o caso da SB como um último estágio, provocam, só nos Estados Unidos, um custo anual superior a U\$150 bilhões por ano para as empresas. Ainda de acordo com a OMS (2003), estes custos elevados são relacionados em alguma medida com a SB através dos efeitos diretos que esta causa aos trabalhadores, como absenteísmo, baixa produtividade, rotatividade e aposentadoria precoce.

Conforme apontado por Zanatta e Lucca (2015), no Brasil há poucos estudos sobre os profissionais de saúde como um grupo. De fato, as pesquisas realizadas costumam envolver apenas uma determinada profissão, como enfermeiros, e dentro de um contexto específico de atuação, como o setor de emergência ou os centros de terapia intensiva pediátrica. Outra constatação da pesquisa realizada pelos autores foi a relação entre a SB e algumas variáveis como satisfação com a profissão, com o cargo e com a instituição. Segundo eles, tal fato, por si só já seria suficiente para a ampliação dos estudos no âmbito da organização hospitalar com a ampliação das categorias a serem investigadas. Zanatta e Lucca (2015) concluem que existe de fato, uma vulnerabilidade maior dos profissionais de saúde para o desenvolvimento da SB, significativamente justificada pela preexistência de suas três dimensões básicas, já

aludidas nesse trabalho e que fundamentalmente caracterizam-se pela exaustão emocional e física, despersonalização (baixa autoestima) e insatisfação profissional.

A SB entre os profissionais de saúde é um fato crescente e preocupante. Além dos custos envolvidos, existe uma questão de fundo e talvez de dimensão ainda maior que é o comprometimento da qualidade do serviço prestado ao paciente, com riscos de vida para estes. Um relatório produzido pelo *Medscape Physician Lifestyle Report* (2015) divulgado no ano de 2016 e que teve como base cerca de vinte mil entrevistas, concluiu que 46% dos profissionais médicos norte americanos são portadores da SB. Estima-se que taxas próximas possam ser detectadas nos demais profissionais de saúde, principalmente nos de enfermagem que atuam em ambiente hospitalar.

Conforme Lyndon (2016), os profissionais de saúde que se encontram em um estado de pré-SB ou SB são mais propensos a avaliar e executar de forma mais subjetiva os procedimentos de controle para a segurança do paciente, dentro das organizações de saúde para as quais trabalham, tendo admitido que praticaram ações abaixo daquilo que era esperado. Algumas instituições de renome nos Estados Unidos, como a *American Medical Association* e a *Mayo Clinic* vêm tratando da questão da SB em seus quadros funcionais como prioridade absoluta, dado ao alto grau de impacto na assistência.

O profissional de medicina, especificamente, possui desde sua formação condições mais favoráveis ao desenvolvimento da SB do que outras profissões, como sugerem Wolf e Rosenstok (2016). Tal fato é consequência da grade curricular do curso, que possui carga substancial de material de estudo, associada ao pouco tempo entre as provas, além do confronto constante com morte, doenças e sofrimento humano. Esses mesmos pesquisadores constataram que, apesar dos esforços das universidades, foram detectadas altas taxas de angústia pessoal nos estudantes.

A OMS criou, no ano de 2004, a *World Alliance for Patient Safety*, com o objetivo principal de organizar e definir conceitos sobre a segurança do paciente. Esse documento sugere ações para redução dos riscos e mitigação dos eventos chamados adversos, conforme o Ministério da Saúde (MS) (2014).

O resultado desse trabalho foi a elaboração, conforme os preceitos da Classificação Internacional de Segurança do Paciente da Organização Mundial da Saúde, dos conceitos básicos mundialmente aceitos e padronizados pelo MS (2014), tais como dispostos no Quadro 5 abaixo.

Quadro 5 – Segurança do Paciente

Segurança do paciente	Conceito relacionado à redução ao menor risco possível da possibilidade de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde
Dano	Comprometimento da estrutura ou função do corpo e/ou qualquer efeito dele oriundo, incluindo-se doenças, lesão, sofrimento, morte, incapacidade ou disfunção, podendo, assim, ser físico, social ou psicológico
Risco	Probabilidade de um incidente ocorrer
Incidente	Evento ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou, em dano desnecessário ao paciente
Circunstância Notificável	Incidente com potencial dano ou lesão
<i>Near miss</i>	Incidente que não atingiu o paciente
Incidente sem lesão	Incidente que atingiu o paciente, mas não causou danos
Evento Adverso	Incidente que resulta em dano ao paciente

Fonte: MINISTÉRIO DA SAÚDE - MS (2014)

Segundo Reason (2000), a afirmação de que o profissional da Saúde não erra é um conceito equivocado e que está inserido na sociedade e, principalmente, no setor da saúde. Organizar e gerir os serviços de saúde sem considerar este fato é um erro ainda maior. As organizações precisam elaborar mecanismos de controle, barreiras de proteção, de dupla e tripla checagem para garantir a mitigação do risco aos erros (REASON, 2000).

O Instituto Brasileiro para a Segurança do Paciente (IBSP) apresentou em sua versão online, em novembro de 2018, uma pesquisa realizada pela Universidade de

Manchester, junto a 42 mil médicos, que demonstrou que os profissionais detectados com a SB expunham os seus pacientes ao dobro de risco em comparação aos demais. Este indicador pode servir de referência para outros profissionais de saúde e, em especial, para o grupo de enfermagem, visto que ambas as profissões apresentam níveis de estresse laboral compatíveis e exercem suas atividades no mesmo ambiente. (IBSP, 2018)

Segundo o IBSP (2018), as ações para a prevenção e discussão desse quadro devem partir dos conselhos de classe, através de alternativas para a diminuição do estresse crônico desses profissionais nas organizações, e devem também envolver as instituições de ensino com mudanças na grade curricular e introdução de disciplinas que preparem melhor emocionalmente os estudantes.

Tyssen e Vaglum (2001) destacam igualmente as elevadas taxas de suicídio entre os médicos, bem como o consumo de drogas ilícitas e álcool, em comparação a outras classes de profissionais. Isto revela um cenário pouco favorável para a manutenção da segurança no atendimento e a preservação dos próprios profissionais de medicina. Ressalta-se, então, a necessidade do desenvolvimento de mecanismos de barreira e de inovações que possam melhorar cada vez mais a assistência (NASSAR *et al.*, 2018).

Em uma pesquisa realizada pelo *American Journal of Preventive Medicine* (AJPM, 2015) que analisou o suicídio de trabalhadores entre os anos de 2003 e 2010, os profissionais de saúde ficaram em terceiro lugar no ranking, atrás apenas dos agentes da lei e profissionais do campo. No entanto, o risco de suicídio relacionado ao médico profissional ou residente/estudante é apontado como um dos que mais cresceu, de acordo com a *American Psychiatric Association* (APA, 2018).

Os trabalhadores da saúde, à medida em que são submetidos aos componentes estressores em menor ou maior grau dentro de suas funções, desenvolvem alguns protetores subconscientes, de acordo com a Psicanálise, como o enfrentamento, ou seja, o esforço do indivíduo para se sobrepôr às dificuldades que encontra no ambiente em que está inserido. Segundo Laplanche e Pontalis (2004), a estratégia de enfrentamento pode variar de indivíduo para indivíduo, dependendo de seus pressupostos culturais, religiosos e sociais. Quando os mecanismos dessas estratégias não provocam os resultados esperados, ocorre um acúmulo de sentimentos e frustrações que podem desencadear gradativamente os transtornos iniciais de patologias psicológicas e conseqüentemente o surgimento da SB.

As empresas de saúde, em geral, reúnem características específicas que propiciam um ambiente estressor para o seu quadro de funcionários. Isso porque o seu principal cliente, o paciente, encontra-se em condição normalmente debilitada ou especial (acidentado, doente, com dores, gestante etc.). Além disso, normalmente, soma-se o atendimento a um terceiro cliente que é o respectivo familiar ou acompanhante, que por sua vez, encontra-se com alto nível de estresse (FERREIRA *et al.*, 2017).

Em resumo, a revisão da literatura realizada até aqui evidenciou que a dinâmica das organizações e mais especificamente as práticas ou modelos de gestão possuem relevante destaque para o comprometimento da saúde do trabalhador. Revelou também que a área de saúde possui características que colocam os seus trabalhadores em uma posição de constante tensão na atividade laboral, resultando em uma maior suscetibilidade à incidência da SB por parte desta categoria profissional. As medidas preventivas adotadas pelas empresas, aparentemente, não estão tendo um efeito desejável de contenção e redução desse quadro. Portanto, sugere-se a importância de estudos que enfoquem a SB sobre o prisma da gestão. É justamente esse o esforço que se pretendeu desenvolver na presente dissertação, à luz da lente teórica fornecida pelas clínicas do trabalho, apresentadas a seguir.

3.4. AS CLÍNICAS DO TRABALHO COMO LENTE TEÓRICA PARA ANÁLISE DA SB

Segundo Bendassolli e Soboll (2010), as clínicas de trabalho podem ser descritas como blocos de teorias que possuem em seu foco de estudo a relação entre trabalho e subjetividade. Compreendem também a investigação sobre as relações entre o indivíduo, o trabalho e o meio em que estão inseridos. As clínicas do trabalho se interessam, sobretudo, pelas experiências vivenciadas pelos indivíduos nas atividades de trabalho, relacionando tais experiências ao contexto social e organizacional. Questões relativas à intensificação do trabalho e ao sofrimento psíquico decorrente são centrais para essa corrente de estudos. Em síntese, este bloco de teorias se debruça sobre as experiências dos indivíduos no trabalho e as diversas formas de deterioração relacionadas à atividade laboral.

Ainda segundo esses mesmos autores, existem três grupos de patologias fundamentais, identificadas e classificadas a partir de pesquisas realizadas no campo da psicologia comportamental. O primeiro grupo é composto pelas patologias da

atividade ou patologias da sobrecarga. Segundo Dejours (2007), elas compreendem a síndrome de *burnout*, o Stress, o Karoshi e outras formas de dissociações psicológicas. Uma das questões mais preocupantes desse grupo é a subjetivação ou bloqueio de atividades. O segundo grupo está relacionado às patologias da solidão, compreendidas como deterioração do trabalho enquanto coletivo, em torno de uma lógica de gestão baseada em recompensas individuais. O terceiro grupo compreende as patologias relacionadas aos maus tratos e ao sofrimento, à violência exercida principalmente por assédio moral ou relações abusivas no exercício do trabalho.

As clínicas do trabalho são divididas por Bendassolli e Soboll (2010) em quatro linhas de estudo. Elas estão unidas pelo interesse temático e por bases epistemológicas comuns, expressas na ênfase dada não ao ajustamento indivíduo/organização e ao desempenho empresarial, mas ao sofrimento psíquico no trabalho e às possibilidades de emancipação. Contudo, possuem características e metodologias próprias. Cabe, então, uma rápida explanação sobre cada uma delas.

A primeira, conhecida como psicodinâmica do trabalho, está baseada nos estudos desenvolvidos por Christophe Dejours desde a década de 1980. Para este autor, o indivíduo, ao mesmo tempo em que é dividido por conflitos intrapsíquicos, não pode viver sem a relação com o outro. O trabalho faz parte do sujeito no processo relacional. Porém, segundo Dejours (2007), não é exatamente o trabalho-atividade que causa o sofrimento e, portanto, produz patologias nos indivíduos, mas a forma como este está organizado e é desenvolvido.

A clínica da atividade, por sua vez, está baseada na teoria de Vygotsky, Leontiev e Bakhtin, apresentada a partir nos anos 1990, e seu enfoque principal está na visão de que o trabalho é uma atividade constante e permanente de alternativas, através de um contexto histórico e processual. O coletivo controla o individual e busca a capacidade do próprio sujeito de se identificar na atividade (BENDASSOLLI ; SOBOLL, 2010).

Segundo Bendassolli e Soboll (2010), a psicossociologia ou sociologia clínica possui fundamentos em várias abordagens teóricas e autores como Barus-Michel (1987), Gauléjac, Hanique e Roche (2007), e Giust-Desprairies (2009). Sua principal preocupação é entender a relação entre o individual e o coletivo. O conhecimento é concebido através de análise e da observação das práticas, em situações reais. Trata fundamentalmente do entendimento dos processos entre as pessoas, as instituições

e as organizações. Esta lente teórica também busca entender a representatividade das instituições nas relações humanas.

A quarta e última linha é a Ergologia, pautada principalmente nas pesquisas desenvolvidas por Wisner (1987) e Schwartz e Canguilhem (1992). A Ergonomia baseia-se no princípio de que o trabalho ou atividade exercida sempre irá demandar uma aprendizagem, o que obrigatoriamente coloca o indivíduo em contínua reavaliação e reconhecimento de suas atividades e ações.

Conforme as observações realizadas por Bendassolli e Soboll (2010), as distintas clínicas do trabalho compartilham pontos em comum a despeito das suas diferenças. Os principais pontos de congruência são: o estudo do trabalho ou atividade laboral; o esforço de compreensão do trabalho para além da dimensão individual; e a preocupação com a vulnerabilidade do sujeito trabalhador diante das situações a que está submetido. Também compartilham a certeza de que os estudos devem conter rigor metodológico e devem ser desenhados de forma a que o pesquisador possa estar o mais próximo possível das experiências reais vividas pelo sujeito no trabalho.

Dentre as abordagens que compõem as clínicas do trabalho, o presente estudo optou por incorporar a lente teórica fornecida pela sociologia clínica ou psicossociologia. Para Bendassolli e Soboll (2010), tal lente teórica colabora para o entendimento dos processos tanto dos grupos como das organizações. Esta linha de pesquisa também gerou importante contribuição na tradução do que é de fato a organização, como ela é percebida pelos sujeitos e, principalmente, como se dá essa relação através do trabalho. Ainda segundo esses mesmos autores, o principal objeto de estudo e de atuação neste caso são os indivíduos no ambiente em que vivem e trabalham coletivamente.

Diferentemente da Psicodinâmica do Trabalho, que tem o trabalho como seu foco principal de estudo, a psicossociologia ou sociologia clínica vem direcionando suas pesquisas para além desse conceito e ampliando significativamente seu campo de visão (SOLDERA, 2016). Essa visão fica mais clara nas considerações de Amado e Enriquez (2011, p. 104), transcritas abaixo:

Os sujeitos humanos não se encontram ligados apenas a uma função e a um trabalho, eles estão, em maior ou menor grau, ligados a um sistema mediador entre o indivíduo e a sociedade, o grupo, a organização e a instituição. [...] Nas nossas sociedades ocidentais, sociedades onde a nação, a religião, a família foram fortemente abaladas, a organização do trabalho (em uma empresa, em um hospital ou em qualquer organização) tentou se transformar

na instituição *princeps* (principal), a que está apta a mobilizar o imaginário de seus membros, a manipular o inconsciente deles e a seduzir sua vontade realizadora.

A pesquisa sob a lente teórica da psicossociologia ou sociologia clínica pode ser dividida em dois momentos. Num primeiro momento, busca-se que os indivíduos envolvidos falem de suas angústias, anseios e expectativas pessoais. Então, em um segundo momento, aborda-se as questões relativas ao processo de trabalho, às estruturas organizacionais e às consequências que a atividade exercida proporciona aos trabalhadores (ENRIQUEZ, 2001).

Conforme Gaulejac (2001), há de se considerar a necessidade de separação das questões de ordem socioeconômica das de ordem psicológica. O autor enfatiza o risco de se imputar responsabilidade ou de justificar uma pela outra e de restringir a atuação do indivíduo enquanto ser ciente e, portanto, capaz de modificar o ambiente em que se encontra.

Pode-se afirmar, conforme destacam Bendassolli e Soboll (2010), que os estudos aplicados no contexto da psicossociologia devem considerar vários campos do saber, dentre os quais a psicologia, a história, a antropologia, a sociologia e a própria administração, entre outras áreas. Isso se faz necessário em pesquisas voltadas para fenômenos que integram as dimensões individual, organizacional e social. Deve-se, assim, buscar uma amplitude de visão. Pesquisadores e sujeitos, objeto do estudo, devem vislumbrar o mesmo horizonte a partir de um ponto comum de observação. Não deve haver hierarquização, e sim cooperação.

Conforme destacam Carreteiro e Andrade de Barros (2011), o grande *boom* no setor de serviços ocorrido na década de 80 foi sucedido de constante aprimoramento e busca da satisfação do cliente. Isso exigiu cada vez mais dos trabalhadores que superassem suas dificuldades físicas e psicológicas para atingir metas cada vez mais difíceis. Diante do contexto de competitividade que se impõe à gestão das organizações, sejam elas públicas ou privadas, as profissões voltadas ao acolhimento e prestação de assistência à saúde sem dúvida foram uma das mais afetadas no aspecto psicológico.

Tendo isso em mente, considerou-se nesse trabalho que a lente teórica da psicossociologia ou sociologia clínica pode lançar novas luzes sobre a relação entre a SB e as práticas de gestão, e, mais especificamente, sobre as vivências e ações

dos gestores quando se defrontam com profissionais acometidos pela SB em suas equipes de trabalho. Assim, foi intenção da pesquisa analisar, de uma perspectiva qualitativa, essa relação nas organizações de saúde, entre os médicos e profissionais de enfermagem.

4. ABORDAGEM METODOLÓGICA E ESTRATÉGIAS DE INVESTIGAÇÃO

Neste capítulo será apresentada a estratégia de investigação, uma vez definida a realização de pesquisa qualitativa e a escolha de entrevistas compreensivas como principal fonte de captação das informações em campo.

4.1. ABORDAGEM METODOLÓGICA E ESTRATÉGIAS DE INVESTIGAÇÃO

A presente pesquisa pretende compreender como os gestores de organizações do setor de saúde vivenciam a experiência de ter profissionais com a SB nas suas equipes de trabalho, e quais ações gerenciais porventura resultam dessas vivências. Ela toma a psicossociologia ou sociologia clínica como corrente teórica privilegiada para o entendimento de suas vivências e ações. Essa corrente parte do pressuposto de que ao pesquisador cabe estar o mais próximo possível dos sujeitos para que possa de fato compreender as suas experiências. Sendo assim, a abordagem metodológica adotada será qualitativa.

A abordagem qualitativa é uma postura de investigação que recupera o conhecimento científico acumulado sobre um dado fenômeno por meio do levantamento bibliográfico, mas que, a partir daí, não se propõe a construir informações quantificáveis. Ao invés disso, possui um caráter descritivo, pretendendo acessar os indivíduos em suas condições concretas de vida (RODRIGUES, 2007). Segundo Goldenberg (2004, p. 10):

Os pesquisadores que adotam a abordagem qualitativa em pesquisa se opõem ao pressuposto que defende um modelo único em pesquisa para todas as ciências, baseado no modelo de estudo das ciências da natureza. Esses pesquisadores recusam-se a legitimar seus conhecimentos por processos quantificáveis que venham a se transformar em leis e explicações gerais. Afirmam que as ciências sociais têm suas especificidades e pressupõem uma metodologia própria.

De acordo com Godoy (1995) a pesquisa qualitativa possui uma abordagem diferente da pesquisa quantitativa. A primeira possui caráter subjetivo e é orientada aos processos, enquanto na segunda o enfoque é objetivo e ela é orientada a resultados. Através do ponto de vista qualitativo, o estudo do fenômeno pode ser interpretado quando acontece e deve ser analisado em uma perspectiva maior, considerando o processo e o meio onde ocorre. Ainda de acordo com Godoy (1995),

o pesquisador deve ir a campo, procurando entender melhor o fenômeno em estudo, entrando muitas vezes no universo em que de fato ele ocorre e considerando os principais pontos de vista.

Segundo Flick (2009), a pesquisa qualitativa possui uma destacada relevância para os estudos das relações sociais, dada a sua versatilidade e adaptabilidade aos diversos campos do comportamento social. Para o autor, a pesquisa qualitativa não trata apenas da aplicação de técnicas e métodos, mas requer uma habilidade a mais do pesquisador: atitude de pesquisa. Nesse sentido, Flick destaca duas qualidades necessárias ao pesquisador, que não podem ser adquiridas através da simples aplicação de métodos: curiosidade e flexibilidade.

Stark (2011), por sua vez, considera que uma das grandes vantagens da pesquisa qualitativa está em ser especialmente eficaz no estudo de detalhes específicos e particulares da vida cotidiana e na análise dos processos sociais ao longo do tempo. A principal vantagem desse método encontra-se, portanto, na oportunidade de explorar pressupostos que interferem na compreensão do mundo social. Stark (2011) enfatiza ainda que a pesquisa qualitativa é particularmente adequada para áreas, temas ou problemas que não são bem conhecidos, ou que ainda não possuam respostas bem estruturadas.

Para Guerra e Teodósio (2014), na abordagem qualitativa o pesquisador deve ter como objetivo principal o aprofundamento na compreensão do fenômeno estudado, seja através das ações dos indivíduos, dos grupos ou das organizações, ou no ambiente social no qual estão inseridos. Segundo os autores, há uma grande possibilidade de que ocorra a interpretação em consonância com a perspectiva dos próprios sujeitos, objetos de estudo, não havendo como premissa básica da pesquisa a explicação numérica e as correlações estatísticas.

Dentro do espectro geral de possibilidades da abordagem qualitativa, a pesquisa aqui proposta pretende recorrer à análise documental e, especialmente, a entrevistas. De fato, segundo Minayo (2008), a entrevista como comunicação verbal e coleta de informações sobre determinado tema costuma ser a técnica mais utilizada dentro da abordagem qualitativa. Quando bem explorada, o autor a considera uma excelente oportunidade para o aprofundamento em detalhes sobre a relação entre atores e contextos sociais específicos.

As entrevistas realizadas para a presente pesquisa foram conduzidas sob uma perspectiva compreensiva. Segundo Kaufmann (2013), nas entrevistas compreensivas o pesquisador deve buscar uma postura empática e ir tateando até encontrar as melhores perguntas, descobertas em razão do fluxo da conversa. Tal perspectiva se assemelha ao que Haguette (1997) denomina entrevistas semiestruturadas, nas quais se faz uso de um conjunto de questões pré-definidas, mas com flexibilidade para indagações que surjam ao longo do diálogo entre o entrevistador e os entrevistados.

A estruturação do roteiro de entrevistas foi embasada nas dimensões da SB e nas seis áreas chave identificadas, conforme apresentada nesta dissertação nos quadros 1 e 2 do referencial teórico, Freudenberger (1974), Maslach (1997) e Leiter (1999). Foi elaborado um roteiro semiestruturado para a realização das entrevistas, composto de 8 perguntas para os profissionais técnicos e gestores e 5 perguntas para os representantes dos conselhos de medicina e enfermagem (ver Anexos de 1 a 4). Todas as entrevistas tiveram o áudio gravado e foram transcritas a medida que as respostas foram sendo apresentadas. A média de tempo das entrevistas realizadas foi de 45 minutos cada.

As entrevistas semiestruturadas (HAGUETTE, 1997) e compreensivas (KAUFMANN, 2013) foram realizadas em campo, nas dependências do HSPE – Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo devido à facilidade de acesso a esta instituição de grande porte na qual o autor da presente pesquisa atuou durante três anos e construiu nesse período boas relações pessoais e profissionais tanto com o corpo diretivo como com os profissionais de saúde, no COREN-SP – Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo e no CRM-SP – Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo.

No caso dos profissionais de saúde, foi possível, por meio das entrevistas, buscar compreender como eles lidaram com a SB, como experienciaram essa situação e que ações colocaram em prática para enfrentá-la. No caso dos gestores de saúde, foi possível mapear como eles lidaram com o fato de terem profissionais com SB em suas equipes. No caso dos profissionais dos órgãos de classe, as entrevistas tiveram o papel de contribuir para a coleta de dados secundários sobre problemas de saúde mental entre profissionais de saúde e avaliar o que os Conselhos têm feito diante desse problema.

Conforme Kaufmann (2013), o pesquisador deve, sempre que possível, conhecer a área investigada, e particularmente, neste caso, o autor desta dissertação afirma que possui uma experiência de mais de vinte e dois anos como profissional de gestão no setor da saúde, conhecendo profundamente a dinâmica das rotinas realizadas dentro do ambiente hospitalar, suas particularidades e especificidades.

Mas, o autor desta dissertação não se ateve apenas a essa experiência prática prévia. Estudou o tema da dissertação ao longo dos últimos dezoito meses, aprofundando-se no referencial teórico utilizado para a pesquisa, buscando estatísticas e dados secundários sobre a SB, especialmente em organizações de saúde. Ademais, procurou restituir neste texto, de maneira o mais fidedigna possível, as experiências vivenciadas pelos profissionais de saúde entrevistados (gestores, técnicos e representantes dos conselhos de classe).

Isto porque, como aponta Haguette (1997), é sempre recomendável na pesquisa qualitativa um esforço do pesquisador para que ele próprio não se torne o coautor das respostas ou induza os entrevistados a respostas pré-concebidas.

Assim, o autor da presente dissertação procurou agir dessa forma, ao mesmo tempo em que exercitava autorreflexão, uma vez que as leituras teóricas e as conversas com os sujeitos, objeto da pesquisa, o remeteram constantemente a experiências que viu, ou mesmo viveu, ao longo de sua trajetória profissional.

5. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Nesta parte será apresentada a análise dos dados obtidos através da captação das informações e coleta de dados realizadas nas entrevistas.

5.1. CARACTERIZAÇÃO DOS ENTREVISTADOS

Foram realizadas seis entrevistas, sendo os sujeitos entrevistados categorizados profissionalmente da seguinte forma: três médicos e três enfermeiros. As idades dos entrevistados variam entre 31 e 62 anos, sendo que dois dos entrevistados são separados, três casados e um solteiro. Com exceção do solteiro, todos os demais possuem filhos. Há apenas uma mulher no grupo.

Em relação ao tempo de exercício da profissão, todos os entrevistados possuem mais de sete anos de experiência, chegando até o limite de trinta e seis anos. Importante destacar que dos dois entrevistados operacionais, um médico e outro enfermeiro, apenas o último apresentou diagnóstico de SB e foi afastado por esse motivo. O médico, apesar de ter reconhecido dificuldades relacionadas ao exercício profissional por um longo período, não recebeu diagnóstico de SB. No entanto, teve um afastamento imposto por patologia cardíaca (enfarto do miocárdio), que, segundo sua própria interpretação, esteve diretamente ligado com as condições laborais enfrentadas e o estilo de vida adotado até aquele momento.

Com exceção dos representantes do COREN - Conselho Regional de Enfermagem e do CREMESP – Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, que concordaram em divulgar seus nomes e cargos, para os demais entrevistados serão utilizados nomes fictícios, para preservar o seu anonimato, conforme acordo estabelecido no momento da entrevista.

Quadro 6 - Identificação dos entrevistados

Identificação	Profissão	Função
Durval	Médico	Gestor médico
Patrícia	Enfermeira	Gestora de enfermagem
Irineu	Médico	Médico
Alberto	Enfermeiro	Enfermeiro
Claudio Silveira	Enfermeiro	Vice-Presidente – Coren-SP
Edoardo Vattimo	Médico	Coordenador - Cremesp

Fonte: Elaborado pelo autor

5.2. A VISÃO DOS REPRESENTANTES DE CLASSE

O Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo – COREN SP

Claudio Silveira é enfermeiro, tem 59 anos, é divorciado, sem filhos, atua no COREN há cinco anos, ocupando atualmente a sua vice-presidência. Atualmente encontra-se afastado das funções de enfermeiro gestor há dois anos, dada a incompatibilidade do exercício da profissão com a posição que desempenha no órgão de classe.

Em sua entrevista, afirmou que a função principal do COREN, assim como a de qualquer outro órgão de classe, é fiscalizar o exercício da profissão. Devido a essa missão, disse estar preocupado com o aumento de casos de transtornos mentais relacionados com o exercício da atividade profissional de enfermagem. Destacou que se trata de um tema atual e de abrangência mundial, e que a OMS elegeu o ano de 2020 como sendo um ano dedicado aos profissionais de enfermagem. O trecho da entrevista transcrito abaixo deixa isso evidente:

Percebemos que essas doenças estão aumentando gradativamente com o passar dos anos nos profissionais de enfermagem, por conta de vários fatores profissionais e também pessoais. Basta olhar para a quantidade de afastamentos e absenteísmo das equipes. (SILVEIRA,2019)

Apresentamos a seguir um quadro síntese que mostra, segundo a visão do COREN SP, quais são os principais fatores internos e externos que favorecem a incidência dos transtornos mentais nos profissionais de enfermagem, entre eles a SB:

Quadro 7 - Fatores contributivos para os transtornos mentais

Fatores Internos	Fatores Externos
Pressão no trabalho	Desvalorização profissional
Sobrecarga de trabalho	Desemprego
Medo de errar	Situação econômica do país
Medo de ser punido	Endividamento
Agressão física	Sanções legais na carreira
Agressão verbal	Questões familiares
Agressão psicológica	Baixa remuneração

Fonte: Elaborado pelo autor

De acordo com o entrevistado, um dos pontos de maior atuação do órgão é a fiscalização sobre o dimensionamento regulamentar do quadro funcional. Conforme fica evidente no trecho da entrevista a seguir, ele considera que esta é uma forma de tentar reduzir os riscos para os profissionais e para as instituições.

Temos obtido bastante êxito no enquadramento das instituições visitadas no que diz respeito ao dimensionamento do quadro funcional, através das chamados TACs (Termo de Ajuste de Conduta), chanceladas pelo Ministério do Trabalho. O nosso intuito, mais do que multar, é corrigir e melhorar o serviço. (SILVEIRA, 2019)

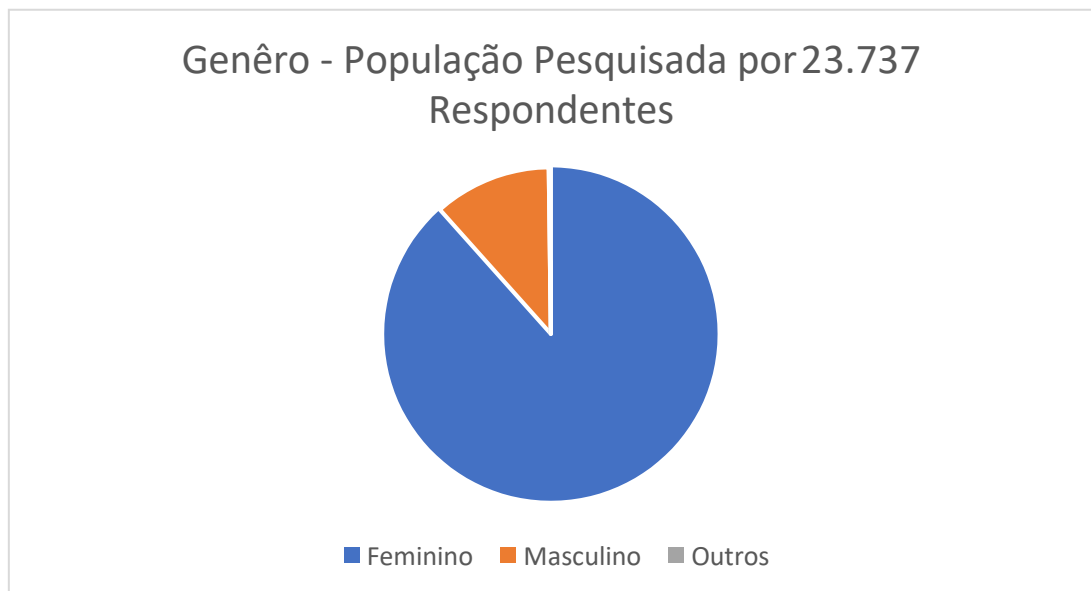
Claudio também informou que o COREN-SP vem atuando junto à Assembleia Legislativa por meio de pressão para melhoria das condições de trabalho. Projeto de Lei que criou as salas de decompressão, espaços destinados para que os profissionais de enfermagem realizem pausas para descanso e entretenimento.

Nos anos de 2018 e 2019, o COREN-SP promoveu campanhas institucionais de alertas e esclarecimentos à classe, enfocando temas como: Agressividade, Suicídio, Jornada Semanal (30h) e Aposentadoria Especial. Também foram realizadas parcerias com o CVV – Centro de Valorização da Vida e enquetes através dos

smartphones visando a detecção do estado emocional e nível de estresse dos profissionais durante o exercício da profissão. “Entendo que essas, entre outras ações podem ser consideradas políticas da nossa gestão à frente do COREN-SP em sintonia com o COFEN - Conselho Federal de Enfermagem”, afirmou o entrevistado.

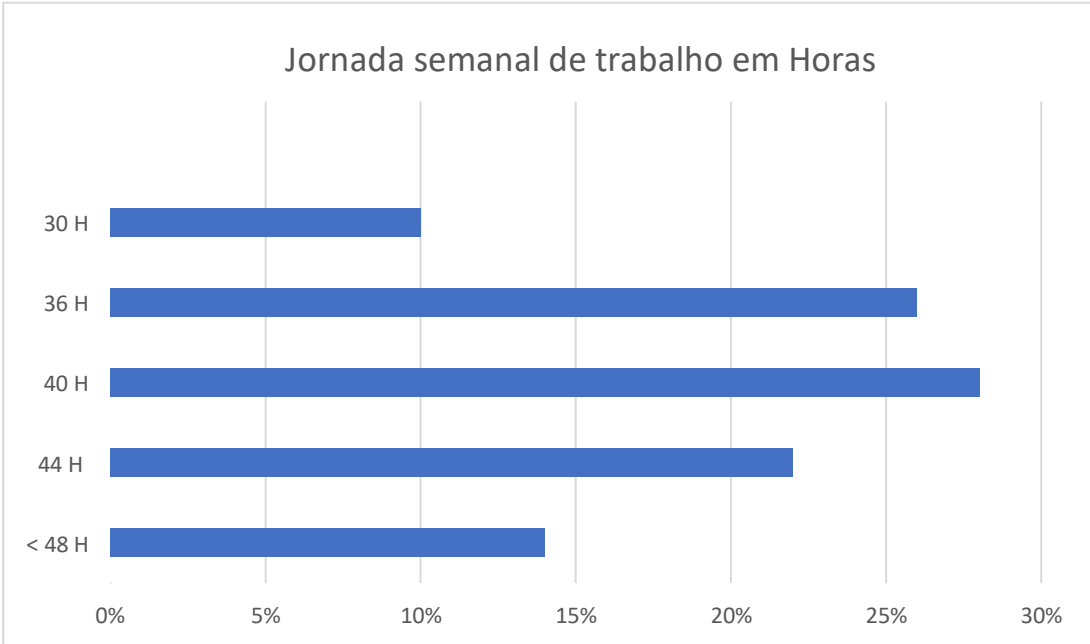
Apresento abaixo os resultados de uma enquete realizada pelo COREN-SP sobre transtornos mentais, aplicada via smartphone nos profissionais no ano de 2019. Os respondentes são enfermeiras, enfermeiras obstetras, técnicos e auxiliares de enfermagem:

Gráfico 1 - Distribuição da amostra de enfermagem por gênero



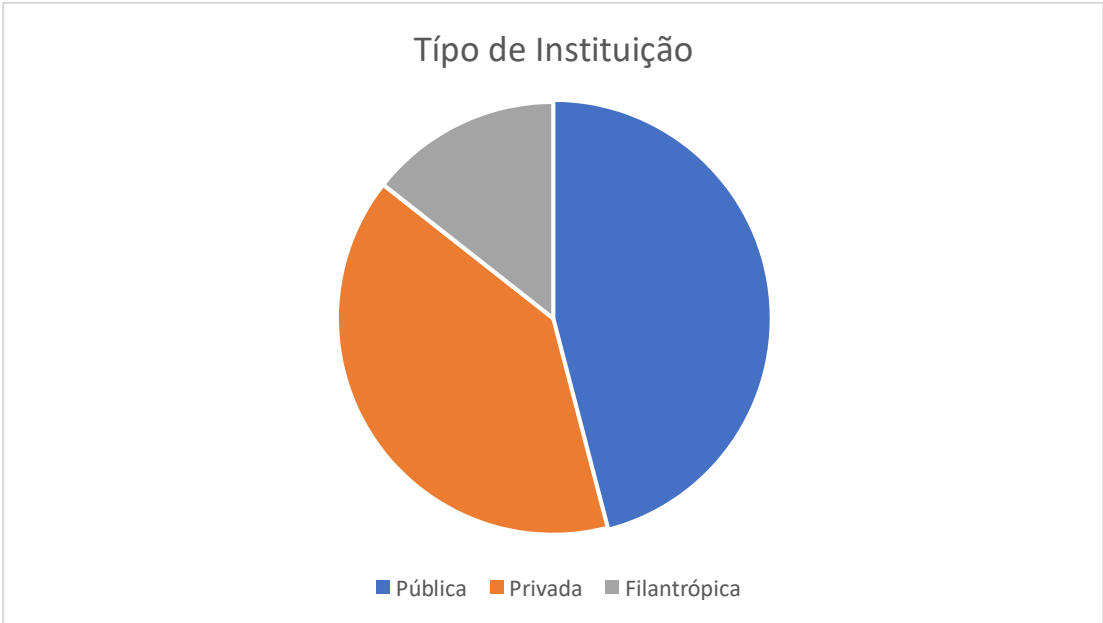
Fonte COREN-SP (2019)

Gráfico 2 - Distribuição da jornada semanal



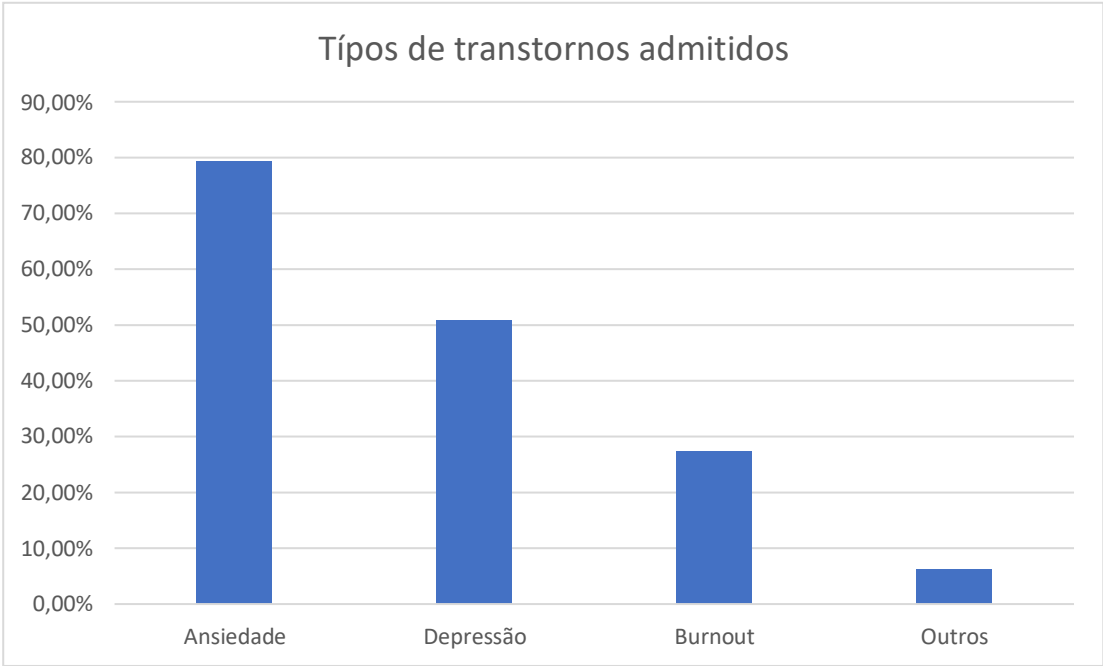
Fonte: COREN-SP (2019)

Gráfico 3 - Distribuição por tipo de instituição



Fonte: COREN-SP (2019)

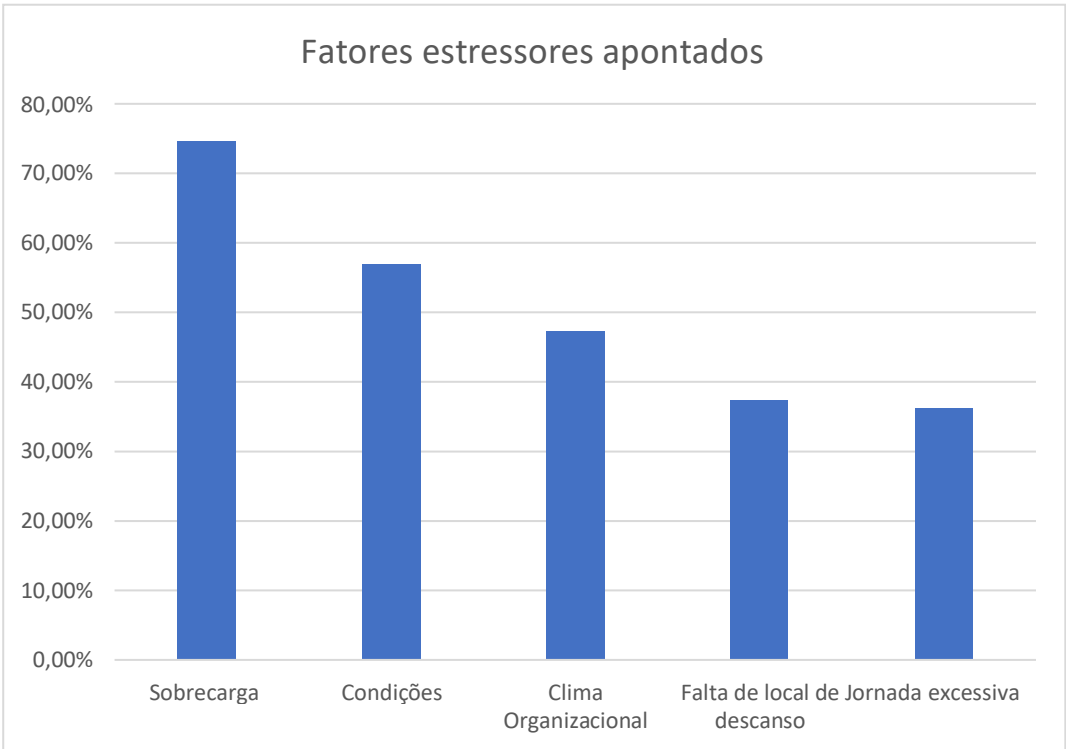
Gráfico 4 - Distribuição por tipologia de transtornos



*Admitiram mais que um tipo de transtorno

Fonte: COREN-SP (2019)

Gráfico 5 - Distribuição por fatores estressores



* Admitiram mais de uma resposta

Fonte: COREN-SP (2019)

A análise dos gráficos elaborados á partir da enquete realizada pelo COREN SP no ano de 2019, veio corroborar com os mecanismos desencadeadores da SB e outros transtornos, principalmente no que se refere às áreas chaves da SB: sendo que mais da metade dos respondentes da amostra, afirmou trabalhar acima de 40 H semanais; uma outra observação já esperada, mas não explorada, foi a predominância do sexo feminino na amostra e que normalmente já realizam jornadas adicionais de trabalho doméstico.

O Conselho Regional de Medicina de São Paulo - CREMESP

Edoardo Vattimo é conselheiro e coordenador da assessoria de comunicação do CRM-SP, órgão em que atua há um ano e três meses. Segundo Vattimo, em entrevista realizada em 2020, o Cremesp tem observado e acompanhado a questão da SB junto aos seus profissionais, estudantes e residentes. Ressaltou que o foco do acompanhamento não se restringe à SB, mas considera a saúde mental dos profissionais médicos de forma integral.

Para Vattimo (2020), na psiquiatria, não é tão simples justificar uma doença e fazer uma relação de causa e efeito como em outras especialidades. Assim, para ele, a SB, como qualquer outra patologia que envolve a saúde mental, não possui um diagnóstico fácil e específico. Existem diversas variáveis que envolvem a questão, como fatores biológicos de predisposição, fatores químicos, fatores emocionais, ou seja, pode ser considerada uma patologia multicausal e não 100% relacionada ao trabalho. Ele deixou seu ponto de vista claro no trecho da entrevista reproduzido abaixo:

Reconhecemos que há uma questão importante sobre a saúde mental que envolve o profissional de medicina e que a SB é uma parte dela. Vejo alguns fatores estressores externos que podem ser potencializadores para o desenvolvimento de transtornos, que mais incidem nos médicos e que podem vir a se tornar patologias de fato, sendo um deles o próprio cenário político atual do país que afeta diretamente o sistema público de saúde. Outra importante questão é a deterioração da relação médico-paciente, que se acentuou muito em função da demanda desproporcional. Há ainda a banalização da medicina como profissão, a explosão de escolas da área, que formam profissionais com baixa qualidade técnica. A oferta para a especialização dos médicos está desproporcional à demanda de formados. Hoje existem apenas 50% de vagas para o médico realizar residência. Isto tem gerado, como consequência duas castas de médicos: uma que sai da faculdade e vai pra residência, e a outra que apenas se forma e já cai em pronto-socorro e vive de plantões de forma itinerante e sem segurança de carreira .(VATTIMO, 2020).

O entrevistado considera que existem fatores internos inerentes à profissão, como lidar com a morte e tudo que envolve o paciente e seus familiares até chegar a este ponto. No entanto, admitiu que as condições de trabalho, nem sempre adequadas ao desempenho da profissão, e a exposição que o médico sofre quase que diariamente são, reconhecidamente, fatores estressores para este profissional. Destacou igualmente que o assédio moral na formação do médico, que considerou ser, infelizmente, uma realidade observável na maioria das escolas, configura outro importante fator contribuidor para o desenvolvimento de transtornos mentais. Enfatizou ainda que, de forma geral, a cultura brasileira valoriza pouco a saúde se comparado a outros países e, como consequência disso, o médico acaba “entrando nesse pacote”.

Em relação à fiscalização, informou que o órgão realiza rotineiramente a visitação em unidades de saúde e, caso seja detectado qualquer tipo de irregularidade, a unidade é questionada por meio de um comunicado oficial ao seu responsável técnico. Posteriormente é concedido um prazo para resposta relativa a esse apontamento. Após o questionamento e notificação, os TACs são validados pelo Ministério Público, e, na grande maioria das vezes, são cumpridos, seja no que diz respeito à adequação do quadro funcional, seja quanto a questões de infraestrutura. No trecho da entrevista transcrito abaixo, o entrevistado fala das ações de conscientização e prevenção dos transtornos mentais que o CREMESP vem realizando:

O grande enfoque do nosso departamento de comunicação em 2019 foi a divulgação de material de psico-educação e informação. Já na primeira edição de 2019 foi publicada uma matéria em nossa revista trimestral – Ser médico, sobre a saúde mental. Nela apresentamos uma estatística de caráter mundial e os transtornos que mais acometem os médicos e estudantes de Medicina. Ocorreu uma repercussão grande após estas publicações e fomos demandados a realizar palestras em universidades e congressos, momento em que falamos também de outros temas correlacionados, como: álcool, drogas, depressão, suicídio etc. Fizemos uma palestra durante o setembro Amarelo através de uma “live” sobre como identificar o comportamento suicida dos profissionais médicos. A questão do suicídio é bastante séria e também estamos preocupados com ela. Recentemente tivemos uma colega que o praticou. São números crescentes e assustadores. (VATTIMO, 2020).

Outra ação foi a publicação, também em 2019, do livro “Assédio moral na formação médica”. A publicação visava a conscientização sobre o problema e o seu combate. Com efeito, em 2019, o foco do CRM-SP foi realizar a sensibilização e difundir informação sobre esses temas importantes. Para 2020, segundo o

entrevistado, a intenção é reestruturar uma rede de parcerias para o suporte e atendimento aos médicos diagnosticados com casos graves de transtornos mentais.

5.3. O PONTO DE VISTA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Alberto, 40 anos, casado e pai de dois filhos, é enfermeiro e exerce a função de supervisor de enfermagem no período noturno há mais de cinco anos. No momento da entrevista, ele se encontrava afastado e com agendamento para passar em consulta de retorno com o setor de saúde ocupacional da instituição. Os trechos abaixo reproduzidos do relato do Alberto, demonstram sinais de pelo menos duas das dimensões da SB (despersonalização e exaustão emocional) e o impacto que exercem sobre o indivíduo:

Demorei para perceber que os sintomas físicos que eu tinha eram por conta do trabalho (náusea, taquicardia, diarreia, dor de cabeça constante, entre outros). Quando me afastei em uma primeira vez por um período de 15 dias e então retornei, percebi claramente que esses sintomas eram por conta do trabalho porque pararam nesse intervalo de tempo e perto de um dia antes de retornar as minhas atividades, voltaram. (ALBERTO, 2020).

Alberto interrompeu o tratamento inicial e a tomada da medicação no final do ano de 2019, pois estava se sentindo bem naquele momento. No entanto, os sintomas voltaram logo no início de 2020 e ele teve que se afastar novamente.

As maiores dificuldades pra mim são as questões relacionadas ao trabalho de chefia, como resolver a escala de trabalho quase que diariamente, em razão da falta de pessoal. O foco maior da minha angústia era em relação à equipe. Ter que resolver as questões sem ter o poder para isso, como a superlotação das áreas de atendimento, me angustiava profundamente, porque eu não via uma solução e sentia a cobrança dos colaboradores que esperavam que eu fizesse alguma coisa. (ALBERTO, 2020)

Com base em sua experiência, ele sinaliza que os fatores que exerceram maior contribuição para seu quadro de saúde foram fundamentalmente a pressão e cobrança da sociedade pelo seu sucesso profissional e sustento, e a excessiva carga horária que praticava, pois tinha um segundo emprego, chegando a ter uma jornada semanal de 60 a 70 horas semanais. Neste outro trecho da entrevista, reproduzido a seguir, é possível identificar a despersonalização e a insatisfação profissional:

Me senti discriminado mais por parte dos meus colegas de trabalho, os meus pares enfermeiros e enfermeiras, que acreditavam que eu não estava tão mal assim... Em um certo período, antes do afastamento, acabei me isolando para não ter que me expor e lidar com a situação em relação aos meus pares. Havia colaboradores da

minha equipe que comentavam que eu não saia da sala, que não ajudava como deveria. Isso me deixava bastante chateado e angustiado. (ALBERTO,2020)

No relato abaixo fica evidente a severidade do transtorno pelo qual o Alberto passa, com consequências diretas no exercício profissional e na vida pessoal:

Fui diagnosticado com depressão moderada e Síndrome de Burnout. Fiquei afastado por um período de 8 meses, sendo submetido a tratamento e acompanhamento psiquiátrico e medicação de uso contínuo. Demorei bastante tempo para pedir ajuda, pois achei que daria conta de tudo e que era uma situação passageira. Mas, os sintomas foram aumentando e fui perdendo a vontade de fazer as coisas e faltava ao trabalho sem justificativa. A situação foi afetando também a minha vida pessoal. Eu não tinha mais perspectiva de nada, a impressão que tinha é que a minha energia pra viver estava acabando. Em certo momento pensei sim que a morte seria uma alternativa. Não pensava em me matar, mas em morrer simplesmente. Sentia uma tristeza profunda, não ia trabalhar e não sabia nem o porquê. A minha esposa percebeu claramente que havia alguma coisa errada comigo. Certa vez eu simplesmente desliguei o telefone celular, não fui trabalhar e deixei todos os familiares muito preocupados. Acredito que outros fatores podem ter contribuído para chegar nessa situação, de ordem pessoal, mas o principal fator foi o trabalho. Quando conversei com a minha chefia, eu já estava no limite. Fui então transferido do P.S para a internação da Psiquiatria, que é uma área mais leve, não tendo tanta pressão e responsabilidades, mais suporte da supervisão. Eu me senti apoiado pela chefia e pela instituição. (ALBERTO, 2020)

No trecho reproduzido a seguir, ele continua a relatar sua angústia diante de um problema que considera maior do que sua capacidade de resolver, pois implica em mudar radicalmente a rotina de vida. O que na verdade ocorre é que poucos indivíduos possuem essa possibilidade de escolha.

Já pensei em parar, como já me afastei algumas vezes. Quase pedi demissão daqui (HSPE). Pensei também em mudar de profissão, de ter um negócio próprio, mas infelizmente tenho muitas responsabilidades financeiras e não consigo neste momento. O profissional de enfermagem não tem o reconhecimento que deveria e acaba sofrendo as consequências por isso. No final de 2019, final de outubro, parei com as medicações por conta própria e então no começo de 2020 os sintomas começaram a retornar e já faz uma semana que voltei com o tratamento. Tenho perícia agendada pra esta semana pra ver se me afasto ou continuo trabalhando. (ALBERTO, 2020)

Outro entrevistado, Irineu, tem 62 anos, é divorciado, tem um filho e atua há 36 anos no HSPE, desempenhando também a função de médico em consultório particular. Especialista em Cirurgia Geral, é uma das referências médicas do Pronto-Socorro do HSPE. Logo no início de nossa conversa, pude perceber que o doutor Irineu, apesar de demonstrar certo distanciamento quanto à problemática que envolve os fatores estressores para os profissionais médicos, deixou claro que já vivenciou situações críticas e também as observou em seus colegas de trabalho no decorrer de sua trajetória profissional. Isso fica evidente no depoimento transcrito abaixo:

Ao longo de minha carreira já me deparei com várias situações onde presenciei os limites de colegas médicos, no que se refere ao estresse, ao esgotamento físico e mental. Eles não tinham condições de raciocinar tecnicamente, não conseguiam enxergar, por exemplo, os detalhes de um Raio X... Eu mesmo passei por um momento muito difícil há 12 anos quando enfartei trabalhando no P.S. Achei que ia morrer, apaguei aqui mesmo no P.S. por conta das medicações que me deram e, quando acordei, estava deitado em uma cama na UTI, monitorado, cheio de medicações endovenosas, completamente confuso, inseguro de tudo naquele momento. (IRINEU, 2020)

De forma discreta, mas presente, é possível identificar neste relato e nos que são apresentados a seguir dimensões da despersonalização e da exaustão emocional. Segundo constatação do próprio entrevistado, a medicina é uma profissão desgastante, o profissional que a exerce se alimenta mal, dorme mal e trabalha muito, com duplas e triplas jornadas. Isso fica claro na seguinte passagem da entrevista:

Quantas vezes não entrava na sexta de noite e saía somente no domingo de dentro do hospital... Passava literalmente o final de semana trabalhando dia e noite. Considero que, muitas vezes, os problemas relacionados ao estresse e à SB nos médicos são mascarados por outros que acabam se sobressaindo, como, por exemplo, o alcoolismo ou a dependência química. (IRINEU, 2020)

De acordo com o doutor Irineu, um fator relevante que favorece o agravamento dessa situação atualmente são as mudanças no exercício profissional da medicina e a velocidade com que elas acontecem. Criou-se uma dependência muito grande da parte diagnóstica auxiliar (exames) em detrimento da clínica (que deveria ser soberana, na opinião do entrevistado), o que levaria a uma insegurança dos profissionais médicos. Outra questão que ele considera relevante é a empatia entre o médico e o paciente. Para ele, este é o principal fator para o atendimento ser bem-sucedido. É preciso existir confiança entre as partes, principalmente no setor de emergência, onde atua. Neste setor, a confiança é de extrema importância para o bom atendimento e a compatibilidade na prestação dos serviços e deveria ocorrer sempre, mesmo com o tempo limitado que se tem para prestar a assistência.

Há também fatores considerados externos, não diretamente relacionados com a instituição em que atua. Quanto a isso, o doutor Irineu ressaltou o seguinte:

Considero que a pressão que vem da sociedade e da mídia atualmente é um dos principais fatores de estresse no médico. Antigamente, tínhamos mais segurança no que fazíamos e no modo como agíamos. Mas o excesso de informação superficial que qualquer pessoa pode acessar trouxe uma nova realidade para o médico, que precisa estar atento e responder a questionamentos que antes não precisava. O maior desafio que enfrentei como médico foi o de exercer a medicina em condições precárias de trabalho, colocando em risco a assistência e o cuidado do doente. O preparo dos profissionais, a suficiência dos materiais e equipamentos

e fundamentalmente o apoio e o suporte fornecidos pela gestão, estes, a meu ver, são os principais pontos de atenção. (IRINEU, 2020)

Em sua opinião, atualmente há um descomprometimento do profissional médico com ele próprio e com os colegas de profissão, o que acarreta uma sobrecarga para os demais membros da equipe. Há situações em que o médico literalmente escolhe os pacientes que vai atender ou atende em ritmo não compatível com a demanda existente (produtividade insuficiente), o que traz um desequilíbrio no plantão. Ele considera que a atenção e o acolhimento aos profissionais são a melhor forma de prevenir e mitigar os danos do estresse e a incidência da SB. Nos primeiros sinais é necessária a intervenção do gestor médico ou de alguém mais experiente da equipe para minimizar o problema. No relato abaixo, ele destacou a importância de proximidade e acolhimento prestados pelo gestor nos momentos críticos pelos quais passou:

Já me afastei algumas vezes do trabalho, sendo a mais grave aquela em que sofri o infarto e em que fiquei aproximadamente um mês afastado. Guardo comigo que uma das coisas que mais me ajudaram nesse episódio foi ter recebido a ligação do meu gestor, perguntando da minha saúde e situação, se colocando à disposição e o principal: me acalmando e assegurando que o meu posto estava resguardado e aguardando o meu retorno. Isto foi fundamental pra mim. (IRINEU, 2020)

Apesar de todas as dificuldades apontadas pelo doutor Irineu, quando indagado se em algum momento de sua carreira como médico já havia considerado a possibilidade de parar ou desistir da profissão, ele respondeu:

Nunca pensei! Mesmo nos momentos mais delicados da minha vida profissional nunca pensei em abandonar a profissão. Já vi colegas que o fizeram, mas eu particularmente nunca pensei. Considero que lá atrás na minha vida eu fiz uma escolha, que foi apoiada pela minha família e que tenho como missão de vida cumprir até o fim. Tudo possui um significado pra mim e considero importante tudo pelo que passei até chegar neste exato momento. Tenho consciência de que já ajudei muitas pessoas com a minha profissão, salvei muitas vidas e perdi algumas também. Mas, enfim, é o que me comprometi a fazer. (IRINEU, 2020)

Ambas as entrevistas realizadas com os profissionais foram marcadas por uma conotação de desabafo; em certos momentos a impressão que passava é que eles estavam frustrados com o que tinham vivenciado ao longo de suas carreiras. Não com a escolha, mas com as dificuldades pelas quais passaram e ainda passam. A responsabilidade pela equipe e pelo atendimento, a convivência com os pares e principalmente em relação ao médico, pelo aumento do acesso às informações por parte da sociedade e que muitas vezes levam a questionamentos antes não existentes.

5.4. AS EXPERIÊNCIAS VIVENCIADAS PELOS GESTORES

As entrevistas realizadas com os dois gestores, aqui denominados doutor Durval e Patrícia, ambos atuando no HSPE, tiveram similaridade em diversos pontos. Ambos enfrentam as mesmas dificuldades políticas e organizacionais, no que tange ao modelo de trabalho imposto pela instituição, e que, direta e indiretamente, geram reflexos na operação dos serviços, onde as coisas realmente ocorrem, com consequências para esses gestores e para os profissionais de suas equipes.

Doutor Durval destacou, em sua resposta, um conflito de interesses que considera existir entre o HSPE e os profissionais médicos que nele atuam. Ele constatou que muitos desses profissionais prefeririam trabalhar em outra instituição e atender outro tipo de clientela. Outra questão que apontou ao longo da entrevista foi a existência de um embate geracional. Os médicos mais experientes, com mais idade, consideram que os mais novos possuem menos interesse e envolvimento com a dinâmica de trabalho no P.S. do HSPE.

No entanto, o que mais enfatizou na entrevista foi que, de acordo com sua experiência, a relação entre o médico e o paciente vem se deteriorando de forma gradativa. Ele considera que há uma quebra de confiança de ambas as partes, o que coloca ainda mais tensão nessa relação complexa. Para ele, não se trata apenas de uma questão técnica, relativa ao fornecimento de um serviço especializado a um indivíduo que o procura. Deveria haver um mínimo de empatia de ambas as partes para que a informação flua a contento e seja decisiva para o sucesso daquele momento. Seu raciocínio fica bem sintetizado nos trechos da entrevista transcrito abaixo:

Na minha opinião o maior problema da geração de tensão e estresse está na relação médico-paciente. Existe uma questão de desalinhamento entre os próprios médicos, os novos reclamam dos antigos e esses reclamam dos novos. Ainda em relação aos fatores externos, entendo que existe uma cobrança social pelo sucesso do profissional de medicina que pode contribuir para o agravamento dos sintomas. Talvez o que seja mais relevante mesmo, quando falamos de fatores externos, seja a expectativa do médico em ganhar mais e manter o seu status. (DURVAL, 2020)

O maior problema atual é a inabilidade ou fragilidade na relação entre o médico e o paciente. O profissional tem que lidar com situações adversas ao atendimento e muitas vezes casos simples acabam se transformando em grandes problemas justamente por essa constatação. Entendo que o foco da formação médica está totalmente voltado para a questão técnica, não havendo nenhum preparo para lidar com o outro. A questão da despersonalização do atendimento do paciente também entendo como sendo uma dificuldade maior nessa relação. Trata-se as doenças e não as pessoas. Muitos profissionais enxergam o paciente como uma ameaça, alguém que pode a qualquer momento o prejudicar. O simples fato de uma pessoa abrir a porta durante o atendimento já é o suficiente para causar um estresse desnecessário. (DURVAL, 2020)

Patrícia é gestora de enfermagem e trouxe em seu relato particularidades que envolvem o serviço sob sua responsabilidade. Este serviço difere do serviço médico, apesar de ocorrerem na mesma instituição. Segundo ela, uma das principais dificuldades enfrentadas por esse grupo de profissionais é o número insuficiente de colaboradores. Isto fica claro na fala transcrita abaixo:

As maiores dificuldades aqui são as questões relacionadas com o quantitativo de pessoal, a falta de colaboradores ou insuficiência para cobrir um setor e uma determinada quantidade de pacientes. A dificuldade de repor um colaborador que se afasta também é grande e pode afetar a equipe. (PATRICIA, 2020)

Outra questão importante apresentada pela entrevistada diz respeito à sobrecarga de trabalho do profissional de enfermagem. Ela considera que não é algo exclusivo dessa instituição, mas um problema comum à maioria dos profissionais de enfermagem. Este se relaciona com a segunda dimensão da SB: a exaustão emocional. O trecho da entrevista transcrito abaixo evidencia a posição da gestora a esse respeito:

Especificamente na enfermagem existe uma questão importante que é a sobrecarga de trabalho por quantitativo do efetivo associado a longas jornadas. Um colaborador chega a fazer mais de 12 horas seguidas de trabalho sem descanso, por necessidade dele e da instituição. A separação da vida pessoal e profissional é muito difícil de ser alcançada, porque uma complementa a outra. (PATRICIA, 2020)

Quando perguntada sobre seu posicionamento como gestora no caso do afastamento de um profissional de sua equipe, supostamente acometido pela SB ou com sinais claros de desequilíbrio em suas funções laborais, Patrícia demonstrou ser sensível aos riscos de profissionais com esses problemas poderem chegar a sofrer

consequências graves, podendo até mesmo cometer suicídio. Isso fica claro nos trechos da sua fala reproduzidos abaixo:

Para mim, como gestora, isso traz um sentimento de tristeza, de frustração: não poder resgatar um colaborador, uma pessoa. Olha: tivemos um caso de suicídio na instituição. Não pertencia à enfermagem, mas sim à equipe da manutenção. Mas era um colaborador. Seu apelido era Sorriso! Como assim, uma pessoa com este apelido pode cometer o suicídio e ninguém perceber o grau extremo de sofrimento que ele enfrentava!?

Já recebi relatos de colaboradores que chegaram na minha sala e verbalizaram que tiveram a intenção de se matar naquele mesmo dia... Um me falou que chegou a subir no último andar do prédio do hospital, mas não teve coragem de se jogar. (PATRICIA, 2020)

É importante salientar que ambos os gestores entrevistados relataram que os fatores externos foram apontados como sendo recorrentes em grande parte dos problemas de ordem psíquica relacionadas aos profissionais médicos e de enfermagem. A extensão da jornada de trabalho com objetivo de melhorar a condição financeira, segundo a gestora de enfermagem, e a dificuldade de interação médico-paciente, segundo o gestor médico, são pontos importantes que ambos observam em suas experiências como relacionados com a SB entre profissionais das suas equipes.

6. CONCLUSÃO

A presente pesquisa teve como objetivo principal estudar a Síndrome de Burnout na perspectiva da gestão, no campo da administração e dentro do contexto da área de saúde. Procurou-se entender melhor os mecanismos que os gestores adotam frente ao acometimento dos profissionais com SB em suas equipes operacionais, as ações gerenciais que praticam, os desafios que possuem frente à instituição em que trabalham. Para o cumprimento deste objetivo central foi fundamental conhecer a realidade dos indivíduos que estiveram afastados por SB.

Olhar o fenômeno da SB na área de saúde sob diferentes ângulos (dos representantes de órgãos de classe, dos profissionais de saúde e dos gestores de saúde) e a partir da lente teórica fornecida pela sociologia clínica ou psicossociologia permitiu chegar a algumas sínteses. Segundo Gaulejac (2016), o modelo de gestão contemporâneo está levando a sociedade ao adoecimento. Ele se caracteriza pela busca desenfreada de racionalizar e otimizar nossa relação com quase tudo: o tempo, o corpo, a mente, a subjetividade, as relações, de modo a tornar essas relações o mais produtivas possível na perspectiva da lógica capitalista. Para tanto, somos pressionados a assegurar os empregos com entregas e resultados individuais cada vez mais difíceis de serem alcançados.

Ainda de acordo com Gaulejac (2016), este modelo de gestão se constituiu numa ideologia insana pela maximização dos resultados e os seus representantes instalam, na verdade, uma nova ordem mundial em que o único lugar que realmente interessa é a conquista e o topo. Essa cultura do alto desempenho, porém, e o clima de competição generalizada, colocam os indivíduos sob pressão constante. O assédio moral se banalizou e por consequência os transtornos da nossa era: as diversas formas de sofrimento psíquico no trabalho, entre elas o estresse, o esgotamento profissional, o *burnout*.

Grande parte do que está presente nos relatos dos entrevistados possui lastro nesse modelo de gestão, que, como aponta Gaulejac, não se restringe apenas a uma empresa, um hospital, ou qualquer outra organização, mas está enraizado na sociedade como um todo, ainda que não seja inexorável. As consequências humanas desse modelo de gestão baseado na quantofrenia, termo cunhado pelo autor, podem ser catastróficas. Ainda assim, a gestão é essencial para a organização da vida coletiva. Aqui vale uma crítica à tradução para o português do título do livro desse

autor. O original em francês não aponta necessariamente para “A gestão como uma doença social”, mas para *La société malade de la gestion*, ou seja, para o fato de que a sociedade está doente dos seus modelos de gestão. Assim, é preciso olhar criticamente os instrumentos e mecanismos de controle com os quais a sociedade está lidando e para os limites que coloca na relação organização-indivíduo.

Esse modelo de gestão, que perpassa toda a sociedade, leva à intensificação do trabalho, com consequências destrutivas para saúde psíquica dos indivíduos. Ele está por detrás da deterioração das condições de trabalho dos médicos, da relação médico-paciente, das equipes insuficientes para dar conta das demandas colocadas aos serviços de enfermagem etc. Assim, vê-se médicos inseguros atendendo pacientes cada vez menos pacientes e mais desconfiados, questionando a conduta a ser seguida. O tratamento é muitas vezes praticado de forma essencialmente técnica, despersonalizada, com foco na patologia, não na pessoa. Há também profissionais de enfermagem atuando em equipes mal dimensionadas, vivendo o peso da sobrecarga de trabalho e das longas jornadas.

Esse contexto está associado à SB, tema do presente trabalho. Foi possível perceber nos achados da pesquisa a presença das três dimensões básicas da SB: a despersonalização, que se caracteriza pelo distanciamento e indiferença aos demais e pela alienação; a exaustão emocional, vinculada à depressão e falta de motivação pessoal e profissional; e a insatisfação profissional, associada ao baixo interesse no exercício da atividade e à estagnação Freudenberg(1974)Maslach(1981). Essas dimensões estão distribuídas tanto nas falas dos profissionais de saúde entrevistados, quanto nos relatos dos gestores sobre suas experiências com pessoas acometidas pela SB em suas equipes. Ademais, os representantes dos órgãos de classe reconheceram a atualidade e a gravidade desse problema.

A pesquisa pretendeu focar, sobretudo, nas experiências vivenciadas pelos gestores com pessoas diagnosticadas com SB em suas equipes. Percebeu-se, assim, que, por serem gestores de áreas distintas, vivenciam problemas diferentes. Notou-se, por exemplo, que há uma pressão maior sobre a gestora de enfermagem. Como se trata de um hospital público, ela tem mais dificuldade para recompor as equipes de trabalho, pois depende da realização de concurso público. No caso dos profissionais médicos, há mais flexibilidade na contratação, pois a legislação permite a contratação de prestadores de serviço, sem concurso. Assim, a gestora de enfermagem possui a difícil missão de

corrigir constantemente o dimensionamento da sua equipe por meio de remanejamentos entre os setores assistenciais de forma a garantir a segurança da operação hospitalar.

Mas há semelhanças nas experiências dos gestores entrevistados também. O absenteísmo dos profissionais por qualquer tipo de doença, seja ela ocupacional ou não, se torna um martírio para a equipe e para o gestor, pois sobrecarrega a ambos. Diante do acometimento da SB, como foi o caso do profissional entrevistado Alberto, esse problema acentua-se dado ao longo tempo de afastamento do indivíduo. Esse caso específico refere-se à experiência da gestora de enfermagem. Mas, o gestor médico, apesar de não ter mencionado em período recente um afastamento pela SB em sua equipe, convive também com esse problema, uma vez que, em sua própria fala, foi possível identificar que parte dos médicos apresenta duas das três dimensões da SB: a despersonalização (notada no distanciamento e atendimento impessoal do paciente) e a insatisfação profissional (percebida no fato de que muitos não estão satisfeitos de trabalhar nesse hospital e atender a esse público). (MASLACH, 1997) e (LEITER, 1999). De toda forma, os resultados da pesquisa evidenciaram que, mesmo estando sob pressão, os gestores entrevistados mostraram-se sensíveis quanto aos problemas relativos ao sofrimento psíquico no trabalho e à SB entre os membros da sua equipe. Ambos disseram agir de forma acolhedora, demonstrando interesse em apoiar emocionalmente seus subordinados e encaminhar soluções para que conseguissem resolver os seus problemas. Essa postura de apoio foi confirmada na entrevista realizada com o Dr. Irineu.

O segundo objetivo do trabalho foi entender como os órgãos de classe de duas das principais profissões assistenciais, a médica e a enfermagem, interpretam o fenômeno, com que grau de preocupação e quais as ações preventivas que realizam no âmbito da saúde mental dos profissionais que estão sob sua responsabilidade.

Como mencionado anteriormente, o olhar através dos três diferentes ângulos sobre o fenômeno da SB na área de saúde (representantes dos órgãos de classe, profissionais e gestores) contribuiu para a formação das respostas às questões de pesquisa desta dissertação. Pode-se concluir que os gestores entrevistados procuram agir de forma acolhedora em relação aos subordinados acometidos por transtornos relacionados ao trabalho, especificamente transtornos mentais e SB. De fato, considerando suas possibilidades e autonomia, tentaram ajudar no encaminhamento para afastamento e tratamento dos indivíduos.

Com relação às ações gerenciais adotadas, ambos tiveram que substituir temporariamente os colaboradores por outros, através de realocação e contratação. Outra medida específica da gestora de enfermagem quando do retorno do colaborador diagnosticado com SB foi remanejá-lo do Pronto Socorro para uma unidade de internação mais tranquila, com o intuito de reduzir o estresse gerado pelas atividades exercidas pelo seu subordinado nesse setor.

Embora o estudo tenha cumprido seus objetivos iniciais, outros achados foram considerados relevantes para a pesquisa acadêmica e podem ser aprofundados. De fato, os conflitos existentes na deterioração da relação médico-paciente foi um dos aspectos que surgiu como ponto importante. Além disso, uma revisão no modelo da formação do médico é outro tema que pode ser aprofundado, uma vez que foi destacado como sendo um dos primeiros fatores contributivos para o adoecimento desses profissionais.

No momento em que a conclusão da presente dissertação era escrita, ocorreu a Pandemia do Corona vírus no mundo, com decreto de calamidade pública em diversas cidades brasileiras e a grande maioria dos países em isolamento social. Apenas os serviços essenciais continuam ativos e, dentre eles, o que maior visibilidade possui neste difícil período é o setor da saúde hospitalar. Já são milhões de pessoas infectadas no mundo todo e ainda não há sinais de que epidemia já tenha atingido o seu ápice. Milhares de pacientes encontram-se em suporte de terapia intensiva, dada a letalidade e agressividade do vírus.

Diante deste cenário caótico que o mundo vivencia e que certamente ficará marcado na história, gostaria de deixar uma última reflexão sobre o tema e momento atual: os profissionais de saúde, mas especificamente os médicos, os profissionais de enfermagem e os fisioterapeutas, estão nas linhas de frente dessa verdadeira guerra que está sendo travada contra essa nova doença. Mesmo com a maior parte da população em isolamento social ou exercendo suas atividades à distância em regime de *home office*, esses profissionais, assim como outros também essenciais, estão enfrentando a epidemia e seus riscos no *front*, ininterruptamente, nas unidades de saúde de todo o mundo. Já foram divulgadas pela mídia, várias baixas de profissionais acometidos pela mesma doença que combatem, médicos, enfermeiros, fisioterapeutas e outros tantos que direta ou indiretamente trabalham nos hospitais e pronto socorros.

É relevante destacar que, além de todos os fatores estressores que os profissionais de saúde enfrentam habitualmente, como foram apresentados no decorrer desta pesquisa, eles ainda precisam enfrentar no momento, este novo desafio, esta nova ameaça que vem impressionando a humanidade com a velocidade de contágio do Covid-19 e com os seus índices elevados de complicação e letalidade. Não há como fugir ou se esconder; a sociedade depende da comunidade científica para encontrar uma vacina ou medicação que seja eficaz contra o vírus, mas depende, principalmente, dos profissionais de saúde para recuperar os doentes acometidos pela Covid-19. Esses profissionais, além de tudo, nem sabem ao certo se durante este período crítico serão eles próprios contaminados ou as suas famílias. Esta é uma responsabilidade intrínseca à escolha profissional desses indivíduos e não pode ser transferida ou delegada a mais nenhuma outra pessoa. Este é o legado dessas pessoas. Sabe-se que muitos cairão, muitos outros poderão apresentar consequências emocionais que desencadearão transtornos mentais posteriores ao final deste período, mas ainda assim eles terão ajudado a salvar incontáveis vidas e, quem sabe, até mesmo a nossa própria ou a de algum dos nossos familiares ou amigos.

6.1. LIMITAÇÕES DA PESQUISA

No contexto da presente pesquisa, é possível considerar as características das entrevistas realizadas com os gestores. De fato, foram realizadas na mesma instituição e conseqüentemente com o mesmo modelo de gestão. Seria interessante realizar as mesmas entrevistas em instituições privadas para verificar se o tipo de instituição altera as ações gerenciais. Assim, o tamanho e a diversificação da amostra podem ser considerados fatores limitadores desta dissertação.

Outra limitação está relacionada à dificuldade em entrevistar os indivíduos que tiveram o diagnóstico de SB; como já mencionado anteriormente, trata-se de uma patologia de difícil diagnóstico que, em muitos casos, vem acompanhada ou desse revela a partir de outros transtornos mentais, como a depressão e outras síndromes. Observou-se que o afastamento dos indivíduos diagnosticados, muitas vezes ocorre devido às conseqüências físicas e emocionais da SB como exaustão ou desmotivação extremas relacionadas a quadros depressivos por exemplo, e não pelo diagnóstico de

SB em si. Ainda existe desconhecimento por parte da medicina ocupacional para tratar esses casos, ficando a cargo da psiquiatria.

6.2. CONTRIBUIÇÕES

As contribuições diretas foram a compreensão do fenômeno de desencadeamento da SB nos profissionais de saúde, através de três diferentes ângulos, dos profissionais, dos gestores e dos representantes de classe. Também foi possível observar parte das ações gerenciais praticadas pelos gestores na organização, mediante o acometimento da SB em membros da sua equipe, uma vez que ocorreram as substituições e encaminhamentos aos serviços. Como contribuição secundária, podemos citar o esclarecimento dos órgãos de classe em relação à SB (CREMESP e COREN-SP) sobre as políticas adotadas para a prevenção deste fenômeno observável.

6.3. SUGESTÃO PARA REALIZAÇÃO DE ESTUDOS FUTUROS

Sugere-se as seguintes questões para estudos futuros, no sentido de complementar e ampliar o tema abordado:

- a) Impacto da gestão para o surgimento da SB nos profissionais de saúde;
Objetivando compreender o quanto o modelo de gestão (de constante exigência por alta performance) adotado pela maioria das empresas reflete nos profissionais de saúde.
- b) Correlação entre sobrecarga de trabalho dos profissionais de enfermagem e SB;
Objetivando estabelecer se existe uma correlação entre a recorrente extrapolação da jornada de trabalho dos profissionais de enfermagem e o acometimento de transtornos mentais, dentre elas a SB.
- c) Conflitos laborais dos profissionais médicos e incidência de transtornos mentais;
Objetivando estudar a correlação entre o desenvolvimento de transtornos mentais nos médicos, mediante os conflitos inerentes ao exercício da profissão desde a sua formação.
- d) Consequências do pós-COVID para os trabalhadores da saúde;

Objetivando estudar como a pandemia de COVID19 afetou os trabalhadores da saúde, sob o ponto de vista emocional e mental.

REFERÊNCIAS

AGUIRRE, B. **Homeland Security Warnings: Lessons Learned and Unlearned**. London: Sage, 2008.

ALMEIDA, G. de O.; SILVA, A. M. M. da. Justiça Organizacional, Impactos no Burnout e o Comprometimento dos Trabalhadores. **Gestão.Org – Revista Eletrônica de Gestão Organizacional**, vol. 4, n. 2, mai/ago 2006.

ALVES, M. E. Síndrome de Burnout. **Psychiatry on line Brasil**. Porto Alegre, Setembro 2017. Disponível em: <https://www.polbr.med.br/ano17/art0917.php>. Acesso em 06/08/2020.

ANAMT. Entenda as diferenças entre burnout, estresse e depressão. **Associação Nacional de Medicina do Trabalho**. São Paulo, 2019. Disponível em: www.anamt.org.br/portal/2019/06/07/entenda-diferencas-entre-burnout-estresse-e-depressao/ Acesso em 06/08/2020.

ANDRADE, T.; HOCH, R. E. E.; VIEIRA, K. M.; RODRIGUES, C. M. C. Síndrome de Burnout e suporte social no trabalho: a percepção dos profissionais de enfermagem de hospitais públicos e privados. **Organização e Sociedade – Salvador**, vol. 19, n. 61, p. 231-251, abr/jun 2012.

ANDERSON, P. Médicos têm a mais alta taxa de suicídio dentre todas as profissões. **American Psychiatric Association**. New York: Medscape, 2018. Disponível em: <https://portugues.medscape.com/verartigo/6502361#:~:text=M%C3%A9dicos%20C3%AAm%20a%20mais%20alta%20taxa%20de%20suic%C3%ADdio%20dentre%20todas%20as%20profiss%C3%B5es,Pauline%20Anderson&text=Nova%20York%20%E2%80%94%20Com%20um%20suic%C3%ADdio,dobro%20observado%20na%20popula%C3%A7%C3%A3o%20geral>. Acesso em 06/08/2020.

ARBOR, A. Workplace suicide on the rise: specific occupations pose higher risks than others. **American Journal of Preventive Medicine**. Elsevier, 17 de março de 2015. Disponível em: <https://www.elsevier.com/about/press-releases/research-and-journals/workplace-suicide-on-the-rise-specific-occupations-pose-higher-risks-than-others>. Acesso em 06/08/2020.

BALLONE, G. J. **Estresse e Trabalho**. São Paulo: PsiqWeb, 2015. Disponível em <http://psiqweb.net/index.php/estresse-2/estresse-e-trabalho/>. Acesso em 06/08/2020.

BARROS, D. (2017, Maio). No limite mais próximo do que se imagina, o burnout leva ao esgotamento, cada vez mais aos profissionais de saúde. Revista **FEHOESP 360°**, pp. 18

-20.

BAUER, M. W.; GASKELL, G. **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: Um manual prático**. São Paulo: Vozes, 2002.

BENDASSOLLI, P. F.; SOBOLL, L. A. P. **Clínicas do trabalho**. São Paulo: Atlas, 2010.

BISHARAT, V. **5 estratégias para evitar síndromes relacionadas ao estresse**. Cio, 2019. Disponível em: <https://cio.com.br/5-estrategias-para-evitar-sindromes-relacionadas-ao-estresse/> Acesso em 06/08/2020.

BITTENCOURT, F. **Síndrome de 'burnout' afeta um número cada vez maior de profissionais**. Rio de Janeiro: Jornal Globo.com. Disponível em: <https://oglobo.globo.com/economia/emprego/sindrome-de-burnout-afeta-um-numero-cada-vez-maior-de-profissionais-2967484>. Acesso em: 13/08/2010.

BRAGA, A.; GOMES, A.; COSTA, P. **Influência da liderança no aparecimento do burnout**. Coimbra: Universidade Portucalense Infante Dom Henrique, 2015.

BRITO, L. C.; SILVA, A. H.; LOPES, L. F. D.; MOURA, G. L. de. Abordagem biopsicossocial e Síndrome de Burnout: Em busca da Associação dos constructos. **Revista de Administração da Universidade Federal de Santa Maria**, vol. 9, n. 3, p. 408-424, jul/set 2016.

BRITO, L. C.; SILVA, A. H.; MEDEIROS, F. S. B.; OBREGON, S. L.; LOPES, L. F. D. Análise de Correspondência entre a Abordagem Biopsicossocial e Organizacional da QVT com as Dimensões da Síndrome de Burnout. **Gestão e Regionalidade**, vol. 31, n. 93, p. 21-34, set/dez 2015.

BRUSCATTO, W. (2017, Maio). No limite mais próximo do que se imagina, o burnout leva ao esgotamento, cada vez mais aos profissionais de saúde. São Paulo:Revista **FEHOESP 360** °, pp. 20-21.

CANGUILHEM, G. La connaissance de la vie. **Cahiers Internationaux de Sociologie**. Paris: Librairie Philosophique, Décembre 1992.

CARLOTTO, M. S.; PALAZZO, L. S. Síndrome de burnout e fatores associados: um estudo epidemiológico com professores. **Cadernos de Saúde Pública**, São Paulo, p. 1017-1026, 2006.

CARRETERO, T.; BARROS, A. **Clínicas do trabalho: contribuições da psicossociologia no Brasil**. São Paulo: Atlas, 2011.

CORSO, K. B.; SANTOS, D. L. D.; FALLER, L. P. Síndrome de Burnout nas Organizações Públicas de Saúde e os Valores Organizacionais. **Revista de Administração FACES Journal Belo Horizonte**, v. 12, n. 1, p. 88-107, jan/mar 2012.

CRESWELL, J. **Projeto de Pesquisa**. Thousand Oaks: Artmed, 2007.

DANTAS, E. A. de M.; BORGES, L. de O. (2012, Abril). Saúde organizacional e síndrome de burnout em hospitais e escolas. **Pepsic – Periódicos Eletrônicos em Psicologia**, Abril 2012. Disponível em:
http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-42812012000100007&lng=pt&nrm=iso

DEJOURS, C. **A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho**. São Paulo: Cortez, 1987.

DEJOURS, C. A psicodinâmica do trabalho na pós-modernidade. **Diálogos em psicodinâmica do trabalho**. Brasília: Paralelo 1, 2007.

ÈNRIQUEZ, E. **A organização em análise**. São Paulo: Vozes, 1997.

ÈNRIQUEZ, E. **O papel do sujeito humano na dinâmica social**. Belo Horizonte: Autentica, 2001.

FERREIRA, C.; REIS NETO, M. T.; KILIMNIK, Z. M.; SANTOS, A. S. dos. O contexto do estresse ocupacional dos trabalhadores da saúde: estudo bibliométrico. **Revista de Gestão em Sistemas de Saúde - RGSS**, vol. 5, n. 2, p. 84-99, jul/dez 2017.

FLICK, U. **Introdução a pesquisa qualitativa**. Berlim: Penso, 2009.

FREUDENBERGER, H. J. Staff burnout. **Journal of Social Issues**, Nova York, 30, pp. 159-165, 1974.

GAULEJAC, V. **Psicossociologia e Sociologia clinica**. São Paulo: Escuta, 2001.

GAULEJAC, V. **A gestão como doença social**. São Paulo: Ideias e Letras, 2007.

GODOY, A. Pesquisa Qualitativa - Tipos Fundamentais. **RAE - Revista de Administração Empresas**, pp. 20-29. São Paulo: EAESP/FGV, 1995.

GOLDENBERG, M. **A Arte de Pesquisar**. Rio de Janeiro: Record, 2004.

GUERRA, J.; TEODÓSIO, A. Pesquisa Qualitativa em Gestão Social: uma análise da produção de conhecimento em estudos de caso. **Revista Gestão & Tecnologia**, pp. 160-176. Pedro Leopoldo, MG: FPL, 2014.

HAGUETE, T. **Metodologias Qualitativas na Sociologia**. Petrópolis: Vozes, 1997.

HOLLENBECK, J. Comportamento Organizacional. *In* J. HOLLENBECK, **Comportamento Organizacional**. São Paulo: Saraiva, 2003.

INSTITUTO BRASILEIRO PARA SEGURANÇA DO PACIENTE (2018, Novembro). Burnout do médico dobra risco de incidente para paciente. Novembro 2018. Disponível em:

<https://www.segurancadopaciente.com.br/?s=pesquisa+Universidade+Manchester>. Acesso em 06/08/2020.

ISMA, I. S. **Pontos Convergentes**. São Paulo: International Stress Management Association no Brasil. Dezembro, 2018.

KAUFMAN, J. **A Entrevista Compreensiva: um guia de pesquisa de campo**. São Paulo: Vozes, 2013.

KERNKRAUT, A. No Limite. Revista **FEHOESP 360°**, p. 23. Maio, 2017.

LIMONGI-FRANÇA, A. Stress e trabalho: Uma abordagem psicossomática. *In* A. LIMONGI-FRANÇA, **Stress e trabalho: Uma abordagem psicossomática** (pp. 54-71). São Paulo: Atlas, 2002.

LYNDON, A. Burnout Among Health Professionals and Its Effect on Patient Safety. Nova York: **AHRQ Patient Safety Network**, Feb., 2016.

MASLACH, C. **Burnout: A social psychological analysis. The burnout syndrome**. Park Ridge: London House, pp. 30-53, 1981.

MASLACH, C. (1997). Burnout in health professionals. **Cambridge Handbook of Psychology, Health, and Medicine**, pp. 275-278. Berkeley: University of California, 1997.

MASLACH, C.; JACKSON, S. E.; LEITER, M. **Maslach burnout inventory manual**. Palo Alto: Consulting Psychologist's Press, 3rd ed., 1996.

MASLACH, C.; SCHAUFELI, W. B.; LEITER, M. Job burnout. **Annual Review of Psychology**, pp. 397-422. Berkeley: University of California, 2001.

MELLO, S.; LEÃO, A.; PAIVA JUNIOR, F. Competências empreendedoras de dirigentes de empresas brasileiras de médio e grande porte que atuam em serviços da nova economia. **Revista de Administração Contemporânea - SPELL**. Maringá: ANPAD, 2011.

MESADRI, F.; PASSETO, N. V. **Comportamento Organizacional**. Curitiba: Intersaberes, 2013.

MINAYO, M. **Pesquisa Social, Teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 1994.

MINAYO, M. C. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2008.

MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL. **Decreto 3048 - Anexo II**. Brasília, 6 de Maio de 1999.

MOURA, D. G. de; PARDINI, D. J. Software para prevenção de burnout no uso de equipamentos médicos: uma proposta para detecção de indícios de estresse em centros cirúrgicos e intensivos. **RAHIS - Revista de Administração Hospitalar e Inovação em Saúde**, p. 84-100. Belo Horizonte: UFMG, Dezembro, 2016.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Documento de Referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente** (2014). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf. Acesso em: 06/08/2020.

NASSAR, L. M.; PEREIRA JUNIOR, G. A.; PORTO, G. S. Inovação para redução da síndrome de *burnout* em estudantes e profissionais de medicina: uma revisão sistemática da literatura. **RACEF - Revista de Administração, Contabilidade e Economia da FUNDACE**, vol. 9, n. 3, p. 1-11, Ribeirão Preto, dezembro de 2018.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **CID 11**. Genebra: OMS, 18 de junho de 2018.

REASON, J. Human error: models and management. **BMJ Publishing Group**, March, 2000. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1117770/>
Acesso em 06/08/2020.

RODRIGUES, W. (2007). **Metodologia Científica**. Santa Cruz do Sul: UNISC, 2007. Disponível em:
https://unisc.br/pt/portal/upload/com_arquivo/metodologia_cientifica.pdf.

SANTOS, F.; SANTOS, M. Estresse e burnout no trabalho em oncologia pediátrica. **Revisão integrativa da literatura. Psicologia: Ciência e Profissão**, vol. 35. Brasília: Psicologia: Ciência & Profissão, 2015.

SCHUSTER, M. da S.; DIAS, V. da V.; BATTISTELLA, L. F. Percepções de saúde e a Síndrome de Burnout – Aplicabilidade da MBI-GS. **RECAPE – Revista de Carreiras e Pessoas**, vol. V, n. 3, pp. 380-391, set/out/nov/dez 2015.

SCHWARTZ, Y. Os ingredientes da competência: um exercício necessário para uma questão insolúvel. **Educação & Sociedade**, pp. 101-140. Campinas: Educação & Sociedade, Dezembro, 1998.

SILVA, A.; ALMEIDA, G. O. **Justiça organizacional, impactos no burnout e o comprometimento dos trabalhadores**. Recife: Universidade Federal de Pernambuco, 2006.

SILVA, A.; GONÇALVES, M.; ZONATTO, V. C. Determinantes de prazer e sofrimento no trabalho hospitalar: uma análise à luz da teoria da psicodinâmica do trabalho. **Revista de Administração e Contabilidade da Unisinos**, vol. 14, n. 3, pp. 197-212, jul/set 2017.

SILVEIRA, T.; GERHARDT, E.; TOLFO, D. Métodos de Pesquisa. In T. E. Silveira. **Métodos de Pesquisa**. Porto Alegre: UFRGS, 2009.

SOLDERA, L. Breve compêndio conceitual e metodológico da Psicodinâmica do Trabalho e da Psicossociologia. **Portal de Revistas da USP**. São Paulo: EDUSP, Dezembro 2016.

STARK, R. **Pesquisa Qualitativa: estudando como as coisas funcionam**. Porto Alegre: Penso, 2011.

TEECE, D.; PISANO, G.; SHUEN, A. A Theoretical Visit to Dynamic Capabilities. **Strategic Management Journal**. Berkeley: University of California, 1997.

TOTTLE, S. **It's costing the global economy L255 billion, so what can we do to stop workplace burnout?** World Economic Forum, 31 de Outubro 2016. Disponível em: <https://www.weforum.org/agenda/2016/10/workplace-burnout-can-you-do-something-about-it/>. Acesso em 06/08/2020.

WISNER, A. **Por dentro do Trabalho. Ergonomia: Método & Técnica**. Rio de Janeiro: Oboré, 1987.

WOLF, M.; ROSENSTOK, J. Inadequate Sleep and Exercise Associated with Burnout and Depression Among Medical Students. **Academic Psychiatry, [S.L]**, pp. 174-179. Pittsburgh: University of Pittsburg School of Medicine, March 2016.

ZANATTA, A. B.; LUCCA, S. R. de. Prevalência da síndrome de *burnout* em profissionais da saúde de um hospital oncohematológico infantil. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, pp. 253-258. São Paulo: EDUSP, 2015.

ANEXO A - ROTEIRO DE ENTREVISTA

Conselho Regional de Enfermagem - SP

Introdução: Esta entrevista visa estudar a compreensão do Conselho Regional de Enfermagem sobre a incidência da Síndrome de Burnout em profissionais de enfermagem e as ações que porventura são desenvolvidas a partir dessa compreensão. Não serão identificados os entrevistados do Conselho, nem as instituições hospitalares citadas. Ambos serão referidos por nomes fictícios. O tempo estimado para a entrevista é de 45 minutos a 1 hora.

1ª parte – Dados pessoais / Caracterização dos entrevistados:

1) Nome:

2) Sexo: () Feminino () Masculino

3) Idade: _____ anos.

4) Estado civil e filhos: _____

5) Há quantos anos trabalha no COREN-SP?

há _____ anos.

6) Exerce também a função de enfermeiro ou outra atualmente:

() Em instituições hospitalares

() Em outros órgãos governamentais

() Não exerce mais a função de enfermeiro

2ª parte – Perguntas específicas:

1) Como o COREN-SP tem visto a SB em profissionais de enfermagem? Essa é uma questão que tem chamado a atenção da entidade atualmente? Por quê?

2) Segundo a literatura consultada, a SB caracteriza-se por três dimensões básicas (exaustão emocional, despersonalização e insatisfação profissional/pessoal). De acordo com sua experiência, quais fatores externos à organização em que o profissional de saúde trabalha (situação econômica e social, pressão sobre a classe, concorrência entre instituições e profissionais, etc.) favorecem a incidência da SB no profissional de enfermagem? Poderia justificar e dar exemplos?

3) Ainda de acordo com a sua experiência, quais fatores internos à organização em que o profissional de saúde trabalha (jornada de trabalho exaustiva, condições de trabalho, falta de recursos, excesso de controles etc.) favorecem a incidência da SB em profissionais de enfermagem? Poderia justificar e dar exemplos?

4) O COREN-SP considera em suas visitas de fiscalização as condições de trabalho da instituição de saúde (hospital, clínica, etc.) que podem contribuir para o esgotamento dos profissionais de enfermagem? Em caso afirmativo, quais estratégias adota diante da identificação de esgotamento desses profissionais? Poderia dar exemplos de situações que vivenciou nesse sentido?

5) O COREN-SP vem realizando ações preventivas, de controle ou mitigação relativas à incidência da SB em profissionais de enfermagem? Quais? Considera que elas se configuram como políticas da entidade?

ANEXO B - ROTEIRO DE ENTREVISTA

Conselho Regional de Medicina - SP

Introdução: Esta entrevista visa estudar a compreensão do Conselho Regional de Medicina sobre a incidência da Síndrome de Burnout em profissionais médicos e as ações que porventura são desenvolvidas a partir dessa compreensão. Não serão identificados os entrevistados do Conselho, nem as instituições hospitalares citadas. Ambos serão referidos por nomes fictícios. O tempo estimado para a entrevista é de 45 minutos a 1 hora.

1ª parte – Dados pessoais / Caracterização dos entrevistados:

1) Nome:

2) Sexo: () Feminino () Masculino

3) Idade: _____ anos.

4) Estado civil e filhos: _____

5) Há quantos anos trabalha no CRM-SP?

há _____ anos.

6) Exerce também a função de médico ou outra atualmente:

() Em instituições hospitalares

() Em outros órgãos governamentais

() Não exerce mais a função de médico

2ª parte – Perguntas específicas:

1) Como o CRM-SP tem visto a SB em profissionais de medicina? Essa é uma questão que tem chamado a atenção da entidade atualmente? Por quê?

2) Segundo a literatura consultada, a SB caracteriza-se por três dimensões básicas (exaustão emocional, despersonalização e insatisfação profissional/pessoal). De acordo com sua experiência, quais fatores externos à organização em que o profissional de saúde trabalha (situação econômica e social, pressão sobre a classe, concorrência entre instituições e profissionais etc.) favorecem a incidência da SB do profissional de medicina? Poderia justificar e dar exemplos?

3) Ainda de acordo com a sua experiência, quais fatores internos à organização em que o profissional de saúde trabalha (jornada de trabalho exaustiva, condições de trabalho, falta de recursos, excesso de controles etc.) favorecem a incidência da SB em profissionais de medicina? Poderia justificar e dar exemplos?

4) O CRM-SP considera em suas visitas de fiscalização as condições de trabalho da instituição de saúde (hospital, clínica etc.) que podem contribuir para o esgotamento dos profissionais médicos? Em caso afirmativo, quais estratégias adota diante da identificação de esgotamento desses profissionais? Poderia dar exemplos de situações que vivenciou nesse sentido?

5) O CRM-SP vem realizando ações preventivas, de controle ou mitigação relativas à incidência de SB em profissionais de medicina? Quais? Considera que elas se configuram como políticas da entidade?

ANEXO C - ROTEIRO DE ENTREVISTA

Gestor de Enfermagem

Introdução: Esta entrevista visa estudar a compreensão de profissionais de enfermagem que exercem atividades de gestão sobre a incidência da Síndrome de Burnout em indivíduos que compõem as suas equipes de trabalho e as ações que porventura estes profissionais desenvolvem a partir dessas situações.

Será preservado o anonimato dos entrevistados e das instituições em que atuam, utilizando-se nomes fictícios. O tempo estimado para a entrevista é de 45 minutos a 1 hora.

1ª parte – dados pessoais / caracterização dos entrevistados:

1) Nome:

2) Sexo: () Feminino () Masculino

3) Idade: _____ anos.

4) Estado civil e filhos: _____

5) Há quanto tempo exerce a função de gestor?

a) Há _____ anos.

b) Nas instituições em que trabalha atualmente é gestor há _____ anos.

De forma ininterrupta?

() sim () não, interrompeu devido _____.

6) Exerce também a função de enfermeiro(a), atualmente:

() Em outras instituições hospitalares

- Na mesma instituição em que exerce a função de gestor
- Em consultório
- Não exerce mais a função de enfermeiro(a)

2ª parte – perguntas específicas:

1) Como você tem visto a incidência da SB em profissionais de saúde? Essa é uma questão que tem chamado a sua atenção? Por quê?

2) Segundo a literatura consultada, a SB configura-se por três principais dimensões (exaustão emocional, despersonalização e insatisfação profissional/pessoal). De acordo com a sua experiência, quais fatores externos à organização (situação econômica e social, pressão sobre a classe, concorrência entre instituições e profissionais etc.) favorecem a incidência de SB no profissional de enfermagem? Poderia justificar e dar exemplos?

3) Ainda de acordo com a sua experiência, quais fatores internos à organização (jornada de trabalho exaustiva, condições de trabalho, falta de recursos, excesso de controles etc.) favorecem a incidência da SB em profissionais de enfermagem? Poderia justificar e dar exemplos?

4) Como você reagiu diante de situações em que indivíduos da sua equipe foram diagnosticados com SB? Como você se sentiu e o que fez nessas ocasiões?

5) Que consequências o afastamento dos profissionais com SB tiveram na operacionalização do trabalho sob sua responsabilidade? Como você agiu diante dessa situação?

6) Como você vê hoje a sua atuação como gestor diante da incidência de SB entre profissionais das suas equipes de trabalho? Você encontra apoio na instituição em que atua como gestor, ou no COREN-SP para lidar com isso? Em caso afirmativo, que tipo de apoio? Em caso negativo, a que atribui esse fato?

7) Você acredita que, voluntaria ou involuntariamente, a ação do gestor pode resultar no esgotamento dos profissionais de sua equipe? De que forma isso pode acontecer, ou por que não acontece?

8) Você pensa, ou já pensou, em interromper sua atuação profissional como gestor de enfermagem em razão de problemas relacionados com a incidência de SB em sua equipe? Poderia justificar?

ANEXO D - ROTEIRO DE ENTREVISTA

Gestor Médico

Introdução: Esta entrevista visa estudar a compreensão de profissionais de medicina que exercem atividades de gestão sobre a incidência da Síndrome de Burnout em indivíduos que compõem as suas equipes de trabalho e as ações que porventura estes profissionais desenvolvem a partir dessas situações.

Será preservado o anonimato dos entrevistados e das instituições em que atuam, utilizando-se nomes fictícios. O tempo estimado para a entrevista é de 45 minutos a 1 hora.

1ª parte – dados pessoais / caracterização dos entrevistados:

1) Nome:

2) Sexo: () Feminino () Masculino

3) Idade: _____ anos.

4) Estado civil e filhos: _____

5) Há quanto tempo exerce a função de gestor?

a) Há _____ anos.

b) Nas instituições em que trabalha atualmente é gestor há _____ anos.

De forma ininterrupta?

() sim () não, interrompeu devido _____.

6) Exerce também a função de médico, atualmente:

() Em outras instituições hospitalares

- Na mesma instituição em que exerce a função de gestor
- Em consultório
- Não exerce mais a função de médico

2ª parte – perguntas específicas:

1) Como você tem visto a incidência de SB em profissionais de saúde? Essa é uma questão que tem chamado a sua atenção? Por quê?

2) Segundo a literatura consultada, a SB configura-se por três principais dimensões (exaustão emocional, despersonalização e insatisfação profissional/pessoal). De acordo com a sua experiência, quais fatores externos à organização (situação econômica e social, pressão sobre a classe, concorrência entre instituições e profissionais etc.) favorecem a incidência de SB no profissional médico? Poderia justificar e dar exemplos?

3) Ainda de acordo com a sua experiência, quais fatores internos à organização (jornada de trabalho exaustiva, condições de trabalho, falta de recursos, excesso de controles etc.) favorecem a incidência de SB em profissionais de medicina? Poderia justificar e dar exemplos?

4) Como você reagiu diante de situações em que indivíduos de sua equipe foram diagnosticados com SB? Como você se sentiu e o que fez nessas ocasiões?

5) Que consequências o afastamento de profissionais com SB tiveram na operacionalização do trabalho sob sua responsabilidade? Como você agiu diante dessa situação?

6) Como você vê hoje a sua atuação como gestor diante da incidência de SB entre profissionais das suas equipes de trabalho? Você encontra apoio na instituição em que atua como gestor, ou no CRM-SP para lidar com isso? Em caso afirmativo, que tipo de apoio? Em caso negativo, a que atribui esse fato?

7) Você acredita que, voluntaria ou involuntariamente, a ação do gestor pode resultar no esgotamento dos profissionais de sua equipe? De que forma isso pode acontecer, ou por que não acontece?

8) Você pensa, ou já pensou, em interromper a sua atuação profissional como gestor médico em razão de problemas relacionados com a incidência da SB em sua equipe? Poderia justificar?